

## **Il bicchiere mezzo pieno**

**C**he il diabete sia un problema sanitario e sociale in crescita in tutto il mondo è una realtà assodata. E da fonti autorevoli si dice e si ripete che si può e si deve fare di più per contrastarne la diffusione e prevenirne le complicanze. Non si tratta di allarmi eccessivi.

Recenti dati resi noti dall'importante organizzazione scientifica internazionale Juvenile diabetes research federation-sezione Italia (vedi pag. 15), sul diabete di tipo 1, ci permettono però di guardare per una volta la situazione dal punto di vista del "bicchiere mezzo pieno". Ci riferiamo ai progressi consentiti dal miglioramento della terapia nel corso degli ultimi vent'anni. Risultati di non poco conto: l'aspettativa di vita per il tipo 1 è passata da 35-40 anni dopo la diagnosi a 50-60; i nuovi casi di cecità sono scesi del 35-40%; l'incidenza della nefropatia è scesa dal 45 al 30%; gli esiti della gravidanza sono migliori, si sono ridotte le morti perinatali, le complicanze gravi, i parti prematuri. Ciò significa che insuline dall'azione più fisiologica, farmaci più efficaci, più accurato autocontrollo, stili di vita più sani, maggior attenzione alla prevenzione permettono oggi ai diabetici di vivere più a lungo e meglio rispetto a due decenni fa. E che convivere

DAL 18 AL 21 MAGGIO IL CONGRESSO DEI DIABETOLOGI

## **L'Amd sbarca a Genova**

*Specialisti da tutta Italia e dall'estero si riuniscono sotto la Lanterna per discutere di terapia, assistenza, ricerca e fotografare lo stato delle cose della diabetologia non soltanto italiana, ma anche internazionale. Il modo migliore per celebrare il trentennale dell'Associazione medici diabetologi (alle pagine 4-5)*



### **Il punto Occhio ai piedi**



**C**on uno specialista, il dottor Ezio Faglia, parliamo di una delle complicanze più serie e invalidanti di un diabete trascurato: il piede diabetico. Come prevenirlo, come curarlo, come evitare le conseguenze più gravi (alle pagine 2-3)

### **Psicologia Giovani e diabete**

**U**na diagnosi di diabete va gestita non soltanto dal punto di vista della terapia clinica, ma anche sotto l'aspetto mentale e nervoso, specialmente nei bambini e negli adolescenti. Ce ne parla il professor Paolo Brunetti (alle pagine 8-11)



INTERVISTA AL DIABETOLOGO EZIO FAGLIA

# Piedi

## da amare

**U**n recente fatto di cronaca, a Milano (una signora con una gravissima forma di piede diabetico che rifiutava l'unico intervento ormai possibile, l'amputazione) ha portato all'attenzione del grande pubblico le conseguenze di questa complicanza. Si tratta di un problema molto serio e non raro, degenerazione grave di un diabete a lungo trascurato, di cui forse non si parla abbastanza.

Il piede diabetico si può prevenire e, quando insorge, può essere adeguatamente curato, scongiurando l'extrema ratio dell'amputazione della parte. Occorre però che il paziente sia a conoscenza di quali sono i rischi che corre e di ciò che è bene fare per tenerli lontani.

Dell'argomento abbiamo parlato con uno specialista, il diabetologo Ezio Faglia, primario del Centro per la cura del piede diabetico dell'Unità di medicina interna dell'Istituto Multimedica di Sesto San Giovanni, in provincia Milano.

**Dottor Faglia, come può un diabetico arrivare a trovarsi in condizioni così gravi da non avere più altra scelta che l'amputazione del piede?**

Purtroppo è possibile e i motivi sono due. Il primo motivo è la gravità delle malattie coesistenti: per esempio, la presenza di una malattia occlusiva delle arterie della gamba può essere talmente grave da non permettere altra soluzione se non l'amputazione. L'altra ragione è in-

vece la scarsa conoscenza e la conseguente sottovalutazione della lesione del piede. Se vi è un ascesso del piede e si tarda a intervenire chirurgicamente per evacuare il pus, il rischio è che l'infezione si estenda talmente da rendere necessaria una amputazione. Se si esegue un intervento chirurgico senza assicurarsi prima che al piede arrivi abbastanza sangue per permettere la guarigione della sutura chirurgica, si rischia che questa vada in gangrena e sia necessaria una amputazione. Se un piede di Charcot (neuroartropatia) viene scambiato per flebite, o distorsione o artrosi e non viene immediatamente scaricato con un apparecchio gessato, il piede si evolve verso una deformità tale da rendere inevitabile l'intervento più estremo.

**Qual è l'incidenza delle complicanze ai piedi nei diabetici e quanto costano cure e interventi per curarle?**

Secondo i dati della letteratura medica, circa il 15% dei diabetici andrà incontro nella sua vita a una ulcera del piede che necessita di cure mediche. Gli stessi dati riportano che più del 50% delle amputazioni non traumatiche è effettuato in persone diabetiche, che rappresentano il 4% della popolazione. La mia impressione è che il dato

sul numero di pazienti che andranno incontro a un'ulcera del piede sia attualmente sottostimato. La popolazione invecchia, e i diabetici invecchiano di pari passo. Il piede diabetico, soprattutto il piede ischemico, è

una tipica complicanza dell'anziano, e quindi dobbiamo aspettarci un numero sempre più alto di diabetici che svilupperanno qualche problema al piede. Io credo che, se il diabete è l'epidemia del terzo millennio, il piede diabetico sia l'epidemia del diabete.

I costi sono ingenti: la lesione del piede è la complicanza per la quale più frequentemente è necessario il ricovero in ospedale. Le possibilità di cura sono enormemente migliorate

in questi anni: basti pensare alle procedure di rivascularizzazione periferica con angioplastica e considerare che i palloncini che si usano in questa procedura costano parecchie migliaia di euro. Disponiamo oggi di macchinari per la cura delle ulcere e di materiali di medicazione molto sofisticati, ma assai costosi. L'uso di queste tecnologie migliora nettamente le possibilità di guarigione della lesione del piede, ma bisogna sostenere i costi. Se questo non avviene, si resta alle medicazioni con alcool.

