

D tutto **Diabete**

INDAGINE
Problemi sessuali

Anno 21 - n. 2

Aprile - Giugno 2004

Progressi

Ci sono progressi e miglioramenti visibili nella vita di chi ha il diabete? La risposta è complessa e può variare secondo i punti di vista. Chi si aspetta la svolta che porti alla cura definitiva, potrebbe essere tentato di rispondere no, che veri progressi non ve ne sono. In effetti, come ci ricorda il presidente della Sid, non è il caso di attendersi la scoperta decisiva da un momento all'altro. Ma è un importante passo avanti il fatto che oggi si possa prevenire il diabete in oltre il 40% dei casi, che il paziente lavoro dei ricercatori abbia permesso di conoscere sempre meglio i meccanismi di sviluppo della patologia e delle complicanze, consentendo di affinare i metodi di terapia e autocontrollo e di comprendere bene gli effetti di stili di vita e fattori ambientali. E se la genetica non ci dà soluzioni pronte per domani, è però un filone di ricerca che apre promettenti prospettive. Tutto questo rappresenta certo un miglioramento, che non manca di riflettersi sulle vite concrete delle persone. Ed è un segno di progresso persino quello che si ricava dall'esperienza degli amici della Adiq, che mostrano a tutti che per i diabetici non ci sono tabù e che un'attività un tempo considerata proibita come l'alpinismo non è affatto controindicata per chi abbia il diabete. Quindi, malgrado le difficoltà di tradurre sempre le conoscenze raggiunte nella pratica quotidiana, alla domanda iniziale possiamo rispondere serenamente sì.

CONGRESSO DELLA SOCIETA' ITALIANA DI DIABETOLOGIA

A Roma i giorni della Sid



Dal 26 al 29 maggio a Roma, all'Auditorium Parco della Musica, si terrà il ventesimo Congresso nazionale della Società italiana di diabetologia, un fondamentale evento scientifico per tutti coloro che si occupano di diabete in tutta Italia. Alle pagine 2 e 3, abbiamo intervistato il professor Antonio Ettore Pontiroli, diabetologo dell'ospedale milanese San Paolo, docente all'Università degli studi di Milano e attuale presidente della Sid, in carica sino al maggio 2006, che ci ha parlato dei temi e finalità delle assise romane, dello stato della ricerca e dei rapporti fra le società e le associazioni che agiscono nel campo del diabete.



La montagna ci fa bene



Lo dicono gli alpinisti dell'Adiq e, per dimostrarlo, organizzano la seconda edizione di Diabtrek, tre giorni di escursione e trekking sulle Dolomiti, nel prossimo settembre, un'iniziativa che coinvolgerà un gruppo di adolescenti diabetici. (alle pagine 4 e 5)

NEFROPATIA
SECONDA PUNTATA

Curare i reni

Il professor Paolo Brunetti ritorna sul tema della nefropatia, già affrontato nel numero scorso di "Tuttodiabete", per spiegarci le strategie di prevenzione e terapia di una delle più serie complicanze di un diabete mal controllato. (alle pagine 9-12)

DAL 26 AL 29 MAGGIO A ROMA, LE ASSISE NAZIONALI DELLA SID

Una diabetologia in buona salute

Professor Pontiroli, alla vigilia di questo Congresso, come sta la Società italiana di diabetologia?

Devo dire che la Sid sta benissimo. E' una società in espansione e in crescita, che sta conducendo un importante processo di integrazione con le altre associazioni coinvolte nel campo del diabete per mostrare alle autorità e al mondo scientifico che in Italia c'è una comunità diabetologica molto forte e che sta diventando sempre più forte. Abbiamo infatti costruito un'alleanza sempre più stretta con la Associazione medici diabetologi, da cui è nato il nuovo consorzio Diabete Italia, che ha lo scopo di far capire a tutti che la diabetologia italiana parla con una sola voce. Questa iniziativa ha anche lo scopo di coinvolgere sempre di più i diabetici, perché sono loro i nostri primi interlocutori. Senza di loro, infatti, che cosa rappresentiamo? Certamente noi rappresentiamo la scienza, ma il nostro scopo è migliorare la qualità della vita dei pazienti. E quindi li chiamiamo esplicitamente a partecipare.

Si tratta di un obiettivo da raggiungere o si vedono già risultati concreti di questa strategia?

In occasione del XX Congresso nazionale della Società italiana di diabetologia, abbiamo intervistato il suo presidente, il professor Antonio Ettore Pontiroli, per parlare dell'importante appuntamento romano e di ricerca, assistenza, associazionismo



Questa è più che una prospettiva. Naturalmente, siamo ancora ai primi passi, ma ci stiamo attivando perché la voce dei pazienti sia sempre più presente nelle nostre riunioni e iniziative: per esempio, il successo della Giornata mondiale del diabete si deve molto anche alla loro partecipazione.

Si può dire che Diabete Italia prenda il posto dell'esperienza

del Comitato Interassociativo, tentata qualche anno fa, ma mai decollata?

Io vorrei guardare la situazione dal lato del bicchiere mezzo pieno. Tutti i tentativi che non sono maturi sono destinati a fallire, ma non per questo sono tentativi sbagliati. Le condizioni poi maturano e dall'esperienza pregressa si impara a evitare gli errori. Noi

oggi pensiamo che si possa arrivare a creare qualcosa che andrà a sostituire tutte le vecchie sigle. Diabete Italia vuole infatti interagire con tutte le altre componenti professionali che si interessano dei diabetici: endocrinologi, podologi, fisiologi, psicologi, infermieri eccetera. Questa vocazione si ritroverà anche nell'imminente congresso di Roma, che non sarà soltanto la voce del-

la Sid, ma raccoglierà tutte le voci delle altre figure coinvolte dal problema-diabete e sarà una tappa importante di questo progetto di apertura.

Quali temi saranno al centro dell'appuntamento di fine maggio?

Sarà un congresso affascinante anche per la varietà dei temi in discussione. Sotto i riflettori, in particolare, ci saranno la prevenzione del diabete, la terapia delle patologie associate (ipertensione, obesità, iperlipidemia, eccetera), lo studio dei meccanismi fisiopatologici del diabete, interessante non tanto per l'oggi quanto perché apre prospettive per una migliore comprensione e per un miglior trattamento domani. Saranno presentati anche importanti dati sulla prevenzione del diabete. Tutti gli studi più autorevoli ci dicono che si può evitare l'insorgenza della patologia in un ventaglio compreso fra il 31% e il 58% dei casi. Quindi, oggi noi possiamo prevenire il diabete in oltre il 40% dei casi, che non è poco.

Saranno presentati studi che annunciano svolte clamorose nel





Alcune classiche immagini di Roma e, sotto, la mappa con l'indicazione della sede del congresso della Sid

si stanno diffondendo con fatica, perché la questione dell'economia sanitaria è stata finora affrontata senza adeguata preparazione. Naturalmente, chi ha in mano le evidenze scientifiche per sostenere questo discorso deve farsi avanti e prospertarle a tutti i livelli.

Quando si parla di prevenzione, non si può dimenticare il ruolo dell'educazione sanitaria. Le pare che in Italia se ne faccia abbastanza?

Non se ne fa mai abbastanza. Dovrebbe essere introdotta addirittura a scuola. In questo momento stiamo assistendo a epidemie di malattie metaboliche dovute proprio al fatto che questa educazione sanitaria manca. I bambini obesi sono potenziali diabetici domani, eppure nessuno si prende la briga di fare educazione sanitaria nelle scuole, distretto sanitario per distretto sanitario, di andare a spiegare che non fa bene alla salute passa-

campo della ricerca?

No, e non dobbiamo neanche più aspettarcele. Quello della ricerca oggi è un progresso fatto di piccoli passi, ma sicuri, precisi, non più ondivaghi.

In tema di ricerca si coltivano forti speranze sulla genetica. Lei che ne pensa?

La genetica è una strada importante, ma è necessario chiarire di che cosa si tratta. Una volta pensavamo che esistesse un solo diabete, il diabete mellito. Successivamente abbiamo scoperto che ce n'erano almeno due: tipo 1 e tipo 2. Poi si è visto che, all'interno di questi due grossi gruppi, esistono tutta una serie di sottogruppi (per esempio, nel tipo 1 esiste una forma tipicamente autoimmune, e una invece non autoimmune, nel tipo 2 c'è un diabete magro e uno obeso). Insomma, c'è una serie di condizioni che hanno in comune un unico dato, l'iperglicemia, la cui origine è però diversa. Perciò, quando parliamo di genetica, non intendiamo la genetica di una patologia, ma di un gruppo di patologie, perché ogni tipo e sottotipo di diabete ha la propria. Adesso si tratta di arrivare a una sintesi, che non raggiungeremo nel breve termine, ma che richiederà ancora anni. Indubbiamente, però, ci permetterà di comprendere sempre meglio la questione della predisposizione al diabete. D'altra parte,

ricordiamoci che genetica non vuol dire causa, ma predisposizione. I fattori ambientali sono altrettanto importanti. Anzi, nel diabete di tipo 2 il sovrappeso corporeo e l'errata alimentazione contano anche di più. Infatti, gli studi sulla prevenzione del diabete nei soggetti a rischio puntano anzitutto sulla correzione delle condizioni ambientali (incentivare il movimento, modificare la dieta, far calare il peso, usare farmaci che riducano la resistenza insulinica).

