

D

journal

Diabetetico
ottobre | 2023
Nr. 182

Time in range: misurare il tempo durante il quale la glicemia si situa nell'intervallo di riferimento

Stigma fra Diabete e Psiche: cosa possiamo fare?

Dolore cronico, ovvero: una quotidianità marchiata dal dolore



Time in Range

In questo editoriale ho voluto darvi qualche informazione basata sulle mie esperienze personali. Il termine “Time in Range” (TIR) ha ricevuto una crescente attenzione negli ultimi anni, principalmente perché sempre più diabetici hanno iniziato ad usare sistemi di misurazione CGM (Continuous Glucose Monitoring).

Ho fatto qualche ricerca e l’International Consensus Report in merito al TIR raccomanda che la maggior parte delle persone con diabete di tipo 1 o di tipo 2 trascorra almeno il 70% della giornata (circa 17 ore) nell’intervallo glicemico compreso tra 3,9 e 10 mmol/L, che corrisponde al target HbA1c raccomandato di circa il 7. Ovviamente ognuno discuterà di questi valori con il proprio medico.

Io uso sistemi CGM da parecchi anni e grazie a questo ho una combinazione ideale fra i dati TIR e l’HbA1c per la valutazione del controllo del glucosio. L’HbA1c misura i livelli medi di glucosio nel sangue di una persona degli ultimi due o tre mesi ma non riflette le fluttuazioni giornaliere: due persone con gli stessi risultati HbA1c potrebbero avere profili glicemici molto diversi.

Il TIR permette quindi di avere un quadro più completo dei livelli di glucosio e ha il potenziale per rivelare modelli di ipoglicemia e iperglicemia durante il giorno e la notte. Se utilizzato insieme all’HbA1c, il TIR può raccontare una storia personalizzata e individuale sui livelli di glucosio, aiutando le persone diabetiche a comprendere sia le loro fluttuazioni quotidiane sia ciò che le determina, aiutando gli operatori sanitari a prendere decisioni per una migliore gestione del diabete. Un’ulteriore innovazione tecnologica che aiuta noi e i nostri famigliari ed amici a vivere meglio con il diabete.



Raffaele Sciarini
Presidente



IMPRESSUM

La pubblicazione del giornale “d-journal” è trimestrale, i mesi di uscita sono marzo, giugno, ottobre e dicembre. Le edizioni sono aggiornate con informazioni, istruzioni e consigli utili.

Riservate subito le date delle attività che l’associazione organizza nel corso dell’anno.

Editore: Diabete Ticino, Via al Ticino 30 B, 6514 Sementina, tel. 091 826 26 78, CCP 65-1496-6

info@diabeteticino.ch - www.diabeteticino.ch

Redazione: Silvia Arioli [redattrice responsabile]

Alessia Vanoni Bertola, Raffaele Sciarini

Impaginazione: Giam(P)lo Magri, Tipografia Torriani SA, Bellinzona

Abbonamento: Gratuito a tutti gli associati Diabete Ticino



3 Attualità

4-6
Time in range: misurare il tempo durante il quale la glicemia si situa nell’intervallo di riferimento

7-9
Stigma fra Diabete e Psiche: cosa possiamo fare?

11-12
Dolore cronico, ovvero: una quotidianità marchiata dal dolore

13
Grassi e alimentazione, non solo una questione di quantità.

15
Diabete in cucina

18-19
Programma attività



diabeteticino

Informazione. Consulenza. Prevenzione.

Con il sostegno di

Repubblica e Cantone Ticino
DECS





Chiusure

Saremo chiusi da **lunedì 30 ottobre** a **giovedì 2 novembre**, ultima comanda evasa **giovedì 26 ottobre ore 14.00**, le altre saranno evase dal **6 novembre**.

E da **martedì 26 dicembre 2023**, riapertura **lunedì 8 gennaio 2024**. Verranno evasi gli ordini pervenuti **entro le ore 12.00 di mercoledì 20 dicembre 2023**. Gli ordini pervenuti durante la chiusura saranno evasi dal **8.01.2024** (riapertura).

Auguriamo a tutti buone festività natalizie.



Insieme...
possiamo...
...sostienici!