**Quali sono le misure di prevenzione fondamentali per scongiurare questo tipo di complicazioni? Ci sono dati che dimostrino quanto si risparmia, in termini economici, con la prevenzione e la riduzione di interventi e amputazioni?**

Dobbiamo distinguere tra prevenzione delle ulcerazioni e prevenzione dell'amputazione. Per la prima, la misura fondamentale è l'educazione del paziente alla cura del piede. Nell'ambito della educazione del paziente io considero anche l'acquisire consapevolezza: aver sempre presente che il controllo ottimale del diabete, come valori glicemici ma anche come stile di vita, diminuisce significativamente lo sviluppo di complicanze. L'uso di calzature e plantari studiati appositamente per il piede diabetico è molto efficace nel prevenire una seconda ulcera quando sia guarita la prima. A mio parere, scarpe e plantari sono efficaci anche per prevenire una prima ulcerazione, ma studi su questo argomento sono al momento contraddittori e non consentono certezze.

Per prevenire l'amputazione è indispensabile una diagnosi precoce, ma soprattutto corretta, della patologia, e il suo trattamento con le migliori tecniche disponibili. Che pre-

venire un'ulcera del piede sia economicamente molto vantaggioso, è evidente. Che prevenire un'amputazione, e cioè curare una ulcera del piede in maniera tale da non arrivare all'amputazione sia meno costoso che amputare è a mio parere una questione aperta. Le cure di una lesione del piede sono molto costose se si applicano tutte le terapie che la scienza medica oggi ci offre. Io penso che per evitare una amputazione si debba ragionare non tanto in termini di soldi, ma in termini di qualità della vita, sia per chi può continuare a vivere su due gambe sia per chi gli sta vicino. Da questo punto di vista costi anche elevati mi sembrano ampiamente giustificati.

**Quali sono le prospettive future di miglioramento nella terapia del piede diabetico? Su quali sentieri si muove oggi la ricerca?**

La prospettiva più valida a mio parere sta nel miglioramento della rete assistenziale specialistica: è dimostrato che i risultati migliori nell'evitare amputazioni si ottengono in centri dedicati, specializzati nella cura del piede diabetico. E' qui che sono state sviluppate le pratiche più efficaci: l'uso estensivo della rivascularizzazione, di apparecchi di scarico per le ulcere plantari, di tecniche chirurgiche sofisticate sul piede di Charcot eccetera. Credo che i sentieri su cui muoversi debbano riguardare il miglioramento della vascolarizzazione del piede, la velo-



*Fra le più gravi complicanze causate da un diabete trascurato vi sono quelle del piede, problemi che possono condurre fino all'amputazione della parte. Esistono però misure di prevenzione e metodi di cura efficaci e sicuri. Ne parliamo con uno specialista*

rità di guarigione dell'ulcera, lo sviluppo di farmaci efficaci sulla neuropatia.

**Secondo lei, si tratta di una questione generalmente sottovalutata in Italia? C'è adeguata informazione oppure no?**

Credo che l'Italia sia all'avanguardia nel mondo per quanto riguarda la cura del piede diabetico. Il grande numero di studi scientifici italiani pubblicati sulle più importanti riviste mondiali lo dimostra. Le società scientifiche diabetologiche, Amd e Sid, hanno dato un grande impulso alla comprensione e alla cura di questa patologia. Il grande assente è purtroppo il Servizio sanitario nazionale. Per una efficace opera-

di prevenzione è necessario rafforzare i servizi di diabetologia sul territorio, perché lo screening del piede e l'istruzione dei pazienti richiedono tempo, oltre che competenza professionale.

**Occorrono più centri specializzati o possiamo ritenerci sufficientemente attrezzati?**

Il problema dei centri specializzati è critico. Questi centri esistono in Italia, anche se con una distribuzione geografica molto irregolare, ma sono sorti spontaneamente e non hanno un riconoscimento ufficiale-giuridico. Il Ssn permette che esistano, ma non li riconosce come centri specialistici. Per riconoscimento non intendo una "targa", ma una indicazione ufficiale a curare questi pazienti in strutture specializzate. Oltretutto, l'attuale struttura degli ospedali come aziende sanitarie rende a volte difficile il trasferimento di questi pazienti da ospedali non specializzati a strutture specialistiche: un paziente trasferito è un paziente "perso" per l'azienda. In secondo luogo, riconoscimento significa anche finanziare queste strutture in modo da garantirne spazi, personale e strumenti necessari per stare al passo con i progressi della medicina. Ricordo anche come il Servizio sanitario sia avaro e inefficiente con i diabetici affetti da piede diabetico: gran parte dei costi delle medicazioni è a carico del paziente; quando un paziente è guarito dall'ulcera e necessita di calzature e plantari per prevenire ulteriori ulcerazioni, per ottenerli deve sottoporsi a una trafila burocratica per il riconoscimento della invalidità; queste procedure richiedono mesi per essere espletate, tempo più che sufficiente perché il paziente si riulceri. Un centro specialistico riconosciuto potrebbe sopperire a tutte queste incongruenze, perché sarebbe abilitato a fornire materiale medicativo, ad avere disponibili tecnici ortopedici



A GENOVA DAL 18 AL 21 MAGGIO LE ASSISE NAZIONALI

# Trent'anni di Amd

**G**enova, fresca capitale europea della cultura nel 2004, ospita quest'anno un importante appuntamento scientifico, il congresso nazionale dell'Associazione medici diabetologi, in programma al Centro congressi Magazzini del Cotone dal 18 al 21 maggio. E' la quindicesima volta, dalla sua fondazione, nel 1974, che la Amd celebra le proprie assise biennali: è quindi anche la celebrazione del trentennale di un'organizzazione il cui peso e la cui attività sono progressivamente aumentati nel corso degli anni, facendone una voce sempre più autorevole nell'ambito del vasto pianeta-diabete.

