Dolce amaro

Periodico d'Informazione **A**ssociazione **D**iabetici della Provincia di **B**ologna - Settembre 2012

Spedizione in Abbonamento Postale 45% - Comma 20/b L. 662/96 - Fil. Bologna

Tariffa R.O.C.: "Poste Italiane s.p.a. - D.L. 353/2003 (conv. In L. 27/02/2004 n°46) art. 1, comma 1, DCB Bologna"

ASSOCIAZIONE DIABETICI PROVINCIA DI BOLOGNA ONLUS

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente:
FLAVIA CESARI

Vice Presidente:
AGATA MAGALETTA

Consulente Sanitario:
ADOLFO CIAVARELLA

Consiglieri:
GLORIA BURZI
CLAUDIA GUALANDI
KATIA RAVAGLIA
MARIA GRAZIA SCAGLIARINI
BRUNELLA VENTURI

Tesoriere:
BRUNELLA VENTURI

Segretaria:
KATIA RAVAGLIA

Revisori Dei Conti:
CLAUDIO BALLANDI
MICHELE D'APOTE
RENATO RIMONDINI

Probiviri:
GABRIELE FORLANI
GILBERTO LAFFI
GIOVANNA SANTACROCE

Dolceamaro

N° 1 - XIX° Anno

Direttore Di Redazione:
Letizia Maini
Comitato di Redazione:
Gloria Burzi, Katia Ravaglia
Coordinatore:
Flavia Cesari
Direttore Scientifico:
Adolfo Ciavarella
Comitato Scientifico:
Valerio Chiarini, Michele D'apote,
Gabriele Forlani, Gilberto Laffi,
Alessandra Sforza, Donato Zocchi

Associzione Diabetici
della provincia di Bologna
ONLUS
Riconoscimento della personalità giuridica
(DPGR n. 726 del 25-11-1991)
Registro Provinciale Volontario
(PG n. 107274 del 24-9-99) - (L.R. 2-9-96, n. 37)
Registrazione Tribunale Bologna n° 6480 del 22.09.95
sede: via Isabella Andreini, 29/A - 40127 Bologna
Tel. e Fax 051 63 30 405
CF. 92008700376 - C/C Postale 14929400

e-mail: assdiabo@libero.it
www.associazionediabeticibologna.it

Impostazione grafica:
Edigrafica - Impellizzeri Claudio

Stampa:
Tipografia Negri (BO)

sommario

pag. 3 **Assemblea Annuale dei Soci 2012**
pag. 4 **Nuove speranze per chi soffre di diabete** *(Adolfo Ciavarella)*
pag. 5 **Un saluto e un abbraccio** *(Anna Mustacchio)*
pag. 7 **Dal Parlamento europeo** *(Gloria Burzi)*
pag. 8 **Un ricordo** *(Armando Sarti)*
pag. 9 **Perché è così difficile cambiare stile di vita per migliorare la propria salute** *(Elena Centis)*
pag. 11 **Serata di informazione medico-sanitaria**
pag. 12 **Aspartame si e Aspartame no** *(Gilberto Laffi)*
pag. 13 **Parliamo di ipoglicemia, un evento da non sottovalutare** *(Michele Grimaldi)*
pag. 14 **Notizie in pillole** *(Gloria Burzi, Katia Ravaglia, Adolfo Ciavarella)*

associazione diabetici bologna

Riconoscimento della personalità giuridica (DPGR n.726 del 25/11/1991)
aderente alla FEDER (Federazione Diabete Emilia Romagna)

assemblea annuale dei soci 2012

28 SETTEMBRE 2012 - ORE 15.30
AUDITORIUM VILLAGGIO DEL FANCIULLO
VIA SCIPIONE DAL FERRO, 1 - BOLOGNA

Il Presidente e il Consiglio Direttivo dell'Associazione vi aspettano come ogni anno all'Assemblea dei Soci per discutere sulle problematiche inerenti la patologia diabetica e sugli obiettivi futuri alla luce delle nuove leggi e della riduzione della spesa sanitaria determinata dalla crisi economica.

PROGRAMMA

• Saluto di apertura e relazione del Presidente ADB
(Associazione Diabetici della provincia di Bologna)
Sig.ra Flavia Cesari

• Intervento del Presidente della FEDER
(FEderazione Diabetici Emilia-Romagna)
Sig.ra Rita Stara

• Intervento del Consulente Sanitario ADB
Dr. Adolfo Ciavarella

SESSIONE INTERATTIVA DIABETICI-DIABETOLOGI
DOMANDE-RISPOSTE

Gli specialisti diabetologi del policlinico S. Orsola - Malpighi, dell'Ospedale Maggiore, del centro Hercolani e altri centri della Provincia di Bologna saranno a disposizione dell'Auditorium per rispondere alle domande sui temi di maggiore attualita' inerenti il diabete.

• Approvazione del bilancio, udite le conseguenti relazioni
(prima convocazione ore 5.00 - seconda convocazione ore 15.30)
• Relazione del Collegio dei Revisori dei Conti

CHIUSURA LAVORI E RINFRESCO PER GLI INTERVENUTI

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:
Sig.ra Cesari Flavia Presidente ADB
VIA ISABELLA ANDREINI 29/a, BOLOGNA
TEL/FAX:0516330405
E-mail:assdiabo@libero.it

nuove speranze per chi soffre di diabete

IN FASE AVANZATA DI SPERIMENTAZIONE UN APPARECCHIO CHE MISURA LA GLICEMIA SENZA PUNGERE IL DITO

Adolfo Ciavarella, Unita' Operativa Diabetologia, Policlinico S. Orsola - Malpighi Bologna

In occasione del recente Congresso Nazionale della Società Italiana di Diabetologia tenutosi a Torino è stato presentato in anteprima mondiale un apparecchio denominato Glicolaser che si serve appunto della luce del laser per la lettura della glicemia. Basta appoggiare il dito su una piccola finestra e il sogno di poter misurare la glicemia senza alcun fastidio e dolore derivante dalla puntura si avvera come per incanto.