La riforma federalista in corso può, secondo lei, comportare il rischio di una non uniforme assistenza diabetologica su tutto il territorio nazionale?

Il pericolo c'è. Ma questo non deve avvenire. Quello che noi diabetologi dobbiamo fare è garantire a tutti i pazienti, di qualsiasi regione, un minimo di assistenza che sia il minimo utile, cioè tutte quelle misure che non costano molto, ma che sono molto efficaci nel prevenire, se non il diabete, almeno le sue complicanze. Questo dobbiamo pretenderlo e impegnarci a ottenerlo, regione per regione.



Un'altra spada di Damocle che incombe sulla diabetologia nasce dalle politiche di risparmio del nostro sistema sanitario. Lei teme un taglio delle risorse per la assistenza e cura del diabete?

Anche questo rischio purtroppo c'è. Si tratta quindi di insistere sull'importanza della prevenzione. Che poi è anche un discorso di risparmio. Infatti, noi sappiamo bene che fare diagnosi precoci di diabete, se nel breve termine può sembrare una spesa maggiore, poi alla fine si traduce in meno giornate di degenza e meno giornate di malattia. Questi calcoli sono già stati fatti tante volte: spendere qualcosa di più oggi vuol dire risparmiare molto di più domani. Sono concetti che

re ore davanti alla tv ingozzandosi di panini e che è meglio mangiare sano e fare un po' di attività fisica. Certo, non è così facile come sembra.

Allora si finisce per fare educazione sanitaria soltanto dopo, quando il diabete c'è già?

Sì. Ed è tardi. A quel punto non si fa più educazione e prevenzione primaria di massa, ma prevenzione secondaria, educazione del singolo soggetto, già colpito dal problema, al quale spieghiamo cosa fare per evitare le complicanze. Ma sarebbe molto più utile intervenire prima, su chi sta bene, e fargli comprendere che cosa deve fare e come si deve comportare perché il diabete non gli venga.



LA ADIQ ORGANIZZA LA SECONDA EDIZIONE DI DIABTREK

Tre giorni fra le montagne



Se è andata bene la prima volta, perché non riprovarci? E così, dopo la riuscita esperienza di Diabtrek 2003, l'Adiq (l'associazione degli Alpinisti diabetici in quota) rilancia per il 2004: il prossimo settembre, dal 3 al 5, appuntamento dunque

sulle Dolomiti per una spedizione escursionistica che da Alleghe (Belluno) si spingerà sino agli oltre tremila metri del Monte Civetta, per poi ritornare alla base secondo un preciso percorso a tappe fra sentieri e rifugi. Insomma, tre giorni di connubio tra diabete e sport, di contatto con la mon-

tagna e di rapporti umani, di trekking ed educazione sanitaria, di camminate e autocontrollo. Del programma, oltre al trekking, che ne è la sostanza, fa parte anche un'attività didattica in-

terattiva, sul tema "Basi fisiopatologiche del metabolismo glucidico in corso di attività fisica"

Il progetto, promosso dagli alpinisti della Adiq Daniele Mirolo, Marco Peruffo, Sara Bertoldo, Vittorio Casiraghi, Mauro Sormani, si prefigge di coinvolgere un gruppo di ragazzi diabetici, di età fra i 14 e i 18 anni, con il duplice scopo di fare scoprire loro la magia dell'ambiente alpino e di aiutarli nell'auto-gestione della propria condizione proprio attraverso l'attività sportiva in montagna e il confronto costruttivo con l'esperienza di altre persone diabetiche. Infatti, titolo completo dell'iniziativa è "Diabtrek 2004 - Auto-gestione e Conoscenza per la tua libertà"

La partecipazione è aperta a dieci-dodici ragazzi, un numero giusto per potere seguire tutti con la necessaria attenzione: oltre ai cinque alpinisti della Adiq, saranno presenti un diabetologo (Massimo Orrash), e una anestesista, Maria Anna Veronese.

"L'iniziativa -si legge nel documento di presentazione del Progetto- si propone di far scoprire ai ragazzi diabetici l'ambiente alpino in un periodo molto delicato del loro sviluppo psico-fisico quale è l'adolescenza. Riteniamo che l'alpinismo, praticato a qualsiasi livello, sia un mezzo efficace per favorire un confronto sano e leale con sé stessi, nella natura, dove ci si mette alla prova approfondendo così la consapevolezza dei propri limiti e dei punti di forza





Nel prossimo settembre gli alpinisti di Adiq accompagneranno un gruppo di ragazzi diabetici in una escursione sulle Dolomiti a base di trekking ed educazione sanitaria. Un'esperienza nuova per scoprire la natura e imparare ad autocontrollarsi al meglio

In queste pagine, alcune foto tratte dall'edizione 2003 di Diabtrek

personali, consentendo di migliorare il proprio autocontrollo e quindi la gestione del diabete".

Gli organizzatori mirano a "far raggiungere ai ragazzi diabetici un alto grado di coinvolgimento, rendendoli partecipi di un'esperienza gratificante. Ecco perché proponiamo la formula di un trekking di più giorni in ambiente suggestivo quale quello dolomitico, affrontando le difficoltà giorno per giorno", in modo da "portare i giovani diabetici alla scoperta dell'ambiente alpino, perseguire un migliore autocontrollo della glicemia, migliorare l'autogestione della terapia insulinica mediante costante esercizio fisico, favorire il confronto spontaneo tra i partecipanti".

Daniele Mirolo, trevigiano trentacinquenne, insulinodipendente da undici anni, esperto escursionista e grande amante della montagna, è il capo-progetto di Diabtrek 2004: "Questa nostra iniziativa -spiega- non è un campo scuola tradizionale, come tutti gli altri, perché non è un'esperienza statica, ma dinamica, e spicca anche per la qualità di chi vi partecipa: prevede infatti un programma di avvicinamento all'alpinismo, guidato da persone che hanno seguito in passato un percorso simile, vi si sono appassionati e sono desi-



derose di trasmettere la loro esperienza ad altri. Noi abbiamo sperimentato che la montagna ci fa stare meglio e vogliamo condividere questa nostra scoperta e proporre a chi non la conosce una strada che noi consideriamo positiva. Vogliamo dire 'guardate che questo si può fare e può dare grandi soddisfazioni'. Chi vuole seguirci può provare direttamente quello che abbiamo vissuto noi, e poi deciderà se continuare oppure no".

Mirolo tiene poi a precisare, per chi avesse scrupoli o preoccupazioni ingiustificate, che non si tratta di un'esperienza pericolosa: "Rivolgiamo a tutti i genitori l'invito a non avere timori e a inviare i loro ragazzi con fiducia e tranquillità, perché Diabtrek è un'esperienza che non comporta

pericoli, tutti i rischi sono calcolati responsabilmente.

La prova dell'anno scorso, dove tutto è andato per il meglio, sta a dimostrarlo. Noi, d'altra parte, vogliamo garantire la massima copertura possibile. Ecco perché ci saranno con noi un diabetologo e un medico anestesista, per poter intervenire prontamente in caso di eventuali emergenze".

I ragazzi che vorranno partecipare saranno selezionati attraverso un breve questionario sulla loro gestione del diabete e sulle loro eventuali esperienze in montagna: poche chiare domande, che permettano di conoscerli abbastanza da potere venire incontro a tutte le loro necessità durante le giornate di Diabtrek. A tutti sarà assicurata quindi l'assi-

stenza sanitaria, logistica, organizzativa, e alpinistico-escursionistica. "L'anno scorso -osserva Mirolo- c'erano ragazzi che avevano familiarità con la montagna, altri invece che ne erano digiuni. Noi, a chi già ha un'idea, cerchiamo di dare qualcosa in più che arricchisca la sua esperienza e conoscenza, ma è soprattutto a chi è alla sua prima volta che noi ci rivolgiamo. Il nostro obiettivo è coinvolgere non soltanto chi già sa gestirsi, ma anche chi incontra difficoltà. E la nostra più grande aspirazione è di riuscire ad aiutare chi fa più fatica a superare le sue difficoltà con un'esperienza viva e coinvolgente come questa, attraverso una pratica sportiva dinamica, che può aiutare la persona a migliorarsi e a trovare motivazioni e risposte".