Il tema che accomuna i lavori di quest'anno è "Lo sviluppo della diabetologia italiana nell'assistenza e nella ricerca clinica", ma, a dimostrazione della crescente importanza acquisita dalla Amd, quello di Genova, come già era accaduto due anni fa a Catania, non sarà un congresso esclusivamente italiano. Spiega infatti il presidente dei diabetologi Giacomo Vespasiani nel presentare l'evento sul sito dell'Associazione: "Questo quindicesimo Congresso della



Amd promette di essere un appuntamento di alto livello, sia nel campo della ricerca clinica applicata in diabetologia, sia nel campo della costante e appassionata tensione verso un miglioramento dei sistemi di assistenza al cittadino affetto da malattie del metabolismo, da sempre tema fondamentale e istituzionale della società. Amd sta diventando, in questo campo, un punto di riferimento interna-

zionale: al congresso parteciperanno infatti rappresentanti ufficiali dell'American diabetes association e dell'International diabetes federation, ospiti a Genova per confrontarsi e discutere sui possibili nuovi orizzonti dell'organizzazione sanitaria mondiale".

Il convegno vedrà quindi impegnati relatori italiani e stranieri, darà la possibilità ai ricercatori di presentare i loro lavori originali, e permetterà di inquadra-

re la diabetologia italiana in uno scenario di più ampio respiro internazionale.

I vari workshop in programma vedranno la partecipazione delle altre società cointeressate alla gestione e cura del diabete, che con i diabetologi hanno rapporti di scambio e collaborazione sempre più stretti: Anmco (l'Associazione dei medici cardiologi ospedalieri), Simg e Fimmg (rappresentanti dei me-

dici di medicina generale), Osdi (l'organizzazione degli infermieri diabetologici).

A fare gli onori di casa, come presidente del congresso, è Marco Comaschi, primario all'Ospedale La Colletta di Arenzano, attualmente direttore del Centro studi e ricerche dell'Associazione.

Fra i protagonisti dell'incontro merita di essere nominato anche Diabete Italia, sotto la cui egida si svolge una sessione plenaria dedicata ai nuovi target terapeutici nel trattamento del paziente diabetico. Diabete Italia è -sono ancora parole di Vespasiani- "la giovane struttura che ci vede impegnati, oggi con Sid e nel prossimo futuro con le associazioni di volontariato, nell'intento di parlare con una sola voce, di stimolare ricerca, attenzione e prevenzione nei riguardi delle persone affette da diabete mellito".

Proprio alla Ada (American diabetes association), l'importante organizzazione statunitense, ospite del convegno di Genova nella giornata di giovedì, si ispira questo progetto voluto da Amd e Sid (Società italiana di diabetologia), come diceva Marco Comaschi in una recente intervista al nostro giornale: "Abbiamo fondato Diabete Italia proprio per aprirlo alla partecipazione e alla collaborazione con le altre associazioni, in particolare con quelle dei pazienti, e con tutte le entità interessate, coinvolgendo anche le Regioni. Sarebbe un buon risultato, se in prospettiva si potesse arrivare a qualcosa di simile alla Ada o alla Diabetes U.K.. Se si riuscisse a mettersi tutti insieme, si acquisirebbe ben altra forza nei confronti delle istituzioni".

E proprio la sessione plenaria congiunta fra Amd, Ada e International diabetes federation suscita particolare interesse perché affronta il problema di quale sia il modello sanitario preferibile per garantire la migliore

*L'Associazione medici diabetologi celebra con il suo quindicesimo congresso un anniversario importante: tre decenni di attività e di progressiva crescita. E lo fa con un appuntamento ricco di temi importanti e di respiro internazionale, con relatori da varie parti del mondo*



*A sinistra, il presidente uscente dell'Amd Giacomo Vespasiani; a destra, il presidente del congresso genovese Marco Comaschi. Nella pagina a fianco,*

assistenza al paziente diabetico e lo esamina da un punto di vista internazionale: si parlerà infatti dell'aumento generale della diffusione della patologia diabetica e di esperienze nazionali come quella irlandese o quella statunitense, oltre che del caso italiano. Il problema del "che fare" per combattere il diabete è posto come questione mondiale, come è giusto nel caso di una condizione che si va espandendo progressivamente in tutto il pianeta. Proprio il nostro Paese, però, come ha sempre sostenuto la Amd, rappresenta un esempio molto significativo di efficace rete di assistenza (pur con differenze rilevanti fra zona e zona) e di validi modelli teorici di organizzazione (basti pen-

sare al concetto di team diabetologico su cui proprio l'Associazione dei diabetologi ha molto lavorato e che a Genova sarà oggetto di una tavola rotonda).

Oggi sulla diabetologia italiana gravano le incognite di una politica sanitaria che tende ai tagli e alla lesina e i dubbi su una prospettiva federalista che rischia di accentuare il divario fra una regione e l'altra. La via italiana della distribuzione capillare di centri diabetologici può essere però un modello da imitare per l'Europa e persino per gli Usa, dove, se è vero che la ricerca è eccellente, il sistema sanitario non copre adeguatamente le esigenze assistenziali di tutta la popolazione e non ha

neppure il pregio di essere poco oneroso economicamente (e ciò vale naturalmente anche per il diabete). Infatti, il maggior numero di centri specialistici fa sì che mediamente i diabetici italiani siano seguiti di più e meglio rispetto ai pazienti di Paesi comparabili al nostro. Ciò non toglie che l'assistenza in Italia possa e debba essere ulteriormente migliorata, per esempio rafforzando il rapporto di integrazione fra specialista e medico di famiglia, uno dei principali obiettivi della Amd e non per caso, quindi, tema di un'altra tavola rotonda in programma.

