Diabaino News

Anno IX

Numero 1 Gennaio -Marzo 2012

Tariffa a regime libero- Poste italiane spedizione in A. P. 70%
Autorizzazione DCB/RC/113/2005 valida dal 29/07/2005

L'editoriale: il continuo divenire neltrattamento del diabete e la sfida in atto nella diabetologia Italiana

Arriva la risoluzione del Parlamento UE sul diabete

Last News dal mondo del Diabete: migliora la qualità dell'assistenza in Italia

Cura del Diabete, un lavoro d'equipe

Foto: Pino Salvadore

Assegnazione dei beni confiscati alle mafie: Adriana Musella chiede chiarezza. La Diabaino dice la sua

PAG 17

Maratona di ballo al teatro Cilea: uno spettacolo entusiasmante. Servizio e foto su Diabaino City of Arts

PAG 12

Diabaino News

Gennaio - Marzo 2012

Assegnazione beni confiscati, una querelle esplosa a causa di un intervento di Adriana Musella, di Riferimenti. Anche Diabaino...

PAG 4 e 5

Ancora la danza protagonista sulle pagine di Diabaino City of Arts. Accanto al balo, però, questa volta c'è anche il teatro...

PAG 12

Il Sommario

L'editoriale

Il continuo divenire del trattamento del diabete...3

Attualità

Beni confiscati: bisogna far chiarezza.....4

Nuove frontiere

La Risoluzione del Parlamento europeo sul diabete.....6

Rubriche

L'universo delle Star.....8

Prendiamolo per la gola...9

Diabaino City of Arts

La danza incanta il Cilea...12

Viaggio sul ponte che non c'é.....14

Obiettivo su...

Convegno: Diabete Mellito, una scala da salire.....16

Consigli

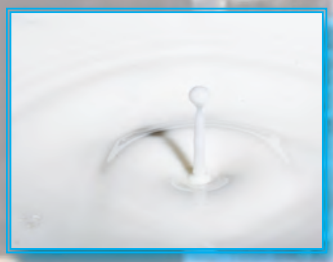
Bulimia nervosa e Diabete...19

Le proprietà nutrizionali del latte materno.....20

Last News 22

Il testo della risoluzione UE sul diabete

PAG 6



Le proprietà nutrizionali del latte materno. A spiegare quali sono il dott. Giuseppe Pipicelli

PAG 20

Periodico Trimestrale specializzato edito dall'associazione FAND CALABRIA Diabaino vip-vip dello Stretto
Aut. Trib. Di Reggio Calabria n°9 del 19/12 /2003

Direttore responsabile
Antonino Minoliti

Redazione
Mariantonella Ferraro, Alessio Rosato, Gabriella Violi, Pasquale Zumbo

Hanno collaborato a questo numero:
Carlo B. Giorda, Annalisa Maria Valeria Pipicelli, Giuseppe Pipicelli, Germana Santagati, Laura Tortora

Progetto grafico
Pasquale Zumbo

Stampa
Officina Grafica - Villa S. Giovanni

Il continuo divenire del trattamento del diabete e la sfida in atto per la diabetologia italiana

Negli anni '90, di fronte a un paziente con diabete mellito di tipo 2 insorto da circa sei mesi, con emoglobina glicata (HbA1c) non particolarmente alterata, pari al 7,5%, ci si sarebbe limitati a raccomandare la riduzione del peso corporeo e un incremento dell'attività fisica. Attualmente, in un soggetto con le medesime caratteristiche, oltre alle ancora valide modificazioni dello stile di vita, si ricorre al trattamento farmacologico e si considera fondamentale l'intensificazione della terapia.

Tutto questo perché il messaggio più forte che recentemente è emerso dall'evidence based medicine nella cura del diabete è quello che i soggetti trattati tardivamente, e con minor intensità, sono destinati per sempre a una prognosi peggiore, con un maggior rischio di complicanze, e quindi con costi elevati sia assistenziali sia in termini di salute e qualità della vita.

Il messaggio è chiaro: la strada giusta non è fare scendere l'emoglobina glicata quando si è già assestata su valori scadenti, ma intervenire tempestivamente e intensivamente alla diagnosi/presa in carico, per raggiungere nei primi mesi il buon compenso previsto dalle linee guida, creando in questo modo una memoria metabolica favorevole che garantisca un miglior controllo della malattia nel tempo. Per questo è nato il progetto dell'Associazione Medici Diabetologi SUBITO! (Safe_Uniform_Behavioral and drug_Intensive_Treatment for_Optimal_ control9, un grande progetto quadriennale (2009-2013) della diabetologia italiana, che si pone come obiettivo principale di migliorare il compenso metabolico alla diagnosi/esordio/presa in carico il più tempestivamente possibile al fine di ridurre il peso delle complicanze nei successivi 5 anni. Un intervento concreto, condiviso e corale che coinvolge tutta la società scientifica e anche gli altri specialisti che si occupano di assistenza al diabete, la medicina generale , cardiologi e nefrologi in primis.

La diabetologia vive oggi una sfida determinata da un grande cambiamento, che è in atto da alcuni anni. Rispetto a una decina di anni fa è cambiata la percezione del problema diabete da parte delle Istituzioni, del Servizio Sanitario Nazionale, dell'industria e dell'opinione pubblica: il continuo aumento della prevalenza e dell'incidenza sia della malattia sia delle complicanze è motivo di allerta e preoccupazione a tutti i livelli. E' mutato il ruolo del paziente il quale giustamente diviene sempre di più un attore primario nella gestione della malattia, richiedendo al team, per poter raggiungere l'empowerment, un intervento educativo del massimo impegno. E' cambiata l'offerta terapeutica, da 3 classi di farmaci per l'iperglicemia della fine anni 90 siamo ora a 9 classi terapeutiche che inducono a ricercare una personalizzazione della terapia, paziente per paziente ,e, come detto in apertura, a intervenire con una precocità e un tempismo particolare. Infine, sempre di più la gestione in percorsi integrati della malattia cronica fa sì che la diabetologia sia uno degli interlocutori di primo piano della medicina generale e di altre specialità.

Ma se questo è lo scenario del cambiamento che caratterizza la cura del diabete e la prevenzione delle complicanze, e di riflesso la professione del diabetologo, appare evidente come anche le Istituzioni e gli Amministratori debbano fare la loro parte. L'organizzazione dell'assistenza deve armonicamente assecondare il cambiamento: deve quindi essere agevolata e potenziata la rete dei servizi di diabetologia, che sono un fiore all'occhiello del modello italiano. Nazioni a noi vicine, come la Germania e la Francia, istituiscono centri per la cura del diabete, da noi si assiste, complici i tagli agli investimenti in sanità, al ridimensionamento, se non alla chiusura, di servizi che operano da decenni.

E' doveroso che sia fatta una riflessione su questo comportamento schizofrenico a cui assistiamo, da un lato documenti ufficiali di assessorati e ministeri che supportano l'impegno a curare meglio il diabete, dall'altra azioni di chiusura o ridimensionamenti per mancato turn-over del personale.

Dottor Carlo B. Giorda
Presidente Nazionale AMD,
Associazione Medici Diabetologi

Diabaino: sull'assegnazione dei beni confiscati giusto far chiarezza

Beni confiscati, quante parole e quante polemiche in proposito hanno invaso i media in questi giorni. Polemiche e argomento che non potevano lasciare insensibili noi della Diabaino vip-vip dello Stretto.

È pur vero che i problemi sollevati nel corso di una conferenza stampa da Adriana Musella, coordinatrice antimafia di Riferimenti, e riguardanti i metodi di assegnazione dei beni stessi, sono in larga parte condivisibili. Tralasciando il caso specifico e motivi che hanno spinto la Musella a convocare la stampa, non possiamo non riconoscere che l'istituzione dell'Agenzia per i beni confiscati non abbia prodotto gli effetti e i risultati sperati. I beni disponibili sono molti, rimangono troppo pochi quelli assegnati.

