

Anno 13
Giugno 2011

Novo Diabete[®] 24^{n°}

SEMESTRALE

Pubblicazione
gratuita fuori
commercio

**Le persone con diabete
tra diritti e... doveri**

**Semplicità d'uso
dei nuovi device**

**Diabete non è
solo glicemia**



changing diabetes®

Insieme possiamo cambiare
il modo in cui il diabete
viene percepito dalla società e curato.



Da 85 anni in Novo Nordisk investiamo nella ricerca per offrire trattamenti innovativi e sempre più adatti alle esigenze della singola persona con diabete.

Da sempre il nostro impegno è quello di offrire i migliori farmaci e i migliori sistemi di somministrazione, ma sappiamo che le persone con diabete non hanno bisogno solo di questo.

Crediamo che un'azienda leader nel mondo abbia l'obbligo di contribuire a facilitare i cambiamenti sociali e culturali che vanno incontro ai bisogni e ai desideri delle persone con diabete.

Changing Diabetes® è lo slogan che identifica il nostro impegno ed è anche il nostro progetto per rispondere alle richieste di cambiamento delle persone con diabete.

Maria Evangelina Sosa
Novo Nordisk

changing
diabetes®



Trattare meglio il diabete intervenire precocemente.

Se è profondamente vero che “prevenire è meglio che curare” è altrettanto vero che, una volta individuata la malattia, l'intervento medico deve essere il più precoce possibile

È tuttavia non raro anche oggi, che pazienti si presentino al medico diabetologo con le complicanze già conclamate della malattia.

Si tratta quasi sempre del Diabete Mellito di tipo 2, il diabete che abitualmente si riscontra nell'età adulta o avanzata, mentre il Diabete Mellito di tipo 1 raramente passa inosservato per i sintomi eclatanti con cui generalmente si presenta (sete intensa, eliminazione abbondante di urine, dimagrimento, ecc. ecc.), anche se tuttavia il fenomeno può verificarsi anche in questo caso.

Come può accadere questo?

Abitualmente, quando si indaga in questi pazienti, si scopre che qualche tempo prima era stato rilevato un valore anomalo della glicemia, poi dimenticato e trascurato.

Nella donna non è raro riscontrare un pregresso diabete gestazionale non più valutato. Altre volte, e non raramente, la malattia si instaura subdolamente e progressivamente, senza alcun sintomo di sé.

Questo avviene in genere quando la glicemia aumenta molto lentamente nel tempo, per cui l'organismo si abitua allo stato patologico. Talora ancora il paziente tarda a rivolgersi alle strutture specializzate o il medico non afferra questa necessità.

Di qui l'importanza di un controllo periodico dello stato di salute, indipendentemente dalla presenza o meno di una sintomatologia.

Questo principio è naturalmente valido non solo per il diabete, ma anche per tutte quelle condizioni patologiche che più frequentemente si manifestano ad una certa età (aumento dei grassi del sangue come

colesterolo e trigliceridi, patologie cardiovascolari, ipertensione neoplasie, ecc. ecc.). Alla diagnosi precoce deve seguire un intervento medico immediato. Un vecchio adagio recita “il medico pietoso fa la piaga cancrenosa” e questo è profondamente vero anche per la malattia diabetica. Come è noto, l'iperglicemia cronica è causa di complicanze micro e macrovascolari (retinopatia, neuropatia, nefropatia, malattie cardiovascolari, cerebrovascolari e vasculopatie periferiche). Studi recenti hanno dimostrato che l'iperglicemia iniziale, se non tempestivamente trattata e normalizzata, lascia molto precocemente un'impronta sulle cellule degli organi bersaglio favorendo lo sviluppo futuro delle complicanze micro e macrovascolari sopra ricordate. Al contrario è stato dimostrato che pazienti trattati in modo intensivo fin dalle prime fasi della malattia, presentano nel futuro un rischio ridotto di infarto del miocardio, di morte per tutte le cause e di complicanze micro e macrovascolari.

In altri termini, un compenso seppure ottimale della malattia in fase avanzata, è meno utile nel prevenire le complicanze.

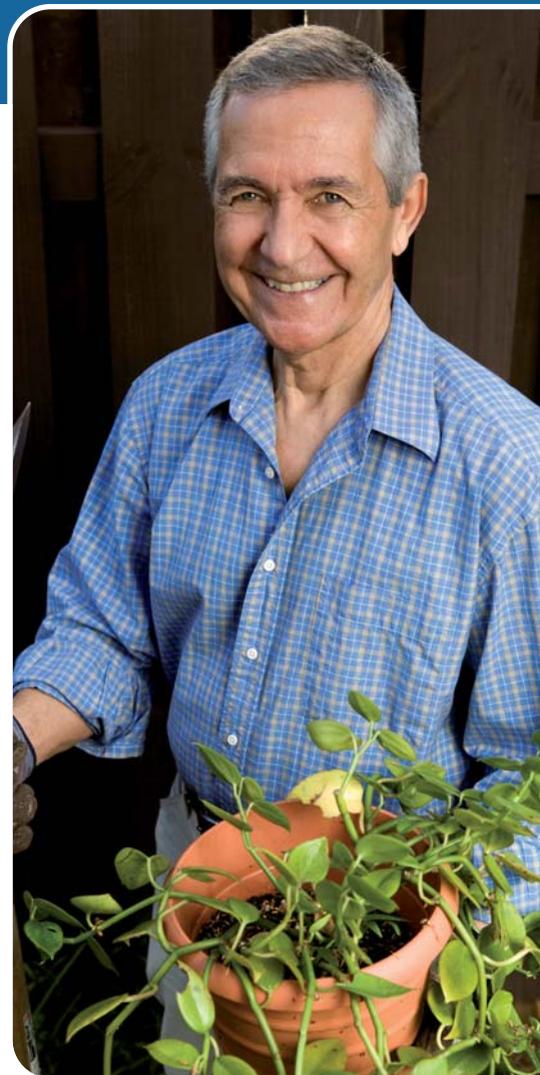
A questo fenomeno è stato dato il nome di “memoria metabolica”; l'organismo cioè si “ricorda” dell'insulto subito dall'iperglicemia nel passato e ne porta le conseguenze.

Va ricordato inoltre che il diabete, anche in una fase iniziale, non è solo iperglicemia, ma che vanno attentamente valutati anche altri parametri ed in particolare l'assetto lipidico e la pressione arteriosa.

Non raramente infatti il D.M. si associa a dislipidemia e ipertensione arteriosa, condizioni che aggravano notevolmente il decorso futuro della malattia.

Cosa fare?

Quando lo “stile di vita” non è sufficiente a raggiungere l'equilibrio me-



tabolico (attività fisica, alimentazione adeguata, normalizzazione del peso corporeo, abolizione del fumo, ecc. ecc.), si dovrà ricorrere necessariamente alla terapia farmacologica. Oggi possediamo un armamentario notevole di farmaci di cui alcuni, specie tra i più recenti, estremamente validi. Ma naturalmente in questo caso è il medico diabetologo a decidere.

Rimane come concetto fondamentale la necessità di raggiungere il più precocemente possibile un adeguato equilibrio metabolico ($HbA_{1c} < 7\%$) e il controllo degli altri parametri sopra menzionati (pressione arteriosa, lipidi, peso corporeo, ecc.).

L'intervento precoce e intensivo può trovare resistenza nella persona con diabete che può non comprendere il significato dell'impegno apparentemente eccessivo, specie quando si tratta di terapia insulinica, ma quanto sopra detto lo giustifica ampiamente.

Paolo Fumelli

Primario Emerito INRCA - Ancona



Gestione

Diabete non è solo glicemia **6**
Pantaleo Daniele

Quali sono i segnali
per riconoscere il diabete? **8**
Vito Giagulli

Il diabete è una patologia
multifattoriale:
come trattarlo? **14**
Valerio Gherardini

Il corretto rapporto
tra carboidrati e attività fisica
per lo svolgimento dell'attività
sportiva non agonistica **16**
Roberto Morea



Questo periodico è associato
alla Unione Stampa
Periodica Italiana

**Omaggio
della Novo Nordisk
Farmaceutici S.p.A.**

**Dove trovare
la rivista!**

**Viene distribuita
gratuitamente
nei Centri di Diabetologia**

Aggiornamento

Semplicità d'uso
dei nuovi device **10**
Antonio Staglianò

La persona con diabete
fra diritti e... doveri **12**
Maria Luigia Mottes

La cucina tradizionale
uno strumento di gestione
della salute **20**
Giuseppe Fatati

Rubriche

I percorsi
Changing Diabetes
La salute
sui percorsi fitwalking **18**
a cura di Maurizio Damilano

Star bene
mangiando **21**
a cura di Giuseppe Fatati

Le ricette **22**
a cura di Giuseppe Fatati

Registrato presso il Tribunale di Roma
n. 228/2000 del 2 giugno 2000

Direttore Responsabile: *Lorenzo Mastromonaco*

Direttore Scientifico: *Paolo Fumelli*

Vice Direttore Responsabile: *Federico Serra*

Coordinamento editoriale: *Arianna Baroni*

Segretaria di redazione: *Teresa Tani*

Editore: *SEGNO&FORMA - Milano*

Art Director: *Ercole Lodi Rizzini, Daoud Adoum*

**Coordinamento editoriale, elaborazione elettronica
dei testi:** *SEGNO&FORMA - Milano - Tel. 02.89150005*

Stampa: *Grafiche Mazzucchelli - Milano*
Direzione, amministrazione: Via Elio Vittorini, 129
00144 Roma. Tel. 06.50088326



Diabete non è solo glicemia

A volte al medico che si occupa di patologie croniche capita di domandarsi se lui ed il suo paziente abbiano la stessa percezione circa la malattia che stanno gestendo assieme. E questo, forse, è ancora più vero nella gestione del diabete, malattia multifattoriale.