Scorrendo il calendario dei lavori, si constata che tutti i principali temi d'attualità sono in agenda: dalla promozione dell'infor-

matica da accessorio a elemento fondamentale per una migliore assistenza alle moderne tecniche diagnostiche; dalle strategie di cura e prevenzione delle complicanze (piede diabetico, danno renale, malattia cardiovascolare) all'importanza cruciale del monitoraggio costante e del buon compenso glicemico; dai nuovi farmaci per la terapia delle patologie metaboliche (endocannabinoidi, insulina per via inalatoria, nuovi analoghi) al nuovo approccio farmacologico nella prevenzione (lettura magistrale del professor Hertzl Herzstein, dal Canada). Sarà anche presentata l'indagine "Bss-Il bilancio sociale della salute", condotta da Amd con altre importanti società scientifiche italiane. Per un'Associazione che si è sempre impegnata nella preparazione e formazione degli operatori (oltre che del paziente), non poteva mancare, infine, il corso di aggiornamento per infermieri dei servizi di diabeto-



UNO STATO D'ANIMO SERENO E' FONDAMENTALE PER UN'EFFICACE TERAPIA

# Calma, ragazzi



*Il diabete può creare ansia. Stress e tensione possono compromettere la buona gestione della propria condizione e la qualità della vita: bambini e adolescenti sono particolarmente vulnerabili a questi rischi. L'importanza di un adeguato sostegno psicologico ai giovani e alle loro famiglie*

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

**L**a qualità di vita dei giovani diabetici è fortemente influenzata da fattori psicologici determinati dall'impatto con la patologia diabetica e le sue possibili complicanze. Nella terapia del diabete di tipo 1 a insorgenza in età infantile o giovanile è perciò necessario tenere conto, non soltanto del controllo metabolico indispensabile per la prevenzione delle complicanze a lungo termine, ma anche dell'equilibrio psicologico del paziente e, specie se si tratta di un bambino, dei suoi familiari.

Che il diabete a insorgenza in età giovanile abbia un notevole impatto psicologico è, infatti, facilmente comprensibile. Il giovane diabetico e i suoi genitori fanno di dover subire una patologia a evoluzione cronica che ancor oggi non siamo in grado di curare ma soltanto di arginare, che è potenzialmente causa di gravi e invalidanti complicanze d'organo, che richiede l'applicazione di una terapia assai complessa, tale da coinvolgere l'intero nucleo fa-





miliare e che può essere avvertita dal giovane paziente come un elemento di discriminazione rispetto ai suoi coetanei.

Grandi progressi sono stati fatti, nel corso degli anni, nel campo della terapia, del buon controllo della condizione diabetica e nel modo di affrontarla e gestirla. E' innegabile, tuttavia, come l'impegno necessario per attuare quotidianamente e senza interruzioni una terapia insulinica corretta, rappresenti, di per sé, una causa non indifferente di stress e quindi di reazioni psicologiche sfavorevoli. Alcuni studi hanno dimostrato che, entro 3 mesi dalla diagnosi, il 36% dei bambini sperimenta un distress psicologico sufficiente a soddisfare i criteri di un ordine psichiatrico diagnosticabile, identificabile in prevalenza in un "disturbo dell'adattamento". Tuttavia, nella quasi totalità dei casi, è dato assistere alla completa remissione dei sintomi entro 9 mesi dall'esordio della patologia. Successivamente, lungo il decorso

del diabete, a partire dai 2-3 anni di durata, è frequente la comparsa di sintomi di depressione e di ansietà, di difetti di socializzazione, di disturbi somatici e di disturbi del sonno (peraltro di moderata entità).

Entro i 10 anni di durata, secondo gli studi di Kovacs e altri e di Gelfand e altri, ben il 47% dei pazienti soddisfa i criteri diagnostici di "disordine": sono stati infatti osservati "disordini da iperattività e deficit di attenzione", così come disordini dell'umore quali forme depressive,

UN ANALOGO DELL'INSULINA ANCHE IN ETÀ PEDIATRICA

## Una buona glicemia dai 6 anni in su

Buone prospettive terapeutiche anche per l'età pediatrica sono state aperte dalla introduzione del nuovo analogo ad azione ritardata "glargine", le cui caratteristiche corrispondono assai bene a quelle di una insulina basale ideale. Attualmente l'uso di "glargine", stando alla scheda tecnica del farmaco, è autorizzato soltanto al di sopra dei 6 anni di età, ma ciò si deve esclusivamente all'attuale carenza -che ci auguriamo presto colmata- di studi clinici eseguiti in età inferiore. Questo analogo ha una lunga durata di azione (fino a 20-24 ore), non ha un sensibile picco di attività e, per essere solubile nel flacone in ambiente acido e non in sospensione, presenta una elevata riproducibilità di assorbimento dal tessuto sottocutaneo. L'introduzione della "glargine" ha reso possibile un consistente progresso nella terapia insulinica, attestata fin dagli anni '50 sull'esclusivo impiego dell'insulina NPH e delle insuline

lente come forme insuliniche ad azione ritardata. Il grande vantaggio offerto dall'insulina "glargine" consiste innanzitutto nella prevenzione dell'ipoglicemia, ampiamente dimostrata anche in età pediatrica e nel miglioramento del controllo metabolico. E' questa la prima volta che una strategia di terapia insulinica intensiva può garantire un miglioramento del controllo glicemico con una parallela riduzione del numero di episodi ipoglicemici.

(P.B.)



bipolari, distimiche. Specialmente negli ultimi anni si è osservata, in una percentuale non irrilevante di casi, quasi interamente di sesso femminile, la comparsa di disordini del comportamento alimentare (anoressia, bulimia) che vengono a complicare non poco la condotta terapeutica. Si è anche osservato che il miglior predittore della futura comparsa di disordini psichiatrici è rappresentato dall'eventuale presenza di psicopatologia materna. Ciò lascia intendere l'importanza di un

supporto psicologico da fornire a tutto l'ambito familiare del bambino diabetico.

Lo stato psicologico del paziente diabetico non è estraneo al grado di controllo metabolico. E' stato dimostrato che a livelli più elevati di depressione e di ansietà corrispondono valori più elevati di emoglobina glicata. Analogamente, a un controllo metabolico migliore corrisponde una migliore qualità di vita, valutata attraverso la rilevazione di alcuni parametri basilari come la percezione dell'im-

patto del diabete, lo stato di preoccupazione per l'evoluzione futura della propria condizione, il livello di soddisfazione per la propria vita e il grado di percezione della salute.

