

La chiave di tutto

Questo giornale ha sempre cercato di trattare le problematiche relative alla condizione diabetica a tutto campo, affrontandone tutti gli aspetti -medici, psicologici e sociali- e parlando di terapia e di lavoro, di ricerca scientifica e di patente di guida, di alimentazione e di sport e così via. Anche in questo numero abbiamo voluto tenere fede a questa impostazione, in cui crediamo: così, troverete articoli e interviste su temi vari come la gravidanza, la formazione dei team diabetologici, la prevenzione delle complicanze cardiovascolari. Eppure, a rivista pronta, ci accorgiamo che un filo rosso percorre tutti questi discorsi, un principio di fondo che rappresenta la chiave di volta del problema. Parliamo del controllo della glicemia, raccomandato per poter condurre felicemente in porto una gravidanza, per non danneggiare cuore e arterie, per ottenere buoni risultati dalla terapia. Alla fine sempre lì si torna, perché una persona con il diabete, che si controlli con frequenza e regolarità e riesca ad adeguare alla sua situazione cure, comportamenti e abitudini, può raggiungere e mantenere quell'equilibrio euglicemico che è condizione fondamentale per una vita normale e serena. Perché una buona glicemia tiene lontani i rischi e le paure.

PARLA IL DIABETOLOGO GRAZIANO DI CIANNI

Avere un figlio senza paura

In questo numero "Il Punto" è dedicato alla gravidanza, un evento da affrontare senza pregiudizi e con una attenta programmazione: è questa la strada giusta per non correre rischi. Con la guida di un esperto, vediamo quali sono le difficoltà, i pericoli, i timori ingiustificati e le soluzioni da adottare per avere mamme tranquille e bimbi sani (p. 2-3)



IL CORSO GLUCO-LAB

Il team a lezione

Ha preso il via a Milano e Roma una serie di incontri per medici e infermieri per approfondire i temi dell'auto-monitoraggio della glicemia e dei rapporti con i pazienti. Intervista al responsabile scientifico Antonio Ceriello (p. 4-5)



Dossier

Missione Cuore

Presentiamo lo studio PROactive e i risultati del Congresso dell'American diabetes association in tema di prevenzione delle complicanze cardiovascolari. Articoli del professor Paolo Brunetti (p. 7-10)

IL 95% DEI BAMBINI NASCE SANO E SENZA PROBLEMI

Il segreto di una

mamma

tranquilla

Non si diventa cieche e non si è irreparabilmente condannate alla dialisi, come si credeva cinquant'anni fa. Una donna diabetica può serenamente avere un figlio sano senza danni per la propria salute, come avviene oggi nella stragrande maggioranza dei casi. È importante che non si faccia prendere da paure irrazionali, ma che sappia che esistono rischi particolari da affrontare nel modo dovuto. Cioè, con la programmazione della gravidanza e il conseguente rigoroso controllo. Ne abbiamo parlato con uno specialista, il diabetologo Graziano Di Cianni, dell'Azienda ospedaliera universitaria di Pisa, Dipartimento di endocrinologia e metabolismo (centro regionale di riferimento per il diabete), coordinatore nazionale del gruppo di studio "Diabete e gravidanza" della Sid.



C'è paura della gravidanza nelle donne diabetiche?

Sì, ci sono ancora troppi pregiudizi e troppe paure intorno ai rischi per la salute della madre e per l'esito stesso della gravidanza. Questi timori stanno diminuendo, perché i risultati sono sempre più soddisfacenti e il livello culturale medio è cresciuto negli anni, però una certa apprensione è ancora viva ed è spesso esagerata. Potremmo ridurre con una politica di pro-

grammazione e sensibilizzazione. Se la donna è informata, se le è stata trasmessa sicurezza prima e durante la gestazione, se ha un buon rapporto con diabetologo e ginecologo, le preoccupazioni si allontanano.

Come giudica il livello di informazione in Italia?

È un po' a macchie di leopardo, perché la situazione italiana è caratterizzata da una grande parcellizzazione dell'assistenza diabetologica, con

strutture e situazioni molto diverse. Perciò non dappertutto si svolge un'attività strutturata per la gravidanza. Su questo siamo indietro rispetto a Paesi come la Danimarca. In generale, i nostri servizi sanitari non battono abbastanza sui temi della programmazione della gravidanza e della contraccezione: si dovrebbe fare di più, non solamente negli incontri a due, ma anche con riunioni, dépliant, incontri annuali. Quando una donna in età fertile va dal diabetologo, un accenno alla programmazione dovrebbe essere fatto subito.

Al di là delle paure infondate, quali sono i problemi reali?

Il problema principale è appunto che oltre la metà delle gravidanze non è programmata: ciò significa che non coincidono con l'ottimizzazione del controllo metabolico. Quindi, la gravidanza può cominciare con equilibrio metabolico cattivo o pessimo e ciò fa aumentare i rischi: malformazioni congenite, abortività spontanea, varie problematiche materne. È impor-

tante che ci sia buon controllo già prima dell'inizio della gravidanza. Nelle prime dodici settimane si svolge l'organogenesi, che è influenzata in senso negativo dalla iperglicemia. L'incidenza di malformazioni congenite nei diabetici è 5-6 volte maggiore rispetto alla popolazione generale. In Italia questi eventi nei diabetici hanno un'incidenza del 5%, mentre tra i non diabetici sono lo 0,7%-0,8%. Con le tecniche oggi disponibili, la malformazione può essere individuata prima e la donna può ricorrere all'aborto terapeutico: di fronte all'evidenza di un feto malformato, la maggioranza preferisce abortire. Ma non è in ogni caso una bella esperienza. Il secondo rischio importante è quello dell'aborto spontaneo. Alla base di tutto c'è sempre l'iperglicemia.

Come agisce negativamente l'iperglicemia?

Prima del concepimento, se il controllo metabolico è squilibrato, influenza la fertilità; nelle prime settimane della gravidanza, danneggia lo sviluppo degli organi fetali (l'anomalia congenita più frequente è la spina bifida, che colpisce il sistema nervoso centrale). L'iperglicemia è correlata anche all'aborto spontaneo, perché ostacola l'attec-

chimento dell'ovulo a livello uterino. Nella seconda metà della gravidanza, l'alta glicemia altera la crescita fetale. Il glucosio in più passa attraverso la placenta e il feto riceve una quantità di nutrienti eccessiva, che ne provoca una crescita esagerata e dismorfica. E' la macrosomia, che comporta anzitutto il taglio cesareo, altra grossa piaga italiana: siamo tra i primi al mondo per cesareo nella popolazione generale e primi in assoluto fra i diabetici. In caso di macrosomia si deve ricorrere a parto pre-termine perché il feto è cresciuto troppo e non può più restare nell'utero, ma spesso non si è ancora sviluppato dal punto di vista respiratorio. L'iperglicemia poi condiziona la salute della madre, aprendo la strada al peggioramento di tutte le complicanze. Ma se la situazione è tenuta sotto controllo bene dall'inizio, la gravidanza va in porto senza problemi. Oggi lo stato di salute generale di una donna diabetica è molto migliorato ed è difficile che si presenti un quadro di complicanze devastanti. Però, se la donna inizia la gravidanza con ipertensione non controllata, nefropatia in stato avanzato, neuropatia o retinopatia non curate, tutto si fa più difficile.