Il medico è consapevole come nell'approccio attuale alla malattia ci sia una serie di **bisogni che non vengono soddisfatti**; bisogni che sono più rilevanti quanto maggiore è l'anzianità di malattia e che non sono unicamente correlati in modo stretto al solo parametro della glicemia.

Cerco di spiegarmi meglio. Alla base del diabete, si sa, ci sono due meccanismi correlati all'insulina; da un lato un deficit nella secrezione di questo ormone da parte dell'organismo, dall'altro una diminuzione della sua attività. Dopo i fallimenti dei vari tentativi di tenere sotto controllo il compenso glicemico con **le modifiche allo stile di vita**, così come evidenziato anche dagli Standard italiani per la cura per il diabete mellito, **si passa ad un trattamento con farmaci ipoglicemizzanti**, trattamento che dopo un certo periodo di tempo porta il medico a doversi confrontare con quelle necessità non più soddisfatte cui mi sto riferendo.

In particolare, dopo alcuni anni non si riesce più a raggiungere glicemie accettabili; quella parte del pancreas che è preposta alla produzione di insulina (la betacellula) si deteriora sempre di più; aumenta il rischio di ipoglicemie, aumenta il peso (rasentando l'obesità) e spesso anche la pressione.

L'obiettivo del medico diventa, quindi, non solamente **un obiettivo glicemico ma molto più complesso**, e spesso il suo paziente non percepisce questa nuova situazione. Con l'obesità, soprattutto quella addominale, aumenta notevolmente anche il rischio cardiovascolare; questo

Diabete è solo glicemia?

Il medico è consapevole come nell'approccio attuale alla malattia ci sia una serie di bisogni che non vengono soddisfatti; bisogni che sono più rilevanti quanto maggiore è l'anzianità di malattia e che non sono unicamente correlati in modo stretto al solo parametro della glicemia.

significa problemi al rene, alla retina, al sistema nervoso; ma anche ai vasi periferici, al cuore, al cervello. I rischi sono altissimi: nell'85% dei casi le amputazioni di arti inferiori sono precedute da ulcera e si stima che un diabetico ha il 15% di probabilità di incorrere in una lesione del piede nell'arco della propria vita. Non va dimenticato, poi, che l'obesità porta con sé non solo una diminuzione dell'efficacia dell'insulina ma anche un notevole incremento del rischio cardiovascolare.

Nuovi scenari si aprono. Da un lato, sul fronte della collaborazione fra medico e paziente. Come dicevo prima, si deve realizzare **una più stretta corrispondenza di intenti tra il soggetto diabetico ed il suo team diabetologico**, con nuove consapevolezze ed un impegno più preciso circa l'aderenza alla terapia farmacologica ed alle modificazioni sullo stile di vita che il team propone. Strategico è il seguire con attenzione il regime di alimentazione che viene costruito con un taglio sartoriale sul soggetto, ma anche il piano di attività fisica che viene consigliato. Dall'altro lato, nuovi scenari vengono aperti da nuove opportunità terapeutiche offerte dalla ricerca scientifica, opportunità che sono ormai disponibili sul mercato.

Mi riferisco ad una **nuova classe di farmaci** ed in particolare ad una molecola che, in mono somministrazione giornaliera, è in grado di aiutare il medico a tenere sotto controllo una serie di parametri che sono strettamente correlati con la qualità di vita futura del suo paziente.

Una nuova classe di farmaci

Una molecola che, in mono somministrazione giornaliera, è in grado di aiutare il medico a tenere sotto controllo una serie di parametri che sono strettamente correlati con la qualità di vita futura del suo paziente.

È strategico avere a disposizione un farmaco che riesce a gestire la glicemia quando questa sale, ma che allo stesso tempo è in grado di aumentare il senso di sazietà e riduce l'introito calorico. Queste caratteristiche fanno sì che il **rischio di ipoglicemie sia veramente molto basso** fatto che, associato ad una apprezzabile riduzione di peso e ad una diminuzione della circonferenza vita, creano anche le condizioni ideali per una corretta accettazione da parte del paziente.

Sia gli studi scientifici che la pratica clinica quotidiana stanno inoltre confermando come questa molecola sia in grado di intervenire sulla pressione sistolica: i pazienti in trattamento

mostrano valori pressori più fisiologici. Collaborazione, obiettivi percepiti dal paziente e condivisi con il medico. Che non sta solamente dietro la sua scrivania, ma che è, per sua formazione, fortemente orientato ad una visione del diabete che vede il paziente in un ruolo attivo, informato all'interno di un processo di educazione terapeutica che è alla base del successo della terapia e della qualità di vita futura.

Il diabete, non è solo glicemia!

Pantaleo Daniele
Ambulatorio di endocrinologia
e diabetologia
Distretto Sociosanitario
di Campi Salentina-Martano



Quali sono i segnali per riconoscere il diabete?



Quali sono i soggetti a rischio e quali segnali individuare il più precocemente possibile.

La malattia diabetica sta prendendo sempre più le connotazioni di una vera e propria **pandemia**, come riportato dalla Federazione Internazionale per il Diabete (IDF).

Si calcola, infatti, che nel 2030 il numero dei diabetici nel mondo passerà da 285 a 483 milioni.

Pertanto, il ruolo chiave per combattere questa pandemia sarà la **prevenzione**, intesa come diagnosi precoce della malattia.

È dimostrato che scrinare i soggetti a rischio comporta sia un vantaggio sulla evoluzione della malattia che sui costi sociali ed economici della malattia.

Ma quali sono i **soggetti maggiormente a rischio**? In accordo con la Società Americana di Diabetologia (ADA) i soggetti a rischio sono quelli con "prediabete" cioè con una condizione "subclinica" che si caratterizza da **"alterata glicemia a digiuno"** (IFG) cioè glicemia a digiuno tra 100 e 125 mg/dl e/o **"ridotta tolleranza glucidica"** (IGT) cioè glicemia dopo 120 minuti dal carico di glucosio tra 140 e 199 mg/dl.

È utile sottolineare come un'eventuale alterata glicemia a digiuno sia di facile identificazione con le indagini di routine, mentre in caso di sospetto di alterata glicemia a digiuno si deve eseguire il test da carico di glucosio.

Ma quali sono i fattori di rischio per lo sviluppo di diabete?

Come riassunto nella tabella 1, un'età superiore ai 45 anni, la mancanza di attività fisica regolare, la presenza di familiarità per la malattia nei parenti di primo grado (genitori, fratelli) sono fattori di rischio; inoltre sono a rischio di malattia le donne che hanno partorito un neonato di peso maggiore a 4 Kg o che hanno sofferto di alterazioni glicemiche nel corso della gravidanza (diabete gestazionale). Altro importante fattore di rischio è il peso corporeo. L'indice di massa corporea (BMI) che è uno dei parametri più frequentemente utilizzati per ottenere una valutazione

complessiva del peso corporeo di un individuo. Viene calcolato come rapporto tra il peso, espresso in kg, di una persona e il quadrato della sua altezza espressa in metri ($BMI = Kg/m^2$). Difatti già con il solo sovrappeso, cioè un indice di massa corporea uguale o superiore a 25, il rischio è aumentato, mentre la franca obesità ($BMI > 30$) e, in particolare quella che si localizza prevalentemente all'addome, aumenta in maniera importante il rischio di ammalarsi di diabete.

Infine, altri fattori di rischio di malattia diabetica sono anche **fattori di rischio cardiovascolare**: la pressione alta (ipertensione) o la dislipidemia (aumento dei trigliceridi e colesterolo LDL con riduzione di colesterolo HDL). Pertanto, va posta particolare attenzione a quei soggetti che presentano questi fattori, potendo soffrire di complicanze cardiovascolari già all'inizio della loro malattia diabetica.

Numerosi studi recentemente condotti hanno evidenziato come la diagnosi clinica di diabete sia preceduta da una **fase asintomatica (subclinica) della malattia della durata di circa 7 anni** durante la quale l'elevato livello di glucosio nel sangue (iperglicemia) comincia ad esercitare i suoi effetti deleteri a livello dei tessuti bersaglio (il rene, la retina, il cuore ed il sistema nervoso). Pertanto, all'esordio la malattia si presenterà in modo particolare e molto "subdolo" (per es. piorrea, disfunzione sessuale nel maschio, infezioni cutanee ricorrenti, ecc), ma se l'iperglicemia ha fatto dei danni a livello del cuore l'esordio potrà essere anche drammatico (infarto del cuore).

Infatti, l'aumento progressivo dei valori di glucosio nel sangue è totalmente silente determinando un danno progressivo ed non avvertito dal paziente.

Infatti, se è la retina la sede del danno il soggetto, con il tempo, comincerà ad avvertire delle imperfezioni nella vista che probabilmente attribuirà all'età. Quando avrà biso-

Tabella 1

Soggetti ad alto rischio di diabete

- età ≥ 45 anni
- $BMI \geq 25$ kg/m^2
- inattività fisica
- familiarità di primo grado per diabete tipo 2 (genitori, fratelli)
- ipertensione arteriosa ($\geq 140/90$ mmHg) o terapia antipertensiva in atto
- bassi livelli di colesterolo HDL (≤ 35 mg/dl) e/o elevati livelli di trigliceridi (≥ 250 mg/dl)
- nella donna, parto di un neonato di peso > 4 kg
- basso peso alla nascita
- pregresso diabete gestazionale
- S. dell'ovaio policistico o altre condizioni di insulino-resistenza

Tabella 2

Alterata glicemia a digiuno (IFG)

- glicemia a digiuno 100-125 mg/dl

Ridotta tolleranza al glucosio (IGT)

- glicemia dopo 2 ore di carico orale di glucosio compresa tra 140 e 199 mg/dl

gno degli occhiali, effettuerà una visita oculistica che evidenzierà una retinopatia diabetica e quindi un diabete già in atto da molti anni.