Fra stato psicologico e controllo metabolico si stabilisce così un apporto bidirezionale, secondo cui il miglior controllo influenza le condizioni psicologiche, mentre uno stato d'animo più positivo consente di conseguire con maggiore facilità un soddisfacente controllo glicemico. E' perciò necessario fornire

ai giovani diabetici e alle loro famiglie il supporto psicologico di cui hanno bisogno nel momento in cui vedono cadere su di loro una calamità -così viene intesa la improvvisa comparsa del diabete- impreveduta. Dal Dcct ci giunge un insegnamento anche in questo senso, essendo prevista nel protocollo del trial l'applicazione ai soggetti inclusi nello studio, e quindi potenzialmente arruolabili nel gruppo di terapia intensiva, di specifici interventi comportamentali volti a facilitare l'inizio e la prosecuzione della terapia intensiva.

Le modalità di supporto psicologico sono molteplici, da interventi individuali a quelli di gruppo, a quelli rivolti al nucleo familiare e al personale medico. Un programma di "patient empowerment", abbastanza diffuso negli Usa, prevede, in tappe successive, di aumentare la capacità del paziente di identificare e perseguire obiettivi realistici, di trasmettere una tecnica per la soluzione dei problemi così da evitare gli ostacoli che si frappongono al conseguimento degli obiettivi, di insegnare il modo per fare fronte a ostacoli altrimenti non eliminabili e di dominare lo stress causato dal diabete e, infine, di far acquisire ai pazienti una maggiore motivazione alla terapia. L'applicazione di questa tecnica si è dimostrata capace di indurre un miglioramento del controllo metabolico.

I programmi di educazione finora rivolti ai giovani diabetici sono e continueranno a essere di fondamentale utilità. Sarebbe tuttavia opportuno mettere a disposizione dei pazienti e delle loro famiglie interventi psicologici strutturati, per rimuovere gli effetti negativi indotti dalla patologia e migliorarne l'esito. Molto si è fatto negli ultimi anni per rendere più efficace, sul piano metabolico, l'approccio terapeutico al paziente con dia-

I RISULTATI DEGLI STUDI SU ADOLESCENTI E BAMBINI

## La terapia intensiva fa bene ai più giovani

*Uno stretto controllo metabolico mantenuto con più iniezioni quotidiane è la migliore garanzia contro le complicanze anche quando il diabete insorge in età prepuberale*

Oggi sappiamo che il futuro dei nostri giovani diabetici sarà per molti aspetti assai migliore -e sperabilmente normale- rispetto a quanto accadeva in un passato anche non molto lontano. Il "Diabetes control and complications trial" (Dcct) ci ha infatti dimostrato che l'insorgenza delle complicanze microangiopatiche (retinopatia, nefropatia, neuropatia) può essere in buona misura pre-

venuta mantenendo nel tempo un buon controllo metabolico. Ciò si è dimostrato valido anche nei circa 200 adolescenti inclusi nello studio. Inoltre, il vantaggio di cui ha goduto la popolazione diabetica in terapia intensiva rispetto a quella in terapia convenzionale si è mantenuto anche dopo la chiusura dello studio, quando i valori di emoglobina glicata nei due gruppi si sono avvicinati progressivamente

fino a sovrapporsi.

Infatti, 4 anni dopo la chiusura del Dcct, il gruppo sottoposto a terapia intensiva ha presentato un'incidenza di complicanze di gran lunga inferiore a quella del gruppo precedentemente in terapia convenzionale. Segno questo che esiste una memoria tessutale del livello di esposizione





ne glicemica, capace di mantenere i suoi effetti anche a distanza di anni. E' questo il motivo per cui un controllo metabolico ottimale deve essere conseguito e mantenuto fin dall'esordio del diabete. Una correzione tardiva non compensa il danno, anche se inapparente, indotto dalla precedente esposizione ad alti valori di glicemia.

### Il miglior controllo

Queste considerazioni valgono anche per i giovani diabetici con insorgenza della patologia in età prepuberale. Alcuni studi hanno valutato se vi fosse una diversità di evoluzione a seconda che il diabete fosse insorto prima o dopo i 5 anni di età. La conclusione è stata che i bambini con insorgenza del diabete prima dei 5 anni hanno una certa protezione nei confronti del danno esercitato da alti valori glicemici, ma

questa protezione è soltanto parziale e, con il passare del tempo, la differenza di incidenza delle complicanze nelle due fasce di età (diabete insorto prima e dopo 5 anni) tende ad attenuarsi fino a scomparire.

E' quindi necessario ottenere anche nel bambino piccolo il miglior controllo metabolico possibile, evitando al tempo stesso un aumento della incidenza di episodi ipoglicemici. Numerosi studi sono infatti concordi nell'affermare che, particolarmente nel bambino di età inferiore a 5 anni, l'esposizione a ripetuti episodi ipoglicemici provoca conseguenze neuropsicologiche evidenziabili con l'esecuzione di alcuni test. In

particolare, questi soggetti presentano, rispetto a una popolazione di controllo costituita da giovani con insorgenza più tardiva del diabete, un deficit verbale, consistente in una minore ricchezza del vocabolario acquisito, un difetto della memoria a lungo termine, una riduzione della capacità di apprendimento e una minore capacità di coordinamento visivo-spaziale. Si ritiene che questi difetti siano il risultato di un danno funzionale e/o strutturale indotto nella regione dell'ippocampo



dall'ipoglicemia.

D'altro canto, i bambini presentano una maggiore predisposizione all'ipoglicemia e al danno da questa indotto a causa di una minore efficienza del sistema di contropregolazione e della difficoltà o impossibilità di comunicare, da parte del bambino piccolo, i sintomi dell'ipo-



glicemia. Inoltre, la ricorrenza degli episodi ipoglicemici induce la perdita dei sintomi dell'ipoglicemia ("hypoglycaemia

unawareness") con ciò aumentando il rischio di episodi ipoglicemici di maggior gravità fino al coma e alle convulsioni. La maggiore sensibilità del bambino piccolo all'ipoglicemia si spiega, d'altra parte, con l'imaturità delle strutture cerebrali, per questo assai più sensibili agli insulti lesivi di vario genere.

Nella conduzione della terapia insulinica del bambino al di sotto dei 5 anni si deve tener conto perciò del maggiore rischio rappresentato, per questa fascia di età, dagli episodi ipoglicemici e della protezione sia pure parziale del giovane organismo nei confronti del danno secondario alla gluco-tossicità.