Questo apparecchio è stato sperimentato per la prima volta in Italia e precisamente presso il Diabetes Research Center dell'Istituto San Raffaele di Milano e lascia ben sperare per una sua futura e rapida applicazione a favore di chi è affetto da diabete.

I primi risultati sembrano ampiamenti positivi in quanto l'accuratezza nella rilevazione della glicemia si aggira intorno al 90% poco meno di quanto richiesto dalla Food and Drug Administration degli Stati Uniti e dalla European Medicines Agency per la messa in commercio del sistema. Da tener presente che i dispositivi attualmente in uso alle persone con diabete hanno una accuratezza intorno al 97-98% delle misurazioni.

Il Glicolaser ha rivelato problemi soprattutto per i valori glicemici bassi, questo è importante perché non verrebbe rilevata una ipoglicemia o al contrario verrebbe dato come ipoglicemico un valore ancora entro i limiti della norma. Per fare un esempio avere una glicemia di 60 e ricevere una misurazione di 70 può fare la differenza ai fini del trattamento, mentre averla 150 o 160 non cambia pressoché nulla.

L'apparecchio, poco più grande di un cellulare, è stato ideato da ingegneri italiani e sperimentato su circa 200 persone misurando la glicemia a digiuno e dopo i pasti e confrontando i valori con quelli ottenuti con il test standard fatto su sangue. Nel 90% dei casi le misurazioni corrispondevano e soltanto nel 10% non risultavano sovrapponibili. L'obiettivo quindi è quello di apportare le modifiche necessarie affinchè si possa giungere a un livello di accuratezza tale da raggiungere la massima affidabilità non esponendo a rischio il paziente.

Quindi in un recente futuro vivremo una vera e propria rivoluzione epocale nel settore del diabete. Gli investimenti fatti in tutto il mondo sono stati ingenti in questo settore e ci fa piacere che siano stati proprio gli ingegneri italiani i primi a realizzare questo innovativo e rivoluzionario apparecchio che potrebbe cambiare in maniera radicale la qualità di vita di tante persone affette dalla patologia diabetica.

un saluto
e un abbraccio

Dal 1° gennaio 2012 la dott.ssa Anna Mustacchio è andata in pensione. Con questa lettera ha voluto salutare, non senza commozione, i suoi pazienti, colleghi e amici che hanno fatto parte per tanti lunghi anni del suo mondo professionale".

Anna Mustacchio,
diabetologa della U. O. di Diabetologia dal 1985 al 2011

Nel momento in cui termino il mio lavoro come diabetologa all'interno del Policlinico S. Orsola-Malpighi, con grande commozione saluto, tutti coloro, e in particolare i diabetici che ho avuto il piacere di incontrare nella mia vita professionale.
A Bologna sono arrivata giovane e con qualche incertezza e, perché no, anche paura, dovendo affrontare un ambiente in cui non ero cresciuta e che forse aveva qualche perplessità nei riguardi di un medico che proveniva da un'altra università e da un'altra regione. Sono bastati però pochi giorni per rasserenarmi poiché i rapporti con tutti quelli con cui venivo a contatto erano sempre più buoni sia sotto il profilo umano che sotto il profilo professionale.
E' stato per me un grande privilegio aver trascorso tanti anni, mesi, giorni, ore della mia vita a curare e ascoltare le tante persone affette da diabete mellito, malattia complessa che richiede grande attenzione, esperienza e costante gestione sia sotto il profilo professionale sia soprattutto umano.
La cronicita', una delle caratteristiche di questa condizione, rende il rapporto medico-paziente, a mio parere, straordinario. Il diabetologo ha la possibilità di incontrare periodicamente il paziente, dargli consigli, interagire con lui, intervenire nei tanti momenti di difficoltà che la patologia comporta.
In questi 27 anni di lavoro presso il Centro di Diabetologia, diretto prima dal prof. Vannini e poi dal dott. Ciavarella, ho potuto accompagnare quasi per mano tanti giovani cui veniva diagnosticato il diabete. Ho cercato di far loro superare tanti momenti difficili (non accettazione della malattia, stati di depressione sia dei pazienti stessi che delle loro famiglie) e ho cercato di motivarli affinché seguissero una terapia attenta ma senza ansia.
Con altrettanto amore ho cercato di curare le persone adulte, prese anche da problemi di lavoro, problemi familiari e negli ultimi anni talora da difficoltà economiche e ho cercato di convincerle a non sottovalutare la malattia che spesso è silente o per lo meno non avvertita come qualcosa che, non trattata, può diventare pericolosa.
Ho cercato di aiutare il diabetico anziano che tutti sappiamo essere un individuo fragile e bisognoso di terapie farmacologiche complesse ma anche di parole di conforto e di ascolto sempre attento e amorevole. Oggi sia nel mondo del lavoro che in tutte le attività della nostra vita avremmo bisogno di un tempo maggiore rispetto a quello a nostra disposizione. Pur avendo come tutti questo problema, ho cercato, forse non riuscendoci sempre e con tutti, di dedicarvi il maggior tempo possibile per non tralasciare nulla né sul piano strettamente medico né su quello psicologico e più strettamente umano.
Mi considero una donna molto fortunata per aver potuto lavorare in un ambiente professionalmente valido quale è il nostro Policlinico ed in particolare l' Unita' Operativa di Diabetologia, centro di lunga esperienza e grande tradizione culturale per la cura della malattia diabetica. Lavorarci è stato esaltante e con tutti i miei colleghi ho condiviso bellissime esperienze non solo professionali che porterò con me per tutta la mia vita.
In questi anni ho avuto anche il piacere di avere rapporti di collaborazione con tanti altri medici del Policlinico che ho avuto modo di conoscere soprattutto in qualità di consulente diabetologo, in particolare con i medici del reparto di ostetricia,