Ed è proprio questa mancanza di sintomi che rende difficile individuare il momento esatto dell'**esordio dalla malattia**.

Ma quali sintomi possono eventualmente essere avvertiti da un paziente in questa fase?

Segni e **sintomo** di sospetta malattia diabetica possono essere principalmente una sensazione di stanchezza o malessere, un frequente bisogno di urinare (soprattutto di notte) e sete inusuale (soprattutto nei

più giovani) ma anche una visione offuscata, l'insorgenza di infezioni urinarie o cutanee frequenti, disfunzione sessuale nel maschio e la lenta guarigione delle ferite.

Quindi, emerge con prepotenza il valore della diagnosi precoce e la necessità che la determinazione della glicemia a digiuno diventi una pratica sempre più di routine per la cittadinanza ed in particolare per quei soggetti a rischio di sviluppare la malattia.

Vito Giagulli
U.O.S. Malattie Metaboliche
Ospedale F. Jaia
Conversano - Bari

Semplicità d'uso dei nuovi device



Ovvero come effettuare la terapia insulinica con naturalezza!

Qualcuno ricorda i bollitori con cui si sterilizzavano le siringhe di vetro ed i relativi aghi (di calibro improponibile per i nostri giorni) che si riutilizzavano per decine di volte, a dispetto dell'igiene e della penetralità della punta nella cute?

E che dolore!

Il termine U30 evoca qualcosa? Chi ricorda che a far data dal 1 Marzo 2010 tutte le forme farmaceutiche delle insuline in commercio in Italia passarono da una concentrazione di 30UI/ml all'attuale 100UI/ml. L'apprensione di quei mesi fu davvero tanta, ci si aspettava che nel

passaggio si potesse fare confusione perché, ovviamente, cambiava anche la scala sulle siringhe da insulina: a parità di ml la concentrazione era più che triplicata e qualche paziente avrebbe potuto commettere degli errori, correndo il rischio di incorrere in ipoglicemie severe.

Ma, per fortuna, non si verificò alcun problema.

In effetti, la terapia insulinica è stata per parecchi decenni davvero di difficile gestione; **l'arrivo delle siringhe monouso ha migliorato la cura**, non fosse altro che per non dover più bollire la siringa prima dell'uso e per l'ago che manteneva la sua sterilità.

Altre problematiche però sono rimaste inalterate. Basti pensare alla preparazione della siringa.

Essendo i flaconcini da insulina sotto vuoto, bisognava prima aspirare nella siringa tante unità di aria quante le unità di insulina da introdurre; la siringa veniva poi inserita nel tappino di gomma del flacone, l'aria veniva poi iniettata nel flacone stesso per poter quindi prelevare le effettive unità di insulina necessarie.

Operazione macchinosa, resa ancora più difficile dal passaggio a U100, in quanto la maggiore concentrazione del farmaco ha reso

ancora più corta la scala presente sulla siringa da insulina, e quindi di più difficile gestione da parte di un paziente anziano, a volte con difficoltà di presa e con problemi di vista.

Certamente molto è cambiato con l'arrivo delle **penne da somministrazione**; una volta inserita la cartuccia nella penna e posto un nuovo ago monouso, era sufficiente regolare con l'apposita ghiera il dosaggio e si era pronti ad effettuare la somministrazione.

Questi dispositivi già assicuravano una certa discrezione nell'uso fuori casa, permettendo il trasporto di una sorta di penna stilografica (colorata per i bambini) che **garantiva il rispetto della propria privacy**.

Ma la vera rivoluzione sono state le penne preriempite, dispositivi monouso dalla grande versatilità.

Questi dispositivi permettono una serie di vantaggi, che rendono più accettata e naturale la gestione della terapia iniettiva da parte del paziente diabetico.

Intanto la discrezione.

Anche rispetto alle penne ricaricabili, l'ultima generazione ha dimensioni contenute e la caratteristica di avere il corpo di colori diversi, in funzione del farmaco contenuto nella cartuccia.

La facilità di utilizzo, poi, assicura il paziente da qualsiasi tipo di errore. A partire dall'impostazione della dose, grazie ad una scala facilmente leggibile e ad una ghiera a scatti che segnala l'avanzamento e che permette una facile correzione di un eventuale dosaggio non corretto.

L'azzeramento sul display della dose impostata, visibile sull'apposita finestrella presente sul corpo, permette la conferma della somministrazione; quest'ultima viene effettuata con naturalezza, vista la leggerezza della pressione da esercitare sul pulsante e la stabilità con cui si impugna il dispositivo.

Bollitori

Qualcuno ricorda i bollitori con cui si sterilizzavano le siringhe di vetro ed i relativi aghi (di calibro improponibile per i nostri giorni) che si riutilizzavano per decine di volte, a dispetto dell'igiene e della penetrabilità della punta nella cute? E che dolore!

Benessere emotivo

L'educazione all'autogestione del diabete va rivolta anche ai problemi psicosociali, in quanto il benessere emotivo è fortemente associato con gli esiti positivi per il diabete. E la gestione del diabete deve essere la più naturale possibile.



La penna in uso, poi, **non ha necessità di essere conservata in frigorifero**, anche se è buona norma conservarla lontano dalle fonti di calore o tenerla al riparo dai raggi diretti del sole. Questa caratteristica rende la terapia con i device pronta all'uso in qualsiasi momento sia necessaria, al fine di assicurare una corretta autogestione della malattia.

Secondo gli Standard Italiani per la cura del diabete mellito l'educazione all'autogestione del diabete va rivolta anche ai problemi psicosociali, in

quanto il benessere emotivo è fortemente associato con gli esiti positivi per il diabete. L'educazione all'autogestione va garantita all'interno del team diabetologico sulla base delle esperienze di vita della persona e della sua personale motivazione al cambiamento. La gestione della condizione diabete deve essere la più naturale possibile.

Qualità di vita, anche grazie anche a questi dispositivi.

Antonio Stagliano
Ambulatorio di Diabetologia
Ospedale di Corigliano Calabro
Cosenza



La persona con diabete fra diritti e... doveri

**Conoscere per modificare.
Vivere meglio e più a lungo
nonostante il diabete**

Oggi può essere considerato normale o banale parlare e rivendicare il diritto di vivere una vita adeguata, sia per le persone sane che per le persone con malattia cronica quale il diabete.

Il diritto alla salute per le persone con diabete è sancito dalla costituzione e dalla legge 115 del 1987. Questa legge unica nel panorama europeo è una Legge Quadro di principi generali attuata attraverso i Piani Sanitari Regionali. Inoltre a questi importanti documenti nel luglio 2009, si è affiancato **Il Manifesto Dei Diritti Della Persona Con Diabete**, siglato dal presidente dell'Associazione Parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla prevenzione e dal Presidente di Diabete Ita-

lia, il cui scopo è quello di promuovere il diritto alla prevenzione, cura e trattamento del diabete.

Il documento, frutto della collaborazione, del lavoro e delle esperienze di tutte le categorie di persone coinvolte nella patologia, indica, in undici capitoli, quali sono le principali azioni che la persona con diabete ritiene prioritarie e quali obiettivi si dovrebbero perseguire.

È necessario però passare all'applicazione.

Qui iniziano i problemi! In una società poco propensa ad accettare persone non "perfette", la convivenza con quell'amico-nemico inse-

parabile, che è il Diabete, determina molteplici difficoltà e disuguaglianze. Il diritto ad una vita "completa" per il diabetico è la conseguenza di un attento lavoro di elaborazione del problema, prima di tutto con se stesso, poi con i sanitari e, sempre più spesso, con i volontari dell'Associazione Diabetici.

Nelle persone con diabete, specialmente di tipo 2, le abitudini alimentari consolidate, la quotidianità spesso monotona, la carenza di stimoli, rendono la persona poco interattiva con il curante.

Inoltre, si tende a delegare al medico ed ai familiari la gestione della malattia e, se i risultati della cura sono scarsi o negativi, si tende a colpevolizzare gli altri.



Prendere coscienza del proprio stato di salute è fondamentale

Solo la conoscenza rende consapevoli e coscienti delle proprie scelte. Il diabete infatti è una malattia che, se non gestita bene, non perdona! Le persone con diabete che convivono serenamente con questa condizione non hanno problemi ad affrontare la quotidianità. Sanno risolvere egregiamente le complicanze acute della malattia come ipo o iper glicemie, conoscono il loro percorso clinico terapeutico e sanno programmare la loro vita affinché sia sovrapponibile per intensità e serenità alle persone non diabetiche. Quindi, il primo diritto del diabetico,

Maria Luigia Mottes

Da 45 anni convive con il diabete e da 30 anni si dedica all'Associazione Diabetici della Provincia di Milano lavorando per il continuo miglioramento dell'assistenza al diabetico.

“Ho ricevuto da tutti più di quanto abbia dato. Aiutando gli altri, ho aiutato me stessa a crescere culturalmente, professionalmente e a gestire consapevolmente diabete e vita quotidiana”

è quello di essere coinvolto in modo consapevole nella gestione della propria condizione.