Ma perché un'associazione come la Diabaino si interessa ai beni confiscati? Per spiegarlo è necessario fare una premessa. Diabaino, da 12 anni, è presente sul territorio, occupandosi della tutela e della cura del paziente diabetico, mettendo al centro della propria mission la legge sul diabete, unica in Europa. Una legge che con grandi sforzi e tanta dedizione abbiamo cercato di far rispettare. La nostra attività non ha avuto sosta, tra screening nelle piazze calabresi, eventi mirati alla prevenzione come concerti e convegni, l'organizzazione di corsi ECM per l'aggiornamento medico, gli spot televisivi, il periodico dell'associazione e i soggiorni educativi, messi in piedi grazie anche all'apporto di specialisti provenienti da tutta l'Italia. Sì, perché la Diabaino, grazie alla sua meritevole azione, ha riscosso interesse e consensi in tutto il territorio nazionale e non solo, tanto da essere scelta come soggetto di un libro. E in questi anni sono sorte associazioni sorelle nel territorio regionale, per diffondere in maniera capillare il credo Diabaino, perché la "dolce" patologia non continui ad essere quella dei viaggi della speranza. Noi assistiamo il paziente diabetico affinché non sia più costretto a "emigrare" al Nord per ricevere cure in strutture adeguate. E quale risparmio rappresenterebbe per le casse regionali! È notorio infatti che una buona fetta dei costi sostenuti dalla Regione Calabria per la Sanità sono causati dalle inadeguatezze delle strutture calabresi. Ne siamo consapevoli ed è per questo che abbiamo sognato di poter supportare ancora meglio le persone e le famiglie che convivono con il diabete mellito (definito la malattia del terzo millennio dall'OMS) usufruendo magari di uno dei locali sequestrati alla criminalità. Questo sogno ci ha portati, nel 2007, a partecipare al corso per la gestione dei beni confiscati, ottenendo l'idoneità ad ambire all'assegnazione di uno di questi beni.

Dispiace sapere dell'esistenza di una lunga lista di proprietà confiscate mai assegnate che potrebbero, invece, far la fortuna di associazioni

meritevoli come la Diabaino. Ed è su questo punto che vogliamo richiamarci al pensiero di Adriana Musella: serve una regolamentazione, criteri certi di assegnazione, come avviene nel Comune di Palmi.
La Diabaino è certa che le parole dell'Assessore Tilde Minasi, la quale ha assicurato che "Palazzo S. Giorgio è sempre attento e vigile in merito ai beni confiscati", rappresentino un'adeguata assicurazione sulla volontà dell'Amministrazione Comunale di rendere più fluido l'iter di assegnazione. La Diabaino ci spera. Anzi, ne è certa, perché vuole, fortissimamente vuole, che il suo sogno diventi realtà, per il bene del paziente diabetico e della comunità.

Ufficio Stampa Diabaino
Vip- vip dello Stretto
FAND ONLUS

Le dichiarazioni di Adriana Musella: "Non c'è un metodo obiettivo nell'assegnazione beni confiscati"

La presidente Adriana Musella ha evidenziato come non ci sia un criterio obiettivo nell'assegnazione dei beni ma piuttosto la metodologia delle logiche clientelari. Riferimenti denuncia il mancato controllo nella gestione da parte degli Enti locali che per legge avrebbero l'obbligo di assicurarsi che i beni siano realmente usufruiti per lo scopo richiesto non solo ma anche avendo cura della loro conservazione e manutenzione. Adriana Musella ha fatto l'esempio del sindaco di Limbadi in provincia di Vibo Valentia,denunciato per mancato controllo e conservazione degli immobili confiscati alla cosca Mancuso. Questo pare non succeda a Reggio Calabria dove un locale assegnato alla CRI si sta marcendo deteriorato dalla muffa e dall'umidita' non solo per mancato uso e frequentazione ma per incuria dell'Amministrazione comunale. Lo stesso locale era stato richiesto da Riferimenti per farne un laboratorio permanente per gli studenti della città,essendo separato dalla sede dell'associazione soloda una scala interna ,essendo ,in precedenza un unico stabile.
Riferimenti ha denunciato e fatto notare ai giornalisti anche la presenza di amianto sul tetto dei propri locali ,beni confiscati alla famiglia Logiudice. Lo stesso prefetto Morcone,commissario dell'agenzia aveva effettuato un sopralluogo in loco nel 2010,trovando la porta della CRI invasa da spazzatura a mo di discarica."
L'antimafia non puo' essere un business . ha concluso Musella - Purtroppo lo è diventato per alcuni e questo non possiamo permetterlo"
(Fonte: Strill.it)

Risoluzione del Parlamento Europeo sul diabete

Il Parlamento europeo,

A. considerando che il diabete è una delle malattie non trasmissibili più comuni e che, secondo le stime, esso colpisce oltre 32 milioni di cittadini dell'Unione, pari a circa il 10% della sua popolazione totale, mentre altri 32 milioni di cittadini soffrono di alterata tolleranza al glucosio e presentano una probabilità molto elevata di sviluppare un diabete clinicamente manifesto(13);

B. considerando che, a causa del dilagare dell'obesità, dell'invecchiamento della popolazione europea e di altri fattori ancora da determinare, si prevede un aumento del numero di persone affette da diabete in Europa pari al 16,6% entro il 2030;

C. considerando che il diabete di tipo 2 riduce la speranza di vita di 5-10 anni(14), mentre il diabete di tipo 1 la riduce di circa 20 anni(15); che ogni anno i decessi riconducibili al diabete nell'Unione europea sono 325 000(16), ossia uno ogni due minuti;

D. considerando che la riduzione dei fattori di rischio noti, con particolare riferimento alle abitudini connesse allo stile di vita, viene sempre più spesso riconosciuta come strategia preventiva fondamentale in grado di ridurre l'incidenza, la prevalenza e le complicazioni del diabete sia di tipo 1 che di tipo 2;

E. considerando che sono necessarie ulteriori ricerche per identificare chiaramente i fattori di rischio per il diabete di tipo 1 (la predisposizione genetica è attualmente oggetto di studi), e che l'insorgenza del diabete di tipo 1 è sempre più precoce;

F. considerando che il diabete di tipo 2 si può prevenire, in quanto si tratta di una malattia i cui fattori di rischio – ad esempio un'alimentazione scadente e non equilibrata, l'obesità, la scarsa attività fisica e il consumo di alcol – sono stati chiaramente identificati e possono essere contrastati attraverso efficaci strategie di prevenzione;

G. considerando che attualmente non esiste una cura per il diabete;

H. considerando che è possibile prevenire le complicazioni legate al diabete di tipo 2 attraverso la promozione di uno stile di vita sano e la diagnosi precoce, ma che spesso la malattia viene diagnosticata troppo tardi (la percentuale di persone affette da diabete che ignora la propria condizione arriva infatti al 50%)(17);

I. considerando che la percentuale di cittadini affetti da diabete che non gestiscono correttamente la propria condizione arriva al 75% del totale, e che tale circostanza, secondo quanto rivelato da un recente studio(18), oltre a incrementare il rischio di complicazioni genera perdite di produttività e costi a carico della società(19);

J. considerando che, nella maggior parte degli Stati membri, più del 10% della spesa sanitaria è imputabile al diabete, che in alcuni casi tale percentuale arriva addirittura al 18,5%(20) e che il costo globale dell'assistenza sanitaria per un cittadino dell'UE affetto da diabete è in media di 2 100 EUR l'anno(21); considerando altresì che tali costi sono inevitabilmente destinati ad aumentare alla luce del numero crescente di persone affette da diabete, dell'invecchiamento della popolazione e del conseguente aumento delle comorbilità multiple;

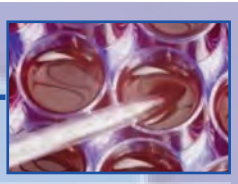
K. considerando che il diabete, se trattato in maniera inadeguata o diagnosticato troppo tardi, è una delle principali cause di infarti, ictus, cecità, amputazioni di arti e insufficienza renale;

L. considerando che, promuovendo stili di vita sani e affrontando i quattro principali fattori di rischio per la salute – tabagismo, alimentazione scadente, scarsa attività fisica e alcol – in maniera trasversale nell'ambito delle varie politiche, è possibile apportare un notevole contribuito alla prevenzione del diabete, delle relative complicazioni e dei costi socio-economici che ne derivano;