Del resto, l'esperienza stessa dei membri di Adiq sta a lì a dimostrare che il diabete non è un ostacolo e che lo sport è un modo efficace per affrontarlo dal punto di vista psico-fisico. Dice di sé Mirolo: "Io non ho dovuto rinunciare a niente a causa del diabete: ho continuato a fare ciò che facevo prima e, anzi, grazie all'incontro con gli amici dell'Adiq, ho persino ampliato la mia attività sportiva. Non arrivo a dire che il diabete sia addirittura un'opportunità, però certo non mi ha bloccato. E ora, dopo tanti anni, so autogestirmi bene".

Con progetti come Diabtrek, l'Adiq contribuisce anche a sfatare un luogo comune. Come commenta in conclusione Mirolo: "Noi stiamo conducendo anche una battaglia contro un tabù che vorremmo definitivamente veder cadere, quello secondo cui l'attività alpinistica non è proponibile per un diabetico. Non è vero e lo stiamo dimostrando e vorremmo che sempre più persone ci provassero".

Per maggiori informazioni su Diabtrek 2004 (del quale si parlerà diffusamente anche su www.diabete.net), si può consultare il sito dell'Associazione Alpinisti diabetici in quota: www.adiq.org/



UNO STUDIO AMD SULLE COMPLICANZE SESSUALI DEL DIABETE

Eros in crisi: chi ne parla e chi no

Secondo il Progetto Aware, la disfunzione erettile è sempre meno nascosta nel cono d'ombra dei tabù e degli imbarazzi: se ne discute e la si cura meglio. Ma resistenze e reticenze non sono del tutto superate

Un problema troppe volte accantonato, rimosso o vissuto in disagiavo silenzio comincia oggi a essere discusso apertamente: ormai di disfunzione erettile si parla di più e più liberamente, anche perché oggi sono disponibili nuovi mezzi di cura efficaci. Essendo questo disturbo piuttosto frequente tra i diabetici, il Centro Studi e Ricerche dell'Associazione medici diabetologi (Amd), in collaborazione con Bayer, ha condotto una ricerca (il Progetto Aware), per capire come il problema sia affrontato oggi dai pazienti e dai loro medici. Lo studio ha coinvolto 1000 diabetici e 1005 medici (502 medici di famiglia e 503 specialisti).



L'indagine ha innanzitutto rilevato un 11,7% di pazienti a cui è stato diagnosticato questo disturbo dell'apparato sessuale, nella grande maggioranza dei casi (56,9%) individuato dal diabetologo.

Un primo dato interessante, che testimonia un approccio più aperto al problema, è che nella maggior parte dei casi, il 69%, è il paziente per primo a parlare di disfunzione erettile con il proprio medico, men-

tre soltanto il 30% ha invece bisogno di essere sollecitato. Un più elevato tasso di scolarità aiuta il paziente a essere più disposto a toccare un argomento per lungo tempo rimasto tabù. E, secondo l'indagine, resta un tema più difficile da trattare da parte di chi abita nell'Italia meridionale.

Commenta in proposito il diabetologo Marco Comaschi, già presidente della Amd e oggi coordinatore del Centro studi dell'Associazione: "Di disfunzione erettile si può e si deve parlare (se non altro con il proprio diabetologo o medico di fiducia), certi di essere ascoltati, compresi, e di poter contare su qualche possibile soluzione in più, diversa dagli unguenti e dalle pozioni di non troppo vecchia memoria. Ai giorni nostri infatti incominciano a diffondersi le basi sociologiche e culturali necessarie ad affrontare serenamente il problema e a essere disponibili prodotti farmacologici in grado di ridurlo (se non di risolverlo) in buona parte dei casi".

Ma chi prevalentemente prende

Ha avuto una diagnosi di disfunzione erettile?

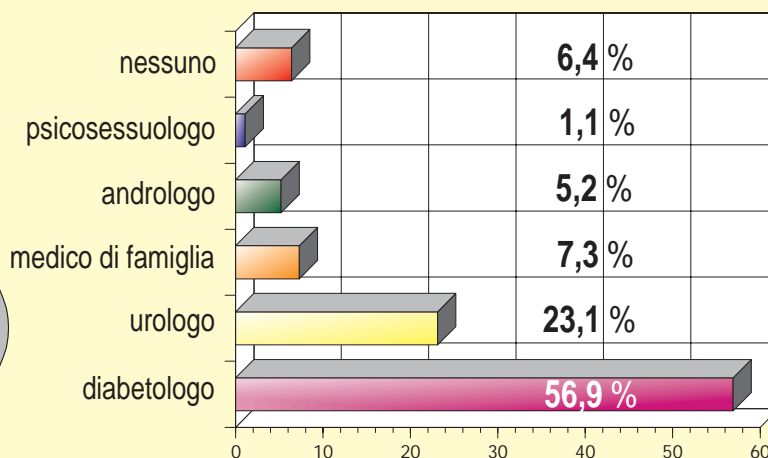
NO

SI

chi l'ha fatta?

11,7 %

88,3 %

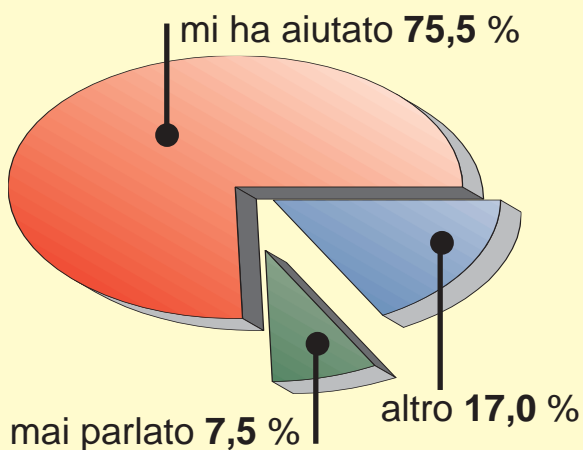


in cura il soggetto che accusa questo problema? L'inchiesta del Progetto Aware ci dice che, tra i diagnosticati, circa il 49% è stato inviato dall'urologo, il 40% dall'andrologo; in carico al diabetologo rimane solamente l'11%. Il 30% dei pazienti diagnosticati dichiara di seguire un trattamento farmacologico: sono persone con livello di istruzione medio-alto e relativamente giovani. Fra chi invece non affronta il problema con alcuna forma di terapia, il 19% ritiene non necessario risolverlo, il 26% non ha fiducia nell'efficacia dei rimedi esistenti, il 17% ha incontrato un rifiuto motivato da parte del medico.

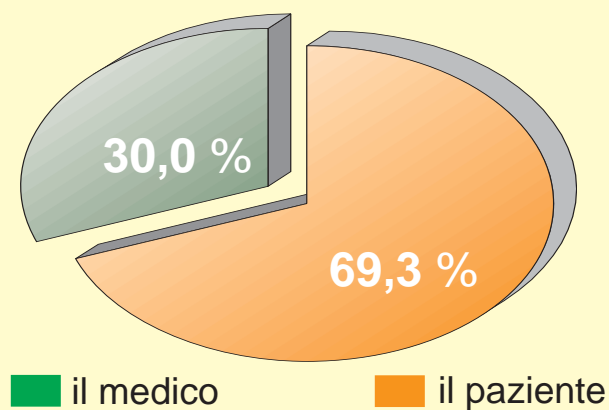
E' in ogni caso la vergogna, l'imbarazzo nel parlarne, l'ostacolo principale al ricorso a una soluzione per la disfunzione erettile. Questo fattore vale per il 36% degli interpellati, il 28% teme invece la banalizzazione del suo disturbo. Sussiste anche una significativa percentuale (il 18%) che confida in una risoluzione spontanea del problema, mentre una quota equivalente ancora non crede nelle capacità terapeutiche dei prodotti in commercio.

E' evidente che una questione come quella della difficoltà nel rapporto sessuale chiama in causa un altro soggetto, il cui ruolo può essere fondamentale, e cioè la partner. Infatti, il 75% dei pazienti afferma di averne parlato con lei e di averne ricevuto un sostegno attivo. Rimane un 7% che invece ha scelto di tacere, preferendo magari ricorrere a un trattamento terapeutico senza trovare la forza di raccontarlo alla partner.