È pertanto indispensabile investire nella formazione della persona con diabete, cosa che ancora oggi, non viene fatta sufficientemente. Il dovere delle istituzioni, dei sanitari, delle associazioni, è: **fare formazione, fornire le cure e l'assistenza sanitaria adeguata ai tempi.**

L'Associazione Diabetici della Provincia di Milano da 29 anni persegue questi obiettivi con le sue attività: formazione sanitaria del diabetico e dei familiari, del personale scolastico. Si occupa di sensibilizzare la popolazione con campagne di screening per la diagnosi precoce, realizza progetti innovativi nella scuola e favorisce la diffusione dello sport occupandosi di fornire supporto concreto al diabetico ed ai servizi di diabetologia.

Il Manifesto dei diritti delle persone con diabete, il Comitato per i diritti della persona con diabete, le Associazioni delle persone con diabete del territorio, indirizzati dalle linee guida delle Società Scientifiche devono rappresentare i cardini su cui lavorare per passare dall'ideazione ad azione continua, capillare e omogenea su tutto il territorio nazionale. Questi strumenti non devono essere adattati per esclusivi scopi di risparmio ma devono tenere conto del futuro. Oggi le spese altissime per la

cura delle complicanze sono il risultato di una gestione del diabete non adeguata, retaggio del passato, ma ora, che le innovazioni e le conoscenze mediche permettono di ipotizzare un futuro con meno complicanze e una miglior qualità di vita, non dobbiamo esimerci dall'investire a 360 gradi, utilizzando tutte le risorse possibili, comprese quelle delle Associazioni delle Persone con Diabete, che hanno anche questo aspetto fra i loro fini statutari.

Un grosso sforzo deve essere fatto anche dai sanitari per indirizzare le persone con diabete e/o i loro familiari a rivolgersi alle Associazioni dei Diabetici. Infatti, oggi questo è ancora una pratica poco diffusa. Così molte persone con diabete ignorano l'esistenza delle associazioni e il supporto che ne potrebbero ricevere (indagine Rapporto DAWN™ Italia).

A fronte di un diritto alla salute si associano sempre dei doveri.

Di fronte all'impegno delle istituzioni e degli operatori sanitari la persona con diabete ha il dovere di concordare con il proprio medico la cura più idonea per migliorare la propria qualità di vita.

Maria Luigia Mottes
Presidente A.D.P.Mi. C.I.A.D.
Vicepresidente Diabete Forum Giovani e Adulti insieme per il diabete



Il diabete è una patologia multifattoriale: come trattarlo?

Ogni individuo è unico e questo vale sia per le caratteristiche visibili che per quelle "nascoste" dei nostri organi interni, come il gruppo sanguigno.

Tutte queste caratteristiche sono scritte nel **codice genetico**, un insieme di istruzioni molto dettagliate che regolano anche la nostra capacità di reagire agli agenti esterni: una specie di manuali dettagliati sul funzionamento dell'organismo. Un organismo quindi, con tutte le sue caratteristiche genetiche, reagisce continuamente all'ambiente in cui vive: **modifica l'ambiente circostante ma è a sua volta da questo modificato.**

Possiamo quindi dire che una malattia può dipendere in modo variabile dal rapporto tra le istruzioni date all'organismo dal nostro codice genetico e l'ambiente in cui viviamo. Il diabete mellito tipo 2 è una malattia cronica in cui il nostro organismo perde la capacità di assorbire gli zuccheri a livello cellulare con un conseguente aumento del loro livello nel sangue e conseguenti danni a breve o lungo termine.

Questo avviene per due meccanismi principali:

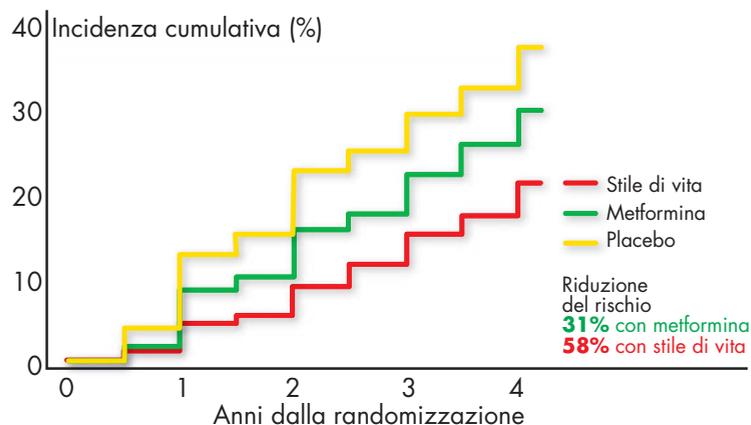
- ✓ L'**insulina**, l'ormone che fa entrare il glucosio nelle cellule, funziona meno
- ✓ Il pancreas dapprima produce una quantità maggiore di insulina ma successivamente tende ad "esaurirsi".

Il diabete tipo 2 è, appunto, una patologia multifattoriale in quanto dipende da alterazioni genetiche in

combinazione con fattori ambientali. È esperienza comune che i pazienti diabetici di tipo 2 abbiano qualcuno in famiglia con la stessa malattia e perciò diciamo comunemente che la malattia è ereditaria. In realtà non si eredita la malattia in sé ma una certa predisposizione.

Abbiamo visto i fattori congeniti. Veniamo ora a quelli ambientali o acquisiti. Chiamerei questa predisposizione con la parola "benzina" per meglio comprendere la metafora di

Programma prevenzione Diabete



seguito riportata. Il diabete tipo 2 ha una diffusione mondiale ma solo nell'ultima metà del secolo ha iniziato a diventare sempre più frequente fino a coinvolgere oggi 280 milioni di persone nel mondo e si prevede che ne colpirà circa 440 milioni nel 2030. Questo aumento di diffusione della malattia è andato di pari passo con l'aumento del benessere sociale, e con il conseguente aumento del peso corporeo.

Come si vede dalle figure 1 e 2 infatti c'è una relazione molto stretta fra obesità e sviluppo di diabete ed oggi iniziamo anche a conoscere i meccanismi che fanno sì che l'aumento del grasso a livello addominale porti verso il diabete nei soggetti predisposti: questa condizione viene detta **insulino-resistenza** (acquisita) che si aggiunge al già difficile il lavoro dell'insulina per motivi genetici (insulino resistenza genetica). Io chiamerei questi fattori acquisiti "fuoco".

Ecco quindi che solo dalla reazione tra la benzina (fattori genetici) e il fuoco (fattori acquisiti) divampa l'incendio (diabete).

Ad oggi non possiamo intervenire sui fattori genetici ma possiamo farlo sui fattori acquisiti (**fattori modificabili**). Un esempio ci è dato da un grosso studio americano che ha dimostrato come nelle persone suscettibili di sviluppare il diabete una attività fisica come il camminare per 30-45 minuti al giorno e il perdere il 5-10% del peso corporeo determinava una riduzione di questo rischio del 60% in quattro anni (l'uso di farmaci che combattono l'insulino resistenza aveva ridotto questo rischio del 30% risultando quindi meno efficace della dieta e dell'esercizio fisico).

Se non possiamo sceglierci i genitori (per non ereditare la predisposizione al diabete) possiamo scegliere di modificare i fattori ambientali: sedentarietà, eccesso di alimentazione e di conseguenza aumento del peso corporeo. Possiamo altresì scegliere come impiegare il nostro tempo libero.

Una modesta ma efficace attività fisica può essere effettuata molto sem-

plicemente camminando di buon passo ogni giorno per 30-45 minuti cercando poi di sfruttare ogni occasione per fare del movimento.

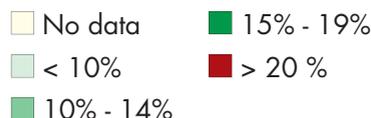
In un mondo sempre più tecnologico che ci mette a disposizione mezzi terapeutici strabilianti e farmaci miracolosi questi consigli sembrano promesse da venditori di fumo ma il numero dei pazienti diabetici e i costi

economici e sociali della malattia non sarebbero tanto impressionanti se tali consigli fossero davvero ascoltati. Dice un filosofo cinese: "Un viaggio di 1000 miglia inizia sempre con un passo. Nella direzione giusta".

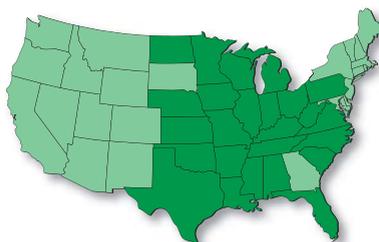
Valerio Gherardini
Responsabile Sezione Diabetologia
U.O. Medicina Interna
Osp. Piombino - USL 6
Livorno

Fig.1

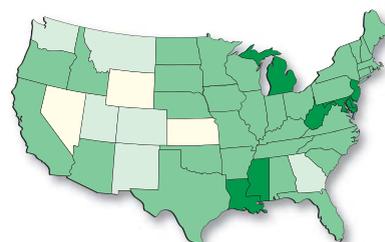
Andamento obesità negli Stati Uniti



1995



1991



2000

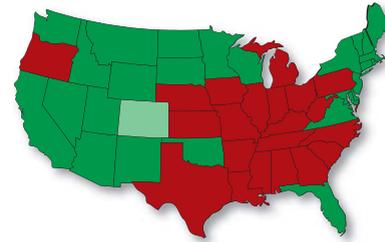
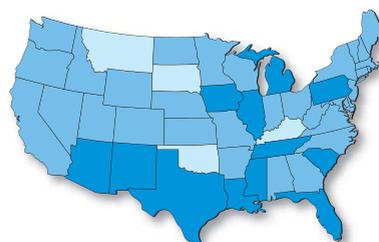


Fig.2

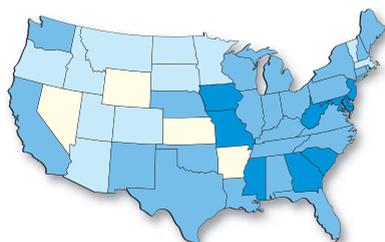
Andamento del diabete negli Stati Uniti



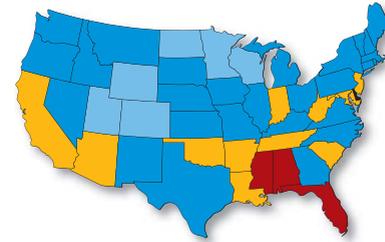
1995



1990



2001





Il corretto rapporto tra carboidrati e attività fisica per lo svolgimento dell'attività sportiva non agonistica nel paziente diabetico

Sia l'alimentazione che l'attività fisica sono due strumenti importantissimi che un paziente diabetico ha a sua disposizione per meglio gestire il proprio compenso glicemico.