M. considerando che le persone affette da diabete devono farsi carico del 95% della propria assistenza(22) e che la malattia non comporta solo oneri finanziari per i pazienti e le loro famiglie ma coinvolge anche aspetti psico-sociali determinando altresì una riduzione della qualità della vita;

N. considerando che solo sedici Stati membri su ventisette dispongono di un quadro di riferimento o di un piano nazionale per la lotta al diabete e che non esistono criteri chiari per definire in cosa consista un programma valido o quali siano i paesi che dispongono di prassi d'eccellenza(23); considerando che esistono notevoli differenze e disparità per quanto riguarda la qualità del trattamento del diabete all'interno dell'Unione europea;

O. considerando che non esiste un quadro giuridico dell'UE relativo alle discriminazioni nei confronti delle persone affette da diabete o da altre patologie croniche, e che in tutta l'Unione europea i pregiudizi al riguardo sono ancora diffusi nelle scuole, in sede di assunzioni, sul posto di lavoro, per la stipula di polizze assicurative e nelle valutazioni di idoneità per il rilascio della patente di guida;



P. considerando che mancano i fondi e le infrastrutture per coordinare la ricerca sul diabete nell'UE, e che tale circostanza si ripercuote negativamente sulla competitività della ricerca stessa impedendo altresì alle persone affette da diabete di beneficiare pienamente delle attività di ricerca condotte in Europa;

Q. considerando che attualmente non esiste una strategia europea sul diabete, malgrado le conclusioni della Presidenza austriaca del Consiglio sulla promozione di stili di vita sani e la prevenzione del diabete di tipo 2(24), il lungo elenco di risoluzioni delle Nazioni Unite e la dichiarazione scritta del Parlamento europeo sul diabete;

1. valuta positivamente le conclusioni del Consiglio, del 7 dicembre 2010, dal titolo "Approcci innovativi alle malattie croniche nella sanità pubblica e nei sistemi di assistenza sanitaria"(25), e l'invito in esse rivolto agli Stati membri e alla Commissione ad avviare un processo di riflessione mirante a identificare le opzioni atte a rispondere in modo ottimale alle sfide poste dalle malattie croniche;

2. prende atto della propria risoluzione sulla posizione dell'UE e il suo impegno in vista della riunione di alto livello delle Nazioni Unite dedicata alla prevenzione e al controllo delle malattie non trasmissibili(26), e osserva che tale testo è incentrato sul diabete in quanto patologia rientrante tra le quattro principali malattie non trasmissibili;

3. invita la Commissione a elaborare e mettere in atto una strategia mirata dell'Unione europea per il diabete sotto forma di raccomandazione del Consiglio dell'Unione europea sulla prevenzione, la diagnosi e la gestione del diabete nonché sull'informazione e la ricerca in proposito;

4. invita la Commissione a elaborare criteri e metodi comuni standardizzati per la raccolta di dati sul diabete nonché a coordinare, raccogliere, registrare, controllare e gestire, in collaborazione con gli Stati membri, dati epidemiologici esaustivi sul diabete nonché dati economici sui costi diretti e indiretti della prevenzione e della gestione della malattia;

5. invita gli Stati membri a sviluppare, attuare e monitorare piani nazionali sul diabete finalizzati alla promozione della salute, alla riduzione dei fattori di rischio, alla previsione, alla prevenzione, alla diagnosi precoce e al trattamento del diabete, sia per la popolazione in generale che per le categorie ad alto rischio in particolare, nonché concepiti per ridurre le disparità e utilizzare le risorse sanitarie in modo ottimale;

6. invita gli Stati membri a promuovere la prevenzione del diabete di tipo 2 e dell'obesità (raccomandando strategie da attuare già in età precoce attraverso l'insegnamento nelle scuole di abitudini sane in materia di alimentazione e attività fisica), unitamente a strategie concernenti stili di vita sani, che includano approcci incentrati sull'esercizio fisico e sull'alimentazione; sottolinea, a tale proposito, la necessità di allineare le politiche in campo alimentare agli obiettivi in materia di promozione di un'alimentazione sana, consentendo ai consumatori di operare scelte informate e salutari, e di diagnosi precoce quali settori d'azione prioritari nei piani nazionali sul diabete;

7. invita la Commissione a sostenere gli Stati membri promuovendo lo scambio delle migliori prassi relativamente ai piani nazionali sul diabete; sottolinea la necessità che la Commissione segua costantemente i progressi realizzati per quanto riguarda l'attuazione, da parte degli Stati membri, dei piani nazionali sul diabete e ne illustri i risultati mediante relazioni periodiche;

8. invita gli Stati membri a mettere a punto programmi per la gestione del diabete basati sulle prassi di eccellenza e su orientamenti terapeutici fondati su dati comprovati;

9. invita gli Stati membri a garantire che i pazienti abbiano costantemente accesso, nelle cure primarie e secondarie, a equipe interdisciplinari altamente qualificate nonché a terapie e tecnologie per il diabete, ivi incluse le applicazioni di sanità elettronica (e-health); li invita altresì ad aiutare i pazienti a conseguire e mantenere le capacità e le conoscenze necessarie per essere in grado di gestire quotidianamente la malattia in modo competente e autonomo;

10. chiede alla Commissione e agli Stati membri di migliorare il coordinamento delle attività di ricerca europee sul diabete incoraggiando la collaborazione interdisciplinare e creando infrastrutture generali comuni atte ad agevolare l'impegno europeo a favore della ricerca sul diabete, anche per quanto concerne l'identificazione dei fattori di rischio e la prevenzione;

11. invita la Commissione e gli Stati membri a garantire un sostegno costante al finanziamento della ricerca sul diabete nel contesto non solo dell'attuale programma quadro dell'UE dedicato appunto alla ricerca, ma anche di quelli futuri; li invita altresì a trattare il diabete di tipo 1 e di tipo 2 come due malattie distinte;

12. chiede alla Commissione e agli Stati membri di dare il giusto seguito ai risultati del vertice delle Nazioni Unite sulle malattie non trasmissibili svoltosi nel settembre 2011;

13. ricorda che, al fine di raggiungere gli obiettivi riguardanti le malattie non trasmissibili e di far fronte ai problemi di salute pubblica nonché alle sfide sociali ed economiche, è importante che l'UE e gli Stati membri integrino ulteriormente la prevenzione e la riduzione dei fattori di rischio in tutti i pertinenti settori legislativi e di intervento, in particolare nelle loro politiche in materia di ambiente, prodotti alimentari e consumatori;

14. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione al Consiglio, alla Commissione e ai parlamenti degli Stati membri.

Mahalia Jackson e Carlo Levi, la vita è più forte del Diabete

Il 27 gennaio 1972 muore a Evergreen Park (Illinois, Usa) per insufficienza cardiaca la celebre cantante Mahalia Jackson, già malata di diabete, considerata la più grande interprete di canti religiosi negri. Mahala Jackson, questo il suo vero nome, nasce il 26 ottobre 1911 a New Orleans (Louisiana, Usa) e nel 1932, trasferitasi a Chicago (Illinois, Usa), canta con i "Johnson Gospel Singers". Sciolto il gruppo si esibisce per qualche tempo da sola, poi con Thommy Dorsey, altra figura chiave nella storia del gospel song. Dopo aver fatto diversi lavori anche umili la Jackson nel 1947 incide "Move on up little Higher" che vende oltre 2 milioni di copie. Anche il mondo del jazz si accorge allora di lei: un suo concerto alla Carnegie Hall di New York (New York, Usa) polverizza ogni record di incasso. Tra le sue incisioni più riuscite "In the Upper Room", "I'm so Glad Salvation Is Free", "Go tell it on the mountain". Il 28 agosto 1963 alla famosa marcia di Martin Luther King a Washington (Usa) la Jackson intona la celeberrima "We shall over come".