Quando si deve consultare il diabetologo?

Almeno sei mesi prima del concepimento. Bisogna avviare un piano finalizzato al controllo metabolico ottimale. Se una donna è in buon controllo, non ha complicanze, è giovane, se si segue bene, non c'è bisogno di grandi interventi.

Come si organizza la programmazione?

La programmazione va vista in un'ottica complessiva che tenga conto sia del rischio per il feto sia di quello per la salute della madre. Anzitutto comporta la valutazione dello stato generale della donna. La gravidanza è fisiologicamente una fase di stress, caratterizzata da modi-

ficazioni metaboliche e da un assetto ormonale nuovo: è un momento in cui alla donna va richiesta un'adesione alla terapia e all'autocontrollo assoluta, perché dobbiamo tendere alla normoglicemia, che è la chiave di tutto prima, durante e anche dopo, necessaria anche durante l'allattamento. E' un approccio globale, che deve tenere conto degli aspetti terapeutici, alimentari, psicologici, sociali. Ci sono donne che devono farsi prelievi 7-8 volte al giorno, che si praticano 4 o 5 iniezioni, che devono ricorrere a controlli notturni, perché l'andamento glicemico cambia notevolmente durante la gravidanza. Occorre quindi un team diabetologico che prepari la donna a tutto questo e un aiuto consapevole da parte della famiglia.

La terapia insulinica si fa più intensiva?

Per forza: in gravidanza non risultano efficaci gli schemi tradizionali. Ciò che chiamiamo intensivo al di fuori della gravidanza non è sufficiente. Spesso bisogna arrivare a 4 o 5 somministrazioni per decapitare i picchi. In gravidanza trova così ottima applicazione il microinfusore, a condizione di prepararne l'adozione in fase di programmazione.

Come agisce il fattore ereditarietà?

La prima domanda che una donna ci fa è proprio se il figlio sarà diabetico. Ma non conosciamo ancora bene i meccanismi della genesi della patologia. Possiamo soltanto dire che, statisticamente, rispetto a una donna non diabetica, il rischio di ereditarietà aumenta se la ma-



E' necessario programmare per tempo la gravidanza e stabilire con il diabetologo un piano di rigorosi e regolari controlli per gestirla con un ottimale equilibrio metabolico costante, garanzia e difesa contro tutti i possibili rischi. Abbiamo intervistato uno specialista, Graziano Di Cianni

dre ha il diabete, ma aumenta di più se lo ha il padre. Inoltre, in caso di diabete di tipo 2, la possibilità di derivazione familiare è maggiore.

Una donna con diabete di tipo 2 è più a rischio?

Sì, il risultato della gravidanza nel tipo 2 è in media peggiore del tipo 1 per varie ragioni: l'associazione con obesità, ipertensione, co-morbilità, dislipidemia; l'uso di farmaci, ipoglicemizzanti orali o altri (per esempio, contro il colesterolo), che non si possono assumere in gravidanza; la minore abitudine a uno stretto controllo glicemico domiciliare e alla dieta; un'età in genere più elevata.

Quella di tipo 1 è normalmente una persona meglio compensata, più avvezzata a controllarsi, più motivata, e solitamente non ha tutte quelle altre patologie spesso correlate al tipo 2.

Quali sono i rischi nel caso di una donna non diabetica che in gravidanza sviluppa iperglicemia?

E' il caso del diabete gestazionale, che si manifesta nel 6-8% delle gravidanze: si sviluppa quando il feto è già formato e può alterarne la crescita, determinando macrosomia. Inoltre, le donne che hanno diabete gestazionale rischiano di sviluppare, a distanza di anni, il diabete di tipo 2. Dopo il parto, nel 99% dei casi la glicemia torna normale, ma la gravidanza è uno stress per la glicemia: vi sono donne che hanno maggiore insulino-resistenza e che rischiano di diventare diabetiche. Però, è un esito che si può prevenire.

Se la donna segue con rigore la programmazione, quante gravidanze vanno a buon fine?

Il 95% dei bimbi nasce bene. Naturalmente sono bambini che devono nascere in ambiente protetto, in ospedali con neonatologia e unità di cura intensiva, non certo a casa. Devono essere monitorati subito, anzitutto per il rischio di ipoglicemia: essendo il neonato abituato a glicemie materne più alte, nel momento in cui si stacca il cordone, la sua glicemia crolla.

Possiamo quindi trasmettere un messaggio di fiducia?

Certo, perché oggi abbiamo risultati sempre più incoraggianti: la mortalità materna non esiste più; la mortalità perinatale, nei primi giorni di vita, è un'evenienza rara; le malformazioni congenite possono essere prevenute. Bisogna sapere che ci sono rischi e misure da prendere e che è una prova seria, ma anche che gli esiti sono sempre migliori. Non c'è paragone con la situazione di trent'anni fa. (S.V.)

UN PROGRAMMA DI CORSI PER IL TEAM DIABETOLOGICO

Il controllo migliore nasce dal dialogo

Il controllo ottimale della glicemia è l'obiettivo principale da raggiungere nella terapia del diabete e soltanto attraverso un buon rapporto di comunicazione tra gli operatori sanitari e i pazienti si può ottenere che i principi medico-scientifici siano poi messi in pratica con correttezza e costanza nel tempo.

Di questi temi fondamentali si è occupata, nel corso del 2005, la prima parte di Gluco-Lab, un importante corso Ecm, destinato a team diabetologici. Le due sessioni, primavera e autunno, svoltesi a Milano e Roma, hanno visto la partecipazione di medici e infermieri di oltre 150 centri italiani. Nel 2006 il lavoro proseguirà, approfondendo le tematiche diabetologiche e analizzando i contributi dei partecipanti.

Responsabile scientifico del corso è il professor Antonio Cerriello, direttore della Scuola di specializzazione in geriatria dell'Università di Udine e docente di malattie metaboliche all'Università di Warwick, in Inghilterra. Gli abbiamo chiesto di parlarci di Gluco-Lab e delle questioni affrontate.

L'automonitoraggio è stato il tema cardine del progetto Gluco-Lab: in che misura il controllo glicemico da parte del paziente contribuisce a ridurre l'incidenza delle complicanze?

Il controllo glicemico ottimale da parte del paziente riduce il rischio di complicanze in misura fondamentale: sia di quelle microangiopatiche, sia di quelle



cardiovascolari. L'automonitoraggio è lo strumento che il paziente ha per aiutarci a ottimizzare il controllo della glicemia: misurarla regolarmente permette di sapere come cambia nel corso della giornata e di instaurare quindi le adeguate strategie terapeutiche.

In quale percentuale con un buon controllo si allontana il rischio di complicanze?

C'è un abbattimento del rischio del 50-80%. Vari studi dimostrano che migliore è il controllo della glicemia, minore è la probabilità di complicanze. La correlazione è lineare: se uno riuscisse a mantenere la glicemia sempre normale, il rischio

di complicanze sarebbe bassissimo.

Quanti controlli al giorno è opportuno fare?