Senza considerare che l'assunzione di cibo ed il consumo di glucosio sono strettamente correlati con una apprezzabile riduzione dei fattori di rischio cardiovascolare ed in questa ottica le società scientifiche italiane con gli Standard italiani per la cura del diabete mellito raccomandano di evitare il sovrappeso e svolgere un'attività fisica regolare (20-30 minuti al giorno o 150 minuti alla settimana).

Il mantenimento di valori normali di glicemia a riposo e durante l'attività fisica è assicurato da un meccanismo molto particolare: l'esercizio muscolare aumenta la ricezione di glucosio ematico, i cui livelli sono garantiti da glucosio proveniente da altri distretti come, per esempio, il glucosio prodotto dal fegato.

Questo complesso meccanismo energetico è strettamente correlato però alla **durata ed intensità dell'attività fisica che si svolge**.

Ma questo processo rimane invariato nei soggetti diabetici che svolgono un esercizio fisico moderato?

Attività fisica ed ipoglicemia

I pazienti con diabete tipo 2 che non usano insulina o farmaci secretagoghi non sono generalmente soggetti al rischio di ipoglicemia.

Chi è in trattamento con questi farmaci deve assumere un supplemento di carboidrati per prevenire tale rischio durante e dopo l'attività fisica.

In realtà in questi pazienti la necessità di glucosio è maggiore rispetto alla quantità liberata dal fegato; di conseguenza la glicemia tende a calare, mettendo il paziente a rischio di sperimentare una ipoglicemia, fermo restando che questo rischio è più elevato in quei soggetti che as-

Alimentazione supplementare

Se la glicemia prima dell'inizio dell'esercizio fisico è ≤ 100 mg/dl è necessaria un'assunzione di carboidrati; nei pazienti trattati con insulina o farmaci secretagoghi è corretto un apporto di 15g di carboidrati. Per evitare l'ipoglicemia dopo un esercizio intenso, l'apporto sarà invece di 5-30g da assumere durante l'esercizio e nei 30 minuti successivi.

sumono insulina o farmaci secretagoghi. L'alimentazione, quindi, gioca un ruolo fondamentale nella corretta pratica dell'attività sportiva non agonistica.

Sorge quindi un'altra domanda: come rapportare in modo corretto assunzione di carboidrati ed esercizio fisico? Una risposta ci viene da un documento redatto congiuntamente pochi mesi fa dalla Società Americana di Diabetologia (ADA) e dall'American College of Sports Medicine; si tratta di una dichiarazione congiunta nella quale hanno affrontato con chiarezza questo argomento evidenziando, tra l'altro, la necessità di effettuare delle misurazioni della glicemia prima e dopo l'attività fisica, al fine di conoscere la risposta del proprio organismo a tale attività. Ogni paziente deve infatti imparare a riconoscere la risposta individuale alla ingestione di carboidrati, alla terapia in atto e all'esercizio fisico in termini di personale compenso glucidico raggiunto.

Nei pazienti in trattamento con insulina o farmaci secretagoghi, le due società americane pongono la raccomandazione di assumere dei carboidrati qualora, prima dell'inizio dell'attività, la glicemia sia più bassa di 100 mg/dl; in particolare con una glicemia di 100 mg/dl i soggetti in trattamento insulinico dovrebbero assumere 15 grammi di carboidrati (ad esempio 2 fette biscottate o un vasetto di yogurt) prima di iniziare l'esercizio, tenendo presente che tale importo deve essere correlato alla

dose di insulina somministrata, alla durata ed intensità dell'attività ed ai valori di glicemia rilevati con l'autocontrollo. **Esercizi intensi ma di breve durata potrebbero richiedere minore o nessuna necessità di assunzione di carboidrati.**

Importante sottolineare che per i soggetti in trattamento con sola dieta o altre categorie di farmaci potrebbe non essere necessaria tale assunzione glucidica per svolgere una attività della durata inferiore all'ora. La comparsa di una ipoglicemia tardiva è possibile quando in seguito ad una attività fisica di alta intensità si verifica un importante consumo della riserva di glucosio come quella presente, per esempio, nei muscoli. Nel periodo successivo allo svolgimento dell'attività fisica ancora una volta tutto ciò si traduce, specie nei soggetti in trattamento con insulina o farmaci secretagoghi in un elevato rischio di ipoglicemia.

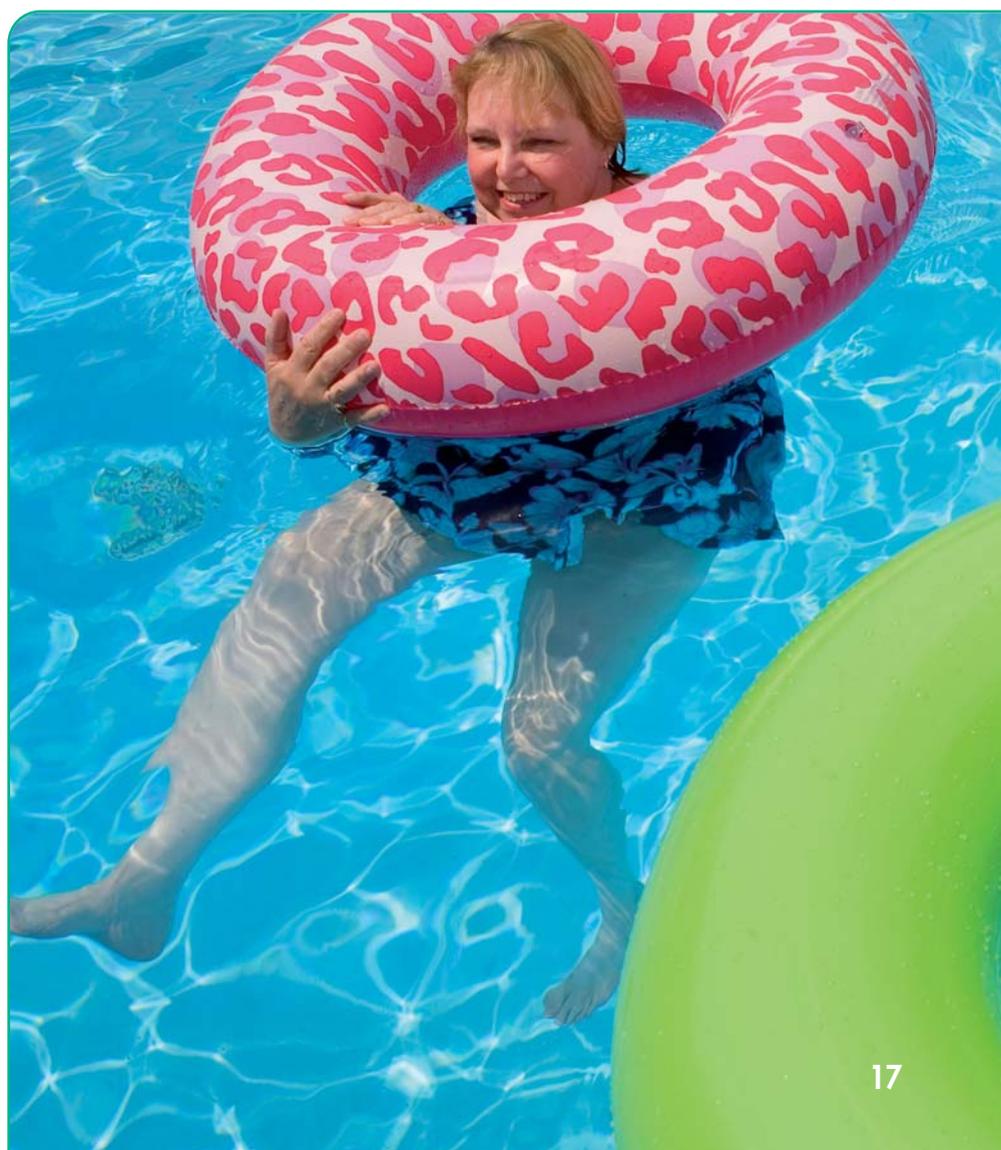
Per prevenire questa evenienza nel caso di una attività fisica particolarmente intensa viene raccomandata l'assunzione di 5-30 grammi di carboidrati durante l'esercizio e nei 30 minuti successivi, quantità che assicura sia un calo del rischio di ipoglicemia sia un più efficiente ripristino del deposito muscolare di glicogeno.