Time in range: misurare il tempo durante il quale la glicemia si situa nell'intervallo di riferimento

Autrice: Dr méd. Anne Katrin Borm, médecin-chef Endocrinologia, diabetologia et métabolisme, Hôpital cantonal d'Aarau

Articolo originale: www.d-journal-romand.ch/savoir-keine/time-in-range-mesurer-le-temps-pendant-lequel-la-glycemie-se-situe-dans-la-plage-cible/

In diabetologia si attribuisce sempre più importanza al criterio del Time in Range (TIR). Ma può sostituire l'emoglobina glicata (HbA1c), utilizzata per valutare i livelli di glucosio nel sangue a lungo termine?

È importante ricordare che il livello di HbA1c è la nostra "memoria glicemica". Indica il livello di emoglobina glicata, che è il componente principale dei globuli rossi. Poiché i globuli rossi vengono generalmente rinnovati ogni tre mesi, il livello di HbA1c consente di determinare il livello medio di glucosio nel sangue negli ultimi tre mesi. Tuttavia, questo livello può rimanere invariato se i livelli di glucosio nel sangue sono variati molto o poco. In caso di ipoglicemia frequente, un basso livello di HbA1c può suggerire che i livelli di glucosio nel sangue sono ben controllati, mentre ci sono ampie **variazioni** nei livelli di

glucosio nel sangue e il trattamento del diabete non è appropriato. I livelli di HbA1c possono anche essere falsamente alti o bassi, ad esempio in caso di anemia, dopo un'infusione di ferro o dopo un'operazione.

Negli ultimi anni i **sensori** di glucosio nel sangue sono diventati sempre più comuni. Esistono due tipi di sensori: il monitoraggio flash del glucosio (FGM) e il monitoraggio continuo del glucosio (CGM). Le **assicurazioni** sanitarie rimborsano il costo di un FGM se il paziente necessita di almeno quattro iniezioni di insulina al giorno. Nel caso di un CGM, rimborseranno il sensore solo se c'è la garanzia che i costi saranno coperti; quando il livello di HbA1c è superiore all'8%, in caso di ipoglicemia grave o in caso di consultazioni mediche di emergenza dovute a forti fluttuazioni dei livelli di zucchero nel sangue.

Pensare meno al diabete. Il nuovo Dexcom G7.

intelli **G7** ente

Dexcom G7

- ✓ Misurazione automatica del glucosio,¹ nessuna scansione
- ✓ Quando è davvero importante: avvisi predittivi
- ✓ Smartphone² e smartwatch^{2,3} possono essere utilizzati in parallelo



Faccia il primo passo e si registri su www.dexcom.com

¹ Tranne che in situazioni eccezionali. Calibrato in fabbrica. Se gli avvisi relativi ai valori del glucosio tissutale e le letture sul sistema Dexcom G7 non corrispondono ai sintomi o ai valori previsti, i pazienti devono utilizzare un glucometro per prendere decisioni terapeutiche sul diabete. | ² I dispositivi compatibili sono disponibili separatamente. Un elenco dei dispositivi compatibili è disponibile all'indirizzo www.dexcom.com/it-CH/compatibility. | ³ Il trasferimento dei valori del glucosio a uno smartwatch compatibile richiede l'uso simultaneo di uno smartphone compatibile. | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share e Share sono marchi registrati di Dexcom, Inc. negli Stati Uniti e possono essere registrati in altri paesi. © 2023 Dexcom, Inc. Tutti i diritti riservati. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germania LBL-1001415 Rev001 / 02.2023



Valori in verde

L'uso di sensori di glucosio nel sangue ha dato origine a un nuovo indicatore per il trattamento del diabete: il Time in Range (TIR). Il TIR indica, in percentuale, il tempo in cui i livelli di glucosio nel sangue misurati dal sensore rientrano in un intervallo predefinito. Questo valore dipende quindi in larga misura dalla **frequenza** con cui il sensore è stato utilizzato, dall'intervallo **target** definito dall'utente e dalla **durata** scelta per il calcolo del TIR. Si consiglia un intervallo target compreso tra 3,9 e 10 mmol/l. A causa delle preimpostazioni dei vari programmi e applicazioni, il TIR appare generalmente per le ultime due settimane, ma i dati registrati possono essere utilizzati anche per andare più indietro nel tempo. Il trattamento del diabete è considerato **adeguato** quando i valori visualizzati dal sensore

- sono per oltre il 70% del tempo compresi nell'intervallo 3,9-10 mmol/l (= TIR > 70%),
- sono per meno del 25% del tempo superiori a 10 mmol/l (alto < 25%),
- sono inferiori a 3,9 mmol/l per meno del 4% del tempo (basso < 4%).