Nasce a Torino nel 1902 da una famiglia di origine ebraica. Dopo aver studiato medicina, si unisce al gruppo di giovani intellettuali riuniti intorno alla figura di Pietro Gobetti. Si tratta di un personaggio eclettico: è pittore, scrittore e militante politico. Espone i suoi quadri per la prima volta a Torino nel 1923, ottenendo un discreto successo. Prosegue al contempo la sua attività di antifascista, partecipando alla fondazione del movimento "Giustizia e Libertà". La sua aperta opposizione al regime del tempo lo porta per numerose volte in carcere e lo costringe a passare due anni di confino in Basilicata (1935-36). Da questa esperienza nasce "Cristo si è fermato ad Eboli", la sua opera letteraria più importante; in Italia ha superato le venti edizioni ed è stata tradotta in decine di lingue. Dopo il periodo di confino si rifugia a Parigi; ritorna in Italia per prendere parte alla Resistenza. Finita la guerra continua la sua attività di giornalista e pittore; ottiene grande successo esponendo le sue opere alla Biennale di Venezia nel 1954. Nei suoi romanzi inaugura un nuovo modo di affrontare la questione meridionale: riesce a indagare con occhio attento e a condividere le condizioni di miseria e di oppressione dei contadini del Sud.
In "Quaderno a cancelli", invece, fa riferimento al periodo in cui, a causa del diabete, perde temporaneamente la vista. In quell'occasione Levi si fa costruire un particolare tipo di scrittoio, con una serie di cordicelle tese sopra il foglio per guidare la sua mano durante la scrittura. Un tentativo di non perdere la possibilità di esprimersi nonostante la cecità. Muore a Roma il 4 gennaio del 1975.

(websavona.it)

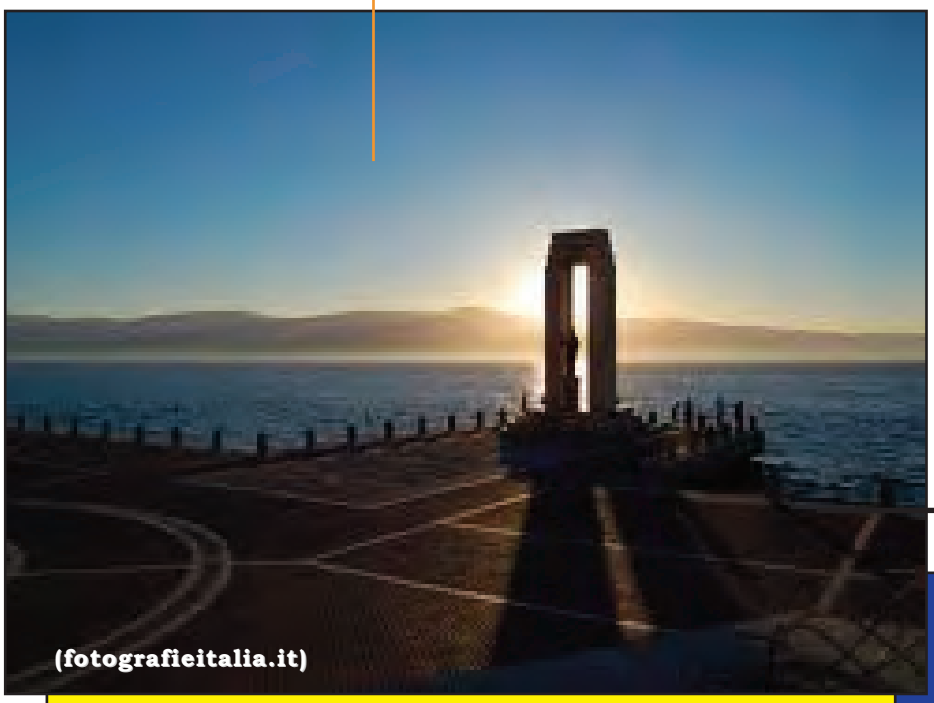
Le Ricette di Marella

Pochissime calorie ma tantissimo sapore. Ecco la nuova proposta di Diabaino News per un pranzo equilibrato, fresco e con il giusto apporto calorico.
Lo chef di "Casa Diabaino" consiglia di cominciare con un bel piatto di **spaghetti vongole e cozze al sugo bianco**, facile da preparare, buona da guastare.
Rosolate dell'aglio in una padella, versateci dentro delle vongole e copritele con un coperchio fin quando si schiudono. Ripetere l'operazione con le cozze, quindi unirle alle vongole aggiungendo una manciata di prezzemolo e pepe.
Cuocere la pasta e buttarla nel sugo, rigirarla un attimo e servire aggiungendo altro prezzemolo. E di secondo?
Rimaniamo in tema e prepariamo calamaretti al limone.
Dopo aver pulito e lavato i calamaretti con cura, metterli in un tegame con olio d'oliva (30 gr. per 4 pers.) e un cucchiaio d'aceto. Cuocere a fuoco basso finché non emettono il loro liquido, quindi aggiungere un altro cucchiaio d'aceto, un pizzico di sale e pepe, far cuocere per altri 5 minuti a fuoco vivace. Prima di servirli, irrorarli con il succo di limone. Avete già l'acquolina in bocca? E pensare che sono solo 200 calorie a porzione... Per concludere il "lauto" pranzo, una fresca insalata verde (150 gr. vi costano appena 22 kl in più) e una buona mela: i suoi 100 gr. vi apporteranno appena 38 Kcl!!!
Se volete provare voi a diventare chef, inventando pasti bilanciati ma gustosi, non vi resta che giocare con le carte de "Le Ricette di Marella". Accanto alle tipiche figure delle carte napoletane, le ricette dei piatti più indicati per mantenersi in linea. Il nostro è un invito a imparare a conoscere gli alimenti giocando con il loro contenuto calorico. Prova anche tu a formulare la tua Terapia alimentare. Non è poi così difficile rimanere in forma, no? A proposito, non dimenticate di coniugare a una corretta dieta una sana attività fisica! Una buona passeggiata ogni giorno, qualche esercizio a casa o in palestra, possono aiutarvi a migliorare la vostra qualità di vita.
Buon appetito e... al prossimo numero!

Diabaino City of Arts

Diabaino News senza confini

Sport e Cinema


(fotografieitalia.it)

(digikomp.it)

Arte Cultura e Societa'