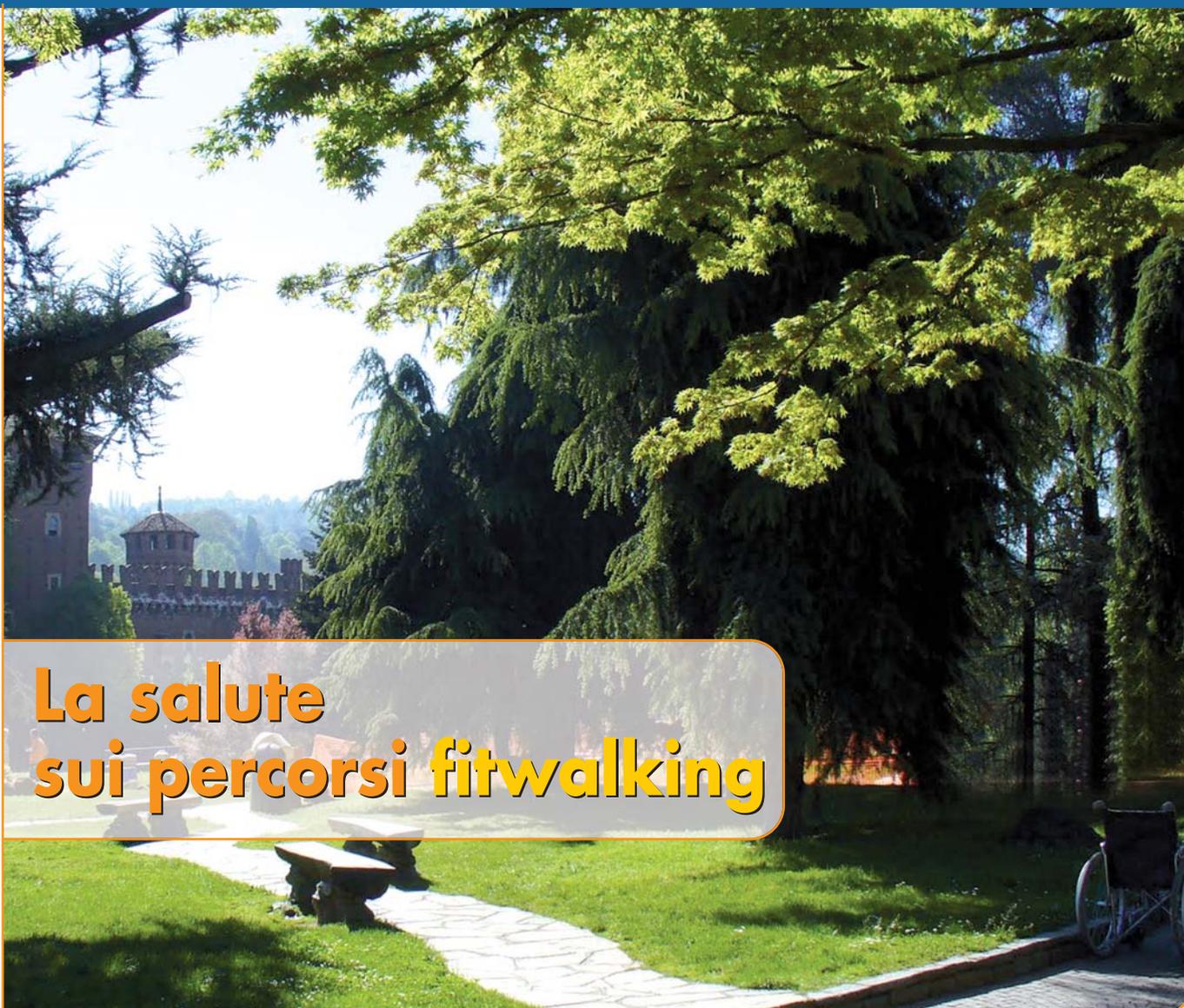
L'attività sportiva è quindi un presidio essenziale nella gestione del proprio compenso metabolico, ma non solo.

Studi hanno dimostrato l'azione positiva che questa pratica ha sugli aspetti psicologici, non solo come senso di benessere, ma anche come motivazione ad intraprendere un serio programma di prevenzione delle complicanze del diabete.

Roberto Morea

U.O. di Diabetologia e Malattie Metaboliche – Ospedale Madonna delle Grazie - Matera





La salute sui percorsi fitwalking

Torino è una città che consente di vivere la storia immersi nella natura. Partendo dal centro città, da Piazza Vittorio, si può imboccare ai Murazzi il lungo Po, lasciandosi alle spalle la Gran Madre, dopo pochi passi si entra nello scorcio più verde della città, il Parco del Valentino.

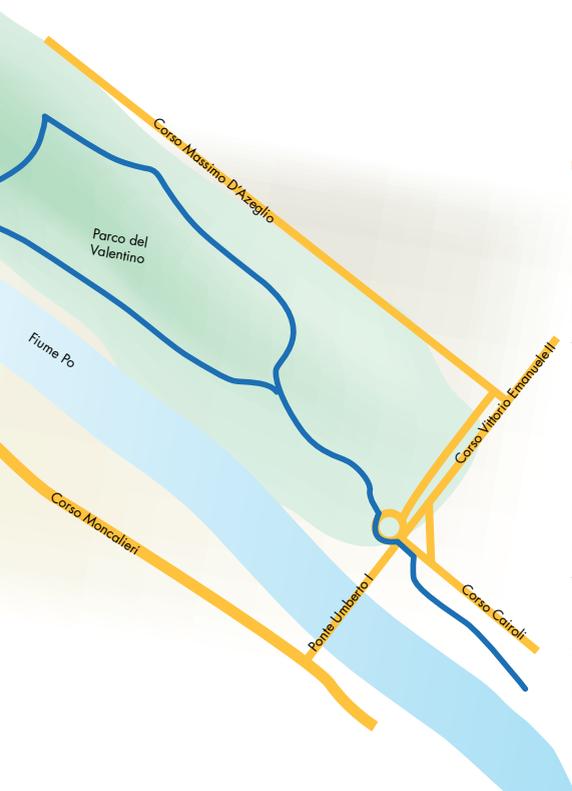
Polmone verde della città è ormai tra i simboli della prima capitale d'Italia al pari della Mole Antonelliana la cui guglia, dal parco, si scorge in lontananza; terreno ideale per tutti gli appassionati di sport, è la piacevole meta per fitwalkers, podisti, pattinatori, ciclisti nonché pescatori che attendono pazienti un movimento della canna da pesca e canottieri che solcano con vigore le acque tranquille del grande fiume che costeggia il parco.

Per i fitwalkers è però una meta privilegiata per i suoi sentieri pianeggianti, asfaltati o dal terreno regolare privo di avvallamenti, che consentono la regolarità del passo.

Entrando da Corso Cairoli si viene accolti da una folta vegetazione e collinette erbose che ci ricordano quanto sia piacevole camminare a contatto con la natura, proseguendo lungo il sentiero asfaltato si incontra il Castello del Valentino, sede della facoltà di architettura, il Giardino roccioso e il Giardino montano realizzati in occasione del centenario dell'Unità d'Italia e il Borgo Medievale e la sua Rocca, creato per l'Esposizione Generale del 1884 ed ancora oggi apprezzata meta turistica. Dopo una visita tra le antiche

botteghe del borgo si può proseguire verso la Fontana dei Dodici Mesi e tornare al punto di partenza percorrendo o i sentieri sterrati interni del parco, alla ricerca di un po' di tranquillità, o Viale Medaglie d'Oro, percorso ampio ed asfaltato, per procedere a passo più svelto. Il circuito di Fitwalking descritto si sviluppa all'interno del Parco del Valentino per circa 4 Km (andata e ritorno).

Per chi volesse percorrere un tratto di strada più lungo è inoltre possibile seguire il lungo Po in direzione Moncalieri e raggiungere le Vallere dove ha sede l'ente di controllo del fiume Po. Il Parco delle Vallere permette inoltre di estendere ulteriormente il percorso utilizzando i sentieri che si snodano al suo interno.



Commento Tecnico

Il Parco del Valentino si presta molto bene alla pratica del Fitwalking in virtù della conformazione pianeggiante dei vari percorsi e della possibilità di utilizzare larghi tratti di strada asfaltata.

In un contesto come questo è veramente possibile utilizzare tutte le diverse metodologie di training, così come dedicarsi con soddisfazione ad un più tranquillo Fitwalking che permetta di accedere a tutti i benefici salutistici che l'attività offre.

Non dimenticherei inoltre il grande vantaggio che l'ampio parco cittadino offre per diversi aspetti: dall'accessibilità praticamente a qualsiasi orario in virtù anche delle ampie zone coperte da illuminazione pubblica, alla possibilità di svolgere l'attività in buona tranquillità vista l'ampia frequentazione, alla buona copertura ombrosa che consente anche nella stagione più calda di praticare sport senza soffrire eccessivamente il calore, infine le fontanelle ed i locali pubblici che si incontrano lungo il percorso permettono di idratarsi adeguatamente.