Nei pazienti **giovani**, l'obiettivo è raggiun-

gere una percentuale più alta di TIR, cercando di evitare l'ipoglicemia. Il medico o il diabetologo prende quindi in considerazione non solo il tempo di raggiungimento dell'obiettivo, ma anche il periodo di tempo in cui i livelli di glucosio nel sangue sono stati troppo alti o troppo bassi e l'entità dell'intervallo di **fluttuazione**. Se il sensore è stato indossato con sufficiente frequenza, questi valori forniscono preziose informazioni aggiuntive al livello di HbA1c, consentendo di **personalizzare** ulteriormente il trattamento del diabete. Il livello di HbA1c si riferisce agli ultimi tre mesi, mentre i dati TIR si riferiscono generalmente alle ultime due settimane. Di conseguenza, HbA1c e TIR possono portare a **conclusioni** diverse sulla qualità del controllo glicemico.

Situazione di un singolo paziente

Tre mesi fa, **Anna** aveva un'HbA1c dell'11%, ma nelle ultime quattro settimane il suo diabete è stato gestito in modo adeguato. La sua HbA1c è del 9% e il suo Time in Range delle ultime due settimane è del 79%, all'interno di un intervallo target predefinito compreso tra 3,9 e 10 mmol/l. Attualmente, il suo controllo glicemico è

buono, anche se l'HbA1c è ancora troppo alta, poiché indica la media degli ultimi tre mesi. Poiché il tempo nell'intervallo target si riferisce alle ultime due settimane, mentre l'HbA1c si riferisce agli ultimi tre mesi, il TIR e l'HbA1c possono **divergere** in modo significativo.

Beate punta a un controllo glicemico particolarmente buono. Ha programmato un intervallo target compreso tra 4 e 6 mmol/l, ma i suoi livelli di glicemia sono spesso appena superiori a 6 mmol/l. Sebbene i valori della glicemia siano eccellenti, è probabile che sia delusa dal basso livello del Tempo nell'intervallo.

Casimir ha difficoltà a usare il sensore. Per questo motivo lo indossa solo il 30% delle volte. Nei giorni in cui indossa il sensore, ha un tempo di permanenza nell'intervallo del 75%. Negli altri giorni, però, non presta molta attenzione alla glicemia, con il risultato di un livello di HbA1c elevato nonostante un buon tempo di raggiungimento dell'obiettivo.

Test della glicemia capillare

David preferisce testare la glicemia per via

capillare, al mattino a stomaco vuoto.

Ottiene livelli di circa 6-8 mmol/l.

L'applicazione del suo misuratore di glicemia mostra un "tempo di raggiungimento dell'obiettivo" del 90%, con sua grande soddisfazione. Ma questo significa solo che il 90% dei livelli misurati (al mattino a digiuno) rientra nell'intervallo di riferimento. Questo valore **non** fornisce alcuna informazione sui livelli di zucchero nel sangue durante le altre 23 ore del giorno e della notte. Poiché David misura i suoi livelli di zucchero nel sangue per via capillare e in un solo momento della giornata, non è possibile **valutare** se il suo trattamento del diabete è sufficientemente buono, nonostante un "tempo sull'obiettivo" apparentemente lungo.

D'altra parte, se la glicemia viene misurata soprattutto dopo i pasti, è probabile che i livelli di glucosio nel sangue siano nell'intervallo target molto più spesso di quanto indicato. Al massimo, questo momento di misurazione può dare un'idea dell'andamento del controllo della glicemia dopo l'adattamento del trattamento. In questa situazione, tuttavia, il livello di HbA1c rimane essenziale per valutare la qualità del trattamento.