Musica e Spettacolo

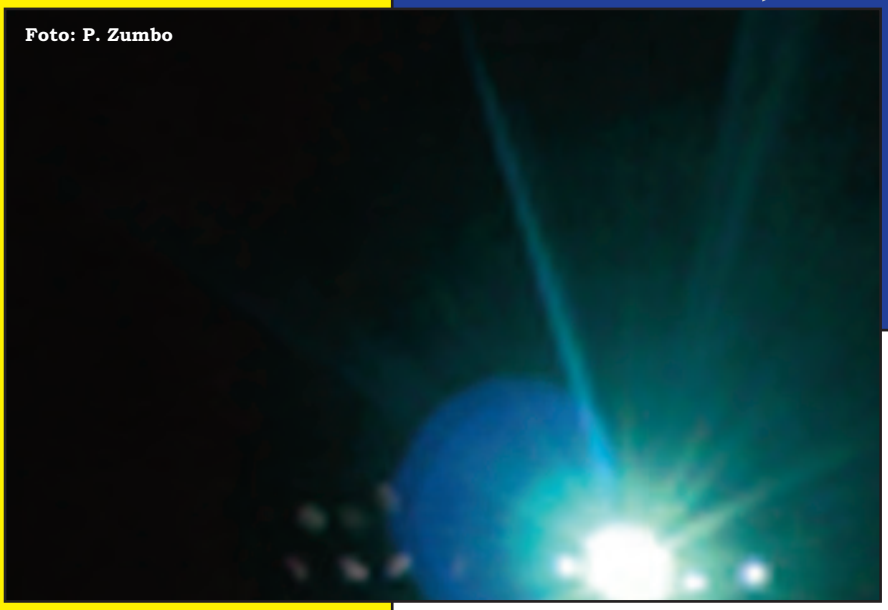


Foto: P. Zumbo

Diabaino City of Arts

La danza incanta il Cilea

Foto: P. Zumbo

Le stelle del balletto internazionale a illuminare il palcoscenico del Teatro Comunale 'Francesco Cilea' di Reggio Calabria.
Uno spettacolo di danza davvero mozzafiato per gli intenditori dell'arte tersicorea e non solo.
Sabato 21 e domenica 22 gennaio 2012 taluni tra i più promettenti e affermati interpreti del panorama internazionale del balletto, hanno offerto al pubblico presente in sala un'alta dimostrazione di disciplina.
Dalla impalpabile leggerezza di Maria Yakovleva, prima ballerina assoluta del Teatro dell'Opera di Vienna, eccezionale interprete de La Morte del cigno di P.I. Tchaikosky, alla spumeggiante briosità dei giovani ballerini della Bolshoi Ballet Academy, interpreti de La Fille mal gardee di Ferdinand Herold.
Per farsi travolgere dalla passione del flamenco è bastato un tocco di tacco con Josè Porcel, appartenente alla compagnia di flamenco tra le più prestigiose di Madrid. Sulle note di Jose Jimenenz, l'interprete si è fatto portavoce straordinario della tradizione dancera di Spagna, tanto da coinvolgere emotivamente anche il pubblico del Cilea che lo ha persino inneggiato.
Non lontani dal fascino musicale del cugini spagnoli, gli argentini di origini calabresi, i Los hermanos Macana, considerati i più grandi ballerini di tango al mondo. Due tangheri davvero rivoluzionari del genere. Un continuo scambio dialettico e talvolta grottesco di ruoli. Dal maschile al femminile, segnato dalla enorme professionalità degli interpreti oltreché dalla spettacolarità del linguaggio della danza, allontanava lo spettatore curioso, dalla incredulità circa l'assenza del personaggio classico femminile.
Tango, ripreso e interpretato, inoltre, dal partenope etoile Raffaele Paganini, a suggello dell'eccellenza italiana conquistata dalla danza a livello internazionale.
La potenza di corpi scolpiti, poi, a caratterizzare l'interpretazione in chiave moderna de Le vergini di P.I. Tchaikosky, quella degli italiani Cristina Maugeri e Vito Pansini, appar-

Foto: P. Zumbo

Diabaino City of Arts

La danza incanta il Cilea

tenenti alla compagnia di balletto del Teatro di Torino, a significare, per chi intende affacciarsi alla danza, che ci vuole impegno e costanza.
Dalla platea, gli occhi degli spettatori puntati sul palcoscenico. A parlare gli applausi. Non una gran pecca l'assenza di scenografie colmata dalla presenza scenica e dal vigore artistico dei protagonisti. 'Grande' assente: il pubblico delle grandi occasioni, sostituito da ragazzi provenienti probabilmente dalle scuole di danza calabresi interessati ad affinare tecnica e stile. Un fuori programma molto applaudito quello dedicato alla disciplina moderna dell'hip-hop, un genere black americano di carattere, contestatore, acrobatico, interpretato da una gang di ballerini davvero coinvolgenti ed energici.
Gli stessi, che nell'ensamble finale condotta insieme agli altri interpreti della kermesse, hanno dimostrato al pubblico entusiasta che il linguaggio della danza è universale, perché capace di regalare forti emozioni, a qualunque latitudine.

Germana Santagati

Foto: P. Zumbo

Foto: P. Zumbo

Foto: P. Zumbo

Diabaino City of Arts

Viaggio sul Ponte che non c'é

Foto: P. Zumbo

La stagione teatrale del Francesco Cilea di Reggio Calabria 2011-12 si è aperta con l'opera di Claudio Fava "Lavori in corso", uno spettacolo dedicato alla costruzione del Ponte sullo Stretto, fantomatica o reale che sia, visto come mannaia che pende sulla testa dei siciliani. Attorno alla realizzazione della mega opera, interessi e intrecci tra politica, impresa e mafia.
Lo show inizia con un extracomunitario seduto accanto a un ministro della Repubblica sul treno Freccia della Laguna, Espresso storico che attraversa l'Italia in una notte, dalla Sicilia al Nord Italia. E il dialogo tra i due mette in evidenza le difficoltà degli immigrati, costretti a lavori usuranti, umilianti e sottopagati per vivere, e la scarsa considerazione nei loro confronti. È la notte dell'incidente del 2002, avvenuto in prossimità del segnale di protezione della stazione di Rometta. Un giunto mancante è la causa del disastro, perché un subappaltatore mafioso tralascia di controllare il tratto. Muoiono alcuni extracomunitari. Da quella sciagura, Fava fa nascere il progetto del Ponte.
(immagini)
Da questo momento, Raffaele Frisina, ex ferroviere, in pensione a 48 anni per una falsa disabilità, diviene il personaggio centrale, duettando prima con il Ministro e poi con un operaio palermitano.
Operaio che vede nella costruzione del Ponte un'occasione di lavoro e nulla più, e che racconta quanto sia difficile a Palermo vivere nella legalità e ricorda Don Pino Puglisi, prete ucciso perché combatte la mafia.
La scena si chiude con il ferroviere in pensione seduto accanto all'ex Ministro, molti anni dopo, che dialogano con difficoltà, sommersi dal frastuono causato dai lavori in corso, proiettati in un futuro incerto quanto deprimente.
Lo spettacolo, della durata di appena 65', ha un po' deluso le attese. La trama e i testi sono apparsi deboli e a volte scollati. La voglia di descrivere l'oscuro meccanismo che sta dietro all'idea del Ponte non è calata nella dimensione teatrale.
A volte troppo pesante, a volte incompleto, "Lavori in corso" è sembrata un'opera monca dove solo il personaggio di Raffaele Frisina spezza il monotono elenco dei tremendi numeri riguardanti il Ponte, alleggerendo uno spettacolo altrimenti costruito su cose risapute e quindi difficile da digerire. Bene anche le musiche di Tony Canto, che con la sua chitarra è riuscito a riprodurre suoni e umori dei protagonisti.
Per il resto, tutto poco coinvolgente. Un'opera così scontata l'avrebbero potuta realizzare in molti.

Pasquale Zumbo

Foto: P. Zumbo

DIABETE MELLITO: UNA SCALA DA SALIRE

Il Diabete Mellito è stato definito dall'OMS malattia sociale.
E' grave, è cronico, è invalidante . . . ma è curabile, non da soli ma con l'aiuto di una equipe specializzata che faccia cerchio intorno alla persona con diabete e formi come caregiver la persona che gli è più vicina.
L'obiettivo dell'evento è acquisire conoscenze teorico-pratiche, strumenti terapeutici, farmacologici e non.
Il diabete mellito è una scala in salita e almeno quattro sono i gradini da affrontare dalla terapia motoria alla terapia educazionale.

Se la diagnosi è precoce l'intervento terapeutico deve essere più che precoce ed efficace per prevenire – fermare – e/o allontanare le complicanze proprie del diabete mellito.
Il corso è finalizzato ad individuare percorsi e strumenti per la gestione del paziente con diabete, vuole stimolare la cultura della informazione e della prevenzione di una grave malattia che nel 2025 avrà colpito più di 300.000,00 di persone al mondo e richiede richiede approcci multidisciplinari.
Territorio, Ospedale, Università, Associazione dei pazienti uniti insieme per il diabete possono fare un'azione sinergica per rendere protagonista la persona con diabete.
In questo iter informativo formativo ruolo fondamentale ha il Medico di Medicina Generale insieme agli specialisti che curano quelle patologie direttamente correlate al diabete.
Durante l'evento è stato proiettato il Corto metraggio di "INSULA".
L'evento è stato patrocinato da:
Consiglio Regione Calabria, AMD, ASP 5 RC, Universitadegli studi di Pavia,Ordine Medici provincia Reggio Calabria, FAND. Con il Contributo non condizionato di Takeda.

DIABETE MELLITO: UNA SCALA DA SALIRE

DR Samil Aboudalau:

"Credo sia molto importante lo scambio tra medici universitari e medici che operano sul territorio. É fondamentale in virtù dei progressi della ricerca medica che devono essere messi a conoscenza di dottori e specialisti. Qui non parliamo solo di farmaci ma anzi soprattutto di dieta e cambiamento di stile di vita, due fattori molto importanti nella cura del diabete, specialmente quello neo-diagnosticato. Il mio contributo alla discussione? Sono un medico che lavora sul territorio, a Roma, presso un centro dove è presente un ambulatorio di diabetologia e quindi cercherò di trasmettere questa mia esperienza anche ai medici presenti a questo convegno, soprattutto a quelli di medicina generale per capire, anche in Calabria, quali sono i problemi che sorgono nella cura del paziente con diabete.
Cosa ci aspetta domani? L'iniezione di insulina è un problema per il paziente, speriamo di trovare un device meno invasivo e doloroso ma, nel contempo, sarà fondamentale mettere in evidenza l'importanza di dieta, attività fisica e stile di vita. Poi ci sono i nuovi farmaci, iniezioni che si fanno una volta a settimana o una volta al mese, ma per scoprirne la reale efficacia bisognerà che passi un po' di tempo".