dove quasi quotidianamente mi recavo, dato il mio particolare interesse per la gestione della gravida diabetica.
A tanti di voi pazienti, con cui credo di aver instaurato un rapporto di fiducia e anche di amicizia, spero di aver dato qualcosa ma, credetemi, tanto avete dato a me dimostrandomi riconoscenza e riempiendomi di tante attenzioni, che sono sicura mi mancheranno.
Ringrazio tutti voi perché siete stati il vero tesoro della mia attività professionale. Mi avete aiutato nei momenti difficili della mia vita, momenti in cui bisogna avere tanta forza interiore per superare serenamente quelle difficoltà e ostacoli che la vita ci chiama ad affrontare.
Se avessi seguito il mio cuore non sarei mai andata in pensione ma credo che la natura ci dia degli insegnamenti e che vada rispettata. Ogni stagione da'i suoi frutti che bisogna saper raccogliere nel momento giusto e opportuno. Ad una certa età bisogna non cessare del tutto le attività ma rallentarne i ritmi che io stessa ho mantenuto sostenuti in altre stagioni della mia vita. E' giunto ora il momento di ridurli. Ringrazio Dio che mi ha dato la possibilità di riuscire a tenerli alti in maniera da svolgere in maniera proficua la mia vita di medico, cercando di non sottrarmi alle responsabilità ma anche alla soddisfazione di essere mamma e moglie, ruoli che per me sono meravigliosi, per nessuna ragione al mondo dobbiamo rinunciarvi o trascurarli.
Vi ringrazio ancora tutti per avermi accompagnata in questo percorso così bello.
Auguro a tutti i miei colleghi, quelli che già lavorano o verranno dopo di me, di trovare le stesse soddisfazioni professionali e umane che ho avuto io, svolgendo il difficile e nello stesso tempo affascinante ruolo di medico e di diabetologo in particolare.

Un grande abbraccio.

MyMed Nuovo servizio innovativo
delle Farmacie Doc Morris e Comunali ADMENTA

MyMed
La mia terapia
Farmacia Comunale
Vicino a te...
DocMorris
FARMACIA
LA TUA NUOVA FARMACIA COMUNALE

IL SISTEMA MY MED È:

Un innovativo servizio effettuato dal farmacista, a integrazione e supporto dell'attività del medico, che prevede l'utilizzo di un sistema di dosaggio giornaliero dei farmaci, preparato dal farmacista, per il paziente.

- **Una soluzione igienica e di facile utilizzo che prevede la preparazione di un blister monouso, creato con i medicinali per il singolo paziente sulla base delle indicazioni contenute nella prescrizione medica.**

VANTAGGI PER IL PAZIENTE

- Migliora l'aderenza e la persistenza alla terapia, con conseguente aumento dell'efficacia della medesima e riduzione degli effetti collaterali insiti in una terapia errata
- Aiuta a ricordare l'assunzione anche dei farmaci non inseriti nel blister (colliri, inalatori, pomate ecc)
- Aiuta a tenere sottocontrollo le scorte dei medicinali
- Aiuta l'attività di chi si prende cura dei pazienti (familiare, operatore socio-sanitario, badante)
- Consente un maggior controllo sulle interazioni fra i farmaci assunti
- Riduce la difficoltà nella gestione dei generici
- Riduce errori di dosaggio, posologia , orario
- Semplifica la gestione delle medicine eliminando scatolette e barattoli
- Semplifica la terapia quando è gestita a giorni alterni o con dosaggi diversi e irregolari e/o decrescenti.
- Semplifica, in viaggio, il trasporto della scorta necessaria

dal parlamento europeo

L'impegno dell'Europa contro il dilagare del diabete
(Risoluzione del 15 marzo 2012)

Gloria Burzi, Consigliere ADB

Le Istituzioni Europee con la Risoluzione del 15 marzo 2012 hanno lanciato un monito per fronteggiare il crescente problema del diabete. Dall'invito rivolto alla Commissione Europea e ai Governi dei Paesi dell'Unione emerge chiaramente che tutti " diabetici e non" siamo chiamati ad essere più attivi e partecipi per cercare di arginare il dilagare della malattia. Ancora non esiste una cura per il diabete: né per quello di tipo 1, né per quello di tipo 2. Attualmente, nell'Unione Europea, la malattia colpisce oltre 32 milioni di persone, oltre il 10% della sua popolazione totale e, purtroppo, è in forte espansione. Si prevede che entro il 2030 ci sia un incremento tale da raggiungere la percentuale del 16,6%.
Nella maggior parte degli Stati membri, più del 10% della spesa sanitaria è da imputarsi al diabete, con punte che arrivano addirittura al 18,5%.
Che fare? Tutti noi siamo chiamati a fare di più. Come? Il Parlamento Europeo ci indica la strada. La strategia dovrà essere mirata: **alla prevenzione, alla diagnosi e gestione della malattia, all'informazione e alla ricerca.**

PREVENZIONE
Il diabete non si vede e non si sente. La glicemia alta nel sangue non dà né dolori né disturbi: però, nel tempo, danneggia irrimediabilmente: occhi, reni, arterie, nervi e cuore. Tutto questo può essere evitato, fermato o quanto meno ritardato con l'adozione di pochi, semplici mezzi, i quali, tuttavia, per essere adottati debbono essere conosciuti.
Spesso la malattia viene diagnosticata troppo tardi. La percentuale delle persone affette da diabete che ignora la propria condizione è ancora troppo alta. Si stima che per ogni due persone malate di diabete ce ne sia una che non sa di esserlo.
Sappiamo che le abitudini connesse allo stile di vita sono riconosciute come strategia preventiva fondamentale in grado di ridurre l'incidenza, la prevalenza e le complicazioni del diabete, soprattutto quello di tipo 2.