In breve

- L'uso di **sensori** di glucosio consente di calcolare il tempo di intervallo (**TIR**) dalla curva della glicemia. Queste preziose informazioni consentono di monitorare i progressi del trattamento del diabete. I valori di HbA1c a lungo termine, che consistono in misurazioni una tantum, non ci dicono come si è comportato il diabete tra i diversi momenti in cui sono state effettuate le misurazioni.
- I livelli di glicemia permanentemente visibili possono anche essere fonte di notevole stress per le persone con diabete, stress causato anche dal desiderio di raggiungere una certa performance mantenendo i livelli di glicemia il più a lungo possibile entro un periodo predefinito.
- Il livello di HbA1c e la percentuale di tempo trascorso nell'intervallo target sono **indicatori** complementari per l'adattamento individuale

ACCU-CHEK®

Roche

**OGNUNO HA
I PROPRI GUSTI**



**SEMPLICEMENTE
MISURARE**

Consiglia:
Accu-Chek Instant



**PIÙ DI UNA
SEMPLICE
MISURAZIONE**

Consiglia:
Accu-Chek Guide



SCOPRI DI PIÙ

Compatibile
con  mySugr

ACCU-CHEK, ACCU-CHEK INSTANT, ACCU-CHEK GUIDE e MYSUGR sono marchi di Roche.
© 2023 Roche Diabetes Care (Schweiz) AG, Forrenstrasse 2, 6343 Rotkreuz, info@accu-chek.ch

Stigma fra Diabete e Psiche: cosa possiamo fare?

Dr.med Michele Mattia, FMH in Psichiatria e Psicoterapia, Presidente ASI-ADOC (Associazione della Svizzera italiana per l'Ansia, la Depressione e il Disturbo Ossessivo Compulsivo).

Introduzione

Lo stigma è diffuso in modo trasversale ovunque. I tre fattori principali dello stigma sono la mancanza di conoscenza, i pregiudizi e l'emarginazione.

Uno studio del 2017 ha evidenziato come la maggior parte delle persone che soffrono di diabete riportano una **stigmatizzazione**, particolarmente quelli che soffrono di diabete di tipo I con oltre il 75%, mentre in quelli col tipo II lo stigma è presente in oltre il 50%. Lo stigma è presente non soltanto in coloro che soffrono di diabete, ma anche nei genitori dei bambini con diabete di tipo I maggiormente che non quelli con diabete di tipo II.

Ma lo stigma per autismo è associato alla psichiatria!

Fu il sociologo canadese Goffman (1970) a teorizzare il concetto di stigma per **definire** l'insieme di pregiudizi negativi attribuiti alle persone con problemi psichici a causa del loro disturbo e che determinano rifiuto, discriminazione ed esclusione.

Possiamo ritrovare lo stigma culturale, istituzionale, sociale, interiorizzato o self stigma, che si traducono in stereotipi, pregiudizi e discriminazioni.

L'associazione fra disturbi della sfera psichica e persone con il diabete è nota.

Le persone con diabete tendono ad avere un rischio più elevato di sviluppare disturbi della sfera psichiatrica che peggiorano il loro diabete medesimo e viceversa.

Una metanalisi che ha considerato 245 differenti tipi di studio condotti fra il 1980 e il 2020 è stata effettuata da Lindekilde, della University of Southern Danimarca, per investigare la connessione fra il diabete e i disturbi psichiatrici.

Le persone con il diabete hanno il rischio di avere un episodio depressivo due o tre volte maggiore che la popolazione generale.

Tuttavia soltanto meno del 15% delle persone con il diabete hanno accesso ad un **supporto** psicologico e sintomi della depressione includono: tristezza, riduzione degli interessi e del piacere nelle attività giornaliere, difficoltà nel sonno, risvegli mattutini, riduzione delle energie, stanchezza, riduzione dell'appetito sensazione di colpa o di perdita di valore e ricorrenti pensieri negativi.

Inoltre di tutte le persone con comorbidità diabete-disturbi psichiatrici soltanto il 25% viene diagnosticata e trattata.