DR.SSA Pamela Maffioli:

"Un appuntamento come questo è fondamentale per la creazione di un'alleanza tra lo specialista diabetologo e il medico di base. Spesso quando un medico di base vede una glicemia alta, demanda tutto allo specialista, a volte confermando le terapie che quest'ultimo decide, altre fa di testa sua. Vedere le cose dal punto di vista del diabetologo sarebbe utile nella gestione del paziente, anche perché lo specialista incontra il paziente, nel migliore dei casi, una volta ogni tre mesi, a differenza del medico di famiglia che, conoscendo meglio la patologia, il perché di certe terapie, potrebbe diventare un supporto importante per il paziente con diabete.
La dr.ssa Maffioli, nel corso del suo intervento, ha trattato il caso clinico di un paziente inviato in un ambulatorio di diabetologia per un diabete di prima diagnosi, analizzando le metodologie terapeutiche impiegate e il modo in cui la cura del paziente si è evoluta.
Il futuro della cura? Integrare sempre più la dieta e l'attività fisica, facendo comprendere al paziente quanto questo sia importante. Non esiste un'altra patologia come il diabete in cui la terapia farmacologica da sola non è efficace. Solo attività fisica e alimentazione corretta possono permettere un buon compenso del paziente e quindi una migliore qualità di vita".

DIABETE MELLITO: UNA SCALA DA SALIRE

PROF. Giuseppe Derosa:

Migliorare la vita del paziente si può e la terapia non farmacologica è il primo cardine e quindi dieta più attività fisica non possono mancare. Grazie a tanti centri di diabetologia in Italia, abbiamo adesso la possibilità di comunicare questo caposaldo ai nostri pazienti. La dieta mediterranea, ormai riconosciuta come patrimonio dell'Unesco, è la migliore possibile. Accanto a questo, la terapia farmacologica, in particolare quella per i pazienti di tipo 2. La Metformina è un farmaco a basso costo che deve essere considerato nel caso di diabete di tipo 2. Quindi abbiamo una serie di altri farmaci, come il pioglitazone, un insulino sensibilizzante che ha mostrato di avere azione ipoglicemizzante che, accoppiata alla metformina, può agire sul momento fisio-patologico del paziente di tipo 2 e quindi sul sovrappeso o l'obesità. Spesso, però, il paziente non è controllato con due soli farmaci e a quel punto è necessario un po' di coraggio per aggiungerne un terzo. Una triplice terapia potrebbe risultare vincente nella gestione del paziente. Logico tener sempre presente anche le conseguenze derivanti dall'essere un paziente con diabete e quindi tener conto delle complicanze, che i farmaci non procurino al soggetto effetti collaterali. Compiti che spettano ai medici di medicina generale e agli specialisti per una migliore gestione del paziente stesso. Adesso ciò è possibile per la presenza di tanti centri sparsi per tutta la penisola. Questo incontro è importante per comprendere che creando una sinergia tra istituzioni, ospedali, università ma anche i centri e le associazioni che si occupano del paziente con diabete a 360°. Sinergia e cultura sono sempre vincenti ed eventi come questo sono la spinta giusta per raggiungere determinati obiettivi.

DR.SSA Mariantonella Ferraro:

Questo è stato un incontro importante perché ha coinvolto le istituzioni, le università, il medico di medicina generale, lo specialista, le associazioni di pazienti diabetici. Tutti insieme lavorano per sconfiggere il diabete, per essere in grado di attivarsi appena formulata la diagnosi e anche prima. Il diabete mellito è davvero una scala da salire. il primo step è l'attività motoria, il secondo step è la terapia alimentare, il terzo la terapia farmacologica ma soprattutto l'educazione del paziente, dei familiari e di coloro che gli sono vicini. Se non c'é l'educazione, qualsiasi terapia non avrà alcun effetto, soprattutto sulla psiche della persona. Noi speriamo che il diabete possa essere debellato, gli studi sono in corso, ma nel tempo abbiamo acquisito tanti e tali farmaci che possiamo schiacciarlo il diabete. Certo i tre step di cui parlavamo rimarranno fondamentali. Nel frattempo, speriamo nella ricerca ma credo che per la cura definitiva bisognerà aspettare ancora.

BULIMIA NERVOSA E DIABETE MELLITO DI TIPO 1

I disturbi del comportamento alimentare rappresentano un problema ormai di rilevanza mondiale, costituiscono infatti una vera e propria malattia minacciando a volte la vita stessa.
Il nucleo psicopatologico di tali patologie è rappresentato da un'eccessiva preoccupazione per il peso e le forme corporee e per l'alimentazione; tale nucleo è mantenuto da un complesso insieme di fattori socio-culturali, individuali e familiari che rappresentano i fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti del Disturbo del Comportamento Alimentare.
L'autostima di tali pazienti è sostenuta dal raggiungimento della magrezza, ma una volta raggiunta tale condizione la paziente rischia di incorrere in abbuffate che aumentano ancora di più la paura di ingrassare provocando ulteriori meccanismi di controllo su peso alimentazione e forme corporee.

Negli ultimi anni è emerso un certo interesse per i disturbi dell'alimentazione nei i pazienti affetti da diabete poiché sembra che i comportamenti associati ai disturbi alimentari ("abbuffate" e "purghe", meccanismi compensatori) influenzino negativamente il controllo glico-metabolico.
I disturbi del comportamento alimentare sono comuni nel diabete sia di tipo 1 sia di tipo 2.
Il diabete, infatti, in particolare quello di tipo 1, rappresenta un terreno fertile per lo sviluppo di un DCA poichè esso crea preoccupazione nei confronti del cibo che può essere vissuto come un pericolo da evitare; la propria vita viene percepita come fuori controllo, con la convinzione della perdita di potere sulla propria esistenza; il calo ponderale ottenuto attraverso la manipolazione di insulina può fornire un' illusoria sensazione di avere ripreso il controllo.
Per tali motivi i DCA nelle persone con diabete sono particolarmente invalidanti e presentano notevoli difficoltà di trattamento. In particolare, nel diabete di tipo 1 , soprattutto in un adolescente di sesso femminile, la possibile concomitanza di un DCA va sempre sospettata.
Nel diabete di tipo 1 il DCA, la Bulimia Nervosa in particolare, può essere conseguenza del diabete, mentre nel diabete di tipo 2, in cui si manifesta di solito come BED (Disturbo dell'Alimentazione Incontrollata), ne precede l'esordio.
Il diabete di tipo 1 e' stato associato ad una maggiore prevalenza di bulimia nervosa nelle donne: le pazienti con questo tipo di diabete devono seguire una dieta specifica tanto che questo può alterare il naturale senso di fame dell'organismo e portare a mangiare più del dovuto. L'insulina inoltre può causare un aumento di peso e questo per un'adolescente, nella società in cui viviamo che ha come modello vincente la magrezza, è molto difficile da accettare.
Nei pazienti con diabete affetti da questo problema sono comuni restrizioni dietetiche o la manipolazione del dosaggio di insulina al fine di raggiungere lo scopo prefissato. Tra le varie modalità di scelta delle condotte compensatorie adottate, sembra che alcune adolescenti utilizzino solo l'insulin purging, altre l'insulin purging associato al ricorso al vomito autoindotto e/o a lassativi e altre ancora il vomito autoindotto e/o l'uso di lassativi senza ricorrere all'insulin purging.
La conseguenza di usare meno insulina o modificare la sua forma di applicazione porta a ricoveri ripetuti o episodi di ipoglicemia o iperglicemia marcata. Essi sono associati a gravi complicanze croniche del diabete (occhi, reni, e delle cellule nervose), tipica di un insufficiente controllo metabolico sostenuto nel tempo.
Nel caso della Bulimia Nervosa, viene spesso utilizzato l'insulin purging quale mezzo per il controllo del peso e questo particolare comportamento può essere considerato un equivalente dei metodi purgativi "classici" della BN (vomito autoindotto, lassativi, diuretici ecc.). La manipolazione delle dosi di insulina allo scopo di perdere peso è peraltro frequente nelle giovani diabetiche, anche in assenza di fenomeni di perdita di controllo sul cibo. Se al pasto, infatti, non viene associata la giusta quantità di insulina,la glicemia aumenta marcatamente e compaiono glicosuria e poliuria. Il risultato finale è l'escrezione di glucosio (e quindi di calorie) con le urine con conseguente rapido calo ponderale per disidratazione e riduzione dell'introito calorico.
Le variazioni di peso nelle persone con diabete di tipo 1 non riflettono in maniera fedele il comportamento alimentare. Per esempio, la presenza di frequenti abbuffate, pur in assenza di comportamenti compensatori, può determinare scompenso glicometabolico con massiva glicosuria e calo ponderale; ciò spiega perche, tra le persone con diabete di tipo 1, quelle con BED siano spesso normopeso o sottopeso;
Le crisi ipoglicemiche, che si accompagnano a un forte impulso verso il cibo, possono essere difficili da distinguere (per la stessa persona) da episodi di perdita di controllo.