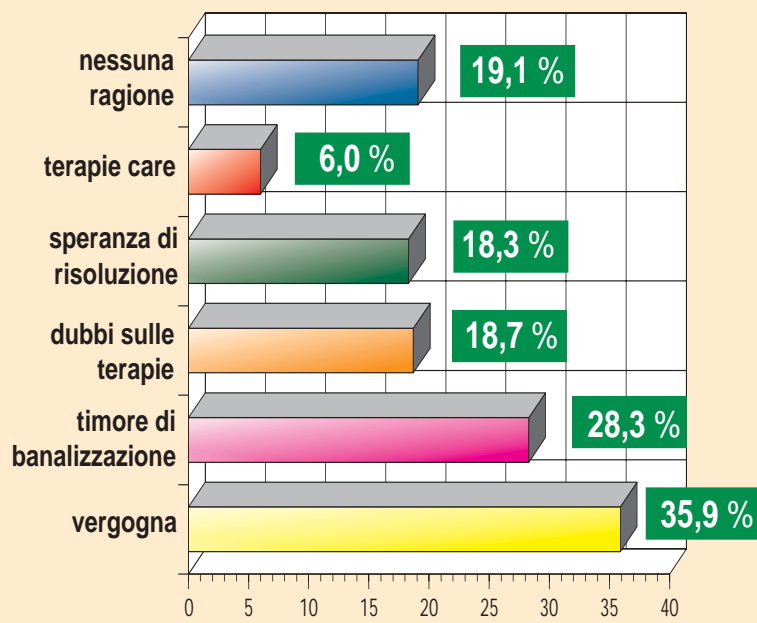
Il ruolo della partner



Chi ha affrontato l'argomento



Perché far finta di niente?



L'inchiesta si sposta poi su coloro che non sono affetti dalla disfunzione: per la maggioranza di costoro, il primo punto di riferimento, il primo con cui parlare, dovrebbe es-

sere, il medico di famiglia: lo sostiene il 65% degli intervistati; segue, a distanza, lo specialista (22%). Alla moglie per prima lo direbbe soltanto l'1%. Solamente il 3% decidereb-

be di non confidarsi con nessuno e di tentare di risolverlo da sé. Anche in questa categoria di persone, invitata a immaginare di trovarsi di fronte al problema in un futuro, è considerato significativo il ruolo della partner: il 70% ritiene fondamentale il suo coinvolgimento. Il 16% degli intervistati però, considera preferibile non dirle nulla e cercare di trovare autonomamente una soluzione. Assumere farmaci per mantenere elevata la qualità del rapporto di coppia è un'opzione indicata, forse un po' sorprendentemente, soltanto dall'8% del campione.

Passando dai pazienti ai medici, l'indagine rileva che il medico di famiglia tende ad attribuire alla disfunzione erettile un grado di rischio minore di quanto faccia lo specialista. In ogni caso, sia gli uni, sia gli altri valutano come elevato il rischio di disfunzione erettile: 59% per i medici generici, 65% per gli specialisti. Lo screening per individuare il problema è regolarmente praticato dal 39% dei medici di base e dal 41% degli specialisti; la ricerca individua in particolare che nel nord-est il 28% dei medici di famiglia effettua l'accertamento con regolarità, mentre nel sud questa quota sale al 49%.

Fra i medici generici che non effettuano lo screening, il 38% lo spiega con la considerazione di non essere il medico adatto, il 9% con la reticenza del suo assistito. Le percentuali sono diverse nel caso degli specialisti, fra i quali si segnala un inatteso 15% che non si ritiene idoneo a trattare la questione. Il 32% indica esplicitamente il silenzio del paziente come ragione principale della mancata verifica. Rimane come dato significativo, e come problema aperto, una percentuale oscillante fra il 20 e il 25% di medici, sia generici, sia specialisti, che, con differenti motivazioni, non effettuano screening, né pratica trattamenti.

UN PROGETTO DIVULGATIVO DI BAYER

Una questione di coppia

In tema di disfunzione erettile, Bayer Healthcare ha promosso un progetto divulgativo, inaugurato a fine 2003, dal titolo "Bayer per la coppia", al fine di sensibilizzare sia gli uomini sia le donne sulla questione, le sue cause e implicazioni - mediche, psicologiche e sociali - e i possibili rimedi. L'iniziativa concretizzata in un'attività di comunicazione sul territorio attraverso la realizzazione di incontri medico-divulgativi rivolti al largo pubblico in oltre dieci città italiane, con il coinvolgimento di medici di base, specialisti andrologi e sessuologi. La filosofia del progetto è rappresentata dall'idea che passo fondamentale per affron-

tare positivamente un problema così delicato e frequente sia conoscerlo bene e parlarne, senza timore, all'interno della coppia e con lo specialista.

Negli ultimi anni sono comparsi sul mercato italiano diversi farmaci orali efficaci contro la disfunzione erettile, il più recente dei quali è stato sviluppato dalla ricerca Bayer, che ha prodotto una pillola (di colore arancione) a base del principio attivo vardenafil. La specialità ha dimostrato rapidità di azione (ha effetto dopo circa 25 minuti dall'assunzione e fino a 4-5 ore dopo), buona tollerabilità ed efficacia, anche in soggetti diabetici.



NEFROPATIA DIABETICA: COME PREVENIRLA E CURARLA

Tutto sotto controllo

Per conservare sani a lungo i reni, è fondamentale mantenere un corretto equilibrio glicemico e metabolico, tenere d'occhio la pressione e prestare attenzione all'alimentazione. E per una terapia oggi ci sono molti farmaci efficaci

Prof. Paolo Brunetti
Direttore Dipartimento
di Medicina Interna Università
degli Studi di Perugia



Nello scorso numero di "Tuttodiabete" abbiamo esaminato le caratteristiche della nefropatia diabetica, le sue cause, le analisi per individuarla precocemente. Ora illustriamo quali sono le strategie di prevenzione e terapia.

Importanti studi clinici internazionali hanno dimostrato che è possibile ridurre l'incidenza e la progressione della nefropatia diabetica e che in questo senso il controllo della glicemia occupa un posto preminente.

Nello studio nord-americano "Diabetes Control and Complications Trial" (Dcct), dedicato al diabete di tipo 1, i soggetti trattati con terapia insulinica intensiva, così da avere una glicemia media nell'ordine di 150mg/dl e una emoglobina glicata (HbA_{1c}) pari al 7%, hanno presentato, dopo 10 anni, una incidenza della nefropatia diabetica inferiore del 50% rispetto a quella dei soggetti trattati con la terapia convenzionale e con una HbA_{1c} pari a circa il 9%.

Anche nel diabete di tipo 2 il

miglior controllo metabolico si associa a una consistente riduzione (circa il 35%) del rischio di sviluppare la nefropatia diabetica. È questo il risultato dello "United Kingdom Prospective Diabetes Study" (Ukpds) che ha anche dimostrato come lo stesso risultato possa ottenersi con l'insulina, le sulfoniluree o la metformina, purché la terapia, comunque attuata, sia in grado di ottenere una riduzione della glicemia.

Attualmente si ritiene che, sia nel diabete di tipo 1 sia in quello

di tipo 2, si debba mirare a valori di glicemia e di emoglobina glicata assai prossimi alla norma, perché soltanto con una terapia sufficientemente aggressiva è possibile prevenire, non solamente l'incidenza della nefropatia diabetica, ma anche quella della retinopatia, della neuropatia e delle complicanze cardiovascolari. Alla luce di queste considerazioni, possono ritenersi ottimali valori di HbA_{1c} inferiori al 7%



purché ciò non comporti un rischio eccessivo di ipoglicemia (v. tabella).

Il controllo metabolico ha un ruolo centrale nel prevenire l'insorgenza di microalbuminuria e il suo sviluppo verso una proteinuria clinica. Viceversa, quando già ci troviamo nello stadio di nefropatia conclamata (proteinuria), il controllo ottimale della glicemia, pur sempre desiderabile e da perseguire, non è in grado di arrestare il decorso verso l'insufficienza renale. Per questa, come per altre complicanze del diabete, vale perciò la regola che prevenire è più facile che curare e che, in ogni caso, la diagnosi deve essere raggiunta con la maggiore precocità possibile. Nella fase di proteinuria e di associata riduzione della filtrazione glomerulare, non è indicato l'uso di ipoglicemizzanti orali, in particolare di metformina, ed è necessario l'esclusivo ricorso alla terapia insulinica.

Occhio all'ipertensione

La nefropatia diabetica è abitualmente associata a ipertensione arteriosa. Nel diabete di tipo 1 l'ipertensione arteriosa è causata dalla nefropatia diabetica.

Nel diabete di tipo 2, l'ipertensione abitualmente precede la nefropatia ed è il più delle volte da attribuire alla "sindrome metabolica" caratterizzata appunto dalla associazione geneticamente determinata di obesità centrale, diabete mellito o intolleranza al glucosio, ipertensione arterio-



IPERDISLIPIDEMIA: FATTORE DI RISCHIO DA CONTRASTARE

Abbasso il colesterolo cattivo

In corso di diabete e, in particolare, di nefropatia diabetica, è assai frequente il riscontro di una tipica iperdislipidemia, caratterizzata in modo prevalente dalla riduzione del colesterolo Hdl e dall'aumento dei trigliceridi e del colesterolo Ldl e del colesterolo totale. La presenza di nefropatia diabetica, specie se associata a una sindrome nefrosica, comporta infatti, di norma, un aumento significativo del colesterolo Ldl e del colesterolo totale.