Una delle problematiche maggiori diventa lo stigma interiorizzato, o self-stigma, che si riferisce ai vissuti negativi o ai pregiudizi che la persona malata di diabete o di patologie psichiatriche, o di ambedue in comorbidità, ha interiorizzato riguardo alla propria patologia e alla propria condizione. La presenza del self-stigma riduce l'autostima, l'autoefficacia personale, facendo entrare la persona in un circuito perverso, riducendo l'attenzione anche alle cure.

Vivere all'interno di una società con la presenza di una stigmatizzazione significativa porta l'individuo ad assumere nel proprio sistema di valori personali tali accezioni negative che lo portano a sentirsi svalorizzato e quindi escluso.

L'associazione diabete e disturbi psichiatrici, connessi fra di loro dallo stigma sociale e dal self-stigma, anche se con tassi e livelli differenti, peggiora la salute della persona stessa. Le condizioni identificabili con il diabete che inducono lo stigma sono correlate all'iniezione di insulina, al monitoraggio della glicemia, alla restrizione alimentare, all'obesità, agli episodi di ipoglicemia o di iperglicemia, nonché alla presenza di sensori o pompe.

Tutti questi elementi possono essere associati con l'area dello stigma, così come quelli che sono presenti all'interno dei disturbi psichiatrici.

Spesso lo stigma è una condizione strisciante nella penombra.

Stigmatizzazione e Rischio associazione Diabete e Disturbi Psichiatrici

In media le persone con disturbo psichiatrico severo perdono 17 anni di vita rispetto alla popolazione senza disturbo psichiatrico. Le persone che soffrono di diabete generalmente vivono 7,5 anni di meno rispetto a coloro che non hanno questa patologia.

L'associazione diabete e disturbi psichiatrici aumenta il **rischio!**

In uno studio effettuato da Fazel in Svezia su 250 mila persone è stato trovato un aumento della mortalità fra i pazienti con disturbi psichiatrici che avevano anche delle condizioni mediche croniche quali disturbo della respirazione, disturbi cardiovascolari e diabete.

Benton M. et al (2023), hanno effettuato una metanalisi sull'associazione fra diabete di tipo 1 e disturbi psichiatrici. Il diabete di tipo 1 costituisce circa il 10% di tutte le diagnosi di diabete. Tra le patologie psichiatriche più collegate al diabete di tipo 1 sono la depressione, l'ansia, i disturbi del comportamento alimentare. Nelle persone che soffrono di diabete di tipo 1 c'è un rischio di avere 10 volte di più questi disturbi rispetto alla popolazione generale.

Quali sono i meccanismi sottostanti la connessione dello Stigma fra diabete e disturbi psichiatrici?

Alcuni autori hanno definito il diabete come "il lavoro" dove la persona lavora 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, 365 giorni all'anno, senza vacanze e senza nessuna remunerazione.

Così come la malattia psichiatrica che colpisce la persona senza intervalli.

Ambidue potrebbero essere socialmente invisibili o diventare di colpo molto visibili! In generale le persone che soffrono di un disturbo psichiatrico hanno un sonno disturbato, frammentato che agisce negativamente sul ciclo dell'insulina.

Alcuni studi mettono in evidenza una



sovrapposizione dei meccanismi genetici fra schizofrenia, depressione e diabete. Anche uno stato infiammatorio di base è presente nei disturbi psichiatrici e nel diabete. In effetti la risposta a uno stato infiammatorio cronico è associata con un alto rischio di sviluppare un diabete di tipo 2, mentre alcuni marcatori infiammatori sono stati trovati sia nella depressione, che nel diabete.

Le persone con un disturbo psichiatrico spesso fumano di più, hanno meno attenzione alla alimentazione, fanno meno attività fisica, sono meno attenti alle regole dell'igiene di vita, quindi hanno un rischio maggiore di sviluppare un disturbo metabolico quale il diabete.

Nel 2017 sotto l'amministrazione Trump venne emanato un decreto che limitava il finanziamento per il diabete sostenendo che "di denaro ne abbiamo in abbondanza per fornire una rete di sostegno e sicurezza per chi soffre e soffrirà di cancro... ma non siamo tenuti a prenderci cura di una persona che si siede a casa, mangia male e si fa venire il diabete".