DIAGNOSI E GESTIONE DELLA MALATTIA
La percentuale di cittadini affetti da diabete che non gestiscono correttamente la propria condizione arriva al 75%. Tale circostanza, secondo un recente studio, incrementa il rischio di complicazioni e determina elevati costi sociali ed economici.
L'Italia è stato uno dei primi Paesi della UE a dotarsi di una legge sul diabete (legge 115 del 1987), ma da allora siamo fermi con l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale sul Diabete. Anche l'ultimo Piano Sanitario, pur prestando attenzione al problema crescente del diabete, ha demandato l'attuazione di politiche codificate sulla gestione della malattia alla realizzazione di un Piano Nazionale specifico che ancora langue. Altri Paesi del Nord Europa, anche se partiti dopo, ci hanno scavalcato e si

sono dotati di Piani specifici sulla gestione della malattia.
In questa ottica la Risoluzione UE può anche apparire come una "bacchettata" all'Italia, richiamandola all'importanza di dotarsi di un Piano Nazionale sul Diabete che promuova lo scambio di prassi di eccellenza e adotti orientamenti terapeutici su dati comprovati scientificamente.
Non solo, ai pazienti dovrà essere garantito l'accesso sia alle cure primarie che secondarie e data la possibilità di essere assistiti da "equipe" interdisciplinari qualificate e aggiornate. Inoltre dovrà essere assicurata la possibilità, incondizionata, di poter utilizzare terapie e tecnologie innovative per la cura della malattia. Parimenti dovrà essere assicurato l'aiuto ad acquisire e mantenere le conoscenze necessarie per la gestione quotidiana della malattia in modo competente ed autonomo.

INFORMAZIONE

Sia per realizzare una corretta campagna di prevenzione che per assicurare la migliore gestione del diabete è indispensabile una corretta e capillare informazione che diffonda una "cultura" che passi attraverso comportamenti e stili di vita sani: mangiare meno grassi animali, introdurre più frutta e verdura, svolgere attività fisica regolare. Purtroppo, secondo la Federazione Europea Diabete, uno dei principali problemi riscontrati in Italia nella cura e prevenzione della malattia è la mancanza di informazione e di educazione sanitaria.

RICERCA

Tutto il settore della ricerca a livello europeo dovrà essere migliorato e coordinato con il fine di ottenere il massimo dei risultati con il minimo degli sforzi. Dovranno essere elaborati criteri e metodi comuni, standardizzati, per la raccolta di informazioni sul diabete che consentano di registrare, controllare e gestire dati epidemiologici sulla malattia, nonché dati economici sui costi diretti e indiretti della prevenzione e gestione della stessa. Infine, dovrà essere incoraggiata la collaborazione interdisciplinare con la creazione di infrastrutture generali comuni atte ad agevolare l'impegno europeo a favore della ricerca sul diabete.

un ricordo

Armando Sarti, Socio Benemerito dell' ADB

Armando Sarti, nostro socio benemerito, ha voluto ricordare la sua cara mamma, la Signora Vilma Poluzzi e suo zio Sergio Poluzzi, entrambi diabetici e soci ADB, spentisi recentemente a distanza di pochi giorni, con la lettera che pubblichiamo qui di seguito:

Mia mamma Vilma Poluzzi, socia ADB, diabetica non insulino dipendente da 17 anni è deceduta il 14 marzo scorso. Nel 2004, colpita da una ischemia cerebrale, aveva riconquistato una sufficiente qualità di vita. Grazie all'assistenza del medico di famiglia e del dott. Ciavarella eravamo riusciti per anni a tenere sotto controllo il diabete, la pressione arteriosa e le altre patologie che l'avevano colpita. Dopo un' influenza, l'8 marzo scorso, il ricovero, e poi il decesso per l'aggravarsi delle condizioni cardiache e renali.

Pochi giorni dopo il 3 aprile scorso, anche il fratello di Vilma, Sergio Poluzzi, diabetico da oltre 40 anni, anche lui socio ADB, ha cessato di vivere all'Ospedale di Bentivoglio. Sergio ha avuto minor fortuna della sorella Vilma, trasferimenti da un reparto all'altro, disagi infiniti per lui e noi familiari. Abbiamo potuto constatare sulla nostra pelle che lo standard qualitativo della sanità, pur nell' ambito della stessa Provincia non è sempre lo stesso. Dobbiamo quindi impegnarci con vigore affinchè ogni diabetico, ovunque venga ricoverato, abbia lo stesso elevato standard qualitativo di assistenza in linea con i diritti del malato.

I familiari di Vilma e di Sergio Poluzzi, unitamente ad amici e condomini di via Francesco Zanardi 389/2-17 in Bologna hanno devoluto la somma totale raccolta di 160.00 euro all' Associazione Diabetici della Provincia di Bologna, per sollecitare, tramite la stessa, l'impegno delle istituzioni per l'affermarsi di una cultura della prevenzione e di una assistenza sanitaria più vicina al malato di diabete e ai suoi familiari.

perché è così difficile cambiare stile di vita per migliorare la propria salute

Elena Centis, Pedagogista del Team di educazione terapeutica,
SSD Malattie del Metabolismo e Dietetica Clinica, Università di Bologna

Tutti sanno che mangiare in modo equilibrato e mantenersi fisicamente attivi fa bene alla salute. Questo vale per tutti, ma in particolare chi soffre già di specifiche condizioni come il diabete, l'obesità, le malattie cardiovascolari. Per queste persone, il cambiamento da abitudini non salutari ad uno stile di vita salutare (smettere di fumare, diminuire la sedentarietà, ridurre il consumo di alcol, migliorare l'alimentazione) rappresenta una delle componenti principali della cura.