Laura Tortora
Psicologa

LE PROPRIETA' NUTRIZIONALI DEL LATTE MATERNO

E' indubbio che il migliore tipo di alimentazione per I neonati è l'allattamento al seno,esclusivo per i primi sei mesi e portato, se possibile , unitamente agli alimenti per lo svezzamento, fino al compimento del primo anno di vita ed anche dopo.
Il latte materno è il cibo fondamentale e unico dei neonati. E' naturalmente bilanciato e nessun latte artificiale può essere lontanamente paragonato al latte umano.
L'allattamento al seno favorisce la trasmissione di immunocompetenze dalla madre al figlio e contribuisce a proteggere immunologicamente il neonato fino allo sviluppo del sistema immunitario. Inoltre , grazie alla sua attività antimicrobica verso molti virus, batteri e protozoi può ridurre l'incidenza delle infezioni nei neonati.
Il latte umano ha proprietà antiossidanti. Lo stress ossidativo è coinvolto nella displasia broncopolmonare, nella retinopatia in soggetti prematuri e nella enterocolite necrotizzante.
L'influenza del latte umano nell'intensità dello stress ossidativo nei neonati allattati al seno è significativamente importante. La concentrazione di antiossidanti nel latte dipende dalla dieta della madre, dalla supplementazione vitaminica durante la gravidanza e l'allattamento.
I bambini allattati al seno possiedono una capacità antiossidante superiore ed un minore stress ossidativo rispetto ai bambini allattati con latte artificiale.
La taurina è un aminoacido conosciuto per le sue capacità trofiche sul sistema nervosa centrale.
E' un nutriente essenziale presente nel latte materno.
La sua carenza alla nascita determina modificazioni anatomiche e funzionali a livello della retina e del sistema nervoso centrale e periferico attraverso all'aumento dei flusso nei canali del calcio e nella modificazione della fosforilazione proteica.
Il latte umano contiene una complessa quantità di oligosaccaridi che sono presenti in quantità minime nel latte materno di altre specie animali e che agiscono inibendo l'adesione dei batteri alla superficie dell'epitelio e giocano un ruolo importante nel prevenire malattie infettive nel neonato.
La composizione del latte umano varia molto dal periodo post-partum, durante l'allattamento e in base all'alimentazione della madre e in caso di alcune malattie.Il volume di latte prodotto è rapportato al peso del neonato.
Il latte umano e significativamente diverso dal latte vaccino in termini di micro e macro nutrienti soprattutto di acidi grassi e proteine . Il lattosio è molto meno presente nel latte vaccino rispetto al latte umano e la quantità di oligosaccaridi è molto differente.
E' l'alimento ideale per I neonati per il suo contenuto di nutrienti,per le proprietà immunoprotettive e antimicrobiche. La sua composizione è unica in quanto costituito da componenti non solubili e solubili quali le pro-

LE PROPRIETA' NUTRIZIONALI DEL LATTE MATERNO

teine che hanno azione protettiva , lipidi con proprietà antivirali e carboidrati che inibiscono la crescita batterica e prevengono l'adesione dei microorganismi alle cellule epiteliali del tratto respiratorio e gastrointestinale.
Il latte materno è un alimento completo per I primi 4-6 mesi di vita:Aiuta a prevenire la diarrea e l'obesità nonché l'insorgenza di allergie. E' estremamente difficile quantificare, in termini economici, i benefici di questo alimento. L'allattamento materno , secondo alcuni studi americani che lo hanno comparato con l'allattamento artificiale , è economicamente molto più vantaggioso senza tener conto dei vantaggi non economici ma molto più importanti e cioè la riduzione della morbilità, della mortalità . Il costo dell'allattamento artificiale in alcuni paesi ha un costo tre volte maggiore rispetto al latte materno.
I fattori immunologici presenti nel latte materno danno una protezione contro agenti infettivi che colonizzano il piccolo e grande in testino. Fattori che interferiscono con la crescita batterica di enterovirus e rotavirus sono stati individuati nel colostro e nel latte umano.In definitiva la sua somministrazione esclusiva nei primi 6 mesi di vita e, con supplementazione , nei mesi successivi, rappresenta il migliore tipo di alimentazione in assoluto.

Dott.Giuseppe Pipicelli
Dott.ssa Annalisa Maria Valeria Pipicelli

Info Diabaino

SPORTELLO DEL DIABETE:
Diabaino Vip-Vip dello Stretto ONLUS FAND Gallico ASP n. 5 RC - PST GALLICO Lunedi, Martedì e Venerdi (10,00 - 12.00) Tel. 0965. 371093 - Tel./Fax. 0965. 371822 Mercoledì (18,30 - 20,30) presso Sede Uffici: Via P. Pellicano, 26/F Tel - Fax 0965. 21516 Tel. 0965. 883180
www.diabaino-vip.it - www.diabaino.org
diabainovip@email.it - info@diabaino.org
Presidente: O.S. Gabriella Violi - cell. 338-3683012
Responsabile Scientifico: Dott. Alessio Rosato Sede Legale: Via Umberto I, 100 89135 Gallico (RC)

SPORTELLO DEL DIABETE: Diabaino Vip della Piana FAND Polistena ASP n. 5 RC - PST Polistena Martedi e Giovedì ore 9.30 - 11.30 Presso la sede di Gioia Tauro Martedi e Giovedì ore 17,00 - 20,00 Sabato ore 9,30 - 11,30 Presidente: Ignazio Albo Cell. 3381896397 Responsabile Scientifico: Dott. Antonia Russo Sede Legale: Via Domenicani n° 40, Polistena (RC)

Diabaino Acri FAND ACRI Sede Legale: Via Anna Frank n° 21 ACRI (CS) Presidente: Pasqualina Pisano cell. 3281569566 Resp. Scientifico: Dott. Achiropita Pucci

Diabelvedere Marittimo FAND Belvedere (CS) Sede Legale: Via F. Dini Palazzo Nastri Belvedere Presidente Antonio Monetta cell. 3479797792 Resp. Scientifico Dott. Olga Misiti

Hipponion Diabaino Vibo Valentia Sede Legale: Terravecchia inferiore, 228 89900 Vibo Valentia (VV) Presidente Giacinto Inzillo Tel. 357 9781001 Fax. 0963 41239 Email: studiolegale.inzillo@tin.it Resp. Scientifico Dott. Mario Luciano
Santa Famiglia Diabaino Catanzaro Sede Legale:via B. Musolino, 46 88100 Santa Maria (CZ) Presidente Valentina Carè - Cel. 338.346 3686 Email: v.care@alice.it .