Questa visione così drammaticamente cieca verso il diabete, è accomunata alla

stessa visione che è presente mediamente in relazione alle malattie psichiche, ovvero che chi soffre di ansia, depressione, disturbo del comportamento alimentare, dipendenza, ecc, siano persone che hanno uno stile di vita negativo od una mancanza di volontà che le porta a sviluppare queste patologie.

Le **conseguenze** dello stigma nel diabete sono di tipo psicologico e comportamentale. Dal punto di vista psicologico abbiamo la paura, l'imbarazzo, il senso di colpa, la bassa autostima, l'ansia, la preoccupazione, la rabbia, la depressione, gli stress, il senso di solitudine.

Le conseguenze comportamentali e mediche sono legate al tentativo di nascondere la condizione della malattia, l'autogestione subottimale della condizione diabetica o psichiatrica, la resistenza psicologica all'insulina e la riduzione dell'opportunità di avere una socializzazione o un'occupazione.

Le radici dello stigma possono essere presenti a livello individuale, nei gruppi, della comunità, nel sistema sanitario, nella politica, nelle stesse persone con diabete e/o con disturbi psichiatrici, e inducono mecca-

Diabete e parodontite (piorrea)

LA PREVENZIONE INNOVATIVA CON OLIO EXTRAVERGINE D'OLIVA OZONIZZATO

Proprietà:

- Battericida
- Fungicida
- Antivirale
- favorisce la guarigione delle ferite

ialozon[®] Blu COLLUTORIO



- senza clorexidina
- con olio extravergine d'oliva ozonizzato



Medirel SA
Via Redondello 20 - CH-6982 Agno
info@medirel.ch - www.medirel.com
Tel. 091 604 54 34



nismi psicologici quali paure, senso di colpa, sensazione di disagio, riduzione dell'autocura, conseguenza sulla propria identità personale.

Distress da Diabete e depressione:

Il distress da diabete include la preoccupazione costante rispetto ai livelli di glicemia, il rischio di avere complicazioni diabetiche, la sensazione di sentirsi tesi e inquieti, arrabbiati, i sensi di colpa per vivere con una malattia come il diabete.

È importante distinguere fra i sintomi depressivi e i sintomi correlati al distress diabetico.

Il **distress** nel diabete può portare a cadere in abitudini non salutari, di ridurre il controllo della glicemia ed anche di non andare agli appuntamenti di controllo. Nei primi 18 mesi dal 33 al 50 % delle persone con una diagnosi di diabete hanno il distress da diabete. Il distress da diabete può mimare la depressione o l'ansia.

L'OMS (2014) ha definito la depressione come lo stato di umore depresso, riduzione degli interessi o del piacere, sentimenti di colpa o bassa autostima e bassa autovalorizzazione, disturbo dell'area del sonno e dell'appetito, ridotta energia e ridotta concentrazione.

Strategie integrate nel trattamento delle comorbidità Diabete/Psichiatria e dello stigma:

L'importanza del benessere psicologico ed emozionale è stata riconosciuta dall'Istituto Nazionale per la salute e le cure (NICE) della Gran Bretagna e sono state definite delle linee guide per gestire il diabete e la depressione quando sono presenti entrambi. L'identificazione dei sintomi parte da due domande **screening**:

1. Nel corso dell'ultimo mese si è sentito spesso disturbato o infastidito con sentimenti di disagio o di difficoltà, o si è sentito meno stimolato o con un umore depresso?

2. Durante l'ultimo mese si è sentito spesso preoccupato per il fatto di avere una riduzione degli interessi o del piacere nel fare le cose?

Se le risposte sono ambedue affermative allora si effettuano altre domande per indagare la presenza della correlazione con un disturbo dell'area depressiva e/o ansiosa.

Le linee guide NICE basate sull'evidenza, raccomandano anche di stimolare l'attività fisica in gruppo, di effettuare sessioni motivazionali e terapie di gruppo o familiari. Bisogna superare la **difficoltà** di parlare della depressione o di altri problemi psicologici ed emozionali sia da parte della persona che ne soffre sia della parte del medico di famiglia.

È importante non essere intimorito nel cercare aiuto!