Ci sono linee guida che stabiliscono che per chi è in terapia insulinica ci vogliono sette controlli al giorno, così da avere un quadro abbastanza ampio delle variazioni della glicemia nella giornata e poter aggiustare la terapia insulinica di conseguenza.

Per i pazienti in cura con farmaci ipoglicemizzanti orali, il numero di monitoraggi è inferiore, ma è in funzione della situazione del paziente: in generale, possiamo dire tre o quattro al giorno, ma, se la condizione non è ottimale, si devono au-

mentare per poter attuare una terapia migliore.

La possibilità di controllare autonomamente la glicemia ha rivoluzionato il modo di gestire la propria condizione nel paziente diabetico. Come sono cambiati di conseguenza il ruolo del diabetologo e il tradizionale rapporto medico-paziente?

Il ruolo del diabetologo è cambiato perché ha uno strumento per poter intervenire in modo più efficace, in quanto può meglio regolare la terapia. Però, è evidentemente mutato anche il rapporto con il paziente, perché l'automonitoraggio richiede l'impegno della persona diabetica, che deve pungersi il dito, controllare la glicemia, saper gestire correttamente l'apparecchio, in modo da ottenere valori attendibili. Quindi, chi ha il diabete deve essere addestrato a eseguire l'automonitoraggio, ma occorre anche che sia in grado di modificare la terapia in funzione dei dati dell'autocontrollo: perché non serve sapere il valore se poi non si fa niente. Perciò è necessaria una alleanza terapeutica tra i due soggetti: ora il paziente deve prendersi la responsabilità di fare la sua parte. Il medico deve spiegarli che

l'autocontrollo è importante, insegnargli come va fatto, fargliene capire il significato, ma se poi il paziente non si prende l'impegno di praticarlo con correttezza e di far seguire i necessari interventi terapeutici, la cosa rimane fine a sé stessa.

Com'è oggi la risposta del paziente? Apprende, collabora a sufficienza?

Una persona bene addestrata può eseguire i controlli bene al 100%, perché le si insegna scrupolosamente tutta la parte tecnica in modo tale che il rischio di misurazioni con valori non attendibili è zero. La risposta del paziente di solito è molto buona all'inizio, perché c'è forte motivazione. Il problema è che coloro che partono bene e hanno buoni risultati dall'autocontrollo, tendono poi a rilassarsi, a pensare di averne meno bisogno, e così riducono le misurazioni. In realtà, le cose vanno bene proprio perché il controllo si fa con assiduità. Questa tendenza ad allentare l'attenzione quando le cose vanno bene è umana, non è sorprendente, ma è un errore da evitare.

Quali motivi di non-compliance alla terapia ha rilevato?

A ostacolare la compliance c'è innanzitutto il metodo di rilevazione: anche se abbiamo aghi quasi indolori e la quantità di sangue richiesto è minima, pungersi il dito sei-sette volte al giorno non è una cosa confortevole. Poi ci sono problemi legati agli apparecchi di misurazione: alcuni sono più maneggevoli o facili da usare di altri, più adatti a un paziente e meno a un altro. Dovrebbe essere compito del medico (e dell'infermiere, che spesso si occupa della parte tecnica) selezionare un apparecchio funzionale alle caratteristiche del singolo paziente. Se, per esempio, ho in cura una persona molto anziana, è inutile che le consigli un apparecchio molto sofisticato e complicato da adoperare.

Come si superano queste re-

E' cominciato nel 2005 e proseguirà quest'anno il progetto Gluco-Lab, una serie di incontri, destinati a medici e infermieri, sull'automonitoraggio della glicemia e sul rapporto con il paziente. Ne parliamo con il responsabile scientifico Antonio Ceriello

sistenze e questi problemi?

Bisogna lavorare seriamente sulla motivazione del paziente, stabilendo un buon rapporto di comunicazione con lui: questo è infatti uno degli aspetti su cui abbiamo molto insistito in Gluco-Lab.

Si parla spesso dell'importanza per il paziente di confrontarsi periodicamente con un team diabetologico di specialisti. È già una realtà esistente in Italia?

Il team diabetologico è una realtà consolidata in Italia. C'è una forte spinta delle società scientifiche dei medici, ma anche di quelle infermieristiche, a puntare sul concetto di team, dove ognuno svolge il suo ruolo, ma in stretta relazione con gli altri. È una metodologia ben conosciuta e applicata in Italia: sia pure con differenze tra zona e zona, in generale da noi funziona bene e siamo più avanti di tanti altri Paesi, perché l'idea ha cominciato a svilupparsi e a essere messa in pratica da molti anni a questa parte.

Come deve essere composto il team ideale?

La soluzione ideale sarebbe che vi fossero diabetologo, infermiere, dietista, podologo, psicologo.

Come si è articolato il progetto Gluco-Lab in termini di contenuti?

Si è puntato anzitutto sul-



l'evidenza scientifica inconfutabile che il controllo ottimale della glicemia è la strategia vincente per prevenire le complicanze e che deve cominciare il più presto possibile. Quanto più presto si parte con il controllo ottimale, tanto maggiore è la possibilità che a lungo termine non si sviluppino le complicanze: questo è il cardine scientifico su cui si è poi impostato tutto il resto dei contenuti. Come realizzare questo obiettivo? Non soltanto con una valida tecnologia, ma anche con un team che funzioni e che sappia costruire una buona relazione con il paziente per ottenerne la maggiore compliance possibile. Siamo dunque partiti da un aspetto scientifico e poi siamo passati alle metodologie utili per ottenere il migliore controllo possibile, puntando quindi molto sull'aspetto psicologico.

E' soddisfatto dell'esito dei

corsi?

Assolutamente sì, sia per la risposta quantitativa, sia per la partecipazione attiva e dinamica: i presenti hanno posto tante domande, hanno preso parte a lavori di gruppo, è stato un incontro interattivo, non soltanto una lezione ex cathedra.

Il progetto Gluco-Lab proseguirà nel 2006? Si affronteranno nuovi contenuti?

Sì, proseguiremo. Vogliamo avere un feedback su quanto è stato efficace l'intervento. Abbiamo raccolto dati e contributi dai partecipanti e li stiamo elaborando: vogliamo avere un quadro della situazione attuale, su come l'automonitoraggio è accettato e gestito, verificare se le linee guida sono rispettate e vedere se si modificano i comportamenti. L'anno prossimo focalizzeremo l'attenzione su un tema non sufficientemente considerato: l'alimentazione è una strategia terapeutica.

Modulare il cibo aiuta a controllare la glicemia: non esistono solamente i farmaci, anche la dieta è fondamentale.

Nella relazione interpersonale, come può migliorare la gestione del paziente da parte del medico e dell'infermiere che hanno frequentato i corsi?

Nel corso c'era appunto una parte dedicata alla relazione con il paziente, concepita proprio per mettere in risalto i possibili errori da non fare e per illustrare metodologie da adottare, strategie di comunicazione, tecniche e problematiche relazionali, in modo da far capire come comportarsi per ottenere la compliance del paziente. Abbiamo infine sottolineato quanto sia fondamentale l'atteggiamento dell'operatore verso il paziente: soltanto se è ben disposto, aperto ed empatico, può ottenere risultati da chi gli sta di fronte.