Alcuni studi prospettici hanno dimostrato che anche l'iperdislipidemia agisce come fattore di rischio indipendente nel determinare l'insorgenza della nefropatia diabetica. Per questo il trattamento con farmaci ipocolesterolemizzanti e, in particolare con statine, costituisce parte integrante del trattamento della nefropatia diabetica. In effetti, le statine, certamente efficaci nella prevenzione della patologia cardiovascolare, influenzano positivamente anche la funzione renale. E' oggi opinione prevalente che l'azione protettiva delle statine sui reni non sia dovuta interamente al loro effetto ipocolesterolemizzante, bensì a un effetto positivo esercitato da questa molecola sulla integrità dei capillari glomerulari. (P.B.)

sa e iperdislipidemia. Possono coesistere anche iperuricemia, aumento del fibrinogeno plasmatico, iperomocisteinemia e la stessa microalbuminuria.

Nel diabete di tipo 2, l'ipertensione arteriosa può riconoscersi anche altre cause. In presenza di aterosclerosi è da escludere, per esempio, la stenosi di una arteria renale indotta da un atero-

ma. In ogni caso, l'ipertensione arteriosa concorre, in manie-

ra sostanziale, insieme con l'insufficiente controllo glicemico alla insorgenza e al progresso della nefropatia. Sia nel diabete di tipo 1 sia in quello di tipo 2 è perciò necessario mirare a un controllo ottimale dei valori di pressione arteriosa. Questi non dovrebbero essere superiori a 130/80mm Hg. In presenza di proteinuria persistente, è necessario un controllo ancora più stretto (120/75). Può essere saggio non ridurre la pressione diastolica al di sotto dei 70 mm Hg.

La normalizzazione della pressione arteriosa è più importante della scelta del farmaco impiegato. Tuttavia, vi sono prove sufficienti per dimostrare che i farmaci ant-ipertensivi capaci di ridurre l'attività del sistema renina-angiotensina sono in grado di rallentare la progressione della nefropatia diabetica, esercitando nel contempo un effetto protettivo sul cuore. Il blocco del sistema renina-angiotensina può essere ottenuto con l'impiego di un inibitore dell'enzima di conversione dell'angiotensina o ACE-

Valori ottimali e un po' di moto
Linee-guida per un trattamento efficace

Variabile biologica	Obiettivo
Glicemia	HbA _{1c} <7% (emoglobina glicata)
Pressione sistolica	≤ 130mmHg
Pressione diastolica	≤ 80mmHg
Colesterolo LDL	< 115mg/dl
Proteine della dieta	< 0.8g/kg di peso corporeo/die
Altre misure	Cessazione del fumo, esercizio fisico

inibitore o di un antagonista del recettore di tipo 1 dell'angiotensina.

Numerosi studi hanno dimostrato, negli ultimi 10 anni, l'efficacia degli ACE-inibitori e degli antagonisti recettoriali dell'angiotensina nel ridurre la progressione dalla microalbuminuria alla macroalbuminuria e nel ritardare l'evoluzione della nefropatia diabetica con proteinuria verso l'insufficienza renale. L'associazione delle due classi di farmaci attivi in passaggi diversi del sistema renina-angiotensina sembra mostrare una efficacia anche maggiore rispetto all'impiego di un solo farmaco.

L'azione dei farmaci

Sia gli ACE-inibitori sia gli antagonisti recettoriali dell'angiotensina esplicano il loro effetto normalizzando la pressione arteriosa, ma anche esercitando un'azione diretta a livello del rene dove modificano positivamente l'emodinamica glomerulare (diminuiscono infatti la pressione di filtrazione), riducono la permeabilità del filtro glomerula-

re e quindi la proteinuria e inibiscono la proliferazione cellulare che, nel glomerulo, finisce con l'ostruire il circolo capillare riducendo la capacità di filtrazione. Per questa loro proprietà nefroprotettiva, l'impiego di un ACE-inibitore o di un bloccante l'angiotensina è indicato in presenza di microalbuminuria anche in diabetici normotesi. Diversi studi hanno dimostrato la possibilità di convertire una condizione di microalbuminuria a una di normoalbuminuria e, comunque sia, di impedirne un ulteriore peggioramento.

Nel trattamento con ACE-inibitori o con antagonisti dell'angiotensina è opportuno monitorare la concentrazione plasmatica di potassio, ma il rischio di iperkaliemia è molto modesto (soltanto nell'1,5% dei casi).

Nella nefropatia associata a ipertensione arteriosa è spesso indicata l'associazione di più farmaci: calcio-antagonisti, bloccanti e diuretici trovano un loro spazio d'impiego in associazione agli ACE-inibitori e agli antagonisti dell'angiotensina. 🍁

DAL RAPPORTO SOCIALE DELLA AMD

L'importanza della diagnosi precoce

Sono altissimi i costi umani, sociali ed economici delle complicanze renali del diabete e il problema riguarda tutti i Paesi più industrializzati: la risposta migliore è un intervento tempestivo

Il Rapporto Sociale 2003 dell'Associazione medici diabetologi dedica un capitolo specifico alla nefropatia, per sottolineare che il diabete è la prima causa di insufficienza renale in Europa, Stati Uniti e Giappone. In particolare, lo studio osserva che in Usa l'incidenza della

nefropatia diabetica è cresciuta del 150% negli ultimi dieci anni e che in Europa si prospetta una tendenza analoga. Risulta che nel 1998 il 40% dei pazienti statunitensi in trattamento di dialisi era



NON DIMENTICATE LE SANE ABITUDINI

Prudenza con le proteine e alla larga dal fumo

L'introduzione con la dieta di una quantità eccessiva di proteine provoca un aumento della filtrazione glomerulare, finalizzata alla eliminazione dei cataboliti azotati e questo atteggiamento funzionale del rene predispone allo sviluppo della nefropatia diabetica.

È perciò opportuna, in presenza di nefropatia diabetica clinicamente manifesta, una restrizione, peraltro non eccessiva, della introduzione di proteine. È stato in effetti dimostrato che la limitazione della quota proteica della dieta a 0,8 g per kg di peso corporeo, pari all'incirca al 10% dell'apporto calorico giornaliero, riduce la velocità di progressione verso l'insufficienza renale terminale dei soggetti con diabete di tipo 1. Una restrizione di questo tipo può essere utile anche nel diabete di tipo 2. Altri ritengono che la restrizione proteica debba essere anche maggiore (0,6 g per kg di peso corporeo) e associata a una riduzione della introduzione di fosforo mantenuta fra i 500 e 1000 mg/die.

Una raccomandazione da non trascurare è quella di astenersi o smettere di fumare. Il fumo, infatti, aumenta di 2-3 volte il rischio di morte dei soggetti diabetici. Ma vi sono anche prove consistenti a favore della tesi che il fumo sia anche un fattore di rischio indipendente di nefropatia diabetica. È stato dimostrato in effetti che la cessazione del fumo riduce la progressione della nefropatia in una misura (circa il 30%) non inferiore a quella di un complesso intervento farmacologico. (P.B.)



affetto da diabete.

In Italia sono costretti alla dialisi circa 30mila diabetici, colpiti da complicanze renali, e rappresentano circa il 10% dei soggetti dializzati.

Come esempio significativo, la Amd ha raccolto i dati riportati dal Registro Dialisi e Trapianto della Regione Veneto, da cui si ricava che tra 1997 e 2000 è notevolmente aumentata la percentuale di diabetici fra i nuovi casi di dialisi: si è passati dal 10,9% al 18%.

In generale, nella fascia di età compresa fra i 46 e i 75 anni -osserva il Rapporto- oltre un terzo dei casi di dialisi ha origine da una condizione diabetica.

Purtroppo l'insufficienza renale cronica riduce sensibilmente l'aspettativa di vita: a parità di ogni altra condizione (età, sesso eccetera), per un paziente in dialisi questa è inferiore di un terzo.

Se le complicanze renali sono derivate dal diabete, il quadro peggiora ancora, tanto che la mortalità a un anno dall'inizio del trattamento di dialisi, risulta più alta del 22%.

Dialisi a parte, vi sono altri (ed elevati) costi sociali ed economici legati alla nefropatia diabetica: infatti, cresce da 20 a 40 volte il rischio di complicazioni cardiovascolari (infarto, ictus eccetera), con il loro alto tasso di mortalità.

