

La polizza equa

Cari assicuratori, perché non venite incontro ai diabetici? Perché pensate che siano una categoria ad alto rischio e non investite su quella che invece può essere una buona opportunità di mercato? Sono interrogativi che scaturiscono da un'intervista al presidente della Fdg Antonio Cabras (pag. 4-5), il quale segnala quanto difficile sia ancora oggi, per chi abbia il diabete, stipulare una polizza-vita. Infatti, anche se in via di principio non esistono preclusioni, i diabetici che si assicurano sulla vita sono pochissimi, perché incontrano di solito o un rifiuto preventivo o la barriera di un sovrapprezzo eccessivo. Non vi è forse in questi ostacoli una inesatta valutazione di che cosa sia veramente il diabete? E, se è giusto considerare che si tratta di una condizione particolare, che presenta qualche rischio in più di cui una compagnia non può non tenere conto, perché non studiare una polizza ad hoc per i diabetici? Un contratto che tuteli l'interesse della compagnia, ma che non penalizzi ingiustamente il diabetico, specie se, come spesso avviene, sa controllarsi bene e mantenersi in buona salute. Crediamo che questa sia una buona strada e, dice Cabras, alcune compagnie l'hanno accolta, almeno a parole, come una proposta positiva. Perché dunque non passare ai fatti, magari prendendo a modello esperienze straniere come quella tedesca? Se assicuratori, pazienti e diabetologi vorranno discuterne insieme, una soluzione equa si può trovare.

LE ASSISE NAZIONALI DELLA AMD A CATANIA

Diabetologi a congresso



Appuntamento a Catania, dal 21 al 24 maggio, per le assise nazionali dell'Associazione medici diabetologi, che ogni due anni chiama a convegno la comunità medico-scientifica per fare il punto sullo stato dell'arte dell'assistenza diabetologica nel nostro Paese. Quello di quest'anno è il quattordicesimo congresso della storia dell'Amd e si terrà presso il Centro congressuale La Perla Ionica, a Capomulini (Catania). Alle pagine 2-3 parliamo dell'evento con il presidente uscente dell'Associazione Marco Comaschi.

DOSSIER

In soccorso di Eros



Il nostro dossier di aggiornamento medico-scientifico, curato dal professor Paolo Brunetti, tocca questa volta il tema delicato, e spesso rimosso, della disfunzione erettile come possibile complicanza del diabete: oggi fortunatamente questo problema non è più irresolubile, ma può essere efficacemente affrontato con le nuove risorse farmacologiche. (da pag.9)

A CATANIA DAL 21 AL 24 MAGGIO IL XIV CONGRESSO AMD

A difesa della

buona assistenza

Parliamo con il presidente dell'Associazione medici diabetologi Marco Comaschi delle principali tematiche delle assise siciliane e di problemi e prospettive della diabetologia italiana

Quest'anno l'appuntamento biennale con il Congresso nazionale dell'Associazione medici diabetologi avrà come scenario la Sicilia, e precisamente Catania, dove, nelle giornate dal 21 al 24 maggio, si ritroveranno gli specialisti di tutta Italia. In occasione dell'importante evento, abbiamo intervistato il dottor Marco Comaschi (foto a fianco), attuale presidente della Amd, che con questo Congresso porta a termine il suo mandato e passa il testimone al successore designato, Giacomo Vespasiani di San Benedetto del Tronto.

Dottor Comaschi, quali sono i temi centrali di questo Congresso?

Il Congresso rappresenterà un momento forte di confronto sugli eventi più significativi degli ultimi due anni, a partire dalla formazione del personale medico e professionale dei servizi di diabetologia, che, con l'avvio della Educazione continua in medicina, ha avuto un fortissimo sviluppo, soprattutto in Amd, con la sua scuola di formazione. Un'altra tematica importante sarà il processo che Amd ha avviato nei servizi di diabetologia per la certificazione di qualità: cioè l'individuazione del modello di assistenza migliore nella tipologia del contesto regionale, locale, in cui opera il team diabetologico. Saranno presentati i risultati di un gruppo di lavoro che ha lavorato per due anni proprio

sul censimento delle strutture e sulla indicazione della migliore organizzazione dell'attività. Presenteremo per la prima volta un Report, un insieme di tanti dati raccolti in questi anni sia dai nostri assistiti, sia dai medici, sia attraverso sondaggi telefonici realizzati da istituti specializzati. La Amd si è presa l'impegno di fare ogni due anni un libro bianco sullo stato dell'arte e di presentarlo alle istituzioni: questi risultati saranno quindi portati all'attenzione del Parlamento -alla Commissione Affari sociali- come rapporto sullo stato dell'assistenza al diabetico in Italia, naturalmente con le indicazioni della società scientifica su come indirizzarsi nel futuro, anche in considerazione delle previsioni dell'Oms sull'aumento dei casi di diabete, soprattutto di tipo 2. L'abbiamo chia-



mato Social Survey perché non è centrato soltanto sull'assistenza sanitaria, ma anche sulla qualità della vita del paziente e sulla possibilità di migliorarla con una più efficace organizzazione.

A questo proposito, considerata la tradizionale disomogeneità dell'assistenza tra una regione e l'altra, pensa che esista il rischio che il fenomeno si accentui, con l'attuale tendenza al federalismo sanitario?

In effetti, ci sono tuttora molte differenze nell'assistenza diabetologica tra una regione e l'altra e la tendenza al federalismo, alla riduzione dell'intervento statale, potrebbe accentuarle. E' anche per questo che abbiamo pen-

sato all'indagine di cui parlo. In particolare, io sono stato chiamato dal ministero, che sta formando una commissione per la rivalutazione della legge 115 proprio alla luce dei suggerimenti della Amd. E' verosimile che, al di là del fatto che ogni Regione è libera nell'ambito della sua attività legislativa, il ministero mantenga piani di indirizzo con lo scopo di garantire una sostanziale omogeneità. E sempre a proposito di migliore assistenza, un altro tema rilevante del Congresso -che sarà discusso in una tavola rotonda internazionale con la Simg- è quello del rapporto tra diabetologi e medici di medicina generale, nella prospettiva di costruire un sistema integrato di cura per il paziente. Avremo dunque ospiti i responsabili francese e inglese della diabetologia per la medicina generale. Potremo così confrontare le esperienze italiane con quelle di Paesi europei a noi vicini. Ci sono sempre contatti con gli altri Paesi nell'ambito delle riunioni della Idf, ma è la prima volta che ciò avviene a livello congressuale, portando all'attenzione della comunità diabetologica un confronto tra esperienze di Paesi diversi, con sistemi sanitari non identici, perché quello francese è un sistema mu-

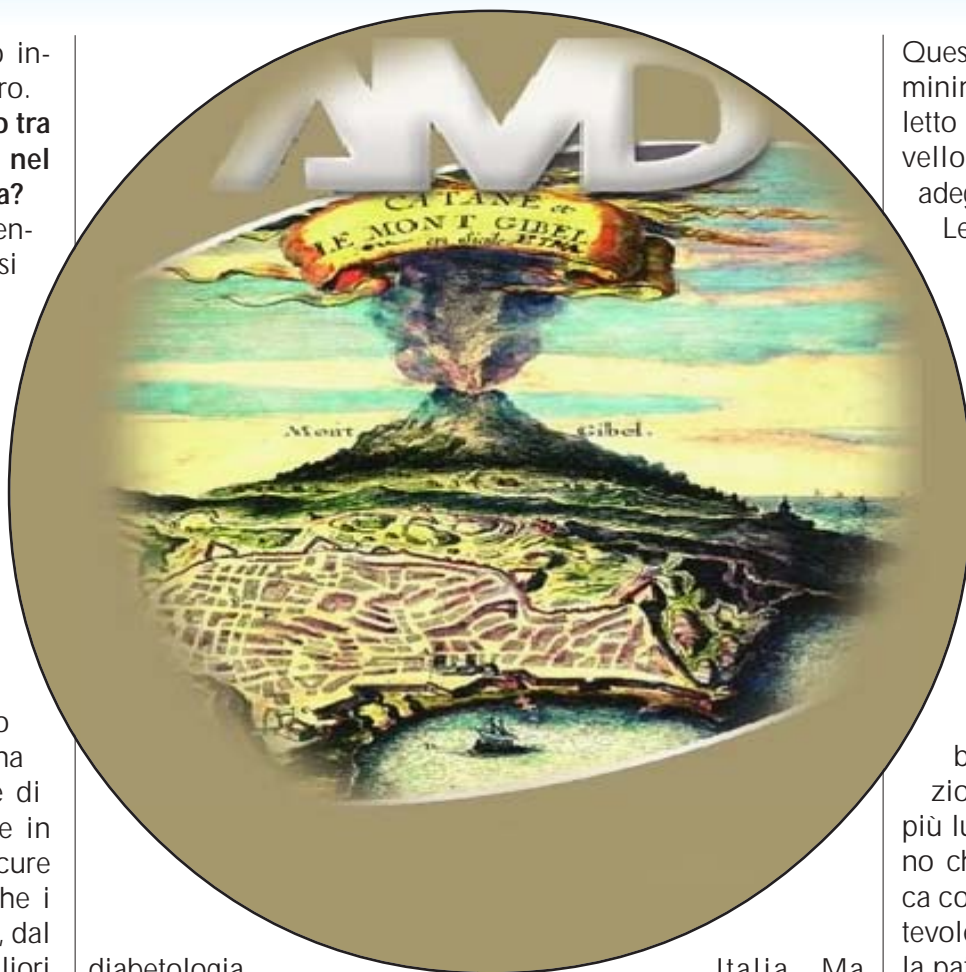
tualistico, mentre quello inglese è più simile al nostro.