PRESENTATO AL CONGRESSO EASD LO STUDIO PROACTIVE

Bassa glicemia



**un
bene
per il
cuore**

Una vasta indagine su cinquemila diabetici di tipo 2 non ben compensati ha dimostrato l'efficacia di una nuova molecola ipoglicemizzante nel ridurre il rischio cardiovascolare: una conferma dell'importanza strategica del buon controllo glicemico

prof. Paolo Brunetti
Direttore Dipartimento di Medicina interna
Università degli Studi di Perugia

Il binomio diabete-rischio cardiovascolare sta acquistando una importanza sempre maggiore alla luce della diffusione epidemica del diabete di tipo 2 e dell'impatto crescente che questo esercita sulla salute pubblica. E' noto infatti come il diabete aumenti da 2 a 4 volte il rischio di infarto del miocardio, ictus e arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori. Inoltre, mentre nei sog-

getti non diabetici si è assistito, dagli anni '70 a oggi a una progressiva, sensibile riduzione della incidenza di cardiopatia ischemica, nei diabetici non si è registrato un analogo progresso; anzi, le donne diabetiche hanno registrato nello stesso periodo, la tendenza opposta, cioè a un ulteriore incremento della



patologia ischemica. A riprova di ciò, è stato documentato come, dal 1980 a oggi, sia andata progressivamente aumentando la frequenza di ospedalizzazione per eventi cardiovascolari associati al diabete.

D'altro canto, il miglior controllo della glicemia ottenuto con una terapia più intensiva di quella convenzionale, pur essendo efficace nel ridurre, in una certa misura, le complicanze cardiovascolari del diabete di tipo 2, non ha mostrato gli straordinari effetti preventivi evidenziati invece nei confronti delle complicanze microangiopatiche (retinopatia, nefropatia, neuropatia).

L'atteggiamento terapeutico più corretto nei confronti del diabete di tipo 2 rimane comunque, oggi, quello di aggredire con la maggiore intensità possibile, tutti i fattori di rischio cardiovascolare associati all'iperglicemia. E' perciò necessario ridurre l'emoglobina glicata (HbA1c) a livelli compresi fra 6,5 e 7%, ma anche il colesterolo Ldl e i trigliceridi a valori rispettivamente inferiori a 100 e a 150 mg/dl, mentre è auspicabile un incremento del colesterolo Hdl al di sopra di 40-45 mg/dl; fondamentale è anche il controllo della pressione arteriosa, da ridurre al di sotto di 130/80 mmHg e la somministrazione di una piccola dose di aspirina (100 mg/die), particolarmente in soggetti già portatori di una patologia, anche minore, a carico dell'apparato cardiovascolare.

Nuova classe di farmaci

A prescindere dalla difficoltà che molto spesso si incontra nel raggiungere questi obiettivi, rimane il fatto che i soggetti diabetici, anche se trattati in modo ottimale, mantengono una quota di rischio cardiovascolare non interamente coperta dalla terapia.

Per questi motivi, si è considerata con particolare interesse l'introduzione in terapia della nuova classe di farmaci, i glitazoni o tiazolidinedioni, accreditati, oltre che dell'effetto ipoglicemizzante di una serie di azioni tutte orientate in senso antiaterogeno. Infatti, i glitazoni (rosiglitazone e pioglitazone), insieme con i riconosciuti effetti metabolici (riduzione della glicemia e dei trigliceridi e innalzamento del colesterolo Hdl), hanno la proprietà di moderare la condizione proinfiammatoria e protrombotica associata alla resistenza insulinica e al diabete



di tipo 2 e responsabile, insieme con gli altri fattori, di una quota importante del rischio cardiovascolare.

In proposito, nel corso del Congresso della Associazione europea per lo studio del diabete (Easd) ad Atene, il 12 settembre 2005, sono stati presentati i risultati, da tempo attesi, dello studio "PROactive" ("Prospective pioglitazone clinical trial in macrovascular events") disegnato per valutare l'efficacia della terapia con pioglitazone nel ridurre il rischio cardiovascolare in un ampio numero di diabetici di tipo 2 ad alta vulnerabilità per eventi cardiovascolari. E' questo il più grande studio eseguito sul diabete di tipo 2, dopo l'Ukpds che si è concluso nel

I PROGRESSI DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Medicine di prima scelta

I risultati dello studio PROactive autorizzano a includere il pioglitazone fra i farmaci di prima scelta, insieme con la metformina e gli inibitori delle alfa-glicosidasi (acarbose) nel trattamento di pazienti diabetici di tipo 2. Minore rilevanza rispetto al passato assume l'utilizzo dei farmaci secretagoghi oggi disponibili (sulfoniluree e glinidi), mentre l'insulina e, in particolare, i suoi analoghi ad azione ritardata e rapida, sono indicati laddove la terapia ipoglicemizzante orale non abbia avuto successo. Molta speranza viene riposta infine nella futura disponibilità di composti capaci di migliorare il trofismo e la funzione delle cellule beta-insulari, quali il glucagon-like peptide o Glp-1. (P.B.)

mente considerati, sono stati assai positivi. Il dato più saliente, che conferma la validità della ipotesi sulla quale si fonda lo studio, è la riduzione del 16%, nei pazienti trattati con pioglitazone, rispetto ai controlli, della incidenza di infarto del miocardio, di ictus e di mortalità da tutte le cause.

Nel commentare questi risultati, è necessario sottolineare come il tempo di osservazione sia stato relativamente breve, verosimilmente non sufficiente per documentare appieno l'efficacia del farmaco sulla comparsa di complicanze croniche, a lungo termine, come quelle cardiovascolari. E' possibile che un trattamento più prolungato avrebbe ulteriormente aumentato la significatività statistica del risultato. Ricordiamo al proposito come gli altri grandi trial clinici dedicati al diabete di tipo 1 e 2, rispettivamente il Dcct e l'Ukpds, abbiano avuto una durata di 10 anni.

1997. Sono stati arruolati oltre 5000 pazienti, tutti caratterizzati da un insufficiente controllo metabolico e da una pesante storia pregressa di patologia cardiovascolare.

Tutti i pazienti sono stati trattati in modo ottimale, secondo le linee guida della Idf, utilizzando al meglio tutti i farmaci disponibili, insulina inclusa, per compensare il diabete e correggere i fattori di rischio associati, quali iperlipidemia e ipertensione arteriosa. Alla metà dei pazienti è stato somministrato, in aggiunta, il pioglitazone, per lo più alla dose massima di 45 mg/die, e tutti sono stati seguiti per un periodo medio di 35 mesi.

I risultati ottenuti, global-

Inoltre, la casistica raccolta

per lo studio PROactive, conformemente ai criteri di inclusione stabiliti dal protocollo, era costituita da pazienti già affetti da una importante patologia aterosclerotica pregressa, che ha certamente aumentato la probabilità di insorgenza di ulteriori eventi cardiovascolari, rendendone tuttavia, al tempo stesso, più difficile la prevenzione, per la maggiore gravità e lo stadio evolutivo più avanzato del danno vasale.