Il rischio di ricovero ospedaliero per insufficienza renale cronica, con gli oneri anche finanziari che comporta, aumenta nettamente in presenza di diabete: dati della Regione Veneto dicono

I MIGLIORI RISULTATI VENGONO DA PIU' STRATEGIE

Una battaglia da vincere su molti fronti

Numerosi sono gli strumenti oggi disponibili per prevenire la comparsa di nefropatia e per arrestarne o rallentarne il decorso. È implicito che i migliori risultati si ottengono dall'applicazione contemporanea di più interventi. Sono significativi al proposito i risultati oltremodo incoraggianti ottenuti, del tutto recentemente, in uno studio danese (Gaede P. e Coll.: "Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with Type 2 Diabetes", N. Engl. J. Med. 2003, 348, 383-393). Un gruppo di pazienti con diabete di tipo 2 e microalbuminuria, sono stati sottoposti a un trattamento combinato, consistente nella modificazione dello stile di vita (educazione nutrizionale, programma di esercizio fisico e cessazione del fumo) e in un intervento farmacologico multiplo per il controllo rigoroso della glicemia, (mediante ipoglicemizzanti orali e/o insulina) della pressione arteriosa (anche con l'impiego di ACE-inibitori e/o bloccanti l'angiotensina) e della colesterolemia (mediante statine), con l'aggiunta di aspirina per la prevenzione di episodi ischemici, e di vitamine E e C in funzione anti-ossidante.

Dopo circa 8 anni di trattamento i risultati sono stati assai positivi, essendosi riscontrata, nei soggetti sottoposti all'intervento multifattoriale rispetto a quelli trattati in modo convenzionale, una riduzione di incidenti cardiovascolari e di complicazioni microvascolari (retinopatia, nefropatia conclamata) del 50%.

L'orientamento attuale nella terapia e nella prevenzione della nefropatia diabetica è perciò che

si debba intervenire su più fronti per ottenere il massimo effetto. Questi studi dimostrano pertanto che la storia naturale del diabete, come finora l'abbiamo conosciuta, può essere modificata se vi è l'impegno concorde del diabetologo e del paziente diabetico a neutralizzare tutti i fattori di rischio che condizionano l'insorgenza delle complicanze. Seguendo questa linea di condotta, anche la nefropatia diabetica può essere debellata. (P.B.)



che l'eventualità è due volte più probabile per la popolazione più anziana e addirittura da 7 a 13 volte per quella più giovane.

Anche il rapporto della Amd pone l'accento sull'importanza del test della microalbuminuria (ampiamente trattato su Tuttodiabete 1/2004 dal professor Paolo

Brunetti) come passo decisivo per una diagnosi precoce delle complicanze renali.

Purtroppo, però, come attestato da vari studi (Io Sfida, il QuED) questo fondamentale test non è eseguito di routine su un'alta percentuale di pazienti: solamente il 57% fra i diabetici seguiti dal me-

dico di famiglia e il 64% fra quelli in osservazione dallo specialista.

Trascurare questo esame è invece un grave errore perché una diagnosi precoce consente di ritardare lo sviluppo della complicanza e di ridurre il rischio di conseguenze cardiovascolari.

(O.M.B.)

LA TERAPIA INSULINICA RICHIEDE ATTENZIONE E STRUMENTI GIUSTI

Per non sbagliare la dose

L'iniezione quotidiana è un'operazione rapida, semplice e sicura, se si rispettano alcune regole fondamentali e se si adoperano correttamente le siringhe idonee. L'importante è assumere sempre l'esatta quantità di insulina prescritta

Si può utilizzare una siringa già usata per l'iniezione di insulina? E' necessario disinfettare sempre la parte in cui si deve inserire l'ago? L'insulina può essere iniettata anche nel tessuto muscolare? Teoricamente, tutti i diabetici dovrebbero sapere rispondere prontamente a queste domande: no alla prima e alla terza, sì alla seconda. In pratica, non sempre la tecnica dell'iniezione è correttamente rispettata, a volte per inesperienza, quando si comincia la terapia insulinica, a volte per distrazione, quando, dopo tanti anni, ci si affida troppo agli automatismi del gesto quotidiano. Il guaio è che, se si trascurano alcune norme fondamentali, si corre il rischio di compromettere l'efficacia della terapia. Meglio quindi riassumere alcune regole auree da rispettare per eseguire sempre nel modo migliore un'operazione così importante per la salute e la qualità della vita. Innanzitutto, occorre ricordarsi sempre di cambiare la zona del corpo in cui iniettare l'insulina, tenendo presente che le aree da preferire sono quella addominale per un assorbimento rapido e cosce e glutei per un assorbimento lento. Lo sanno tutti?

Forse sì, ma è noto che molti lo dimenticano e si adagiano nell'abitudine di insistere sempre sullo stesso punto. Perché questo è un errore da non commettere? Perché continuare a praticare l'iniezione nella stessa area favorisce il formarsi di noduli adiposi sottocutanei (chiamati lipoipertrofie) che causano un assorbimento irregolare dell'insulina, alterandone quindi il dosaggio.

Lo stesso rischio -come potete



capire, assolutamente da evitare- correrebbe chi praticasse l'iniezione nel tessuto muscolare, perché è invece in quello sottocutaneo che si ottiene il corretto assorbimento dell'insulina. Quindi, cambiare area di iniezione è giusto, avendo però sempre cura di infilare l'ago sotto cute.

Un'altra raccomandazione che è opportuno richiamare alla mente, perché la routine può portare a trascurarla, è quella di disinfettare sempre sia la zona di inie-

zione, sia il tappo del flacone. Questa è un'operazione sempre necessaria quando si opera con aghi e siringhe, quando cioè l'igiene è fondamentale. Ne consegue logicamente una delle buone ragioni per cui non bisogna adoperare mai due volte lo stesso ago: perché dopo il primo uso non è più sterile. Ma questo non è il solo valido motivo: l'ago nuovo è infatti opportunamente affilato e ben lubrificato, in modo da consentire una somministrazione facile e non dolorosa, ma queste qualità si perdono già dopo il primo impiego. Le siringhe da insulina sono infatti strumenti monouso, da eliminare subito dopo la somministrazione.

In commercio sono oggi disponibili siringhe da 0,3, da 0,5 o da 1 ml, pratiche, comode e sicure, che consentono di eseguire iniezioni semplici, nel pieno rispetto del dosaggio prescritto. E' importante però che il paziente sappia scegliere quella più adatta alla sua terapia: per esempio, meglio una siringa di minore capacità se i dosaggi da assumere sono bassi, perché garantisce maggiore precisione grazie a una scala di lettura con suddivisione di spazi più parti-

colareggiata, cosa che rende più semplice prelevare l'insulina nella quantità esatta. Un consiglio utile è anche quello di munirsi di una lente di ingrandimento, se si ha qualche difficoltà di vista con i minuscoli caratteri della scala graduata.

La siringa da insulina ha caratteristiche peculiari, pensate proprio per assicurare l'assoluta accuratezza dell'iniezione. Ha un corpo piccolo, con ago saldamente fissato e non rimovibile; è dotata di cappucci di protezione dell'ago e del pistone che garantiscono la massima sterilità; non ha spazi morti, grazie all'ago direttamente fissato sul cilindro della siringa, ed è costruita in modo che la parte terminale del pistone abbia la massima superficie di contatto con l'interno del cilindro. Queste caratteristiche rendono estremamente agevole l'iniezione ed evitano il formarsi di residui di insulina nella siringa, assicurando così che la dose iniettata sia proprio quella giusta, senza dispersioni.



QUANDO CONVIENE ESEGUIRE PRELIEVI IN SITI ALTERNATIVI

Se le dita non bastano

La misurazione della glicemia si esegue solitamente attraverso un piccolo prelievo di sangue da un polpastrello delle dita: è questa infatti la via più semplice e immediata. Non sempre e non per tutti, però, è la soluzione ideale. Per varie ragioni può essere opportuno praticare il prelievo da siti alternativi, da altre parti del corpo. E' il caso per esempio di chi mal sopporta il dolore causato dalla puntura del dito: il polpastrello è infatti una zona particolarmente sensibile e molte persone troverebbero vantaggioso utilizzare un punto del corpo in cui il prelievo si faccia sentire di meno.

Un'altra ragione può trovarsi nella stessa importanza di un costante autocontrollo ai fini della buona gestione del diabete e della prevenzione delle complicanze. Molti, infatti, sono i diabetici che devono eseguire verifiche del loro livello glicemico più volte al giorno: per loro può essere preferibile dare un po' di riposo ai polpastrelli, per non martorarli troppo con micropunture continue.

Questa esigenza di salvaguardare i polpastrelli è pure molto sentita da chi per lavoro deve usare continuamente le mani, e le dita in particolare: si pensi a musicisti, dattilografi, muratori, ristoratori eccetera.

Quindi, l'opportunità di utilizzare siti alternativi è la benvenuta per molti diabetici. La tecnologia mette oggi a disposizione strumenti ad hoc per eseguire comodamente il prelievo in pun-



Con strumenti specificamente studiati allo scopo, si possono agevolmente prelevare campioni di sangue da zone diverse dal classico polpastrello e misurare su quelli la glicemia. Può essere molto utile, a condizione di osservare alcuni principi fondamentali

ti diversi dai classici polpastrelli: si tratta di dispositivi a vuoto con lancetta, che garantiscono accuratezza del prelievo e riduzione al minimo del dolore.