Che differenze ci sono tra noi e il resto d'Europa nel campo della diabetologia?

La differenza fondamentale è che negli altri Paesi europei l'assistenza primaria al diabetico è fornita prevalentemente dal medico di medicina generale e i servizi specialistici di diabetologia, molto meno numerosi che in Italia, sono di secondo o terzo livello, cioè si occupano dei pazienti con i problemi maggiori. In Italia, invece, noi abbiamo sviluppato, nell'arco di una ventina d'anni, una rete di servizi diabetologici che in buona parte fa anche le cure primarie. Questo fa sì che i pazienti abbiano risultati, dal punto di vista clinico, migliori di quelli degli altri Paesi avanzati. Un recente studio Amd ci dice che circa il 37% dei pazienti seguiti dai servizi di diabetologia hanno un'emoglobina glicata al di sotto di 7. Negli Stati Uniti è soltanto il 12%. Siamo al triplo rispetto agli Usa.

Significa che in Italia il diabetico è normalmente seguito dallo specialista?

In realtà anche in Italia rimane una buona fetta di pazienti che non è mai stata vista dai servizi di diabetologia, ma è seguita soltanto dai medici di medicina generale. Avevamo stimato che, su 3 milioni di diabetici riconosciuti, in Italia poco meno di un milione non sono mai stati visti da un diabetologo. La politica della Amd in questi anni è stata quindi quella di promuovere sperimentazioni di cura condivisa o integrata, di gestione comune tra il medico di medicina generale, adeguatamente formato, e i servizi specialistici di riferimento. Con lo scopo da un lato di scaricare i servizi di



diabetologia da alcuni compiti di assistenza primaria e permettere loro di dedicarsi di più all'assistenza di secondo livello e, dall'altro, di recuperare, almeno nella costruzione del piano di cura, molti pazienti alla struttura specialistica. Con queste sperimentazioni che stanno andando avanti in molte parti di Italia, le cure integrate cominciano a dare risultati, perché i medici di medicina generale si sono organizzati anche in gruppi e si sono collegati con i servizi di diabetologia in una maniera molto proficua. L'esperienza principale, ormai quadriennale, è a Brescia (e al Congresso sarà presentata in comunicazione plenaria), ma si sta lavorando in questa direzione anche ad Asti, Reggio Emilia, Bologna, Salerno, Genova.

Il Congresso si occuperà anche di aspetti scientifici?

Le tematiche toccate dai congressi Amd sono quelle più legate all'attività clinica e all'assistenza del paziente e al miglioramento della qualità dei servizi di diabetologia in

Italia. Ma naturalmente al Congresso si parlerà anche delle novità scientifiche, come il nuovo tipo di insulina che sta per uscire in Italia. Poi, insieme con la Sid, abbiamo organizzato una tavola rotonda congiunta sul tema dell'autocontrollo domiciliare della glicemia e sul modo di ottenere i risultati migliori. Faremo anche una tavola rotonda con i cardiologi della Anmco sulle patologie cardiovascolari nei diabetici. Avremo anche importanti letture magistrali: un paio di tipo scientifico puro (della professoressa Taskinen e del professor Vigneri, presidente della Società italiana di endocrinologia), ma anche una di materia economico-gestionale, tenuta dal professor Piero Micossi.

Dato che ha citato l'economia, le domando se sia ancora aperto il problema dei Drg e delle insufficienti risorse destinate alla diabetologia.

Quello della sottostima dell'attività ambulatoriale e day hospital della diabetologia resta un grosso problema.

Questi servizi soltanto in una minima misura hanno postiletto e quindi ricevono, a livello di Drg, un compenso adeguato, se così si può dire.

Le loro attività prevalenti sono a livello ambulatoriale e il tariffario italiano per queste prestazioni, soprattutto se non strumentali, è molto basso. Per questa ragione oggi i servizi all'interno delle aziende ospedaliere sono a rischio, perché "non rendono", hanno bassi introiti a fronte di un costo di produzione abbastanza elevato. Le direzioni aziendali ospedaliere più lungimiranti comprendono che l'attività diabetologica consente un risparmio notevole sulle complicanze della patologia, per cui in molte situazioni la diabetologia è stata potenziata. Ma in altre situazioni i servizi di diabetologia rischiano la chiusura o la delocalizzazione dall'ospedale verso il territorio.

Si ragiona sempre con la logica del risparmio immediato?

Sì, proprio così. Noi, insieme con la Sid, abbiamo fatto qualche anno fa uno studio sui costi e sulla possibilità di risparmi teorici realizzabili con il controllo dell'emoglobina glicata, della pressione e degli altri fattori di rischio cardiovascolare. Se si fa una valutazione quinquennale, si calcola che il Ssn potrebbe ottenere un risparmio di circa il 15%. E' una percentuale enorme. Oggi il diabetico costa allo Stato in Italia circa 2000 euro l'anno se non ha complicanze, 5000 se ha una complicanza, 8000 se ne ha due, 15000 se ha un infarto. Più complicanze e infarti riusciamo a evitare, maggiore è

(Segue a pag. 17)

DIABETE E ASSICURAZIONI: UN PROBLEMA ANCORA APERTO

Voglio una vita assicurata

Non è facile per un diabetico stipulare una polizza-vita: non ci sono preclusioni di principio, ma ostacoli di fatto che portano spesso al rifiuto di aprire la pratica oppure a premi altissimi.

Ne parliamo con il presidente della Fdg, Antonio Cabras, che con le compagnie ha aperto un dialogo per cambiare la situazione

In teoria si può, in pratica è molto difficile o molto oneroso. Stiamo parlando delle barriere che tuttora i diabetici incontrano nel campo delle assicurazioni sulla vita, un problema che in realtà si trascina da anni, anche se non se ne parla spesso. In via di principio, non esiste alcun veto che escluda i diabetici in quanto tali dalla possibilità di stipulare una polizza-vita. E neppure è automatico che i premi siano altissimi, perché, per i casi di diabete come per tutte quelle situazioni che possono teoricamente presentare rischi particolari, esiste un sistema di valutazione predisposto per tenere conto della situazione

del singolo assicurando, basato, oltre che sui dati della persona, su statistiche e parametri periodicamente aggiornati.

Esiste anche un'ulteriore garanzia, rappresentata dal Consorzio italiano per l'assicurazione dei rischi tarati (il Cirt), costituito dalle maggiori compagnie per distribuire rischi ritenuti particolarmente onerosi fra tutte le consorziate, senza farli pesare unicamente su una sola compagnia, consentendo così anche di ridurre al minimo i casi di rifiuto di copertura. In seno al Cirt, opera una commissione medica che, a richiesta, esamina la domanda del soggetto in base alla documentazione che lo riguarda (nel

caso di un diabetico, età, tipo e durata della patologia, presenza di eventuali complicanze etc.) e valuta il rischio di mortalità, poi tradotto in eventuale sovrappremio. Quindi, sempre in teoria, un diabetico ben compensato, giovane e in buona salute, dovrebbe trovarsi a pagare un sovrappremio irrisorio o addirittura nessun sovrappremio. Guardata da questo punto di vista, la situazione non sembrerebbe particolarmente critica. E invece?

“E invece il problema è sempre aperto e in tutti questi anni non è cambiato niente”, dice Antonio Cabras, presidente della Federazione italiana diabete giovanile, che si è spesso occupato del tema, con la sua associazione, e che tuttavia non ha perso le speranze di ottenere un cambiamento positivo.

Allora, secondo lei, una discriminazione esiste?

La discriminazione di fatto c'è, perché i diabetici sono considerati una categoria ad alto rischio e dunque evitano di assicurarli: le compagnie non vogliono rischiare niente e quindi la valutazione verso il diabetico è quasi sempre negativa. Quando è positiva, il premio da pagare quasi raddoppia. E finora è mancata la volontà di cambiare.

Ma le compagnie non fanno una valutazione ad personam?

Sì, loro esaminano la situazione del singolo individuo e chiedono una documentazione sulla durata del diabete, le complicanze, eccetera. Su queste basi la compagnia sceglie se assicurare la persona o no, ma comunque sempre aumentando il premio da far pagare. Il fatto è che



di solito le domande sono respinte anche quando il rischio è bassissimo. Noi abbiamo anche fatto prove concrete in varie città italiane (Napoli, Bari, Roma) proprio l'anno scorso: abbiamo mandato nostri soci di diverse età presso agenzie di varie compagnie assicurative a chiedere una polizza-vita e il rifiuto è stato netto. Normalmente le agenzie, sentendo che si trattava di persone diabetiche, rispondevano subito no, non volevano neanche esaminare il caso o aprire un discorso. In qualche caso facevano calcoli sui premi che alla fine prevedevano sempre forti aumenti.

Quindi, la barriera principale è rappresentata dalle agenzie?