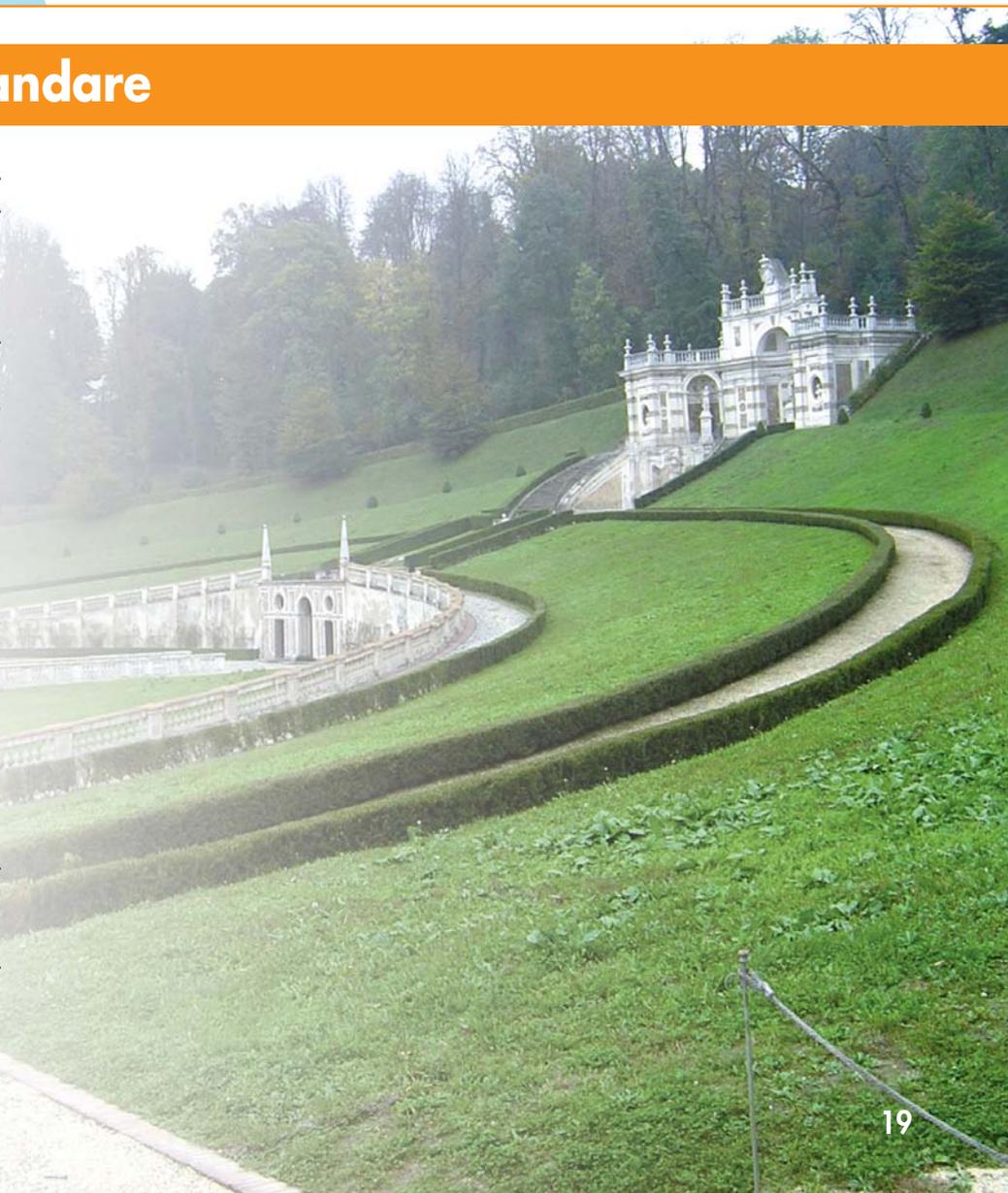
*A cura di Maurizio Damilano
Ideatore del progetto fitwalking*

Cosa fare, dove andare

Torino è una città "riscoperta" di recente in occasione delle celebrazioni del 150° dell'Unità d'Italia e nel recente passato quale sede delle Olimpiadi Invernali.

Fondata dai romani, perla del barocco e prima capitale d'Italia Torino racchiude molte bellezze storico-artistiche che meritano una visita dalle Porte Palatine e l'Anfiteatro Romano, Palazzo Madama e Palazzo Reale con la vicina Cappella del Guarini, Palazzo Carignano, sede del primo parlamento italiano, che ora ospita il rinnovato Museo del Risorgimento, ed il teatro Carignano, la Gran Madre e Villa della Regina sino ad arrivare al simbolo della città la Mole Antonelliana ora sede del Museo del Cinema.

L'interland offre le famose regge sabaude: la Venaria Reale e l'annesso Parco de La Mandria, il Castello di Rivoli sede de Museo di arte contemporanea, la Palazzina di Caccia di Stupinigi, il Castello di Moncalieri ed il Castello di Agliè.



La cucina tradizionale uno strumento di gestione della salute



A fronte di tanti input che agiscono come fattori di confusione siamo dell'idea che sia necessario puntare, tutte le volte che si voglia fare un intervento nutrizionale, su elementi stabili, accettabili e condivisibili.

Dalle diete a scambio ai gruppi di rinforzo molto è stato provato e con alterne fortune. Tentare di cambiare le abitudini alimentari degli adulti è impegno arduo e gravato frequentemente da insuccessi soprattutto se si cerca di incidere su alimenti cardine dell'identità alimentare.

Per Dalí la paranoia che conduce alla genialità deve per forza passare attraverso le proprie radici più forti ossia la lingua e la cucina.

E in questo geniale payés catalano, in tutti i suoi scritti, in tante delle sue opere sono presenti gli alimenti di quella terra rossa dove il forte vento di tramontana scolpisce le rocce e i cuori. Per quanto ci riguarda, è vero che in una storia largamente oscura com'è quella della cucina casalinga italiana, il capitolo della nascita dei sistemi gastronomici è uno dei più misteriosi. Comunque è innegabile l'esistenza di ricette regionali e/o

locali che si identificano con gruppi di popolazioni e più di altri elementi ne sono carattere distintivo.

In Italia le varie regioni e le diverse aree all'interno delle regioni hanno conservato una straordinaria ricchezza e diversità di cibi e vini ancora strettamente legati al territorio. Seguendo questo ragionamento, l'educazione alimentare andrebbe impostata secondo percorsi che portano alla riscoperta ed all'utilizzo di piatti e ricette della tradizione.

A tal fine possono essere utili pubblicazioni sotto forma di guida ad un'alimentazione razionale, che rivisitano ricette tipiche e, accanto a consigli medici, raccontano, se pur stringatamente, il significato ed il peso che la cucina regionale ha avuto nella nostra società.

Le Linee Guida Italiane sull'Obesità (LiGIO) '99 sottolineano come il risultato di qualunque intervento sia in diretta relazione con la possibilità di un contatto professionale continuo; qualunque pubblicazione o guida si deve prefiggere il compito di fare in modo che il rapporto non si interrompa per l'impossibilità di

accettare una prescrizione dietetica a volte subita come frustrazione sociale.

Dovrebbe consentire, poi, di non demonizzare alcuni alimenti, o gruppi di alimenti, e di incidere positivamente e stabilmente sui comportamenti alimentari che sono un aspetto importante dello stile di vita.

Per ottenere questo scopo qualsiasi strumento, manuale, rubrica o libro che sia, deve essere molto vicino ai bisogni e soprattutto ai desideri del singolo. L'omologazione consensuale dei comportamenti che fa nascere il senso di appartenenza ad una società si ritrova non solo nella religione e nel misticismo ma anche nella simultaneità dei desideri consumistici e dei modi per soddisfarli. La cucina insieme alla lingua rappresenta l'ultima cosa che resta a chi migra, ma anche a chi subisce la migrazione, e può essere elemento di confronto di identità diverse e di scontro di identità. Le poesie dialettali che spesso raccontano di piatti dimenticati, riportate in molte pubblicazioni, dimostrano come il senso di appartenenza ad

una società era legato, almeno in passato, alle consuetudini alimentari al pari del dialetto.

Lo stile e le abitudini alimentari si modificano, si creolizzano, persistono e ritornano anche sulla base delle situazioni di contesto, ma i cambiamenti sono più facilmente accettati se rispettano ed anzi rivalutano gli alimenti primari dei singoli gruppi.

Non mi stancherò di ripetere che in un periodo di grande riscoperta di tutto ciò che è modernariato, mediare i consigli dietetici con ricette tradizionali rinforza l'identità regionale del singolo ed impedisce quella spersonalizzazione dell'intervento che porta spesso al fallimento. È opinione personale che nei gruppi di rinforzo vada inserito quello che è lo studio del gesto nell'alimentazione al fine di arrivare ad una tipizzazione accurata dell'individuo, assumendo il gesto stesso, automaticamente, un valore rituale al quale non pensiamo in modo specifico. La sequenza di gesti e movimenti che caratterizzano il nostro modo di consumare i pasti e di bere sono espressione di un particolare vissuto e nascondono un rapporto preciso tra causa ed effetto.

Ad esempio, la bottiglia preziosa di vino, degustata in occasioni particolari e con persone care al padrone di casa, racchiude in sé il percorso compiuto del gesto. Lo stesso concetto è valido per i piatti della nostra tradizione conditi spesso di ricordi e sapori antichi, confezionati con materie prime di grande qualità e non di uso comune. Un prodotto prezioso non può essere offerto a tutti e in tutte le occasioni; questa è la causa. L'effetto è la gratificazione di chi lo riceve che si sente partecipe e attore dell'evento. Per tale motivo quando si parla di atto alimentare, seppur all'interno di un percorso di prevenzione o addirittura di terapia, si deve arrivare a rendere finito l'intero gesto che è il consumare un pasto, rispettando la ritualità dello stesso.