Sia pure tenendo conto di queste limitazioni, è necessario perseguire il miglior controllo metabolico possibile applicando una terapia razionale che non può prescindere dall'impiego di iniezioni multiple e da un accurato monitoraggio della glicemia.

L'impatto negativo di una eccessiva frequenza di episodi ipoglicemici può essere almeno in parte prevenuto con l'adozione di una terapia

IL PRIMO PORTALE DEDICATO AL DIABETE HA 5 ANNI

# Squadra che vince si rinnova

*Nuova home-page, contenuti più ricchi, navigazione più rapida e agevole, più foto: il sito muta volto, ma senza stravolgimenti. Un cambiamento in meglio, secondo le esigenze dell'utente, di una formula di successo*

Dopo cinque anni di vita, e di crescente successo, il sito Bayer dedicato al diabete sente il bisogno di un cambiamento e dalla metà di maggio mostrerà ai suoi visitatori un volto nuovo. Non ci sarà certo uno stravolgimento di una formula che ha dimostrato di funzionare bene: 770 mila visite in un quinquennio e una media di ventimila visite al mese. Quindi, squadra che vince non si cambia: piuttosto, la si migliora e la si arricchisce.

Il portale si presenterà quindi con una home page di ancor più chiara consultazione (vedi immagine a fianco), in cui tutti i contenuti saranno immediatamente visibili e identificabili, secondo la sperimentata e funzionale divisione in sezioni; la navigazione sarà più rapida e la ricerca più semplice; lo spazio riservato alle immagini sarà via via ampliato.

Oltre a uno stile grafico più ordinato, il navigatore troverà novità anche nei contenuti. Innanzitutto, merita di essere segnalato il corso on-line, dedica-

to a medici e operatori sanitari, su come cercare, trovare e selezionare in rete notizie, informazioni e documenti riguardanti la diabetologia.

Un'altra innovazione interessante è lo spazio aperto ai centri diabetologici italiani: in analogia con quanto già si fa nella web page delle associa-



zioni di volontariato, sarà inaugurata una sezione speciale, regolarmente aggiornabile, in cui i centri potranno presentare la loro attività, le loro caratteristi-

che, i loro servizi. Si avvia così un canale di comunicazione che permette a chi eroga l'assistenza specialistica diabetologica di farsi conoscere dai pazienti e ai diabetici di trovare informazioni utili su dove recarsi per visite e controlli.

Un'altra area del portale che si appresta al debutto è quella dedicata al piede diabetico, una complicanza (di cui parliamo proprio in questo numero di "Tuttodiabete" con il dottor Ezio Faglia) che suscita crescente attenzione da parte del mondo

scientifico.

La filosofia di www.diabete.net non cambierà: sarà confermata la massima accessibilità per tutti a tutte le aree del portale, con la sola eccezione di alcune sezioni molto tecniche di esclusivo interesse dei medici, raggiungibili attraverso una password.

I cambiamenti apportati sono scaturiti da una accurata ana-

lisi del tipo di interessi che muovono i frequentatori del sito. Si è rilevato che chi entra in diabete.net consulta molto le sezioni della stampa, le notizie dal mondo scientifico, la pagina delle associazioni e che fra i temi più seguiti vi sono alimentazione, sport, racconti in prima persona di esperienze fatte da diabetici (come i resoconti delle escursioni alpinistiche, dal Kili-manjaro al Cho-Oyu). E un ottimo riscontro -ci pare giusto ricordarlo- ha sempre registrato anche la versione on-line del





UN SISTEMA CHE HA RESO PIU' AGEVOLE L'INIEZIONE DI INSULINA

## Con una penna nel taschino

*E' uno strumento comodo e duttile, di semplice uso, che il paziente può portare con sé dovunque, senza problemi. Vediamone le principali caratteristiche e le fondamentali regole di impiego per una corretta attuazione della terapia*

**S**i chiamano penne perché ciò a cui più somigliano è la penna stilografica. Ormai sono comunemente usate dai diabetici e apprezzate per la loro comodità d'uso e perché permettono di avere sempre a disposizione la necessaria dose di insulina anche quando si sia fuori casa.

Le penne possono essere **usa e getta** oppure **riutilizzabili**: entrambe sono dotate di una cartuccia (normalmente da 3 ml), che funge da serbatoio di insulina, ma le prime devono essere eliminate, una volta terminata l'insulina, mentre nelle seconde la cartuccia esaurita va rimpiazzata con una nuova.

In generale, le penne possono erogare contemporaneamente un massimo di 15 unità, ma



alcune arrivano a 70 U; per quanto riguarda invece la dose minima, può essere 0,5 U, 1 o 2 unità. La scelta dipende dalla terapia prescritta.

L'ago da penna ha due punte: la **punta cartuccia**, rivolta verso la cartuccia di insulina, e la **punta paziente**, quella che deve penetrare nei tessuti. E' importante che la punta cartuccia sia protetta (effetto **anti-coring**) contro il

rischio di distacco di frammenti del tappo di gomma, che potrebbero occludere l'ago o essere iniettati e causare infiammazioni o lipodistrofie. La punta paziente deve essere ben affilata e lubrificata e tale da non generare attrito: caratteristiche che, insieme con quella, basilare, della sterilità, vanno perse dopo il primo impiego. Dopo la prima iniezione, si riduce il grado di lubrificazione, si deteriora l'affilatura, diventano difficoltose e dolorose sia la penetrazione sia l'estrazione. Per questo l'ago non deve più essere riutilizzato. E perciò gli aghi da penna sono sempre confezionati singolarmente e vanno avvitati alla penna soltanto al momento dell'iniezione.