Nella maggior parte dei casi già l'agenzia locale respinge la richiesta di assicurazione. Infatti spesso gli uffici centrali delle compagnie ammettono che gli agenti possono sbagliare e rifiutare polizze che invece dovrebbero aprire. Ma quando il titolare dell'agenzia dice sì e manda la richiesta alla compagnia, questa di solito rifiuta. Se invece la compagnia accetta il caso, il terzo passaggio è quello del Cirt, con l'intervento della commissione medica, alla quale è inviata la proposta con la documentazione sul richiedente. La commissione esamina i dati e fa una valutazione che è definita personalizzata. In realtà, non è così, perché quando, come abitualmente accade, il costo della polizza aumenta del 30-50% rispetto alla norma, non stanno più personalizzando: stanno semplicemente applicando un sovrapprezzo per il rischio che, a loro giudizio, la persona può portare alla compagnia. Ma senza fare una valutazione obiettiva, fondata su un rischio accertato.

Ma qualche diabetico che si assicura sulla vita c'è?

Sì, c'è qualcuno che la fa lo stesso, però pagando cifre altissime, E sono pochissimi. Oppure c'è chi la fa nascondendo la propria condizione, ma sbaglia: rischia di essere scoperto e di vedere invalidata la polizza e di in-

La polizza della Fand

Nell'ambito del tema "diabete e assicurazioni", merita di essere segnalata l'iniziativa della Fand-Associazione italiana diabetici di una polizza assicurativa gratuita sugli infortuni, professionali ed extra professionali, a favore dei diabetici soci. La polizza copre i diabetici, di tipo 1 e 2, di età non superiore a 75 anni.

Il risultato ottenuto dalla Fand è importante perché la collettività dei pazienti diabetici è stata riconosciuta da una società assicuratrice come ente beneficiario di copertura assicurativa e perché ha sancito il principio che "il diabetico non è un diverso". Per informazioni, rivolgersi alla Fand: tel. 02.2570176 o 800.820082.

correre in un processo civile.

Per gli infortuni le cose vanno meglio?

No. Le compagnie non soltanto tendono a non assicurare i diabetici sulla vita, ma neanche sugli infortuni, per il timore di incidenti causati dal diabete. Anche se non è affatto dimostrato che al diabetico capitino più infortuni che agli altri.

Pensa che queste difficoltà dipendano da carenza di informazione sul diabete?

Secondo me, non è questa la ragione, perché l'informazione c'è e, comunque sia, le compagnie possono procurarsela o richiederla. E' piuttosto un pregiudizio, che va superato.

Avete proposte precise?

Noi vogliamo che un diabetico possa essere assicurato come tutte le altre persone, fatta una valutazione delle sue eventuali complicanze e della sua conoscenza della patologia. Se si vuole tenere conto della sua particolare condizione, si può pensare a una polizza per i diabetici.

Esistono esperienze estere che possono fare da modello?

Sì, perché in altri Paesi polizze per i diabetici esistono e in alcuni casi coprono anche i familiari superstiti. In particolare, noi ci ispiriamo al modello della Germania. Lì le compagnie fanno davvero una valutazione sul singolo soggetto diabetico e sullo



Antonio Cabras, presidente Fdg

stato della sua patologia, ma considerano, oltre al compenso metabolico e allo stato di salute generale, anche l'interazione fra paziente e diabetologo: guardano cioè se vi è una buona relazione con il medico e con la struttura diabetologica. Si instaura un discorso con il diabetico, valutando anche, se così si può dire, l'intelligenza del paziente, la sua capacità di gestione, perfino se il soggetto pratica o no attività fisica. Questo perché esistono dialogo e collaborazione tra compagnie, associazioni dei pazienti e società scientifiche. Sono cose che qui in Italia non si è mai pensato di fare.

Che cosa rispondono le compagnie alle vostre richieste?

Noi abbiamo avviato un dialogo con le assicurazioni. Ci sono compagnie che ci hanno detto

che avrebbero formulato una proposta di polizza per diabetici, ce l'avrebbero sottoposta e noi, con l'aiuto dei nostri consulenti, l'avremmo valutata. Questa proposta però non si è mai vista.

Ma voi vi sentite scoraggiati?

No, no. Noi continuiamo a tenere aperto il discorso, perché abbiamo verificato che in realtà ci sono compagnie interessate ad aprire il mercato. Però esistono resistenze che impediscono l'evolversi della situazione. In realtà, secondo noi, è un errore non investire in questo campo: quella delle polizze per diabetici è una opportunità, non un rischio. Si possono immaginare tante ipotesi per trovare una soluzione.

Vuol farci qualche esempio?

Si potrebbe ipotizzare che le compagnie, per dare maggiore possibilità all'accoglienza della pratica, chiedano e accettino una certificazione del diabetologo che la persona ha un ottimo compenso metabolico. Si potrebbero studiare condizioni alternative all'aumento del premio: per esempio, il premio resta normale, ma il soggetto si impegna ad assicurare con la stessa compagnia anche l'automobile. Oppure, ancora, si potrebbe prendere in considerazione l'intelligenza, la conoscenza, la capacità di autogestirsi e tenersi in buona salute del diabetico e premiare il suo buon comportamento, dando maggior valore alla sua assicurazione: questo sarebbe per la persona un incentivo in più a controllarsi meglio, ad avere maggiore cura di sé. Sono soltanto alcune ipotesi, ma si può discuterne.

Secondo lei, che cosa si può concretamente fare oggi?

Noi siamo del parere che le compagnie dovrebbero sedersi a un tavolo insieme con le associazioni dei diabetici e con le organizzazioni scientifiche: sarebbe l'ideale. Il mio è un appello rivolto a tutti. E' necessaria una collaborazione fra tutti e tre i soggetti per studiare una polizza assicurativa che consenta finalmente al diabetico di usufruire per davvero di questo servizio. 🍁

SEMPRE PIU' DIFFUSO IL PROBLEMA DELLA STITICHEZZA

Primo obiettivo riequilibrare l'intestino

La stipsi è un disturbo così diffuso, da rientrare ormai tra le malattie tipiche della società del benessere. Recenti indagini epidemiologiche, infatti, hanno dimostrato che la stitichezza occasionale colpisce il 10% della popolazione dei Paesi industrializzati, con punte del 40% tra i soggetti con oltre 60 anni. Sul totale dei sofferenti, le più colpite sono in generale le donne (52%, rispetto al 48% degli uomini), le persone che lavorano (53% contro il 45%) e chi possiede un livello di istruzione superiore (60%).

Varie possono essere le cause che determinano il cattivo funzionamento dell'intestino: un regime alimentare non adeguato (si mangia poca frutta e verdura), una vita sedentaria, abitudini lavorative stressanti, un uso eccessivo di certi farmaci sono tutte cause che alterano l'equilibrio intestinale e causano con il tempo stitichezza cronica. Ovviamente, primo rimedio è cercare di rimuovere queste cause, osservando semplici norme igieniche e alimentari (vedasi riquadro). Se il problema rimane, nonostante questi accorgimenti, allora bisogna rivolgersi al farmacista e farsi consigliare un buon lassativo.

Ce ne sono di vario tipo, suddivisi in base all'azione che svolgono: irritanti (a base di senna, rabarbaro ecc.), salini (a base di sali minerali), lubrificanti (a base



di oli vegetali), che favoriscono l'aumento della massa intestinale (crusca, fibre, ecc.) e osmotici (a base di lattulosio o lattitolo). Ognuno presenta vantaggi e difetti, tollerabilità e controindicazioni, e quindi sarà bene verificare quello più adatto alle proprie esigenze e caratteristiche, cioè quello che offre la maggior efficacia e i minori effetti collaterali. Tanto più poi se al problema di un intestino pigro aggiungiamo anche la presenza del diabe-

te, e della conseguente necessità di un costante controllo glicemico.

Proprio quest'ultima necessità ci suggerisce di soffermarci sulle proprietà dei lassativi a base di lattitolo, partendo dal principio che non contengono zuccheri assorbibili a livello intestinale e, quindi, possono essere consigliati anche alle persone con alterazioni del metabolismo glicemico. Oltre al vantaggio di non avere potere calorico (un dato in-

Prima di ricorrere ai lassativi è opportuno seguire alcune semplici ma fondamentali regole di vita sana. Ma, se non bastano, ecco come regolarsi per non avere problemi con il metabolismo glicemico

teressante, visto che sono le donne le più colpite dalla stipsi) e di non essere cariogeni, questi lassativi - proprio per la mancanza di zuccheri - possono essere presi dal diabetico senza pericolo d'interferenze sulla glicemia e sull'insulinemia. Quindi, un farmaco sicuro per il diabetico, oltre che funzionale e ben tollerato.

Ma che dire della sua efficacia? La caratteristica principale del lattitolo, disaccaride di seconda generazione rispetto al capostipite lattulosio, è quella di esplicare il suo effetto farmacologico senza essere assorbito dall'intestino tenue, né essere metabolizzato all'interno del lume intestinale.

Questo gli consente di giungere immodificato fino al colon, dove viene metabolizzato dalla flora batterica intestinale, e quindi di agire in modo molto delicato attraverso una duplice azione: osmotica e riequilibrante.

Grazie all'attività osmotica, richiama acqua dagli spazi extraintestinali a quelli intrainestinali, fino al colon, consentendo così una maggior idratazione delle feci, un aumento di volume e un loro ammorbidimento, con conseguente induzione delle contrazioni della muscolatura colica e una più facilitata evacuazione. L'azione riequilibrante, invece, è il risultato della metabolizzazione del lattitolo nel colon, che consente di normalizzare la microflora intestinale e aiutare così l'intestino a recuperare la sua completa funzionalità.