Non si può dire che manchi l'informazione su questi temi; anzi, siamo bombardati da giornali, radio e tv che costantemente ci lanciano messaggi (a volte un po' intimidatori) sui comportamenti da adottare per mantenersi in salute. Ma nella maggior parte dei casi tutto questo non è sufficiente. Spesso neanche il medico riesce a "convincere" le persone a modificare i comportamenti.

Perché questo? Perché nonostante la consapevolezza di quanto alcune abitudini siano dannose e di quanto modificarle possa migliorare la qualità della vita, il cambiamento non avviene? La parola chiave è MOTIVAZIONE. Senza motivazione nessun cambiamento è realizzabile. Non si tratta di "forza di volontà", che molti chiamano in causa e che identifica come "forte", "coraggioso", "volenteroso" chi la possiede e come "debole" e "irrisoluto" chi non la possiede, è qualcosa di ben più complesso. Si definisce come "la disposizione a cambiare presente in una persona".

La motivazione è influenzata da diversi fattori: la personalità, l'ambiente in cui si è inseriti (lavoro, famiglia, rete sociale) e si sono apprese determinate abitudini, la qualità della relazione che si viene a creare con il professionista della salute, poiché un clima di fiducia e di "collaborazione" aumenta la disponibilità a mettersi in discussione e a tentare un cambiamento. La motivazione è poi uno stato dinamico, che varia da un momento all'altro, da una situazione all'altra. Questo spiega perché a volte ci sentiamo pronti e desiderosi di cambiare, ma dopo qualche tempo abbandoniamo i buoni propositi e quanto fatto fino a quel momento.

Quando i cambiamenti riguardano abitudini che nel tempo si sono radicate, la motivazione è bassa e si percepisce una forte ambivalenza. In altre parole si avverte un conflitto tra le ragioni per cambiare e le ragioni per non farlo. Ci si sente "bloccati" in comportamenti chiaramente dannosi: da un lato si vorrebbe cambiare, dall'altro ci si trova a ripetere lo stesso schema comportamentale tanto familiare.

L'ambivalenza genera stati d'animo di frustrazione, colpa, rabbia per non riuscire ad attuare qualcosa che si avverte come importante (pensiamo ad una persona diabetica, con problemi di peso, che, nonostante il desiderio di cambiare per le limitazioni e il disagio provocati dalla sua condizione, persevera in trasgressioni alimentari) e questo non aiuta le persone a cambiare. Le teorie sulla motivazione ci ricordano che il cambiamento è un processo dinamico che si sviluppa attraverso diversi stadi, con emozioni e stati d'animo diversi, tra cui l'ambivalen-

za, considerata naturale e cruciale nel processo di cambiamento.

In base alle stesse teorie, anche la ricaduta, che si verifica quando la persona, avviato il cambiamento, si trova a ripetere i comportamenti che aveva deciso di abbandonare, viene considerata un evento prevedibile, uno stadio del cambiamento, non perché l'individuo è debole o privo di forza di volontà, ma semplicemente perché è un essere umano ed è difficile sradicare comportamenti e abitudini consolidati da anni. Ciò che conta è riuscire a "rialzarsi" in tempi brevi, riprendendo il processo di cambiamento.

Come nasce la motivazione? Cosa fa sì che una persona decida di cambiare e di mantenere nel tempo il cambiamento?

Semplificando le teorie, possiamo dire che la motivazione nasce quando la persona avverte un disagio, un malessere più o meno intenso per la situazione che vive e ritiene che un cambiamento possa farla stare meglio ed aumentare la sua qualità di vita. Questo, però, da solo non basta. Esistono numerose persone che, nonostante la forte sofferenza data dalla propria condizione, rimangono immobili. Affinché il cambiamento avvenga, è necessario che la persona avverta, oltre a disagio, anche fiducia nella proprie capacità e possibilità di fare qualcosa per cambiare, ottimismo e speranza di poter raggiungere dei risultati. E' necessario che il momento sia opportuno (per esempio, decidere di intraprendere un programma di attività fisica in un periodo particolarmente intenso e ricco di impegni, può non essere la scelta opportuna). In sintesi, le persone cambiano se: ritengono che il cambiamento sia importante, si sentono fiduciosi e in grado di provarci, ritengono che sia arrivato il momento per farlo.

Sulla base di quanto detto, possiamo provare ad "auto-valutare" il nostro livello di motivazione ad attuare in questo momento uno specifico cambiamento. A titolo di esempio, scegliamo l'area relativa all'attività fisica, ognuno può scegliere l'ambito che ha più a cuore, o un cambiamento che sa di dover affrontare ma non riesce a farlo.

Partiamo col chiederci: "Quanto è importante per me muovermi di più? Perché? Cosa potrebbe accadere se continuassi ad essere sedentario e quali benefici potrei trarre da uno stile di vita più attivo?".

Una volta individuate (e messe su un foglio di carta) le ragioni per cui potrebbe essere importante avviare il cambiamento, proseguiamo chiedendoci: "Quanta fiducia ho nelle mie possibilità di poterlo realizzare? Quali sono gli ostacoli che potrei incontrare e su quali risorse posso contare per superarli?". E infine: "E' il momento giusto per farlo?".