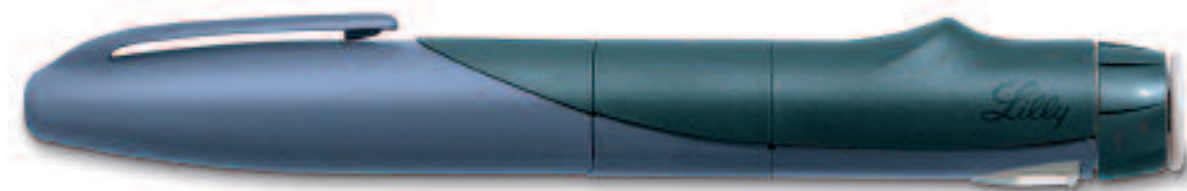
Qual è la misura giusta per

un ago da penna? Dipende dalla struttura corporea dei soggetti e dalle zone in cui l'iniezione deve essere praticata, cioè dallo spessore sottocutaneo. E' bene che la scelta sia guidata dal diabetologo. Sono disponibili aghi di diametro e lunghezza differenti, adatti alle diverse esigenze. Il diametro degli aghi si misura in **gauge (G)** e ve ne sono da **29, 30 o 31 G**: maggiore è il numero di G, minore è il diametro e quindi meno doloroso l'atto dell'iniezione.



In linea di massima, sono preferibili gli aghi che, a parità di diametro esterno, presentano il lume interno più ampio.

La lunghezza varia invece da 6 a 8 a 12 millimetri (per 6 e 8 mm è consigliabile il G31 anziché il G30). L'ago più corto (6 mm) è solitamente preferibile per i bambini. Per gli adulti, si consigliano quelli più lunghi: 8 mm. per l'adulto normopeso e 12,7 mm per la persona obesa. Gli aghi per penna oggi sono interscambiabili e compatibili con tutti i modelli di qualsiasi marca.





UN NUOVO MANUALE SUL DIABETE NELL'ANZIANO

## Questioni di età

In Italia circa l'8% della popolazione sopra i sessant'anni ha il diabete, percentuale che sale al 10-12% fra gli ultrasessantenni. Queste cifre da sole danno già l'idea dell'esistenza di un importante problema specifico riguardante il trattamento del diabetico anziano, specialmente in una società in cui la popolazione invecchia. A tale rilevante questione ha voluto dedicare un libro il dottor Francesco Galeone (nella foto), responsabile del servizio di diabetologia dell'Ospedale di Pescia



(Pistoia) e consigliere nazionale dell'Associazione medici diabetologi, già autore di numerosi lavori scientifici. Il volume (scritto insieme con Adolfo Arcangeli, Maria Antonietta Pellegrini, Alice V. Magiar, Secondina Viti) si intitola "La gestione del diabete nel paziente anziano" e sarà presentato alle assise Amd di Genova. E' un accurato manuale che affronta tutti i vari aspetti della cura e dell'assistenza del diabetico anziano, partendo dalla constatazione che le specifiche esigenze di questi pazienti sono spesso trascurate, mentre abbisognano di alcune attenzioni in più.

Commenta Galeone: "C'è oggi una generale sottovalutazione del problema del diabete nell'anziano. Se il paziente è in buona salute, ha tanto tempo per poter continuare a vivere bene: non è giusto dire 'ormai è vecchio, lasciamo perdere'. E' sbagliato l'atteggiamento rinunciatario nei confronti del diabetico anziano, perché viviamo in una società che permette di avere una buona qualità della vita anche in età avanzata e perché anche a 70 anni si possono cambiare abitudini alimentari o di stile di vita e i risultati positivi poi si vedono". Il testo di Galeone e collaboratori invita quindi i medici e tutto il team diabetologico a tenere conto dei tanti aspetti peculiari e delle specifiche difficoltà che riguardano il diabete al di sopra di una certa età, in particolare quando si tratta non di diabetici che diventano anziani, ma di anziani che diventano diabetici.

Il dottor Galeone fa qualche esempio: "Va sottolineata la frequente carenza di attenzione verso l'anziano ricoverato. Per esempio, in caso di accertamenti per cui sia prescritto il digiuno, se non si danno precise indicazioni al paziente, è possibile che questo faccia terapia insulinica la sera prima, col rischio che a digiuno il giorno dopo vada in ipoglicemia. Si pensi poi agli orari dei pasti in ospedale, assolutamente diversi da quelli della normale routine e che richiedono un adeguamento della terapia insulinica".

C'è un altro punto che Galeone tiene a far risaltare: "L'invito del libro è a non considerare l'anziano sganciato dagli aspetti socio-economici della sua condizione, cui spesso non è dato il giusto peso. Se il diabetologo, durante la visita, non chiede se il paziente ha problemi economici, se vive con qualcuno, se ha difficoltà ad andarsi a

prendere le medicine da solo o a far la spesa, se ci vede bene, se è in grado di seguire una dieta, si possono correre rischi dal punto di vista terapeutico. Rischiamo di prescrivergli una terapia che lui poi non sarà in grado di osservare. Dobbiamo preoccuparci di tante questioni, tipiche dell'anziano. Anche per l'educazione sanitaria non basta parlare col paziente, ma anche con chi vive con lui, i familiari o la badante, che devono avere le nozioni-base su trattamento e terapia".

Da non dimenticare poi anche gli aspetti psicologici: "Spesso il paziente è depresso - continua Galeone - spesso ha problemi di cui si vergogna di parlare, come quelli sessuali, che i medici tendono a trascurare. E' un errore: perché una persona non deve poter vivere una buona sessualità anche a quell'età? Anche su questi temi il diabetologo deve indagare".

Di questi e di tanti altri aspetti (epidemiologia, prevenzione, complicanze, terapia farmacologica, organizzazione dell'assistenza) si occupa il volume, in oltre 180 pagine. Chi fosse

GROSSETO

## 25 anni di campi scuola

"Il Signor Glicemia (impara insegnando)" è un libro che racconta le esperienze di 25 anni di campi-scuola organizzati dalla Associazione diabetici di Grosseto, specializzata in soggiorni educativi per bambini e ragazzi con diabete. Il presidente dell'Associazione grossetana, Romano Bernabò, rivendica il valore della propria filosofia organizzativa: privilegiare l'attività didattica su quella ludico-sportiva, che pure deve avere il suo spazio, in modo da rendere i campi estivi un reale momento di apprendimento sul diabete e sul modo migliore di gestirlo. Il volume, scritto a più mani dagli organizzatori e animatori delle iniziative (lo stesso Bernabò e il personale medico e paramedico dell'Ospedale Misericordia di Grosseto, Unità operativa di Pediatria), è una esemplare testimonianza del lavoro svolto: non si limita a riportare fotografie e modalità di partecipazione ai campi, ma dà conto dettagliato dei contenuti e del modo (dalla fiaba al questionario) in cui le informazioni sono comunicate ai giovani affinché imparino con facilità tutto quanto occorre su ipoglicemia, alimentazione, tecniche di iniezione eccetera. Il volume è vivacemente illustrato dai disegni di Rosaria Matera.