Risultati positivi

In definitiva, è lecito affermare, come recentemente sottolineato in una dichiarazione ufficiale della American diabetes association, che il PROactive è il primo studio clinico randomizzato e controllato a dimostrare che un farmaco ipoglicemizzante, il pioglitazone, è in grado di ridurre il rischio di eventi cardiovascolari maggiori in diabetici di tipo 2 ad alto rischio. In precedenza, risultati positivi sulla mortalità erano stati ottenuti soltanto in un piccolo sottogruppo di soggetti obesi trattati con metformina, nell'Ukpds, ma l'associazione della metformina con una sulfonilurea, lungi dal confermare questo risultato, aveva mostrato un aumento della mortalità.

Un altro risultato dello studio, meritevole di menzione, è la netta riduzione del ricorso alla terapia insulinica dei pazienti trattati con pioglitazone. All'inizio dello studio, circa il 30% dei pazienti era già in trattamento insulinico, in monoterapia o in combinazione con ipoglicemizzanti orali. Durante lo studio e fino al termine di questo, il 21% dei pazienti di controllo, non in terapia insulinica all'inizio dello studio, ma soltanto l'11% di quelli trattati con pioglitazone, sono passati alla terapia insulinica permanente.

Il trattamento con pioglitazone

ha ridotto quindi del 50% la necessità di ricorrere alla terapia insulinica e questa differenza, altamente significativa, è certamente da attribuire alla efficacia del farmaco nel ridurre la resistenza insulinica e a esercitare un effetto protettivo sulle cellule beta-pancreatiche, così da conservare nel tempo una quota maggiore di secrezione insulinica residua.

I pazienti trattati con pioglitazone hanno mostrato, rispetto ai controlli, un migliore assetto dei parametri metabolici ed emodinamici. In particolare, si è osservata una riduzione dello 0,5% della emoglobina glicata (HbA1c), una riduzione della concentrazione plasmatica dei trigliceridi del 13,2% e un aumento del 9% del colesterolo Hdl. La pressione arteriosa sistolica è anche ridotta nei pazienti trattati con pioglitazone di 3

mmHg e la differenza fra i due gruppi è significativa.

Questi risultati possono giustificare, almeno in parte, gli effetti preventivi esercitati dal pioglitazone sulla comparsa di eventi cardiovascolari, ma è anche lecito affermare, sulla base di studi clinici diversi dal PROactive, che parte degli effetti terapeutici del farmaco è legata alle sue proprietà antinfiammatorie. La riduzione della concentrazione plasmatica della Proteina C reattiva (Pcr) e di altri marker infiammatori osservata in vari studi testimonia questa attività. D'altro canto, è noto come la Pcr sia considerata oggi un marker predittivo di eventi cardiovascolari, indipendente da altri fattori di rischio (iperlipidemia, ipertensione arteriosa, iperglicemia).

Anche nel PROactive, come in altri studi eseguiti con un gli-

tazonico, si è osservato un certo incremento ponderale (3,6 kg in media contro una riduzione di 0,4 kg nei controlli), da riferire, in parte, a un aumento reale del tessuto adiposo sottocutaneo, peraltro a scapito del grasso viscerale, e, in parte, a un certo grado di ritenzione idrica (responsabile a sua volta, in una piccola percentuale di soggetti, della comparsa di edemi declivi).

Timori infondati

Un elemento di preoccupazione emerso dallo studio è rappresentato dalla maggiore incidenza di scompenso di cuore rilevato dall'indagine o riportato come causa di ricovero ospedaliero. Alla maggiore frequenza dello scompenso di cuore non corrisponde tuttavia, nei soggetti trattati con pioglitazone, una maggiore mortalità per la stessa causa. E' perciò verosimile che alla diagnosi di scompenso di cuore abbia contribuito erroneamente il semplice rilievo di edema. Le autorità regolatorie hanno tuttavia ritenuto di dover escludere dal trattamento con i glitazonici i soggetti con insufficienza cardiaca in uno stadio anche non avanzato (eguale o superiore alla classe II Nyha-New York Heart Association).

Infine, il timore di una tossicità epatica del pioglitazone alimentato dai risultati della precedente esperienza con troglitazone è stato totalmente sfatato dal PROactive come da altri studi precedenti. In effetti, il pioglitazone induce una riduzione della concentrazione serica di transaminasi e gamma-glutamilttransferasi, secondaria alla riduzione della infiltrazione lipidica epatocitaria ed esercita quindi un effetto benefico sulla steatoepatite non alcolica (Nash), causa frequente di ipertransaminemia non determinata da infezione virale.

RISCHI DIVERSI A CONFRONTO

Se il diabete non c'è

E' particolarmente significativa una esperienza recentemente riferita da un autore tedesco (N. Marx) al 54° Congresso annuale dell'American College of Cardiology. La somministrazione di pioglitazone a soggetti non diabetici sottoposti ad angioplastica con inserimento di stent (stampo usato per sostenere innesti o trapianti cutanei - n.d.r.) per una patologia occlusiva coronarica, ha ridotto, in maniera significativa, la tendenza alla riuclusione del vaso che, con una frequenza non trascurabile, anche se inferiore a quella osservata nei diabetici, caratterizza questa procedura. Questo effetto, certamente non conseguente agli effetti metabolici del farmaco, perché osservato in soggetti non diabetici e quindi indenni da qualsiasi alterazione del metabolismo glucidico, si deve alla inibizione esercitata dal farmaco sulla proliferazione e sulla migrazione delle cellule muscolari lisce della parete arteriosa responsabili della estensione della placca aterosclerotica all'interno del tratto sottoposto a stent, con conseguente riduzione del lume, e alla inibizione del processo infiammatorio della parete vascolare che sottende l'intero processo aterosclerotico in tutte le sue fasi evolutive. (P.B.)



DAGLI USA UN INVITO AL RIGOROSO EQUILIBRIO METABOLICO

Con quattro insuline vivi meglio

Il Congresso della autorevole American diabetes association ha ribadito l'importanza di mantenere bassi i valori glicemici attraverso una terapia insulinica quotidiana intensiva: è il modo migliore per tenere lontane le complicanze, come dimostrano tutti i principali studi scientifici

Uno dei messaggi più significativi giunti dal 65° Congresso dell'American diabetes association, tenutosi a San Diego, Usa, ci conferma che è possibile prevenire le complicanze cardiovascolari (infarto del miocardio, angina, ictus) nei pazienti con diabete di tipo 1, con uno stretto controllo metabolico. Lo ha bene esposto il dottor David Nathan, del Massachusetts General Hospital di Boston, presentando lo studio di follow-up del Dcct denominato Edic (Epidemiology of diabetes interventions and complications study), che ha valutato gli effetti a lungo termine della precedente terapia insulinica intensiva rispetto a quella convenzionale.

Il Dcct aveva come obiettivo il confronto tra una terapia insulinica intensiva con 4 iniezioni quotidiane o con infusione continua sottocutanea di insulina e una terapia convenzionale basata su 1 o 2 somministrazioni al giorno. Nel gruppo in terapia intensiva, dopo 6 anni e mezzo, si è raggiunto un livello di emoglobina glicata (HbA1c) del 7% in media contro il 9% dei pazienti in terapia convenzionale. Lo studio fu interrotto nel 1993, perché la differenza di incidenza delle complicanze microangiopatiche (retinopatia, nefropatia, neuropatia) fra i due gruppi era così elevata da far considerare non etica la prosecuzione dello studio. Tutti i pazienti furono

non invitati a continuare la terapia insulinica intensiva o a convertire in intensiva la precedente terapia convenzionale.