Coordinamento FAND Calabria Responsabile D0tt. Mariantonella Ferraro Via P. Pellicano 26/F Reggio Calabria Tel/fax 0965/21516 cell. 3894304076

Contributi Volontari Liberatori intestati a: Diabaino Vip-Vip dello Stretto ONLUS
1. Banco Napoli S.P.A, Via Miraglia - 89100 Reggio Calabria
IBAN IT63 D010 1016 3001 0000 0101 865
2. Agenzia Postale Gallico (RC) c/c n. 22482889

Last News dal mondo Diabete

Diabete: migliora la qualità dell'assistenza in Italia

Migliorata in 5 anni la cura del diabete In Italia. Lo documenta l'aumento di due punti, da 22,2 a 24,3, nel periodo 2005-2009, del valore medio dello "score Q", l'indice che consente una valutazione complessiva della prestazione assistenziale dei centri diabetologici del nostro Paese. "Lo score Q valuta da un punto di vista qualitativo l'efficienza delle cure e dell'assistenza prestate, e conseguentemente l'efficacia nel prevenire le complicanze tipiche del diabete, dall'infarto all'ictus, ai disturbi alla vascolarizzazione, alla mortalità", spiega Carlo B. Giorda, Presidente Associazione Medici Diabetologi (AMD).

A fornire i dati di questo trend sono gli Annali AMD 2011, il rapporto nazionale sulla qualità dell'assistenza offerta nei centri di diabetologia, redatto annualmente da AMD e presentato oggi a Roma.

Il punteggio dello score Q varia da 0 a 40, con tre classi: inferiore a 15, fra 15 e 25, maggiore di 25; un punteggio inferiore a 15 si associa a un aumento del rischio di complicanze di circa l'80%, mentre fra 15 e 25 il rischio è più alto del 20%. L'indice viene calcolato assegnando un punteggio sia alle modalità assistenziali - misurazione di emoglobina glicosilata (HbA1c, il parametro che determina il livello di controllo del diabete), pressione arteriosa, profilo lipidico (colesterolo), microalbuminuria - sia ai risultati ottenuti dalla cura ossia mantenimento di HbA1c al di sotto dell'8%, pressione inferiore a 140/90mmHg, colesterolo LDL a meno di 130mg/dl, impiego dei farmaci adatti alla protezione renale in caso di microalbuminuria.

Il miglioramento di due punti del valore medio è legato a un significativo incremento della quota di persone in cura nei centri che raggiungono un punteggio superiore a 25, oltre a una concomitante riduzione della percentuale di quelli che ricadono nelle classi inferiore a 15 e 15-25. In pratica, mentre nel 2005 una persona con diabete su quattro presentava un punteggio superiore a 25, nel 2009 ciò era vero per una su tre. "Un dato importante che emerge – dice Giorda – è che i centri di diabetologia con score Q superiore a 25 sono passati dal 26,1% al 36,1%, il che si traduce sicuramente in un minor numero di eventi cardiovascolari nelle persone assistite."

Gli Annali AMD analizzano i dati reali di circa un sesto degli italiani con diabete, tracciando un'immagine realmente significativa dell'assistenza diabetologica in Italia. In particolare, la sesta edizione, dal titolo "Annali AMD 2011 - Livelli di controllo metabolico, pressorio e lipidico e utilizzo dei farmaci nel diabete di tipo 2. Gli anni 2005-2009 a confronto", valuta l'evoluzione dell'assistenza erogata, sulla base di un campione di oltre 262mila persone con diabete nel 2005, cresciuto a più di 415mila nel 2009.

"Presentiamo, per la prima volta, un approfondimento nel diabete di tipo 2 sulla relazione tra cambiamenti nei livelli di controllo dei principali parametri clinici associati al diabete e alle complicanze cardiovascolari (emoglobina glicosilata, pressione arteriosa

Last News dal mondo Diabete

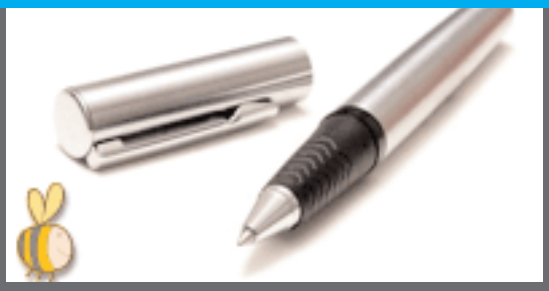
e colesterolo) e utilizzo di farmaci", spiega Giacomo Vespasiani, Coordinatore Annali AMD. "In estrema sintesi, si registra una riduzione dei valori della pressione e del colesterolo LDL 'cattivo', in corrispondenza a un maggior impiego di farmaci antipertensivi e anticolesterolo: un primo indicatore di una migliorata cura della persona con diabete nel complesso, non solo della cura della sua glicemia", dice Vespasiani. Che aggiunge: "I valori medi dell'emoglobina glicosilata si sono mantenuti costanti, ma con una riduzione delle persone curate solo con la dieta e un aumento di quelle trattate con insulina. In altre parole, si è mantenuto lo stesso livello di controllo a fronte della cura di situazioni verosimilmente più serie."

"Gli Annali AMD hanno già ricevuto numerosi riconoscimenti a livello internazionale, perché costituiscono un database di informazioni inestimabile, che solo Paesi come la Svezia, Israele e in parte gli Stati Uniti, cioè l'elite della sanità mondiale, posseggono in forme assimilabili. Sono anche considerati dai ricercatori stranieri un'importante fonte di ispirazione per studi e analisi e abbiamo già ricevuto diverse proposte di collaborazione al proposito", dice Antonio Ceriello, Vicepresidente AMD e membro italiano del Board dell'International Diabetes Federation (IDF). "Inoltre, alcuni indicatori di processo e di esito intermedio proposti dagli Annali AMD verranno inseriti nelle prossime linee guida mondiali sul diabete dell'IDF; infine, la possibilità di valutare efficienza ed efficacia delle cure prestate in ogni singolo Centro, su ogni singola persona con diabete, grazie all'indice o score Q, espressione delle capacità del gruppo di analisti composto da esperti di AMD e del Consorzio Mario Negri Sud subito validata da importanti pubblicazioni scientifiche, ne fanno uno strumento straordinario e immediato per il miglioramento continuo della qualità e la programmazione di interventi volti a ottimizzare le risorse disponibili", prosegue.

"Auspichiamo che le autorità di governo della sanità del nostro Paese vogliamo utilizzare gli Annali AMD per riflettere sulle misure da adottare per affrontare la pandemia diabete, che rischia di appesantire ulteriormente il fardello del nostro sistema sanitario. Il diabete è una malattia che richiede notevoli risorse, economiche, umane e di tempo. Non è certo banalizzandone la cura, pensando di puntare al risparmio affidandone per esempio la gestione unica del medico di famiglia, come purtroppo pensa un numero elevato di amministratori pubblici, che si otterrà un risultato concreto. Ormai è riconosciuto che la persona con diabete rappresenta uno dei problemi più complessi che il medico di famiglia debba affrontare nella sua pratica quotidiana, non solo quando subentrano le complicanze: uno studio di Harvard ha dimostrato che il diabete è la problematica più complessa da gestire nel campo delle cronicità. È vero invece che proprio la gestione della persona con diabete in comune tra specialista e medico di famiglia, sin dal momento della diagnosi, può evitare che un diabete in fase iniziale arrivi, senza una pronta correzione, a sviluppare la complessità delle complicanze", conclude Giorda.

Diego Freri
Direttore Relazioni Istituzionali
ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI

Aiutaci ad aiutare



RICORDATI DI TE!

Basta un piccolo gesto

DEVOLVI IL 5 per mille
NELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI 2012

Puoi farlo con:
il Modello Cud 2008 (consegnato dal datore di lavoro)

Modello 730/ 1-bis redditi 2011
Modello Unico 2012

FIRMA E INSERISCI IL NOSTRO CODICE FISCALE

9 2 0 2 9 1 8 0 8 0 6

Nel riquadro "sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni"

Grazie dalle api operaie della Diabaino Vip-Vip dello Stretto

P.S.: Nella speranza che la burocrazia non vada a rilento, quando saremo informati dagli organi composti dell'entità globale delle risorse raccolte, sarà nostra cura dare notizia sul loro impiego

Per ulteriori informazioni contattaci:
Tel. 3383683012 - 3894304076

Sede uffici:
via P. Pellicano 26/f - Reggio Calabria
Tel/Fax 096521516
www.diabaino.org - e-mail: info@diabaino.org