Come scrive nell'introduzione il direttore dell'unità pediatrica dell'Ospedale Misericordia, Gabriele Ezio Barlocco, questo testo non vuole essere semplicemente un diario, ma qualcosa di più: la esemplificazione di un modo di operare di cui anche altri possono far tesoro per poi metterlo in pratica. Per informazioni, telefonare

I DATI DIFFUSI DA JDRF-ITALIA SUL TIPO 1

## Il diabete avanza ma lo si cura meglio

In occasione di un recente convegno internazionale, organizzato a Roma, sul tema "Diabete mellito: le cause, la prevenzione, la terapia", (durante il quale ha anche presentato il suo Vademecum su "Scuola e diabete" di cui abbiamo ampiamente parlato su "Tuttodiabete" 1/2005), la Juvenile Diabetes Research Federation, sezione italiana (presieduta da Aurora Ketmaier), ha diffuso alcuni sintetici dati, utili per fare il punto sulla situazione del diabete di tipo 1. Il quadro ci dice che la patologia avanza, ma anche che la qualità e la durata della vita aumentano, grazie ai progressi nella terapia e nella gestione del problema.

Vediamo le più rilevanti cifre rilevate dall'autorevole organizzazione. In Italia i diabetici di tipo primo sono circa 300.000 e ogni anno si registrano circa 8 nuovi casi per 100.000 abitanti in bambini al di sotto dei 15 anni. La Sardegna si conferma come la regione più colpita, con 43,3 nuovi casi ogni 100.000 abitanti l'anno nella popolazione generale.

Spostando lo sguardo dall'Italia all'Europa occidentale nel suo complesso, si stima un aumento dei casi del 36% fra 1994 e 2010.

La Jdrf fa osservare inoltre che la spesa sanitaria è circa tre volte superiore per un diabetico rispetto a un non diabetico e che l'uso delle strutture ospedaliere rappresenta la voce di spesa più rilevante, mentre soltanto il 13,61% dei costi diretti è attribuibile alle cure ambulatoriali. La maggior parte delle risorse è impiegata per la cura delle complicanze acute e croniche, ospedaliere, domiciliari e assistenza in case di cura.

D'altronde, la Juvenile Diabetes Research Federation sottolinea una volta di più che tutti gli studi che analizzano i costi della patologia sono concordi nell'affermare che un'adeguata cura primaria del diabete e una prevenzione delle complicanze attraverso il mantenimento accurato della glicemia il più possibile vicino alla norma, sono in grado di determinare un risparmio delle risorse per la cura secondaria (delle complicanze), quella indubbiamente più gravosa.

Ma il bilancio della Jdrf riporta anche qualche dato positivo che merita di essere menzionato. Negli ultimi 20 anni il miglioramento della terapia ha portato i seguenti risultati: l'aspettativa di vita per il diabete di tipo 1 è passata da 35-40 anni dopo la diagnosi a 50-60 anni; i nuovi casi di cecità sono scesi del 35-40%; l'incidenza della nefropatia diabetica è scesa dal 45 al 30%; gli esiti della gravidanza sono migliorati, con la diminuzione della morte perinatale dal 6 all'1%, delle complicanze gravi dal 9 al 3%, dei parti prematuri dal 46 al 25%.

Per contatti e approfondimenti, o per richiesta di materiali, rivolgersi a: Associazione Jdrf Italia - tel./fax: 06.85300558;

MERCATO SAN SEVERINO

## L'onlus dell'Arcobaleno

Ha compiuto ormai il primo anno di attività l'Associazione diabetici di Mercato San Severino (in provincia di Salerno), che ha scelto di chiamarsi Ada, Associazione Diabetici Arcobaleno. Scopo di questa onlus è promuovere attività socio-assistenziali e socio-sanitarie a favore di persone con diabete mellito, in proprio o in collaborazione con strutture e presidi medico-infermieristici del Servizio sanitario nazionale. Tra i progetti avviati, la creazione di un gruppo sportivo per i diabetici di tipo 1, l'organizzazione di iniziative di

sensibilizzazione rivolte alla popolazione e alle stesse istituzioni, l'apertura di uno sportello per informazioni al pubblico.

L'Ada è oggi così guidata: presidente Gianluca Sarnelli; vicepresidente Giuseppina Siglioccolo; segretaria Marina Francesca Cerrato; tesoriere Flora Leo; consiglieri Antonietta Costabile, Gerardo Amabile, Annalucia Ragno, Laura De Prisco. Per contatti: Ada, presso Ospedale Amico G. Fucito-Centro diabetologico, corso Umberto 1°, 84085 Mercato San Severino (SA) - tel. 089823202. ✧

CEFALU'

## A suon di gol

Nel mese di giugno, nei giorni sabato 18 e domenica 19, si terrà presso il Centro Sportivo delle Madonie (Cefalù, Palermo) il 1° Torneo inter-regionale di calcetto per atleti diabetici promosso dall'Aniad in collaborazione con la Fdg. Il torneo vedrà impegnate 6 squadre (2 dalla Sicilia, una a testa da Campania, Sardegna, Puglia, Calabria) che si confronteranno su due turni di gara dai quali si approderà prima alla semifinale e poi alla finale.

Selezionatori e accompagnatori delle diverse rappresentative saranno: per la Calabria, i dottori Puccio e Giovannini; per la Campania, i dottori Agrusta e Di Blasi; per la Sardegna, i dottori Pacifico e Mameli; per la Puglia, il dottor Cervellino e la dottoressa D'Amato; per la Sicilia, il dottor Mattina e le dottoresse Fulantelli e Cardella. L'iniziativa sarà possibile grazie al sostegno non condizionato della Bayer Divisione Diabetes Care. ✧

**Diabete** tutto

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

Omaggio della  
**Bayer**  
**Diagnosics** s.r.l.

EDITORIALE  
**GIORNALIDEA**