Questo riequilibrio, da una parte favorisce lo sviluppo della flora batterica fermentativa a scapito di quella putrefattiva, dall'al-

tra, grazie alla produzione di acidi organici in grado di abbassare il pH, stimola la peristalsi. Il sinergismo di queste azioni induce -come testimoniano numerosi stu-

Le norme anti-stipsi

Si hanno problemi di stitichezza quando le evacuazioni sono meno di tre in una settimana, oppure sono dolorose a causa di feci dure e secche. Il senso di pesantezza si accompagna a meteorismo, gonfiore addominale, cerchio alla testa, inappetenza e irritabilità. Prima di ricorrere ai farmaci, vanno seguite alcune semplici, ma preziose, regole di vita più sana:

- 1) seguire un'alimentazione equilibrata, ricca di cibi integrali, fibre alimentari, frutta, verdura, yogurt;
- 2) bere molto, almeno 1,5 litri di acqua al giorno, oltre a latte e succhi di frutta;
- 3) impegnarsi in un'attività fisica regolare, con passeggiate, ginnastica, sport all'aperto;
- 4) assecondare gli stimoli del nostro corpo, senza fretta o ansie.

di clinici- sia la formazione di feci morbide e voluminose, sia l'eliminazione di sostanze tossiche residue, ristabilendo l'equilibrio dell'ecosistema intestinale. Come

dire che si ottiene l'effetto desiderato senza gli inconvenienti tipici di tanti lassativi, cioè dolori addominali e azione drastica.



UNA COMPLICANZA FREQUENTE, MA SPESSO RIMOSSA

Il risveglio dell'Eros stanco



La disfunzione erettile è una possibile conseguenza di un diabete non adeguatamente controllato. E' sbagliato non parlarne o vergognarsene, anche perché oggi esistono soluzioni per curarla efficacemente

Quella che fino a poco tempo fa era chiamata "impotenza" oggi, con maggiore precisione, viene definita nel linguaggio medico corrente "disfunzione erettile". In effetti, con questo termine si intende una

incapacità persistente a ottenere e mantenere un'erezione del pene sufficiente a consentire un rapporto sessuale soddisfacente. E' certamente una delle più frequenti complicanze del diabete mellito.

Dalle indagini epidemiologi-

che eseguite in vari Paesi e anche in Italia si può desumere che la **disfunzione erettile sia presente nei diabetici in misura tre volte superiore rispetto ai non diabetici**. Nella popolazione adulta maschile non diabetica, la frequenza della disfunzione erettile

è dell'ordine del 10% con variazioni dal 2-5% a 40 anni al 25-20% a 65 anni. Nei diabetici, invece, lo stesso problema è presente nel 15% dei casi fra 20 e 40 anni di età per arrivare a ben



il 40-60% fra i 50 e i 70 anni.

Malgrado la frequenza con cui la disfunzione erettile si manifesta nella popolazione maschile diabetica e gli effetti negativi che essa può indurre sulla qualità della vita, questa anomalia non riceve ancora dai diabetologi e dagli stessi soggetti che ne sono portatori le stesse attenzioni riservate alle altre complicanze. Infatti, da un lato, non si è propensi a confidarsi col proprio medico o diabetologo per un problema vissuto molto spesso con sofferenza, nella propria intimità e, dall'altro, anche da parte del diabetologo, vi è una certa riluttanza ad affrontare direttamente un argomento considerato ancora un tabù.

Eppure, la disfunzione erettile non dovrebbe essere qualcosa per cui sentirsi imbarazzati o addirittura provare un senso di colpa. Inoltre, in questi anni, a differenza del passato, si sono resi disponibili farmaci capaci di correggere questo difetto e altri ancora più efficaci si stanno affacciando sulla scena. Ed è anche da auspicare che nel colloquio fra paziente e diabetologo facciano

la loro comparsa alcune domande stimolate da entrambe le parti e volte ad accertare l'esistenza o meno della disfunzione erettile e, in caso affermativo, a illustrare i test diagnostici da eseguire e i rimedi da adottare.

Come avviene l'erezione?

L'erezione è il risultato di un processo assai complesso che coinvolge sia i vasi sanguigni sia il sistema nervoso. Il pene è strutturato anatomicamente in modo tale da realizzare questo processo. E' infatti costituito da due strutture vascolari che originano nel piccolo bacino, decorrono parallelamente, una all'interno, intorno all'uretra fino a costituire il glande, e una all'esterno, a costituire il corpo del pene. Entrambe le strutture sono fatte di un tessuto spugnoso in comunicazione con il circolo sanguigno. Abituamente i vasi sanguigni che convogliano il sangue al tessuto spugnoso e cavernoso sono contratti, cosicché l'afflusso di sangue è limitato e il pene è per la

maggior parte del tempo in uno stato di flaccidità. Con la stimolazione sessuale la parete dei vasi si rilascia, il sangue affluisce nei corpi cavernosi, che perciò si riempiono di sangue, si dilatano e quindi si irrigidiscono. Contemporaneamente alla dilatazione delle arterie si assiste alla chiusura delle vene che assicurano il deflusso dal pene del sangue, che perciò rimane intrappolato, determinando l'erezione che permane finché persiste la stimolazione sessuale.

Alla base di questo meccanismo vi sono reazioni chimiche che avvengono nella parete dei vasi e nelle terminazioni nervose e che conducono alla liberazione di una sostanza vasodilatatrice estremamente efficace, l'ossido nitrico o nitrossido o NO.

Perché il diabete provoca disfunzione erettile?

Il diabete, o per dir meglio l'eccesso di glucosio nel sangue che è alla base della sua stessa definizione, danneggia le strutture microvascolari, nel rene come nella retina, nel pene e in ogni altro organo e tessuto con vari meccanismi, ma soprattutto con due modalità. Infatti, il glucosio presente in eccesso si lega alla parete dei vasi e alle proteine strutturali dei tessuti, rendendole meno elastiche e impedendone quindi la distensibilità. Nel pene ciò comporta un difetto di dilatazione delle arterie e dei corpi cavernosi con conseguente minore afflusso di sangue e minore turgidità. Ma, prima ancora che questo avvenga, si verifica un difetto di liberazione nelle terminazioni nervose e nei piccoli vasi della sostanza vasodilatatrice per ec-

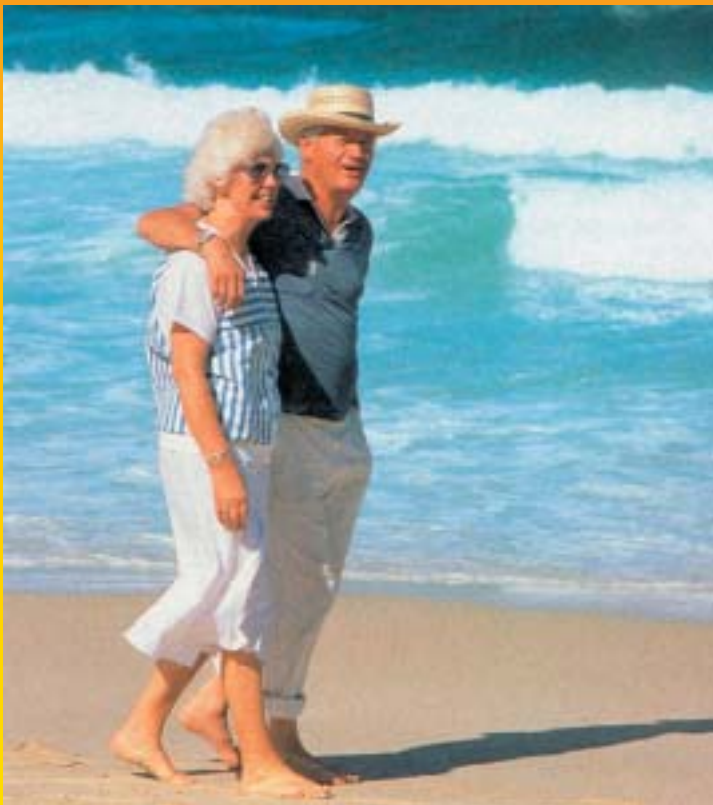
cellenza, il nitrossido, che, come abbiamo detto, è alla base di questo processo. La maggiore rigidità delle strutture, da un lato, e la minore disponibilità di NO, dall'altro sono alla base del difetto di erezione causato dal diabete.

La conoscenza acquisita in questi ultimi anni del ruolo svolto come mediatore chimico dal nitrossido, ha consentito di mettere a punto farmaci capaci per la prima volta di correggere con un meccanismo fisiologico la disfunzione erettile.

Vi sono condizioni che facilitano la comparsa del problema?

A parità di età, la disfunzione erettile è più frequente nel diabete di tipo 1 rispetto al tipo 2 ed è molto strettamente correlata con l'età del soggetto, la durata del diabete e il grado di controllo metabolico. Infatti, al pari delle altre complicanze, la disfunzione erettile sarà tanto più frequente quanto maggiore per intensità e durata sarà l'esposizione alla iperglicemia. Ne deriva che, al pari delle altre complicanze microangiopatiche del diabete, anche la disfunzione erettile può essere prevenuta mantenendo un controllo metabolico ottimale. Anche l'ipertensione arteriosa, le coronaropatie e vasculopatie periferiche costituiscono altrettanti fattori di rischio per la disfunzione erettile. E' implicito in ciò che soggetti già portatori di altre complicanze (retinopatia, nefropatia, e particolarmente neuropatia) presentino con maggiore facilità segni di disfunzione erettile.