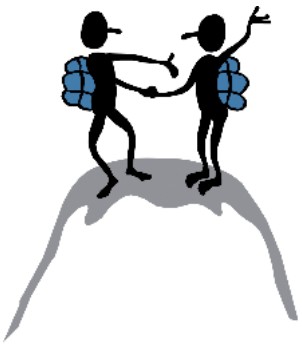
Valutati i tre fattori (importanza, fiducia e disponibilità), se le risposte hanno generato il desiderio di cambiare e la speranza, seppur minima, di poterlo fare, il passo successivo è individuare un piano d'azione: "Cosa posso fare, in questo momento, di realizzabile e praticabile per raggiungere i miei obiettivi? Quali attività posso inserire nella mia giornata, considerando i vari impegni?". Una volta individuato un piano d'azione, non resta che provare.

Ricordiamo che il cambiamento non è facile e, per aumentare le probabilità di farcela, potrebbe essere opportuno prendere in considerazione alcuni suggerimenti sulla scelta delle azioni da intraprendere. Una delle ragioni più comuni che determinano la ricaduta, è la scelta di attuare cambiamenti drastici che, in quanto tali, non sono sostenibili nel lungo periodo. Ogni ricaduta, se percepita come fallimento, può azzerare la fiducia nelle nostre capacità di riuscita. Al contrario, individuando piccoli cambiamenti che non comportano grossi sacrifici, possiamo più facilmente inserirli nelle nostre abitudini. Questa modalità rallenta il raggiungimento degli obiettivi finali, ma aumenta la probabilità di portare a termine l'intero processo e di mantenerlo nel tempo. Toccando con mano i benefici che derivano anche da piccoli miglioramenti si ha un incentivo ad andare avanti.

A compromettere nel tempo il mantenimento del cambiamento non sono solo le azioni drastiche, ma anche la scelta di inserire nel piano d'azione attività utili ma poco gratificanti e poco piacevoli. Per tornare all'esempio sull'esercizio fisico: se preferisco le attività all'aperto, scegliere di iscrivermi in palestra per ridurre la mia sedentarietà sarà, con ogni probabilità, una decisione destinata al fallimento e non farà altro che accelerare il processo di ricaduta. Ancora, se mi sento più stimolato a fare esercizio fisico in compagnia, condividendo i miei progressi con altri,

non sarà una scelta efficace comprare una cyclette da tenere in casa. Non sempre si hanno idee chiare su ciò che piace e ciò che non piace: all'inizio si possono sperimentare varie attività per individuare quelle più gradevoli.

Intraprendere un percorso di cambiamento è sicuramente una sfida ardua: ci sono dei tratti in cui la strada è più



scorrevole, altri in cui il terreno è impervio e impone piccole soste o retrocessioni, per poi riprendere la giusta direzione. Avere consapevolezza di questo e poter contare sull'aiuto di una figura sanitaria di riferimento rappresentano risorse importanti che possono aiutarci a percorrere questo "nuovo" cammino e raggiungere il risultato desiderato.

EMILBANCA
BCC CREDITO COOPERATIVO

adb associazione diabetici bologna

Comitato Soci del Quartiere di San Donato

24 Ottobre 2012 ore 20,30

Cinema Perla

Via San Donato, 38 Bologna

SERATA D'INFORMAZIONE MEDICO - SANITARIA

il diabete di tipo 2

una patologia in forte espansione
come prevenirla e come riconoscerla

Saluto della Autorità

INTERVENTI:

Cos' è il diabete, chi e' a rischio e come fare la diagnosi precoce
Adolfo Ciavarella

La corretta nutrizione e l'attività fisica nella prevenzione del diabete
Gabriele Forlani

La dieta mediterranea e i suoi vantaggi
Simona Moscatiello

Questionario di autovalutazione del rischio diabete
Gilberto Laffi

CONCLUSIONI E SALUTI

Flavia Cesari: Presidente Associazione Diabetici della Provincia di Bologna(ADB)

Ingresso gratuito aperto a tutti.

È gradita cortese conferma al numero verde di Emilbanca 800.217.295

aspartame si, aspartame no

Chi dice che è dannoso e chi invece asserisce che è sicuro. Qual' è la verità?

Gilberto Laffi, U.O. Diabetologia,
Policlinico S. Orsola - Malpighi, Bologna

Non è la prima volta che si parla nel bene o nel male di Aspartame. Piu' volte si è detto che può essere tossico per il cervello o che puo' provocare tumori. Ogni volta però queste notizie poco rassicuranti sono state smentite.

In Italia ci sono persone che credono e altre che al contrario non credono alla sua tossicità, nonostante diversi scienziati abbiano assunto una posizione di apertura nei confronti di questo dolcificante.
I dubbi non sono stati del tutto fugati.

L' Aspartame è un sostituto dello zucchero con un potere dolcificante 200 volte superiore, viene usato nell'industria alimentare e farmaceutica per ridurre l'introito calorico e dalle persone con diabete per evitare una eccessiva assunzione di zuccheri semplici che potrebbero portare a eccessivi rialzi della glicemia.

Un recente studio condotto dall'Istituto Europeo Ramazzini di Bologna avvalora la tesi della cancerogenicità dell'Aspartame qualora assunto a dosaggi elevati. Un dosaggio di 40 mg/Kg corporeo al giorno è tuttavia considerato sicuro. Un adulto di 70 Kg può assumere tranquillamente 2.800 mg di aspartame al giorno (pari quindi a oltre 140 compresse) senza alcun rischio mentre i bambini non dovrebbero superare la dose di 400 mg al dì (pari a 20 compresse).

Secondo un altro studio del Resau Ennviroment Santè (RES) l' Aspartame aumenterebbe il rischio di cancro al fegato e polmoni e in gravidanza potrebbe portare a parti prematuri. Va considerato che l' Aspartame si trova in oltre 6000 prodotti industriali comprese bevande gassate, gomme da masticare e farmaci e che, di conseguenza, la dose giornaliera consentita potrebbe essere facilmente superata. Sebbene gli studi appena citati necessitino di conferme, conviene non abusare nell'assunzione di cibi, bevande o farmaci che contengono questo prodotto.