Contrariamente a quanto rilevato per le complicanze microangiopatiche, non si era osservata una differenza significativa nell'incidenza di complicanze cardiovascolari, aterosclerotiche, verosimilmente a causa del troppo breve tempo di osservazione di soggetti giovani. L'osservazione è stata quindi continuata in Edic, con sorprendenti risultati.

Dopo il Dcct, i soggetti che fino a quel momento avevano seguito una terapia intensiva, raggiungendo il target di una HbA1c pari al 7%, malgrado l'invito a continuare nello stesso schema terapeutico, hanno visto gradualmente aumentare la loro emoglobina glicata fino a un valore medio di circa l'8%. I soggetti in precedente terapia convenzionale, invitati ad applicare una terapia intensiva, hanno ottenuto una moderata riduzione della loro HbA1c dal valore iniziale del 9%. Dopo 4-5 anni dalla conclusione del Dcct, non vi era più differenza significativa nella concentrazione di HbA1c fra i due gruppi. Però, un riesame, dopo 7-8 anni, della incidenza cumulativa della retinopatia, della microal-



buminuria (indicativa di nefropatia incipiente) e della proteinuria clinica (espressione di nefropatia conclamata), dimostrava che i soggetti in precedente trattamento intensivo durante il Dcct presentavano, malgrado l'incremento della HbA1c, incidenza di gran lunga inferiore delle complicanze rispetto ai soggetti in terapia convenzionale.

Emerge dallo studio Edic che gli effetti positivi del buon controllo metabolico sulle complicanze microangiopatiche si fanno sentire anche molti anni dopo che il buon controllo è stato abbandonato. Ciò vale anche per il cattivo controllo: l'esposizione cronica a valori elevati di glicemia nei primi anni di insor-

genza del diabete innesca meccanismi molecolari che si traducono in alterazioni della struttura e della funzione dei piccoli vasi non facilmente reversibili.

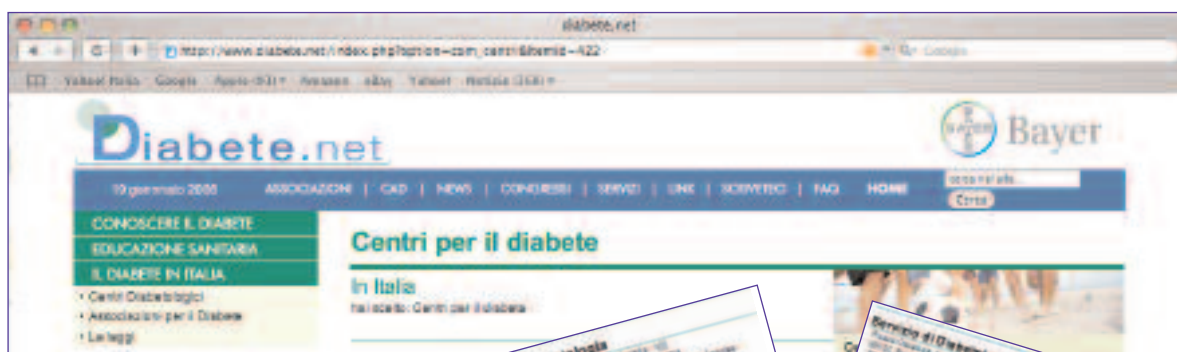
Edic, a 12 anni dal Dcct, dimostra come anche le complicanze cardiovascolari, mediate dalla degenerazione aterosclerotica delle arterie, possano essere prevenute, in misura superiore al 50%, nei soggetti trattati in modo intensivo nei primi 6 anni. I pazienti con diabete di tipo 1 hanno un rischio di cardiopatia 10 volte superiore ai non diabetici. Oggi sappiamo che l'esposizione a concentrazioni di glucosio cronicamente elevate determina non solo il danno dei piccoli vasi (retina, reni, nervi periferici), ma pure la trasformazione aterosclerotica delle arterie e l'incidenza di cardiopatia ischemica. Uno stretto controllo metabolico non è facile da mantenere nel tempo, ma dà vantaggi enormi; è quindi importante mirare a una quasi normoglicemia fin dall'esordio del diabete.

(P.B.)

UN'IMPORTANTE NOVITA' SUL PORTALE BAYER

Centri di tutta Italia

E' nato un nuovo servizio che permette ai navigatori di consultare l'elenco delle strutture diabetologiche della penisola, con indirizzi e recapiti telefonici, e ai centri specialistici di costruire un proprio spazio web autogestito



Da qualche settimana il portale della Bayer www.diabete.net si è arricchito di un nuovo servizio, che promette di crescere rapidamente nei prossimi mesi: è il progetto centri diabetologici, cioè l'apertura di uno spazio web dedicato alle strutture specialistiche, utile al cittadino che voglia sapere dove e quali caratteristiche abbiano i punti di assistenza per i diabetici e al centro stesso per far conoscere i servizi che offre e fornire i propri recapiti e orari.

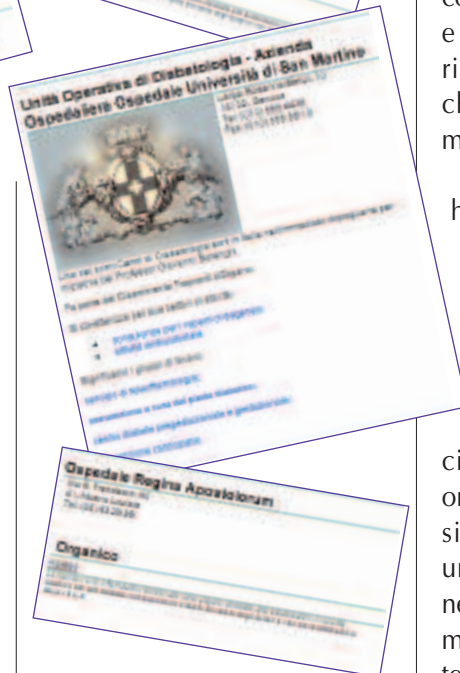
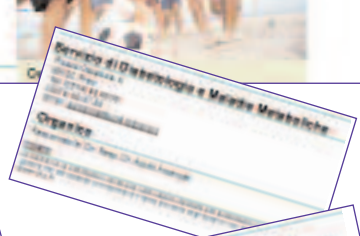
L'opportunità di istituire un riferimento di questo genere è stata suggerita anche dal processo, attualmente in corso, che sta portando i centri a differenziarsi e a proporre iniziative specifiche: dai corsi di aggiornamento per i pazienti e i loro familiari, ai piccoli convegni di approfondimento, all'allestimento di canali di comunicazione on line fra struttura e pazienti, come chat o forum.

Infatti, il servizio proposto dal portale non si limita a pre-



sentare una lista di nomi e indirizzi: dà anche la possibilità ai centri diabetologici che lo desiderino di aprire una propria pagina autogestita all'interno di diabete.net, dove presentarsi e comunicare le proprie iniziative e le informazioni più importanti inerenti al loro lavoro. Molti centri hanno già aderito all'iniziativa e hanno costruito il loro spazio virtuale su diabete.net. Altri che fossero interessati possono rivolgersi ai collaboratori della divisione Bayer Diabetes Care.