Fra i tanti attributi negativi, l'abitudine al fumo ha anche quella di favorire, in maniera determinante, la comparsa di impotenza. Del pari, è necessario indagare il possibile ruolo di farmaci assunti per altre patologie frequentemente associate al diabete, come i diuretici, alcune classi



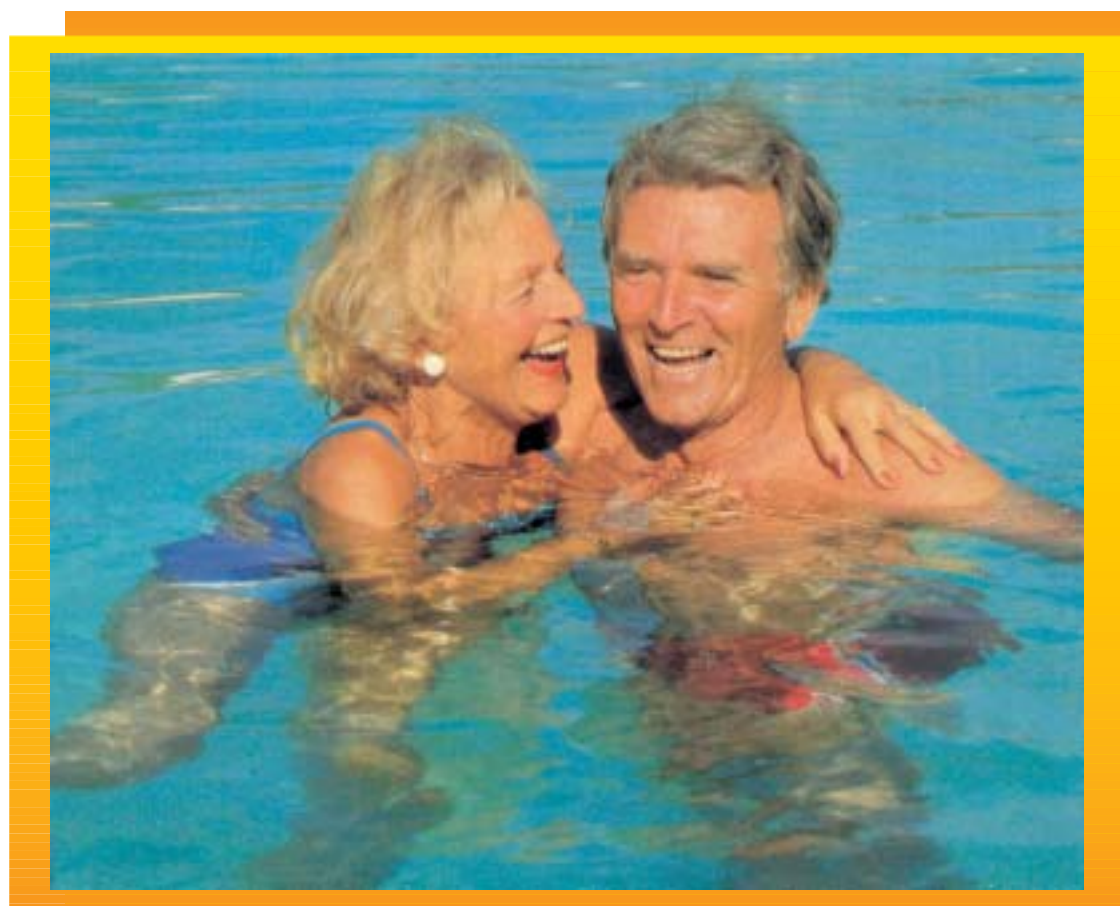
di farmaci impiegati per la terapia dell'ipertensione arteriosa, antidepressivi, antiepilettici, alcuni chemioterapici e, in una certa misura, anti-infiammatori non steroidei.

Come si accerta la presenza di una difficoltà?

Una idea abbastanza precisa sulla esistenza o meno di una disfunzione erettile la si può desumere dalle risposte che il paziente è in grado di dare ad alcune semplici domande che fanno parte di un questionario validato internazionalmente.

In particolare, si vuol sapere se durante l'attività sessuale si verifica, e quanto spesso, una erezione; se questa è sufficiente per la penetrazione e con quale frequenza; se si è stati capaci di mantenere l'erezione dopo la penetrazione, per quanto tempo e se fino alla fine del rapporto e, infine, quale è il grado di fiducia che il paziente ripone nel poter raggiungere e mantenere una erezione. A ciascuna di queste risposte è attribuito un punteggio che consente di valutare l'esistenza e la gravità della disfunzione erettile.

E' anche importante conoscere se vi siano erezioni spontanee notturne o al risveglio, perché la loro esistenza potrebbe provare il ruolo di fattori psicogeni nella genesi della disfunzione. Infine, il paziente dovrebbe riferire se sia rilevabile alla palpazione la presenza nel pene di nodosità o di



I test e le indagini da fare

E' fondamentale una valutazione dello stato metabolico con determinazione, oltre che della glicemia domiciliare, meglio se eseguita sia prima sia due ore dopo un pasto, dell'emoglobina glicata e del profilo lipidemico.

Un ruolo decisamente minore e guidato da un criterio clinico lo hanno le valutazioni ormonali, con particolare riguardo a testosterone e prolattina.

La valutazione eco-doppler dello stato arterioso e la ricerca di neuropatia autonoma – che, se presente, si accompagna costantemente a disfunzione erettile – è lasciata al giudizio clinico.

L'attuale disponibilità di farmaci capaci di stimolare il meccanismo dell'erezione, aumentando la disponibilità biologica del composto vasodilatatore NO, quali il Sildenafil e ora anche il Vardenafil e il Tadalafil, consente di valutare la risposta vasodilatativa a una dose-test del farmaco e quindi la relativa integrità del sistema vascolare penieno e la conseguente previsione di correzione con la terapia.

La semplice somministrazione orale del farmaco ha infatti sostituito il test, decisamente più indaginoso e invasivo, della iniezione intracavernosa di prostaglandina, oggi riservato soltanto ai casi che non abbiano una risposta positiva al test farmacologico orale.

parti indurite o se abbia notato durante l'erezione un incurvamento del pene o avvertito dolore. Questi sintomi sono indicatori di una patologia specifica (malattia di La Peyronie) del pene, peraltro anch'essa più frequente nei diabetici rispetto alla popolazione generale, ma rara.

Si può curare?

La risposta deve essere oggi positiva nella grande maggioranza dei casi. Tuttavia, non sarà mai sufficiente sottolineare come, anche nel caso della disfunzione erettile come delle altre complicanze del diabete, la prevenzione sia più facile da seguire della

terapia. Quindi: diagnosi precoce, terapia tempestiva, controllo ottimale della glicemia fino alla quasi normalizzazione ed eliminazione di ogni altro fattore di rischio associato per prevenire la comparsa della microangiopatia e quindi di disfunzione erettile.

Se invece la disfunzione erettile è già in atto, il paziente deve essere, in primo luogo, rassicurato circa la possibile reversibilità della lesione e aiutato a eliminare la componente psicologica di ansietà e depressione che, di frequente, accompagna il disturbo della funzione sessuale. E' da notare, al riguardo, come la componente psicologica possa avere un ruolo prevalente nei giovani, specie nei casi in cui non vi siano altre complicanze o la durata del diabete sia breve.

In genere, non c'è spazio per una terapia ormonale e soltanto occasionalmente si può assistere a una fortuita coincidenza di un



ipogonadismo con deficit di testosterone o di una iperprolattinemia che, se presenti, richiedono un trattamento specifico.

La terapia farmacologica si basa oggi solamente sull'impiego dei cosiddetti inibitori della fosfodiesterasi-5, presente appunto nel pene. Questa classe di farmaci comprende oggi più molecole, già citate sopra: al Sildenafil si sono aggiunti il Vardenafil e il Tadalafil, che si differenziano dal primo per un più favorevole profilo di azione, pur condividendo un medesimo meccanismo.

L'erezione è dovuta alla vasodilatazione indotta dall'ossido nitrico, che si libera dalle terminazioni nervose per effetto della stimolazione sessuale. Il nitrossido stimola la produzione di un secondo messaggero, il GMP ciclico, artefice del rilasciamento della muscolatura liscia e quindi della vasodilatazione. Il GMP ciclico ha però una vita biologica assai breve, essendo inattivato rapidamente dall'enzima fosfodiesterasi. Gli inibitori della fosfodiesterasi prolungano l'effetto del GMP e facilitano perciò la comparsa e il mantenimento dell'erezione.

Negli studi clinici fin qui eseguiti, Sildenafil, Vardenafil e Tadalafil si sono mostrati tutti efficaci nell'indurre un significativo miglioramento della erezione in circa l'80% dei casi. Una percentuale di successo inferiore, pari all'incirca al 60%, può essere attesa in una popolazione diabetica.

Un importante recente studio ha peraltro segnalato come il Vardenafil sia stato giudicato efficace dal 72% dei diabetici intervistati.