Giuseppe Fatati

Direttore Struttura Complessa
Diabetologia e Dietologia
Az. Osp. Terni



Star bene mangiando

Ho scritto sovente che tutte le volte che si vuole fare un intervento nutrizionale, è essenziale puntare su elementi stabili, accettabili e condivisibili. Se il razionale di una sana alimentazione è ormai unanimemente accettato ed è comune per l'obeso, il diabetico o il paziente affetto da sindrome metabolica, diversi sono gli strumenti utilizzati per metterlo in pratica. Tentare di cambiare le abitudini è impegno gravato frequentemente da insuccessi soprattutto se si cerca di incidere su alimenti cardine dell'identità alimentare. I futuristi si accorsero di queste difficoltà quando lanciarono la rivoluzione culinaria futurista che si proponeva di modificare l'alimentazione del nostro popolo, fortificandolo, dinamizzandolo e spiritalizzandolo con nuovissime vivande. La cucina futurista chiedeva di essere liberata dalla vecchia ossessione del volume e del peso e... dalla pastasciutta definita vivanda passatista che appesantisce, abrutisce, illude, rende scettici, lenti, pessimisti. Marinetti dimostrò una eccezionale coerenza perché i banchetti futuristi ebbero realmente luogo ma la maggior parte degli Italiani non capirono e considerarono il manifesto solamente una provocazione lontana dai gusti e dalle necessità reali. D'altro canto l'antropologia da sempre, ha considerato l'alimentazione come il tratto distintivo di una cultura che apre un ventaglio di sentieri che conducono alla ecologia, alla tecnica, alla vita familiare ed alla religione. In Italia, è innegabile l'esistenza di ricette regionali che si identificano con gruppi di popolazione e più di altri elementi ne sono carattere distintivo. William Black

definisce questa realtà come un patrimonio culturale legato ai sensi, contrario all'appiattimento del mondo industriale che nega il potere del gusto. Seguendo questo ragionamento, l'educazione alimentare può essere impostata attraverso percorsi che portano alla riscoperta ed all'utilizzo di piatti e ricette della tradizione. Obiettivo è quello di creare un rapporto stabile e collaborante tra equipe e soggetto come superamento di quel rapporto duale curante-curato vissuto come imposizione necessaria, non bene accetta e spesso rifiutata. I piatti della cucina tradizionale propri di quel patrimonio culturale che si eredita al pari dei geni sono rassicuranti perché conosciuti e non privativi e ora anche di moda. Dal punto di vista nutrizionale sono poi salutari e ricchi di elementi della cosiddetta filiera corta oggi tanto rivalutata. In un periodo di grande riscoperta di tutto ciò che è modernariato, mediare i consigli dietetici con ricette tradizionali rinforza l'identità regionale del singolo ed impedisce quella spersonalizzazione dell'intervento che porta spesso al fallimento. Questa rubrica e la descrizione dei piatti nascono non solo da quanto sopra riportato, ma soprattutto dalla osservazione che le raccolte di ricette della tradizione culinaria regionale trovano sempre un'ottima accoglienza e sono in grado di influenzare i comportamenti più di tante linee-guida di austere società scientifiche.

Giuseppe Fatati

Direttore Struttura Complessa
Diabetologia e Dietologia
Az. Osp. Terni

Pasta a' norma

Ingredienti (per 5 persone).

- Maccheroni 400 g
- Melanzane 200 g
- Passata di pomodoro 800 g
- Ricotta salata grattugiata 50 g
- Cipolla 50 g
- Aglio 1 spicchio
- Basilico q.b.
- Olio extravergine di oliva 60 g
- Sale q.b.

Preparazione

Tagliate a tocchetti le melanzane, disponetele in uno scolapasta e salatele leggermente.

Si tratta di un piatto unico. Per raggiungere un quantitativo accettabile di nutrienti si può completare il pasto con 40 g di pane e 30 g di prosciutto crudo magro.

Valori nutrizionali: Proteine 15 g, Lipidi 17 g, Glicidi 65 g, Calorie 473



Lasciatele colare per circa 30 minuti. Asciugatele e frigatele in olio abbondante. Soffriggete la cipolla e l'aglio nell'olio di oliva e quando sono dorati versate il pomodoro, le foglie di basilico

e il sale. Fate restringere. Cuocete al dente i maccheroni, scolateli e conditeli con la salsa. Versateli sul piatto di portata e ricopriteli con le melanzane. Spolverate di ricotta salata e servite.

Cus-cus di pesce

Ingredienti (per 8 persone).

- Semola di grano duro 1 kg
- Pesce (cernia, scorfano, calamari, gamberi, cozze) 1 kg
- Mandorle 30 g
- Pomodori pelati 250 g
- Aglio 1 spicchio
- Cipolla 1
- Cannella 1/2 stecca
- Buccia di limone grattugiata 1/2
- Peperoncino q.b.
- Prezzemolo q.b.
- Olio extravergine di oliva 90 g
- Sale q.b.

Preparazione

Disponete la semola in un grande piatto di terracotta, chiamato mafradda, e ripetutamente, con le mani bagnate in acqua leggermente salata, con movimenti rotatori dei polpastrelli, cucciate la semola, cioè inumiditela e riducetela in granelli grossi come capocchie di spilli. Adagiate il cus-cus così ottenuto su una tovaglia e lasciate asciugare. Frattanto preparate il brodetto di pesce. Soffriggete l'aglio e la cipolla tritata nell'olio e quando sarà dorata aggiungete i pomodori pelati a pezzetti, il prezzemolo, il sale, il peperoncino e le mandorle. Fate cuocere i pomodori per qualche minuto e unite il pesce, facendolo insaporire e

coprendolo quindi con acqua. Cuocetelo a fuoco lento per circa 30 minuti, quindi scolate il brodetto, diliscate il pesce e tenetelo in caldo separatamente. Prendete la cuscusiera, riempite il tegame inferiore d'acqua per circa 2/3 e ricoprite quello superiore bucherellato con un tovagliolo, quindi versatevi la semola, spolverata con la cannella e con la buccia di limone grattugiata grossolanamente. Fate attenzione che i due attrezzi combacino perfettamente e cuocete il cus-cus a vapore per circa 1 ora. Mescolate di tanto in tanto con un cucchiaino. Appena il cus-cus è pronto, versatelo nella mafradda e bagnatelo con parte del brodetto; portatelo in tavola accompagnato dal pesce e, separatamente, dall'altro brodetto, che può essere aggiunto a piacere sui singoli piatti. Se non si dispone della mafradda si può sopperire con un grande piatto da portata con i bordi alti oppure con una teglia. Anche la cuscusiera può essere arrangiata: è un utensile tipico, composto da due tegami di coccio, che si impilano; quello superiore, forato, si adagia sull'altro e consente il passaggio del vapore. Si può sostituire con un tegame e un colapasta dello stesso diametro, facendo attenzione che i due utensili combacino bene, oppure con una vaporiera elettrica.



Si tratta di un piatto unico. La carne dei pesci presenta lo stesso contenuto di aminoacidi essenziali delle altre carni con analogo valore biologico; ha però il vantaggio di essere molto tenera e facilmente digeribile. Queste caratteristiche la rendono consigliabile, quindi, per gli anziani, i bambini o i malati. A parità di aminoacidi, inoltre, nessun altro alimento di origine animale permette, come il pesce, di limitare il contemporaneo apporto di grassi saturi.

Valori nutrizionali: Proteine 34 g, Lipidi 16 g, Glicidi 99 g, Calorie 676

Frittelle valdostane

Ingredienti (per 6 persone).

- Pane grattugiato 420 g
- Fontina 360 g
- Carne 120 g
- Latte parzialmente scremato 24 g
- Uova 3
- Dragoncello 1 pizzico
- Prezzemolo 1 ciuffo
- Basilico 1 ciuffo
- Rosmarino 1 rametto
- Sale q.b.

Preparazione

Versate in una terrina il pane grattugiato di fresco, la fontina tagliata a dadini molto piccoli, la carne arrosto o bollita avanzata e tritata fine, le uova, il latte e il trito di dragoncello, prezzemolo, basilico, <rosmarino e condite con sale e pepe bianco macinato al momento. Amalgamate ben bene gli ingredienti (se il composto riuscisse troppo sodo ammorbiditelo con un altro poco di latte), Fatelo friggere a cucchiaiate in olio bollente, asciugate bene le frittelle e servitele subito, molto calde.



VALLE D'AOSTA

Si tratta di un piatto unico. Per raggiungere un quantitativo accettabile di nutrienti si può completare il pasto con 300 g di frutta fresca di stagione.

Valori nutrizionali: Proteine 29,23 g, Lipidi 20,58 g, Glicidi 43,19 g, Calorie 474

Zuppa al formaggio

Ingredienti (per 6 persone).

- Pane nero rafferma 540 g
- Fontina 180 g
- Toma della Valle D'Aosta 180 g
- Parmigiano grattugiato 50 g
- Brodo di carne q.b.

Preparazione

Disponete alcune fette, piuttosto spesse, di pane nero rafferma sul fondo di una terrina resistente al fuoco; copritele con abbondante fontina e toma, precedentemente tagliate a fettine, e cospargete di parmigiano grattugiato. Procedete con un secondo strato di pane, ricopritelo ancora con i formaggi; fate un terzo strato. Ricoprite con abbondante brodo appena levato dal fuoco. Mettete il recipiente in forno caldo e lasciatevelo 20 minuti circa; servite, più che caldo, bollente.



VALLE D'AOSTA

Si tratta di un piatto unico. Per raggiungere un quantitativo accettabile di nutrienti si può completare il pasto con 300 g di frutta fresca di stagione.

Valori nutrizionali: Proteine 25,55 g, Lipidi 18,68 g, Glicidi 55,05 g, Calorie 489

Io me la faccio con il twist! ...l'insulina! E tu?

NovoTwist® Proprio niente male.



L'ago NovoTwist® è compatibile solo
con la penna specifica per insulina
della Novo Nordisk

L'ago NovoTwist®
è un prodotto Novo Nordisk

È un dispositivo medico CE

Leggere attentamente le avvertenze
e le istruzioni d'uso

Autorizzazione del 15-06-2010

www.novotwist.it

changing
diabetes®


novo nordisk®

Changing Diabetes® è un marchio registrato della Novo Nordisk AS