In merito alle ricerche sopracitate e sui possibili effetti dannosi dell' Aspartame, bisogna anche sottolineare che questo dolcificante è stato autorizzato dalle Autorità sanitarie nazionall e internazionali, che viene attualmente utilizzato in più di 100 Paesi nel mondo e che la sua sicurezza è continuamente monitorata da Commissioni Scientifiche internazionali.

Si può dire che l' Aspartame è uno dei prodotti alimentari più controllati, la cui sicurezza è stata più volte ribadita dalla Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA) e dal U.S. National Cancer Institute che non hanno riscontrato alcun potenziale genotossico o cancerogeno per le persone.

Recentemente numerosi esperti hanno sostenuto rispetto agli studi allarmistici che vi sono molte debolezze sul piano metodologico. Ad esempio nello studio dell'Istituto Ramazzini le dosi somministrate ai roditori erano estremamente alte, paragonabili all'assunzione di decine di litri di bevande con aspartame al giorno.

Tuttavia, poiché gli studi sull'argomento non hanno ancora definitivamente chiarito la innocuità o la pericolosità ad alte dosi conviene essere prudenti diversificando la tipologia di dolcificanti (ve ne sono diversi in commercio) e magari assumendo in dosi moderate cibi e bevande contenenti Aspartame così come, peraltro, consigliato dalle varie Agenzie di regolamentazione di tutto il mondo.

parliamo di ipoglicemia
un evento da non sottovalutare

Michele Grimaldi, U. O. Diabetologia
Policlinico S. Orsola - Malpighi

DEFINIZIONE
Viene definita ipoglicemia un valore di glicemia inferiore a 50 mg/dl.
Il livello normale di glicemia va da 60 a 120 mg/dl e il valore dipende da quanto tempo è trascorso dall'ultimo pasto. In caso di digiuno prolungato la glicemia può scendere a 60 mg/dl e in via eccezionale fino a 50 mg/dl e senza indicare uno stato patologico.

CAUSE
Dose eccessiva di insulina.
Ritardo o omissione dell'assunzione di un pasto .
Assunzione di carboidrati in quantità inferiore rispetto a quelle abituali.
Attività fisica non programmata.
Abuso di alcolici.

SINTOMI LIEVI-MODERATI
Sudorazione, fame, astenia, tremore, palpitazioni, disturbi visivi, perdita della concentrazione, cefalea o vertigini, irritabilità, sonnolenza.

SINTOMI SEVERI
Confusione mentale, comportamento anomalo, formicolii alla bocca e alla lingua, perdita di coscienza, convulsioni, coma.

SEGNALI D'ALLARME PER PARENTI ED AMICI
Pallore, sudore, tremori, estrema stanchezza, stato di confusione, andatura incerta, comportamento anomalo, crisi improvvise di riso o di pianto.

SUGGERIMENTI
In casi di ipoglicemia lieve:
- Sospendere qualunque attività si stia svolgendo in quel momento .
- Assumere 20 g di zucchero cioè 3-4 zollette di zucchero oppure ½ lattina di bibita tipo coca cola oppure 1 succo di frutta zuccherato da 125 ml oppure 3-4 caramelle da 5 g tipo zuccherino
- Assumere altri 20 g di zuccheri semplici se i sintomi non scompaiono dopo 10 minuti. Cessati i sintomi assumere: amidi (cracker, pane, o fette biscottate).
- Raddoppiare le quantità se si deve riprendere un'attività intensa o rischiosa.

In caso di ipoglicemia severa o in presenza di incoscienza:
- Somministrare 1 fiala di glucagone intramuscolo o endovena.
- Chiamare il medico o il pronto intervento.
- Procedere come nel caso di ipoglicemia lieve alla ripresa dello stato di coscienza.

PRECAUZIONI
Nel caso di ipoglicemie ripetute, in attesa di contattare il diabetologo è prudente evitare di:
- Guidare l'automobile.
- Effettuare lavori ed utilizzare attrezzi pericolosi per se e per gli altri.
- Praticare sport.

E' consigliabile:
- Ridurre lievemente il dosaggio di insulina.
- Controllare più frequentemente la glicemia.
- Sospendere ogni bevanda alcolica.
- Portare con sè zuccheri semplici da utilizzare al bisogno.

NOTIZIE in PILLOLE

Gloria Burzi, Katia Ravaglia, Adolfo Ciavarella

LA GLICEMIA SI MISURERA' CON LE LENTI A CONTATTO ?

Un gruppo di ricercatori dell'Università di Washington ha elaborato un sistema sperimentale, presentato di recente al salone della tecnologia di Parigi, che "legge" i valori della glicemia attraverso lenti a contatto per poi trasmetterli a un supporto tecnologico, smart-phone o tablet che sia, del paziente affetto da diabete. Grazie a recettori elettronici, le lenti sono in grado di valutare la quantità di zucchero presente nelle lacrime e, quindi, nel sangue. Rilevati i valori, una antenna trasmette le informazioni al supporto informatico.

DIABETE, INSULINA ED ALZHEIMER

Uno studio del CNR di Palermo, con il Dipartimento di Fisica dell'Ateneo palermitano, apre la strada ai nuovi farmaci mirati per la cura dell'Alzheimer. La ricerca, pubblicata su Aging Cell, mette in luce i meccanismi molecolari comuni al morbo di Alzheimer e al diabete di tipo II dimostrando come, in vitro, la somministrazione di insulina rende reversibile il danno ai neuroni, che riprendono la loro morfologia ripristinando le funzioni compromesse.