I tre farmaci presentano alcune differenze di assorbimento, biodisponibilità e durata di azione. L'assorbimento intestinale di Sildenafil si riduce per esempio del 30% circa, se assunto dopo un pasto, cosa che non si verifica invece con il Tadalafil.

Sildenafil e Vardenafil raggiungono la massima concentrazione plasmatica, e quindi la

QUANDO NON SI POSSONO PRENDERE LE NUOVE MEDICINE

Poiché tutti i farmaci inibitori delle fosfodiesterasi, come Sildenafil, Vardenafil e Tadalafil, agiscono aumentando la disponibilità di nitrossido, ne è proibito l'impiego in associazione con i nitrati, di uso comune nella terapia e nella prevenzione dell'angina pectoris e più in generale nelle coronaropatie. I nitrati infatti inducono la generazione di ossido nitrico che, in sinergia con un inibitore fosfodiesterasico, può determinare una riduzione critica della pressione arteriosa. Vi è perciò una controindicazione assoluta all'impiego di questi farmaci in associazione, sia costante sia saltuaria, con i nitroderivati somministrati per os, come per via transdermica (cerotti).

L'impiego degli inibitori della fosfodiesterasi non è altresì consigliato in soggetti portatori di cardiopatie gravi, anche in assenza di uso di nitrati ma, in questo caso, è l'attività sessuale in sé a essere sconsigliata, ancor prima dell'uso del farmaco.



In conclusione, si può ritenere che, al di fuori di queste limitate controindicazioni, l'impiego degli inibitori della fosfodiesterasi sia, oltre che efficace in una ampia quota di pazienti, del tutto sicuro. In ogni caso, la loro prescrizione deve rimanere di esclusiva pertinenza del medico.

maggior efficacia, dopo un'ora: se ne consiglia perciò l'assunzione un'ora prima del presunto rapporto sessuale. Il Tadalafil ha invece il picco plasmatico dopo 2 ore, peraltro con una lunga emivita di 17 ore.

I nuovi farmaci possono causare effetti collaterali indesiderati?

Gli effetti collaterali attribuibili a questi farmaci sono assai modesti, e dose-dipendenti, e soltanto raramente hanno determi-

nato l'interruzione del trattamento.

Un possibile quanto tipico effetto collaterale riguarda una anomalia della visione, dei colori nella regione del blu, con difetto di discriminazione blu-verde. Questo effetto, di per sé innocuo, riscontrato particolarmente con il Sildenafil, è da attribuire alla stimolazione della fosfodiesterasi-6 presente nei coni e bastoncini della retina. Non è stato invece riscontrato o è più raro con l'uso di Vardenafil e Tadalafil, più specifici per la fosfodiesterasi-5 e privi di selettività per la fosfodiesterasi-6.

Altri effetti collaterali consistenti in cefalea, "flushing" e rinite sono da attribuire alla inibizione della fosfodiesterasi della muscolatura liscia vasale, con conseguente vasodilatazione nei

vari distretti interessati. La dispnea (bruciore, peso epigastrico) è dovuta all'interessamento della muscolatura della giunzione gastro-esofagea. Dolore muscolare e mal di schiena, osservati in particolare dopo Tadalafil, sono attribuibili alla inibizione della fosfodiesterasi-11, presente nella parete vasale dei muscoli scheletrici.

Tutti gli effetti collaterali derivano quindi dalla inibizione di varie isoforme della fosfodiesterasi presenti nei diversi organi e tessuti e gli effetti sono tanto minori quanto maggiore è la specificità esclusiva per la fosfodiesterasi-5 presente nel pene.

Professor **Paolo Brunetti**
Direttore Dipartimento
di Medicina Interna
Università degli studi di Perugia

DIABETE E SPORT: UN ALTRO OTTIMO ESEMPIO

Con gli sci ai piedi senza paura

Mauro Sormani racconta sul sito Bayer la sua recente impresa alla storica maratona sciistica svedese

Vasaloppet.

Insulinodipendente fin da piccolo, oggi Mauro è un giovane brillante sportivo, capace di affrontare sforzi intensi con perfetto autocontrollo



della Vasaloppet (trovate ampio resoconto su www.diabete.net), ha affrontato più di una volta il campionato italiano di sci di fondo (50 chilometri), ha partecipato all'ultima Marcialonga, era nel gruppo di Disk 2002 sul Kili-manjaro e si è inerpicato con gli altri compagni di avventura sul Cho-Oyu, arrivando sino alla ragguardevole altezza di 7550 metri e rinunciando a

puntare alla vetta soltanto a causa del tremendo freddo. E in calendario, a maggio, c'è il durissimo Trofeo Mezza Lama, in Valle d'Aosta, cinquanta chilometri di sci alpinistico, con tre

cime sopra i 4000 metri.

Sormani è tranquillo, sa per esperienza personale diretta che tutto questo si può fare: "un diabetico può benissimo praticare sport senza paura -dice- L'importante è allenarsi, programinarsi e tenersi sotto controllo. Io porto con me le provviste e il glucometro sotto la tuta e so come regolarsi, avendo ormai imparato come cambia la glicemia a seconda dello sforzo e come si affronta il rischio che durante una gara scenda troppo. Quindi, mi sento di consigliare a tutti i diabetici, soprattutto ai giovani, di fare sport, in particolare quelli alpini, perché fanno bene alla salute, ma anche allo spirito, perché non soltanto migliorano il controllo metabolico, ma sono anche divertenti".



Alla partenza erano 18.000 e lui è arrivato 278°, che è già di per sé un ottimo risultato per una gara massacrante come la Vasaloppet, storica maratona di 90 chilometri con gli sci da fondo che si corre da Salen a Mora, nella fredda Svezia, sin dal 1922. Ma quella di Mauro Sormani nello scorso marzo è un'impresa che vale ancora di più, perché è l'exploit di un diabetico insulinodipendente, grande appassionato di sport e bell'esempio di come un buon autocontrollo consenta di raggiungere qualsiasi traguardo.

Mauro ha 26 anni, è di Sormano, in provincia di Como, dove lavora insieme con il padre, nell'impresa artigiana di famiglia: fin da piccolo, è sempre stato attratto dallo sport, diventato presto il suo hobby numero uno. Nel 1985, quando aveva nove anni, gli è stato diagnosticato il diabete, ma questo non ha certo fermato l'attività del nostro, che ha continuato negli anni a praticare tutti i tipi di sport aerobici: bici-



Mauro Sormani in Svezia per la Vasaloppet: in alto, al traguardo; sotto, a sinistra, durante l'autocontrollo e, a destra, alla partenza della gara

cletta, corsa, sci di fondo (la sua specialità favorita), alpinismo.

"Ho avuto la fortuna -racconta Mauro- di incontrare un diabetologo, Rinaldo Zanini, molto aperto alle novità, che, in anni in cui non tutti capivano l'importanza dello sport per un diabetico, mi ha sempre incoraggiato, fin dall'inizio, a continuare e mi ha sempre seguito con i suoi consigli per i primi anni, finché non ho imparato a gestirmi da solo".

Oggi Mauro, dopo anni di prove, di allenamenti e di gare, sa perfettamente come prepararsi per una prestazione sportiva, come alimentarsi correttamente,

come gestire il dosaggio di insulina, come autocontrollarsi, come riconoscere eventuali sintomi di ipoglicemia: tutti problemi più facili da risolvere nella vita quotidiana che in una gara, ma superabili agevolmente quando si sa come reagisce il proprio organismo agli sforzi, al cibo, alla terapia. Un aiuto notevole è venuto a Mauro anche dall'uso del microinfusore: "Lo porto da due anni e mezzo -confida- Mi ha reso più facile regolare la terapia insulinica, migliorando la qualità della mia vita, e dandomi una maggiore libertà".

Così, Mauro Sormani, prima

FRETTA E CATTIVE ABITUDINI SONO CATTIVE CONSIGLIERE

Mai due volte lo stesso ago

L'utilizzo sempre più diffuso dei sistemi iniettivi "a penna", vuoi perché più moderni, vuoi perché più rapidi e facili da usare, ci suggerisce di ritornare sull'argomento (vedasi anche "Tuttodiabete" 2/2002), per soffermarci su alcune caratteristiche di questo ben noto strumento e, soprattutto, su alcuni errori che ne possono compromettere il corretto uso.

L'abitudine di privilegiare la penna al posto della usuale siringa quando si deve viaggiare o si pranza fuori casa, proprio per la sua praticità, si accompagna per esempio al pericoloso riutilizzo dello stesso ago più volte al giorno. Prima di elencare quali possano essere le conseguenze di questa cattiva abitudine, vediamo di capire bene quali sono le caratteristiche strutturali degli aghi penna. Innanzitutto, essi presentano una doppia punta, cioè la "punta cartuccia", rivolta verso il serbatoio di insulina e la "punta paziente", che penetra nel tessuto epidermico. Il maggiore o minore diametro dell'ago, la sua lunghezza e lubrificazione, l'affilatura della punta sono tutti elementi che determinano il grado di trauma che l'epidermide deve subire e, conseguentemente, la maggiore o minore sensazione di dolore da sopportare.