L'opportunità data dal portale consente alle strutture diabe-



tologiche di ampliare molto la loro visibilità, anche quando già dispongano di un proprio sito,

Linea diretta con Tuttodiabete

E' possibile consultare la raccolta di Tuttodiabete non soltanto a partire dalla home page del portale www.diabete.net, ma anche con un collegamento diretto, digitando www.tuttodiabete.it

perché oggi www.diabete.net conta ben 24.000 visite al mese e rappresenta ormai un punto di riferimento fondamentale per chiunque sia interessato alla materia diabetologica.

Con un semplice clic dalla home page (in alto a sinistra), il navigatore può consultare l'elenco -che viene regolarmente aggiornato- dei centri italiani, suddivisi per provincia, e trovare quello per lui più adeguato, o per semplici ragioni logistiche (località, orario di visite) o perché professionalmente specializzato in una particolare tematica connessa alla cura di una patologia multifunzionale come il diabete.

Lo stesso utente del sito è invitato a contribuire all'aggiornamento e all'arricchimento di queste pagine, segnalando dati ed elementi nuovi di sua conoscenza. Questo permetterà al servizio di crescere ancora e di diventare uno strumento sempre più utile ed efficace come ponte fra medici e pazienti.

educazione

PER RIDURRE AL MINIMO IL DISAGIO

Iniezioni senza dolore

Seguire scrupolosamente la terapia prescritta è un cardine fondamentale nella buona gestione del diabete. Non sempre però, come segnalano molti diabetologi, è facile ottenere subito e completamente quella che si chiama la compliance del paziente, cioè la sua piena adesione al programma terapeutico. Tra gli ostacoli vi è indubbiamente l'iniezione di insulina, da ripetersi più volte nella giornata, sempre nel caso di diabete di tipo 1 e spesso anche nel tipo 2.

Al di là della fobia irrazionale che molti hanno nei confronti delle siringhe, vi è un oggettivo problema di sensibilità al dolore. Si tratta infatti di pungersi regolarmente, tutti i giorni, una parte del corpo, possibilmente cambiando periodicamente il punto, per iniettare il farmaco: esiste il rischio che il dolore possa indurre il paziente a non

rispettare rigorosamente il regime delle somministrazioni di insulina. Questo però non deve mai succedere, perché, per funzionare efficacemente, la terapia insulinica deve essere osservata con assoluta precisione.

Invitare il paziente a "sopportare il do-

lore" o a "farci l'abitudine" o a "farsene una ragione, perché la puntura è poca cosa rispetto alle conseguenze di un diabete mal curato" non basta. È importante che il diabetologo o l'infermiere

del team comprendano il problema della persona e la aiutino a scegliere un ago che non faccia male o che riduca al minimo la cosiddetta dolorabilità.

Oggi si trovano aghi per siringa di diverse dimensioni e di vario grado di sottigliezza. Per quanto riguarda la specifica questione del dolore, occorre tenere presente quale sia il diametro dell'ago: minore è questa grandezza, più fine è l'ago, minore è il disagio che si prova nell'iniezione. Il diametro si misura in G (gauge): le siringhe possono avere aghi con diametro di 29, 30 o - da poco disponibili in commercio - 31 G. In base a queste unità di misura, maggiore è il nu-

La sensazione dolorosa causata dalla puntura può rendere pesante per il paziente il rispetto della terapia insulinica. In questo caso può essere opportuno scegliere aghi sottili che permettano una somministrazione più confortevole



29 G

30 G

31 G

mero di G, minore è il diametro e quindi la dolorabilità dell'iniezione. Pertanto, al diabetico che abbia sensibilità al dolore della puntura sarà opportuno consigliare un ago più sottile, da 31 G, in grado di ridurre al minimo la forza necessaria alla penetrazione nel tessuto cutaneo e quindi la sensazione dolorosa, garantendo però al contempo il corretto flusso dell'insulina e dunque l'assunzione del dosaggio previsto.

Per quanto riguarda le combinazioni ago-volume nelle siringhe, gli aghi da 29 G sono disponibili in formati da 0,5 e 1 ml, quelli da 30 G da 0,3, 0,5 e 1 ml, quelli da 31 G da 0,3 e 0,5. La lunghezza varia invece dagli 8 ai 12,7 millimetri.

Sarà poi compito del medico suggerire la combinazione ideale secondo le caratteristiche del singolo paziente e della sua specifica terapia. ❖



Artsana

IN KENYA UN'INIZIATIVA UMANITARIA DELLA FAND

E' nata la scuola Roberto Lombardi

E' stata inaugurata in Kenya, nel distretto di Maralal, una scuola dedicata a Roberto Lombardi, fondatore e anima della Associazione italiana diabetici Fand, che ha presieduto e diretto per vent'anni. L'Associazione, oggi guidata da Vera Buondonno Lombardi, ha voluto legare il nome di un uomo che ha fatto del volontariato una ragione di vita a un progetto di grande valore umanitario, realizzato in collaborazione con l'Istituto Missioni della Consolata. La scuola, sita nel villaggio di Porrò, nell'area di Morijo, potrà ospitare fino a cinquecento alunni, distribuiti in più turni in otto aule arredate, e dare loro l'istruzione primaria (dalla prima all'ottava classe). La zona dove è stata costruita la



scuola è molto povera, abitata da pastori nomadi di etnie diverse spesso in lotta fra loro. Proprio per questo, i missionari della Consolata, nel tentativo di aiutare la popolazione a superare le difficoltà quotidiane e a vivere in pace, hanno istituito una struttura, chiamata appunto "casa della pace", un luogo di mediazione e dialogo dove si cercano soluzioni pacifiche ai conflitti facendo incontrare gli anziani dei villaggi affinché possa-

no discutere delle loro controversie. La "Scuola Roberto Lombardi" - che disporrà presto anche di una cucina, un refettorio e di ulteriori servizi igienici - rappresenta un ulteriore contributo alla causa: aiutare queste popolazioni ad avere gli strumenti, non soltanto materiali, ma anche culturali, per poter condurre un'esistenza migliore. La cerimonia di inaugurazione, a cui ha preso parte una delegazione della Fand, guidata dal vicepresidente Antonio Papaleo, ha visto la partecipazione di adulti e bambini dei villaggi della zona, che hanno festeggiato con entusiasmo l'evento. ❖

FRANCIA

L'angolo del diabete in farmacia

Nella vicina Francia si parla di diabete con sempre maggiore attenzione. In particolare, suscita curiosità l'interesse che per il problema sta mostrando una categoria professionale molto vicina ai diabetici, cioè i farmacisti. Su un recente numero della rivista specializzata "Le Moniteur des Pharmacies", un articolo affronta direttamente l'argomento proponendo ai farmacisti transalpini di impegnarsi nella specifica consulenza ai pazienti con diabete, magari costituendo nel punto-vendita un angolo dedicato ai prodotti che possono loro interessare (misuratori di glicemia, dietetici, creme per la cura dei piedi eccetera) o allestendo vetrine tematiche o distribuendo materiale informativo sul diabete. Il presidente dell'Associazione francese diabetici Jean Merel, intervistato dal mensile, approva l'orientamento dei farmacisti: "Noi li consideriamo nostri partner privilegiati, non semplici distributori di medicine. Un'area per il diabete in farmacia è un valore aggiunto, se creata nell'ottica del consiglio. Penso che sia meglio comprare un prodotto dietetico in farmacia piuttosto che in un supermercato, a condizione però che l'acquisto sia accompagnato da una buona consulenza". ❖

CI SCRIVONO

Generici e specialisti

Sono una donna diabetica. Mi è accaduto che il medico di base mi abbia intercettata come paziente di sua esclusiva proprietà, asserendo che ora la patologia diabetica è seguita dai medici di base anziché dal centro di diabetologia presso il quale sono in cura dal 1996-97. Possibile?