Naturalmente, è necessario sapere dove, come e quando praticare il prelievo, quali sono le differenze di risultati fra una zona e l'altra e come valutarle.

Occorre infatti tenere presente che la circolazione sanguigna varia a seconda delle parti del corpo: è diversa la quantità di piccoli vasi sanguigni, il flusso


ematico in superficie è più o meno rapido. Ne consegue che tra polpastrello e avambraccio, coscia o addome, si possono registrare misurazioni di glicemia non corrispondenti. Un'eventuale ipoglicemia, per esempio, è più precocemente rilevabile da un campione di sangue prelevato dal polpastrello rispetto all'avambraccio o alla coscia.

Quando i livelli di glicemia variano molto rapidamente, è più probabile che i risultati della misurazione siano diversi: di que-

sto, dunque, è necessario tenere conto, in particolare, dopo un pasto, dopo la somministrazione dell'insulina, dopo un'intensa attività fisica. Ne consegue che, se si vuole ottenere una precisa misurazione della glicemia utilizzando siti alternativi, è bene non eseguire il prelievo nelle due ore immediatamente successive a uno degli eventi citati.

Può anche capitare che la misurazione effettuata su un prelievo addominale vi dia un risultato che contrasta con il modo in cui vi sentite: per esempio, una glicemia vicina alla norma, mentre voi accusate e riconoscete chiaramente i tipici sintomi della ipoglicemia. In questo caso, il consiglio è di ripetere il controllo su un nuovo campione preso dal polpastrello. Meglio ricorrere sempre al prelievo sulle dita anche quando vi sia capitato nel passato di ritrovarvi in ipoglicemia, ma di non esservene accorti da soli.

E' infine opportuno privilegiare il sito classico di prelievo in tutti i casi in cui avete ragione di attendervi risultati molto variabili della concentrazione di glucosio nel sangue, oppure se avete necessità di individuare una eventuale ipoglicemia il più precocemente possibile, o se dovete svolgere attività a rischio (come guidare, adoperare macchinari eccetera).

Al di fuori delle situazioni indicate, l'utilizzo di siti alternativi con l'apposito strumento, può essere di grande aiuto per una terapia sempre più a misura delle esigenze personali. 

GENOVA

Ragazzi a cavallo a Lerma



Parte da Genova un'interessante iniziativa di educazione sanitaria, che ripropone il felice nesso tra diabete e sport: infatti, l'Istituto Giannina Gaslini, (in particolare la professoressa Renata Lorini, responsabile della Clinica pediatrica II, e il Servizio regionale di diabetologia pediatrica) e l'Associazione diabete giovanile (Adg) di Genova (presieduta da Giuseppe Boriello) hanno organizzato un campo-scuola di tre giorni (dal 31 maggio al 2 giugno) presso il Circolo Ippico "Le Miniere" a Lerma (Alessandria), rivolto ai ragazzi dai 7 ai 20 anni.

I partecipanti saranno suddivisi in piccoli gruppi di quattro o cinque persone e guidati da un istruttore nell'apprendimento dei fondamenti dell'equitazione classica e della monta da lavoro, tenendo conto delle preferenze espresse dagli allievi stessi. L'obiettivo del corso è quello di rendere i ragazzi capaci di raggiungere una preparazione sufficiente a consentire loro di effettuare escursioni a cavallo sotto la guida di personale qualificato. I partecipanti impareranno inoltre ad accudire l'animale, affiancando il personale di scuderia nelle normali mansioni quotidiane, apprendendo quindi quali siano le necessità del cavallo e come vada correttamente trattato.

Naturalmente, siccome l'idea di fondo del progetto è di conciliare l'attività sportiva con l'educazione sanitaria, mentre alcuni gruppi saranno impegnati con l'equitazione, gli altri, a rotazione, saranno coinvolti in incontri dedicati all'autogestione del diabete, condotti dall'équipe medica dell'Istituto Gaslini (che comprenderà uno specialista di diabetologia, medici, infermiere e una psicologa).

Tutti i partecipanti saranno quindi scrupolosamente seguiti sia dal punto di vista sportivo sia da quello medico.

Il programma prevede infine un'escursione a cavallo e, per l'ultimo giorno, una piccola gara tra tutti i ragazzi.



ENNA

Farmacisti a scuola di diabetologia

I farmacisti si aggiornano sul diabete per cercare di dare un sempre più competente aiuto al paziente che entra in farmacia e chiede informazioni sull'argomento. Significativa è l'iniziativa dell'Ordine e dell'Associazione dei titolari di farmacia di Enna, che hanno organizzato, nel gennaio 2004, un corso di aggiornamento teorico-pratico in diabetologia. Il corso rientra nel programma di Ecm (educazione continua in medicina), che obbliga per legge tutti gli operatori della sanità italiani a tenersi costantemente aggiornati sulle problematiche sanitarie più rilevanti. E' significativo che i farmacisti di Enna abbiano scelto di approfondire proprio il tema del diabete, giustamente considerato come una delle questioni sanitarie fondamentali del nostro tempo.



POTENZA

Un centro specializzato in sana alimentazione

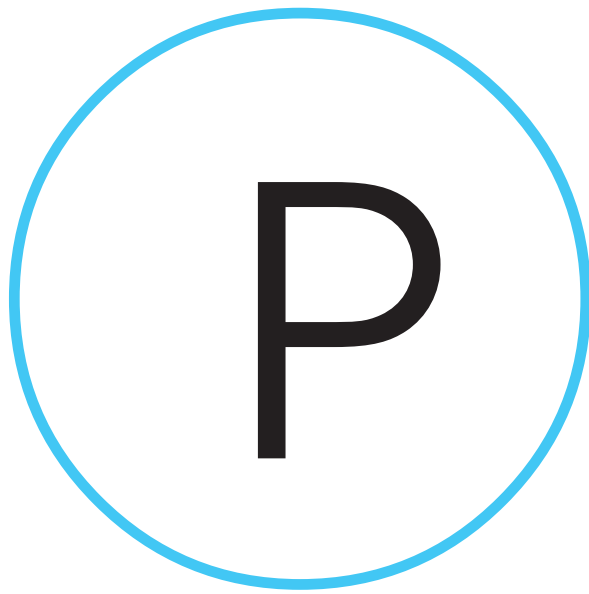
L'importanza di una corretta alimentazione -spesso raccomandata, ma non sempre rispettata- è stata ben compresa dall'Ospedale San Carlo di Potenza, che dispone di un Dipartimento di scienze endocrine, metaboliche e nutrizionali con una unità operativa specializzata in prevenzione e dietoterapia, oggi fondamentale punto di riferimento per medici e pazienti della Basilicata.

L'iniziativa non ha molti eguali in Italia e si è meritata la segnalazione e l'elogio dell'autorevole dietologo professor Eugenio Del Toma nella sua ormai classica rubrica sul supplemento "Salute" del quotidiano "la Repubblica".

L'interesse suscitato dall'attività di questa moderna struttura ha richiamato oltre quattrocento

medici e specialisti alle recenti "Giornate di nutrizione clinica, dietetica e malattie metaboliche", organizzate presso il San Carlo, che hanno poi avuto larga eco su tutti i mass media della regione. Il convegno ha sviluppato il tema ormai cruciale dell'alto rischio rappresentato da comportamenti e stili di vita scorretti come la sedentarietà e l'iperalimentazione, vere e proprie anticamere di patologie come il diabete di tipo 2 e la cosiddetta sindrome plurimetabolica, con il loro pericoloso carico di complicanze. Ma i relatori hanno presentato anche l'altra faccia, quella buona, della medaglia e cioè il grande contributo alla buona salute e alla prevenzione che può venire da scelte alimentari sane e sobrie e da una regolare attività fisica.





LEGNANO

Le farmacie in rete amiche dei diabetici

Come i nostri lettori sanno bene, chi ha il diabete ha bisogno di forniture regolari di siringhe, strisce reattive e altri strumenti, che vengono rilasciati dalle Asl. Questo comporta per il paziente anche lungaggini burocratiche, code e perdite di tempo. A Legnano, da due anni a questa parte, e da poco tempo anche a Milano e Lodi, si è cercato di dare una risposta più efficace al problema con il programma Webcare.

Di che cosa si tratta? In sintesi, dal 2000, le 198 farmacie di Legnano, tutte collegate via Internet con la relativa Asl, gestiscono la distribuzione dei prodotti ausiliari ai pazienti affetti da patologie croniche, di cui i diabetici rappresentano una grossa fetta. E' sufficiente che il paziente si presenti presso una farmacia con il proprio numero di tessera

sanitaria e da lì sarà possibile controllare e richiedere tutto ciò che lo specialista ha prescritto e la Asl approvato. La capillare diffusione delle farmacie sul territorio rende le operazioni molto comode per il cittadino, che vede così superati i problemi di ricette da ripetere, carte da timbrare, giorni e orari fissi per il ritiro presso le Asl.