Le penne da insulina hanno a disposizione tutta una gamma di aghi, di diametro e di lunghezza diversi. Va innanzitutto tenuto presente che il diametro dell'ago viene espresso non in millimetri, ma in gauge (G), l'apposita sua unità di misura: quanto maggiore è il numero di G, tanto minore è il diametro dell'ago (e, di conseguenza, meno dolorosa è l'iniezione). Anche la lunghezza dell'ago varia (si va da un massimo di 12,7 mm a un minimo di 6

Errore frequente quanto dannoso, specialmente quando si adoperano i moderni sistemi di iniezione d'insulina a penna, facili da usare e comodi da portare con sé. Cosa fare e cosa evitare per un corretto uso e un'efficace terapia

mm) e la sua scelta è determinata dallo spessore del tessuto sottocutaneo nella zona dove si intende praticare l'iniezione.

L'affilatura e la lubrificazione sono ovviamente determinanti per una penetrazione non traumatica dell'ago ed è per questo che il diabetico dovrebbe saper scegliere tra le varie proposte del mercato, valutando con attenzione la tecnologia utilizzata nella fabbricazione. Non basta, quindi, che un ago sia sterile (ci mancherebbe altro!), bisogna anche che sia ben affilato, lubrificato e "anti-coring", che eviti cioè il distacco di microframmenti dal tappo della cartuccia, i quali potrebbero occludere l'ago e, se iniettati, causare reazioni infiammatorie e lipodistrofiche.

Sono tutte caratteristiche che rendono particolarmente accurata la tecnologia e l'esperienza che devono accompagnarsi alla fabbricazione di un ago. Si capisce anche perché gli aghi penna sono



sempre confezionati singolarmente, proprio a garanzia sia dell'igiene, sia dell'integrità delle loro caratteristiche. Ma veniamo ora ai due più usuali errori in cui il diabetico cade a causa di comportamenti sbagliati.

Innanzitutto, come si diceva, spesso si esce in fretta senza portarsi dietro gli aghi di ricambio e così si utilizza lo stesso più volte al giorno, se non per più giorni quando si è in viaggio. I rischi che ne derivano sono numerosi:

- 1) l'ago perde la sterilità, con conseguenze assai pericolose;
- 2) la "punta paziente" si deforma (vista al microscopio sembra un amo da pesca), rendendo più doloroso sia l'inserimento sia l'estrazione dell'ago e causando possibili ematomi;
- 3) si riduce il grado di lubrificazione, rendendo anche per questo motivo più dolorosa l'iniezione;

4) un uso ripetuto rende probabile una cristallizzazione dell'insulina all'interno dell'ago, ostruendo di conseguenza il suo lume e impedendo la somministrazione della dose desiderata;

5) la presenza dell'ago sulla penna può anche consentire un gocciolamento del penfill, con fuoriuscita di insulina, determinando così un possibile errato dosaggio del farmaco;

6) l'ago sulla penna può, infine, consentire anche il passaggio dell'ossigeno dall'esterno al penfill, con formazione di bolle d'aria e rischio d'iniettare una quantità inferiore di insulina.

Evitare tutti questi errori è semplicissimo: basta togliere subito l'ago dalla penna non appena fatta l'iniezione ed elimi-

narlo; soprattutto, bisogna ricordarsi di conservare lo strumento nel suo astuccio sempre privo di ago, il che ne reimpedisce l'utilizzo.

La seconda cattiva abitudine del diabetico consiste nel preferire per le penne l'ago corto. Forse si pensa erroneamente che così l'iniezione sarà meno fastidiosa ("ago corto, meno dolore"). In realtà, gli esperti suggeriscono per l'ago penna una lunghezza sugli 8 millimetri, soprattutto per i diabetici adulti, ma sono sempre più numerosi e autorevoli anche i centri di diabetologia pediatrica che propendono per questa misura. In ogni caso, sarebbe opportuno affidare la scelta della lunghezza dell'ago al proprio diabetologo, che saprà dare il consiglio giusto, anche tenendo conto della costituzione del paziente e della sede abituale di iniezione.



DIABETE ITALIA

La casa comune dei diabetologi

E' nato nello scorso settembre un nuovo ente attivo sul fronte del diabete. Si chiama Diabete Italia e nasce dall'impegno congiunto delle due maggiori organizzazioni dei diabetologi, la Società italiana di diabetologia (Sid) e l'Associazione medici diabetologi (Amd). Primo importante atto del nuovo sodalizio è stata l'organizzazione della Giornata Mondiale del Diabete del 2002, nello scorso autunno, che ha visto iniziative e manifestazioni in tante città italiane, con il contributo anche di molte Associazioni di pazienti.

Diabete Italia è partita con il proposito di promuovere "la cura e la prevenzione del diabete mellito e il miglioramento della qualità della vita delle persone affette da diabete mellito; il progresso della conoscenza del diabete mellito da parte delle persone affette, dei loro parenti, degli operatori della sanità, degli enti pubblici e privati e dell'intera società civile; la promozione e la diffusione della ricerca scientifica nel campo della cura e dello studio del diabete".

In un momento in cui non si parla quasi più della Fid-Federazione italiana diabete (nata con grande entusiasmo qualche anno fa con lo scopo di riunire insieme tutte le associazioni del pianeta diabete), Diabete Italia prova quindi a rilanciare il tema della collaborazione fra le varie organizzazioni.

Dice il presidente di Amd Marco Comaschi: "Abbiamo fondato questo ente proprio per aprirlo alla partecipazione e alla collaborazione con le altre associazioni, in particolare dei pazienti, e con tutte le entità interessate, coinvolgendo le Regioni. Sarebbe un buon risultato, se in prospettiva si potesse arrivare a qualcosa di simile alla American Diabetes Association o alla Diabetes U.K.. Se si riuscisse a mettersi veramente tutti insieme, si acquisterebbe ben altra forza nei confronti delle istituzioni".

UNA NUOVA GENERAZIONE DI APPARECCHI

Sei in possesso di un vecchio Glucometer 3 e Glucometer M+ Bayer?

Tra qualche mese le strisce Glucofilm non saranno più in commercio.

Chiama il nostro numero verde

800.824055

e ti sarà sostituito con uno tra quelli di nuova generazione disponibili.

AGD ITALIA

Spot e messaggi contro l'ignoranza

Forse queste parole le avete già sentite alla radio: "Per qualcuno un bambino diabetico non può andare in gita scolastica. E c'è chi dice che un ragazzo col diabete non può fare sport agonistico. E ci sono giovani a cui non danno un lavoro solo perché sono diabetici. Il diabete giovanile si cura. Bastano dosi giornaliere di insulina e una corretta alimentazione e attività fisica per poter condurre una vita normale. Non è così per una malattia ben più grave: l'ignoranza". Vi convincono? Si tratta di uno spot televisivo e radiofonico realizzato dalla Agd Italia, Coordinamento tra le Associazioni italiane giovani diabetici, nel contesto di una campagna di informazione, patrocinata dalla Associazione Pubblicità Progresso, che comprende anche altri messaggi, diversi ma con il medesimo significato, diffusi tramite la carta stampata. La Agdi si propone di raggiungere con questa campagna tutti coloro (ancora tanti) che hanno un'idea distorta, quando non assolutamente infondata, del diabete e che per questa ragione affrontano il problema e trattano le persone in maniera completamente sbagliata. Ne consegue che proprio la scarsa conoscenza generale di che cosa sia davvero questa particolare condizione può diventare il maggiore ostacolo al giusto e nor-



male inserimento dei diabetici nella società a tutti i livelli.

"Con questa iniziativa -spiega quindi il presidente di Agdi Nino Cocconcetti- abbiamo l'ambizione di contribuire a infrangere lo steccato dei pregiudizi che esiste intorno ai diabetici insulino-dipendenti: nel nostro tempo, l'ignoranza non è più giustificata ed è contro questa che vogliamo combattere".



FIUMICINO

Screening glicemico a colpi di peteca

Potrebbe anche piacervi, la peteca, se sapeste che cos'è. Così devono avere pensato gli appassionati fondatori del Primeiro Clube de Peteca Italia, di Fiumicino (Roma), che dal settembre scorso hanno ufficializzato il loro obiettivo di diffondere in Italia uno sport per noi inedito, ma ben conosciuto e molto praticato in Brasile. Uno sport certamente adatto anche a chi abbia il diabete, tanto è vero che alla giornata di inaugurazione del primo Torneo Italiano 2003 di Peteca è intervenuto il presidente dell'Associazione per l'attività fisica dei diabetici, Massimo Moré, che ha illustrato i vantaggi terapeutici e psicologici dell'esercizio fisico e sportivo. Nell'occasione, chi lo desiderava, aveva la possibilità di sottoporsi al controllo gratuito della glicemia presso la postazione allestita da Bayer Diagnostici.

Già, ma che cos'è questa benedetta "peteca"? Il misterioso oggetto è una specie di cuscinetto morbido di gomma sormontato da un ciuffo di piume d'uccello variopinte. Come ci si gioca? Niente paura: non è uno sport difficile o astruso. Per intenderci, facendo riferimento a qualcosa di più familiare dalle nostre parti, potremmo considerarlo come una sorta di volano (o badminton), ma senza racchetta, con regole simili anche a quelle della pallavolo (non per nulla gli anglosassoni la chiamano "volleybird", richiamando così il termine "volleyball"). Dunque: due squadre di due o tre giocatori, una rete alta circa due metri e mezzo da superare rimandando con la mano la peteca nella metà campo avversaria; i punti si conquistano come nella pallavolo o nel tennis (colpo imprevedibile, errore dell'avversario che tira fuori campo o contro la rete, infrazioni tecniche

come l'invasione eccetera). Vince la squadra che si aggiudica due set su tre. Nel Paese del calcio, la peteca riuscirà a trovare il suo spazio? Staremo a vedere. 🍁



Alla cerimonia di inaugurazione del primo Torneo Italiano di Peteca era presente anche Bayer Diagnostici con uno stand per la misurazione gratuita della glicemia

CONGRESSO AMD

A difesa della buona assistenza

(Continua da pag. 3)

il risparmio per lo Stato.