OMEGA 3 E INVECCHIAMENTO CEREBRALE

Una dieta povera di pesci grassi, ma anche di frutta con guscio, accelera l'invecchiamento del cervello, danneggiando la capacità cognitiva, tra cui la memoria. E' questo il risultato cui sono giunti alcuni ricercatori statunitensi dell'Università di Los Angeles dopo aver condotto uno studio che ha coinvolto più di 1.500 persone con età media di 87 anni.

IN BICICLETTA CONTRO IL DIABETE

Chi soffre di diabete non solo può svolgere un'attività fisica che tra l'altro aiuta a contrastare la malattia ma, addirittura, fare sport ad alti livelli. La prova viene dalla partecipazione del Team Type 1, squadra di 23 ciclisti professionisti con e senza diabete provenienti da tutto il mondo che partecipano alle grandi competizioni ciclistiche internazionali.

Per gli atleti del Team, fondato nel 2004 da Phil Southerland, giovane ciclista professionista con diabete di tipo 1, le competizioni sono anche una occasione per diffondere l'importanza della prevenzione e del buon controllo del diabete e per testimoniare come questa non sia una patologia limitante, ma una condizione che non preclude la possibilità di eccellere anche nello sport. E' noto che l'attività sportiva associata al regolare monitoraggio dei valori glicemici e ai corretti stili di vita può aiutare ad affrontare questa patologia che colpisce circa 250 milioni di persone, di cui 4 milioni solo in Italia.

RISO BIANCO: PIU' RISCHIO DI DIABETE TIPO 2

Mangiare riso bianco, ossia non integrale, fa aumentare il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 in modo direttamente proporzionale al consumo di questo cereale. Il problema non è il riso in sé, ma con tutta probabilità il mangiare un alimento privato di tutte quelle preziose e utili sostanze proprie del chicco integrale che si perdono con le lavorazioni come la raffinatura e lo "sbiancamento".

Questa notizia apparsa sul British Medical Journal riporta uno studio condotto da ricercatori della Harvard School of Public Health.

Sono state studiate quattro popolazioni di cui due asiatiche (Cina e Giappone) e due occidentali (Australia e Stati Uniti). I dati hanno mostrato che la tendenza a sviluppare diabete di tipo 2 è più marcata nei paesi asiatici rispetto a quelli occidentali a causa dell'elevato consumo di questo cereale (un cinese mangia in media quattro porzioni di riso al giorno contro le cinque porzioni alla settimana di un occidentale).

Il maggiore rischio di diabete è legato al cosidetto "indice glicemico" che è molto elevato quando questi carboidrati vengono raffinati. Il suggerimento degli scienziati è quindi quello di mangiare oltre che riso anche pane e pasta integrali allo scopo di allontanare il rischio di diabete.

ARANCE ROSSE, PARTICOLARMENTE SALUTARI PER CHI HA IL DIABETE

E' stato dimostrato che il succo delle arance rosse, per l'alto contenuto di antocianine (per altro presenti in altri alimenti), riduce lo stress ossidativo nelle persone con diabete proteggendo il DNA dal danno della ossidazione e riducendo i fattori di rischio cardiovascolare.

I ricercatori del Progetto Europeo Athena hanno individuato il meccanismo genetico delle proprietà salutari delle arance rosse di Sicilia, caso unico fra gli agrumi. Queste, oltre al sapore particolare e molto apprezzato, hanno un contenuto particolarmente elevato di antocianine che sono potenti sostanze antiossidanti e responsabili anche del colore rosso di questo frutto.

Il gene responsabile della formazione di antocianine sembra interagire con il particolare clima della Sicilia (in particolare quello dei dintorni dell'Etna) caratterizzato da giorni caldi e notti fredde. In assenza di tali condizioni i frutti producono meno antocianine finendo per somigliare alle normali arance bionde.

CARNE ROSSA: MAGGIORE MORTALITA'

Una equipe di studiosi di Harward ha pubblicato recentemente i risultati di uno studio che ha coinvolto più di 37.000 uomini e 83.000 donne prive di malattie cardiovascolari o di neoplasie al momento basale. Dopo anni di follow-up si è osservato che una porzione al giorno in più del normale di carne rossa aveva portato a un aumento della mortalità totale di circa il 13-20%, di quella cardiovascolare del 18-21% e quella per cancro del 10-16%.

Gli Autori quindi concludono che una sostituzione al giorno di carne rossa con altri cibi (pesce, pollame, nocciole, legumi, grano intero) può portare a una riduzione del rischio di mortalità fra il 7% e 19%.

Un autocontrollo della glicemia **personalizzato su più livelli.**

- Assenza di calibrazione
- Display retroilluminato
- Led fessura inserimento striscia reattiva
- Grafico ultimi risultati
- Markers pre-post prandiali e attività fisica
- Impostazione data di scadenza strisce reattive
- Segnali acustici di promemoria test e soglia ipoglicemica
- Indicatore tempo trascorso dall'ultimo pasto consumato al momento del test
- Media risultati fino a 90 giorni

GLUCOCARD™ MX

Multitasking e**X**perience

Chiedi consiglio al tuo medico o al tuo farmacista di fiducia.

Le misurazioni devono essere eseguite nell'ambito del controllo medico. È un dispositivo medico diagnostico in vitro CE 0123.
Leggere attentamente le avvertenze o le istruzioni per l'uso.

Servizio Clienti
800-869110
servizioclienti@menarini.it

Numero Verde per avere assistenza tecnica sull'utilizzo dei prodotti A.Menarini Diagnostics e per richiedere la sostituzione gratuita degli strumenti in garanzia.

A.MENARINI diagnostics

Autorizzazione Ministero della Salute 03/04/2012

www.menarinidiagnostics.it

www.glunews.it