Sorvolo sul maggior disagio per ogni singolo controllo, dato da appuntamenti da fissare e dislocazioni varie per ogni accertamento. Non posso però tralasciare di sottolineare quanto sia importante la tranquillità che deriva al paziente dal fatto di essere seguito da una struttura specializzata. Nel paese dove abito questa struttura esiste, è all'avanguardia e conta operatori professionalmente ineccepibili. Perché rinunciarvi? Io rivendico questa presenza e questa assistenza: è bene che il medico di famiglia conosca la storia e l'iter seguito dal paziente, ma non in alternativa e al posto del centro. Il medico di famiglia può ricevere dal centro informazioni aggiuntive a completamento di un quadro generale del paziente, ma non sostituirsi del tutto al diabetologo e alla sua specifica professionalità.

Finché esiste il centro, desidero continuare a essere seguita da questo. Quindi, mi sottoporro a doppi controlli: dal medico di base (che non oso contrastare) e dal centro di diabetologia, dove mi sento pienamente tutelata.

Lettera firmata

Quanto afferma il suo medico di famiglia ci sembra molto strano. Sono anni che le Associazioni dei diabetologi, ma anche quelle degli infermieri specializzati e dei pazienti, sottolineano l'importanza del team diabetologico, della collaborazione fra struttura specializzata e medico di medicina generale per garantire una sempre più efficace, completa e costante assistenza al diabetico. La Amd ha denunciato come dato negativo il fatto che su 3 milioni di diabetici italiani un milione sia assistito solamente dal medico di base e non abbia mai visto uno specialista. Inoltre, il rapporto sul diabete della stessa Associazione medici diabetologi lamenta il fatto che il dialogo regolare tra centri e medici di base riguardi soltanto il 29% dei pazienti italiani e rilancia la necessità del lavoro coordinato delle due parti. A tutto vantaggio del paziente.

LA FDG NELLE SCUOLE PRIMARIE

Bambini, mangiate sano

Alla fine dell'anno appena trascorso, in occasione della Giornata nazionale per la prevenzione del diabete, la Federazione diabete giovanile (Fdg) ha presentato a Roma i risultati della Settimana di educazione alimentare nelle scuole primarie, che ha curato nello scorso anno scolastico con il patrocinio del Parlamento europeo-Ufficio italiano.



Il manifesto della Giornata di prevenzione con la classica "piramide" della sana alimentazione

L'iniziativa, che rientrava nell'ambito della Campagna di comunicazione e prevenzione del diabete, promossa dal ministero della Salute, ha permesso di portare ai bambini delle varie regioni italiane importanti elementi di conoscenza sul mangiar sano e sulla prevenzione dei disordini metabolici. La Fdg, entrata nelle scuole italiane insieme con gli esperti di Diabete Italia (l'organismo costituito da Amd e Sid e oggi presieduto dal professor Antonio Ettore Pontiroli) e con pediatri, ha trovato nei bambini una risposta partecipe e piena di curiosità, che fa ben sperare sulla assimilazione del messaggio. Il problema della cattiva alimentazione è infatti, secondo il ministero, molto serio: "I bambini mangiano troppo e male. Quindici ragazzi su cento, in un'età critica tra i 6 e i 14 anni, sono obesi". Diventano dunque molto presto soggetti potenzialmente a rischio di patologie serie, fra le quali spicca ovviamente il diabete. Occorre quindi insegnare loro "a mangiare bene", cioè in modo equilibrato e corretto, anche andando contro le sirene dei pervasivi messaggi pubblicitari che li spingono verso comportamenti alimentari che spesso sani non sono affatto.

CONGRESSO A FIRENZE

Educare per curare

Si terrà a Firenze, al Palazzo dei Congressi, dal 27 al 30 aprile, il decimo convegno internazionale sull'educazione terapeutica del paziente Tpe 2006 (Therapeutic patient education), dedicato alle patologie croniche e in particolare al diabete. Al centro dei lavori è infatti proprio una delle figure centrali dell'educazione sanitaria in campo diabetologico, Jean-Philippe Assal: all'illustre medico di Ginevra (presidente onorario del Tpe) è dedicato l'appuntamento fiorentino. Lui stesso aprirà i lavori del



Jean-Philippe Assal

congresso con una suggestiva relazione: "Educazione terapeutica del paziente: possiamo imparare qualcosa dalle arti?" Esperti di tutto il mondo (dalla Germania all'Australia, dagli Stati Uniti al Portogallo, dall'America Latina al Giappone eccetera) interverranno per approfondire i vari aspetti del fondamentale tema dell'educazione terapeutica: metodologie, forme di comunicazione, aspetti psicologici, sociali e comportamentali, costi, obiettivi eccetera. Di diabete, paradigma della condizione patologica croni-

ca, si parlerà in tutte le sessioni (non a caso il presidente del comitato organizzatore è il diabetologo Aldo Maldonato, autorevole esperto in materia di Tpe); in particolare, la giornata del 28 sarà occupata dal summit Dawn (Diabetes attitudes wishes and needs), acronimo che definisce uno studio avviato

nel 2001 sul rapporto tra esigenze psicosociali ed educative dei diabetici e risposte date dai sistemi sanitari. Presentando il meeting, Maldonato ricorda che l'educazione terapeutica può promuovere positivi cambiamenti comportamentali nei pazienti e un conseguente miglioramento della loro qualità della vita, specie oggi che, con il contributo delle scienze umane e sociali -psicologia, sociologia, pedagogia, antropologia- la materia ha fatto grandi progressi. Per informazioni: 055.4972. ♦

tutto Diabete

Direttore responsabile: Lorenzo Verlato - **Art director:** Paolo Tavan - **Consulente scientifico:** professor Paolo Brunetti - **Comitato editoriale:** Marina Bozza, Paola Grubas, Patrizio Cestariolo - **Collaboratori:** Emanuela Gazzetta, Stefano Visintin - **Direzione, redazione, amministrazione e pubblicità:** Editoriale Giornalidea s.r.l. - via Sebenico 14 - 20124 Milano - tel. 02/6888775 - fax 02/6888780 - **Stampa:** Rotolito Lombarda S.p.A. - via Roma 115/A - 20096 Pioltello (Milano) - tel. 02.921951 - **Registrazione:** Tribunale di Milano n. 292 del 9/6/1984. Spedizione in a.p. 45% - Filiale di Milano. Diffusione gratuita. Prezzo a copia euro 0,26.

Omaggio della
Bayer
Diagnostics s.r.l.