Perché questo messaggio stenta così tanto a passare?

Il messaggio fa fatica a passare perché c'è un diverso timing fra il governo clinico e il governo economico delle aziende sanitarie: i direttori generali sono valutati a un anno-18 mesi, sul pareggio di bilancio, mentre un governo clinico avrebbe bisogno di una programmazione come minimo triennale. E questo è un problema in tutta Italia, sia in regioni rosse, sia in regioni azzurre. Si stanno però cercando alternative al Drg, identificando, soprattutto per le malattie croniche, il "prodotto" non tanto come singola prestazione quanto come processo di cura, concetto che indica la continuità dell'intervento e coinvolge tutti

gli attori, dal medico di medicina generale al diabetologo, dall'assistente sociale ai vari specialisti. Questo modello consentirebbe di mettere in atto anche un sistema di controllo di qualità,

E' soddisfatto del lavoro svolto durante il suo mandato?

Sì, considero positivo il bilancio del mio mandato, ma i buoni risultati non dipendono mai da una sola persona: la Amd è organizzazione collegiale, con sezioni regionali molto attive. Gli ultimi quattro anni sono stati anni di grande dinamismo, siamo riusciti a produrre idee e proposte e a mettere in pratica molte delle cose che ci eravamo prefissi di fare. Siamo cresciuti non soltanto dal punto di vista



numerico (oggi Amd ha 1862 iscritti, nel 1999 eravamo 1500), ma anche nella considerazione da parte delle altre società scientifiche, come dimostrano le grosse collaborazioni avviate e l'attenzione ricevuta dall'Istituto Superiore di Sanità e dal ministero. E da due anni abbiamo un Centro studi e ricerche, attraverso cui svolgiamo ricerche cliniche in Italia, anche in collaborazione con altre associazioni, con il fine della prevenzione del diabete e del miglioramento dell'assistenza. Per statuto il presidente uscente di Amd diventa per due anni coordinatore del Centro Studi. Quindi ora questo compito toccherà a me. 🍁

CREMONA

Divertirsi e imparare

L'Associazione diabetici cremonesi organizza, per il settimo anno consecutivo, una settimana educativa per il prossimo giugno, dal 21 al 28, a Pinzolo-Carisolo, nel Trentino, con lo scopo di unire l'utile e il dilettevole: l'approfondimento delle tematiche relative al diabete e lo spirito della vacanza e dello star bene in compagnia. Un diabetologo, infatti, seguirà il gruppo e terrà due incontri al giorno per spiegare ai partecipanti come gestire al meglio la propria condizione, rispettando la terapia, osservando la dieta, imparando a distinguere i

sintomi ipoglicemici, a controllare i livelli di glicemia eccetera. Ma, poiché si tratterà anche di una vacanza, ci sarà la possibilità di conoscersi, scambiare esperienze, fare gite e giochi; l'Hotel che ospiterà il gruppo offre sala tv, ping pong, calcetto, videogame, idrosauna, zona fitness, tavernetta e tante altre opportunità.

Chi fosse interessato a partecipare, o a saperne di più, può rivolgersi a: Associazione diabetici cremonesi - via Ghinaglia 6 - 26100 Cremona - tel. 0372.462206. 🍁

Una scelta azzecata

Sono una paziente diabetica di 64 anni che vive in provincia di Torino. Vorrei riportare la mia esperienza personale a riguardo delle penne ricaricabili per la somministrazione dell'insulina, in quanto credo che questa possa essere utile a molti pazienti che ancora oggi utilizzano la siringa per l'iniezione dell'insulina e che si interrogano sui vantaggi portati dall'utilizzo della penna ricaricabile.

Ho scoperto di essere diabetica nel 1981 quando avevo 42 anni. Ho cominciato a curare il diabete con gli antidiabetici orali, poi quattro anni fa ho cominciato la terapia insulinica in quanto gli antidiabetici orali non mi permettevano più di tenere sotto buon controllo il diabete.

Da subito ho cominciato a somministrare l'insulina quattro volte al giorno, a colazione, a pranzo, a cena e alla sera. Inizialmente utilizzavo per la somministrazione la siringa. Immediatamente, mi sono resa conto che questo mezzo mi recava parecchi problemi, in quanto mi costringeva a modificare le mie abitudini di vita. Sono una persona socievole e ho una vita attiva a cui non voglio rinunciare. Spesso mi trovavo in compagnia di altre persone e, dovendomi somministrare l'insulina, dovevo allontanarmi dal gruppo per non farmi vedere dagli altri, assentandomi per parecchio tempo. Questo perché la somministrazione dell'insulina tramite la siringa mi obbligava a una lunga serie di manovre che richiedevano molto tempo per essere eseguite e la mia massima concentrazione.

Questo aspetto della siringa ha rappresentato per me un grave handicap a livello psicologico. Mi sentivo già diversa dagli altri perché ero costretta a ricorrere all'insulina per poter vivere. Inoltre il dover allontanarmi e nascondermi dalla vista degli

amici e parenti per poter iniettare l'insulina, mi faceva sentire ancora più diversa dagli altri.

Poi, due anni fa, in una visita presso il centro antidiabetico, ho deciso di parlare di questo mio problema al dottore che mi aveva in cura e lui mi ha informato del fatto che esistevano in commercio nuove penne per la somministrazione dell'insulina che permettevano di ridurre notevolmente molti degli svantaggi portati dalla siringa, tra cui anche l'aspetto psicologico.

Ho quindi deciso di provare questo nuovo dispositivo e mi è stato consigliato dal mio diabetologo di utilizzare una penna ricaricabile prodotta dalla Eli Lilly. La caposala del centro antidiabetologico mi ha insegnato a utilizzare la penna. All'inizio ero un po' spaventata perché dovevo imparare un nuovo modo di iniettare l'insulina, ma in realtà l'apprendimento è stato molto facile: in pochi minuti ho imparato come utilizzare la penna grazie alle spiegazioni molto chiare della caposala stessa.

La mia esperienza, a due anni da quando uso la penna ricaricabile, è assolutamente positiva. Credo che questo mezzo innovativo per la somministrazione dell'insulina sia veramente azzecato. La penna, permettendomi l'iniezione in modo semplice e veloce, mi permette di iniettare l'insulina senza dovermi allontanare dalla compagnia delle persone che mi stanno attorno. Infatti, in pochi secondi, con una semplice rotazione delle spalle posso selezionare e iniettare l'insulina non vista dagli altri. Anche nel caso in cui decida, in certe particolari situazioni, di allontanarmi dal gruppo, la mia assenza è comunque limitata a pochi secondi e quindi non notata.

Per me la penna ricaricabile ha rappresentato un'evoluzione

nel modo di curare il diabete, garantendomi una maggiore facilità nella somministrazione dell'insulina e permettendomi di

mantenere le abitudini di vita che avevo prima di scoprire di essere affetta da questa patologia.

Liliana Pincelli

Un centro da rafforzare

Sono la presidente della Associazione Prevenzione Salute Tutela Diabete di Trento e vi scrivo per contestare il luogo comune, sovente ripetuto, secondo cui la sanità trentina eccelle in Italia per la sua alta qualità. A me non pare proprio che le cose stiano così, almeno per quanto riguarda il diabete. Io posso riferire con cognizione di causa che il nostro Centro diabetici, all'Ospedale Santa Chiara di Trento, è insufficiente per curare adeguatamente tutti i diabetici trentini, perché mancano sia lo spazio, sia il tempo necessario al diabetologo per assistere puntualmente il paziente. Parecchie volte ho parlato di questi problemi con i responsabili del Santa Chiara e mi hanno sempre risposto: "abbiamo tantissime idee da attuare per l'avvenire". A me questi rimandi a un futuro imprecisato non convincono, perché non si vede mai la concretizzazione di quanto è stato promesso. Io so che moltissimi diabetici insulinodipendenti non sono seguiti dal Centro diabetici, ma nessuno, nella

Asl o nella giunta, si muove. Noi sappiamo bene quante complicanze possono insorgere in una persona diabetica non adeguatamente curata e assistita. E tanti sono gli studi che dimostrano che i rischi di complicanze diabetiche si possono ridurre drasticamente. Perciò, più che promettere grandi cose, i responsabili della Sanità farebbero bene a occuparsi di cose magari piccole, ma che possono aiutare tante persone ad avere una migliore qualità della vita, come un Centro diabetici efficiente e con personale sufficiente a garantire un servizio continuativo.

Elda Tava (Trento)



Diabete tutto

Direttore responsabile: Lorenzo Verlatto - **Art director:** Paolo Tavan - **Consulente scientifico:** professor Paolo Brunetti - **Comitato editoriale:** Mari-na Bozza, Paola Grubas, Michela Pesca - **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 e 0,26.

Omaggio della
Bayer S.p.A.
Div. Diagnostici