L'Associazione Chimica Farmaceutica Lom-

barda tra titolari di farmacia, promotrice del programma, calcola che, nell'arco di due anni, nella Asl di Legnano, sono state assistite tramite le farmacie, con il sistema Webcare, oltre ventimila persone diabetiche, con risultati che -assicura il presidente dei farmacisti lombardi Paolo Gradnik (nella foto)- i cittadini interessati hanno molto apprezzato.

LIVORNO

Nuovo consiglio per l'Agdal

L'Associazione per l'assistenza ai giovani e adulti diabetici dell'area livornese ha rinnovato i propri organi rappresentativi per il triennio 2004-2006, riconfermando Antonio Benigni (nella foto) nella carica di presidente dell'Agdal. L'organigramma associativo risulta quindi così definito: presidente Antonio Benigni; vicepresidente Riccardo Gioli; consiglieri Manuela Gasparri, Isabella Sartori, David Pinna Corda, Andrea Marrucci, Salvatore Cavarretta; segretario Daniele Ceselli; revisori dei conti

Giuliana Grifoni, Ivana Tampucci, Flavio Lemmi; probiviri Graziella Profeti, Venzo Franchi.



BOLOGNA

La terapia del sesso stanco

Una complicanza non rara di un diabete mal controllato è la disfunzione erettile, problema che porta con sé anche risvolti psicologici rilevanti. Oggi però le strategie di prevenzione e cura hanno fatto notevoli progressi e permettono di affrontare la questione più serenamente che in passato. Di questo si è parlato a Bologna, lo scorso 20 marzo, in un congresso scientifico dal titolo "Diabete e disfunzione erettiva: stato dell'arte e nuovi orientamenti terapeutici", tenutosi presso la Clinica medica del Policlinico Sant'Orsola Malpighi. Il convegno, organizzato dall'Unità operativa e dal Modulo dipartimentale di andrologia del Policlinico felsineo, ha visto la partecipazione di molti specialisti, chiamati a trattare i vari aspetti del problema (fisiopatologia, aspetti psico-sociali, prevenzione, diagnosi e terapia, approccio interdisciplinare nella gestione del diabetico che abbia questa disfunzione, analisi di casi clinici, comunicazione medico-paziente eccetera). Tra i partecipanti, i diabetologi Domenico Fedele di Padova e Carlo Coscelli di Parma.

BAHREIN, STATO A RISCHIO

Uno su quattro ha il diabete

Non si parla molto, qui in Italia, del Bahrein, un piccolo Stato arabo sul Golfo Persico, di poco più di 600mila abitanti, che si regge soprattutto sulle riserve di petrolio. Tutt'al più, balza agli onori delle cronache sportive quando ospita il Gran Premio di Formula Uno. Può quindi, di primo acchito, sorprendere trovare il suo nome sulle pagine di un giornale specializzato come "Tuttodiabete". In realtà, il Bahrein con il diabete c'entra parecchio. L'Organizzazione Mondiale della Sanità lo segnala infatti come uno dei Paesi in cui c'è la più alta percentuale di casi e in cui vi è un forte rischio di vera e propria epidemia: risulta infatti che sia affetto da diabete il 25,5% della popolazione (una persona su quattro) e che addirittura il 40% sia a rischio di sviluppare la sindrome. Se si pensa che negli Stati Uniti i diabetici sono il 6,2% del totale e che in Italia si calcola un 3% di soggetti diagnosticati a cui andrebbe aggiunta una equivalente quota di "sommersi", ci si rende conto di quanto alta sia la presenza del diabete nello Stato arabo.

Per studiare e tentare di far fronte a questa allarmante situazione, il Joslin Diabetes Center, autorevole organizzazione non profit statunitense, con sede centrale a Boston, impegnata da anni nella lotta al diabete, ha concluso un accordo di collaborazione con il Centro specialistico anti-diabete del Golfo per la creazione di un istituto regionale per il trattamento del diabete e la prevenzione delle complicanze. Il nuovo centro specializzato avrà sede nella capitale del Bahrein, Manama, vicino al complesso di medicina Salmaniya e all'Università del Golfo arabo, e sarà collegato alla base di Boston del Joslin Center: potrà quindi usufruire di tutte le conoscenze e le tecnologie acquisite dall'istituto americano e impiegarle, nel lavoro congiunto con le strutture locali, per affrontare questa difficile situazione.

LORETO

L'educazione mese per mese

L'educazione sanitaria si può fare anche con un calendario: ogni mese porta con sé i suoi suggerimenti, consigli e informazioni per affrontare al meglio la condizione diabetica, autocontrollarsi, sapere quali esami fare e a quali centri specialistici della zona rivolgersi. È l'idea che ha avuto l'Associazione per la tutela e la salute del diabetico di Loreto (Ancona), che ha realizzato un calendario per il 2004 ricco di informazioni fondamentali intorno al diabete e dalla gradevole veste grafica, da appendere alla parete come utile promemoria non soltanto per ricordarsi che giorno è. Un'informazione in pillole, ma molto utile.

Mese dopo mese, il calendario riporta alcuni dei più comuni interrogativi che riguardano la vita di chi ha il diabete con le relative risposte, sintetiche e chiare. Qualche esempio delle questioni trattate: cosa fare se il bambino diabetico non accetta la sua condizione? Meglio dire o non dire che si è diabetici? Esistono mestieri e professioni da evitare? Quali sono i più insidiosi nemici per il buon funzionamento del nostro cuore? (Per contatti con l'Associazione di Loreto, telefonare allo 071.7501039).



MONTEROTONDO

Lo specialista parla al medico di base

Il 3 aprile 2004 si è tenuto a Monterotondo (Roma), presso il centro Health Care Team, un convegno organizzato dal dottor Stefano Balducci, endocrinologo del Policlinico Umberto I di Roma, dal titolo "Management della malattia diabetica: controllo glicemico e oltre". L'evento rientrava nell'ambito del programma sull'Educazione continua in medicina (Ecm)

All'incontro, che aveva come relatori medici specialisti, sono stati invitati i medici di base, allo scopo di avvicinarli a un modello di gestione articolato, in grado di integrare al meglio le competenze e le risorse dell'assistenza di base con quelle della medicina specialistica, portando a un superamento dell'attuale organizzazione.

Dopo l'introduzione del dottor Balducci, i relatori hanno parlato delle complicanze della patologia diabetica, quindi, suddivisi i medici di base in cinque gruppi di lavoro, a rotazione hanno presentato loro i casi clinici con la valutazione del controllo metabolico, le complicanze croniche, la terapia e il follow-up. In serata il convegno si è concluso con le risposte dei relatori alle molteplici domande dei partecipanti.

ISTITUTO MARIO NEGRI

L'Epo sfida la neuropatia

Di eritropoietina (detta anche Epo) si è sentito parlare spesso negli ultimi anni, anche nei telegiornali e sulla stampa non specializzata, a proposito di doping: risulta infatti che ne sia stato fatto pericoloso e illecito uso da parte di diversi atleti di vari sport e a vari livelli. In realtà, si tratta di una molecola utile in campo farmaceutico, in quanto indicata per combattere l'anemia, data la sua capacità di aumentare il numero di globuli rossi nel sangue. Da un recente studio condotto da ricercatori dell'autorevole Istituto Farmacologico Mario Negri insieme con l'Università di Milano Bicocca, l'Istituto neurologico Besta, l'Università di Brescia e lo statunitense Kenneth S. Warren Institute, si profila la possibilità di un suo impiego per la formulazione di nuovi farmaci contro la neuropatia diabetica.

Occorre precisare che lo studio non è stato ancora condotto sull'uomo. Però, la prospettiva auspicata sarebbe quella di valorizzare e sfruttare le proprietà neuroprotettive riscontrate nella molecola: l'eritropoietina potrebbe pertanto essere impiegata per prevenire la neuropatia diabetica (che si sviluppa nel 50% delle persone diabetiche da oltre quindici anni) o per attenuarne i sintomi (migliorando velocità della conduzione nervosa, funzionalità del nervo sciatico, sensibilità termica, innervazione cutanea). La linea di ricerca, sulla quale l'Istituto Mario Negri è al lavoro, punta dunque a disegnare farmaci che non aumentino la quantità di globuli rossi ma mantengano le funzioni neuroprotettive dell'Epo.



Il direttore dell'Istituto Mario Negri, professor Silvio Garattini

Diabete ^{tutto}

Direttore responsabile: Lorenzo Verlatto - **Art director:** Paolo Tavan - **Consulente scientifico:** professor Paolo Brunetti - **Comitato editoriale:** Marina 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 euro 0,26.

Omaggio della
Bayer
Diagnostics s.r.l.

EDITORIALE
GIORNALIDEA