È indispensabile che il diabete e i disturbi psichiatrici vengano consapevolizzati e curati contemporaneamente. Alcuni paesi, quali la Gran Bretagna (Programma "Tre Dimensioni": diabete, problemi sociali e disturbi psichiatrici), hanno iniziato ad includere lo screening mentale e psicologico nelle cure diabetiche.



Diventa prioritario e fondamentale il ruolo dei medici di famiglia in quanto prima riescono ad identificare e a trattare le comorbidità psichiatriche con il diabete, meglio si riuscirà a gestire la vita della persona affetta da ambedue le patologie.

Per poter ridurre lo stigma è fondamentale aumentare la conoscenza delle cause che sono alla base del diabete e delle malattie psichiatriche, in modo tale da ridurre i pregiudizi ed i preconcetti nella popolazione generale. Un altro elemento fondamentale è l'accettazione attraverso la **consapevolezza** che la malattia di cui si è portatore/portatrice non è una responsabilità personale, ma è

qualcosa che una volta ricevuta la diagnosi bisogna apprendere a conoscere i sintomi, i rischi, le crisi connesse, e quindi le cure.

Il primo passo è la consapevolezza che permette di ridurre il senso di colpa, di vergogna, di svalorizzazione. Accogliere noi stessi è un passo fondamentale per ridurre il self-stigma e per autorizzarci a poter parlare del diabete, dell'ansia, della depressione, degli stress da diabete o di altre aree correlate ai pregiudizi generali della società, in un modo fluido, spontaneo, senza il timore che l'altro possa giudicarci. In effetti la presenza del self-stigma proietta il giudizio sull'altro di qualcosa che noi non abbiamo ancora accettato fino in fondo.

Rimane molto significativo come lo stigma interiorizzato, self-stigma, porti ad una riduzione della guarigione e della qualità di vita.

Conclusioni

Lo stigma che accompagna la malattia mentale e/o il diabete innesca un circolo vizioso di alienazione e discriminazione, sia per la persona stessa, sia per la famiglia che per il gruppo di appartenenza, rischiando di diventare la fonte di un isolamento sociale, di emarginazione, di marginalizzazione.

Chi soffre di una malattia diabetica e/o di un disturbo mentale si trova a dover confrontarsi con l'esperienza della malattia e con tutto ciò che ne comporta e con le reazioni dell'ambiente sociale e lo **stigma** che circonda la comorbidità stessa.

Fondamentale ed indispensabile diventa affrontare il self stigma, che è l'elemento prioritario finché possa ridursi l'impatto che lo stigma sociale può avere sulla persona stessa. Riuscendo a consapevolizzarsi del proprio disagio (diabete e/o psichiatrico) porta a non avere più l'angoscia o il timore di entrare in relazione con il gruppo sociale di appartenenza, che sia la famiglia, gli amici, le associazioni, il lavoro e quindi a migliorare di molto la qualità della vita e l'aspettativa della vita stessa.

Gli **interventi** psicologici più indicati sono: terapia cognitivo comportamentale; terapia motivazionale; terapia basata sul problem-solving; training basato sulle coping skills; terapia familiare. Tutti questi interventi possono migliorare la qualità della vita.

Bibliografia a disposizione dall'autore.

ADDIO AI CGM TRADIZIONALI BENVENUTO ALL'UNICO SISTEMA CGM CHE DURA FINO A 6 MESI!

ACCURATEZZA CONTINUA E COMFORT



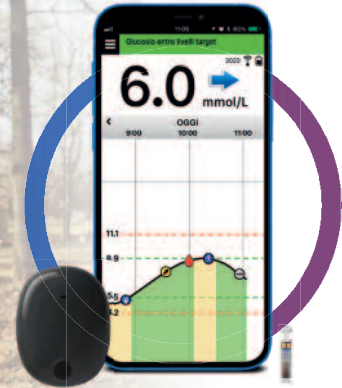
AVVISI DISCRETI

Avvisi con vibrazione direttamente sul corpo in caso di valori alti o bassi



FLESSIBILITÀ NELL'UTILIZZO

Trasmittitore facile da rimuovere e indossare per adattarsi allo stile di vita del paziente*



* Quando il trasmettitore è rimosso, non vengono generati dati sul glucosio.

Ulteriori informazioni e dettagli su restrizioni, limitazioni, riferimenti e copyright visita:
www.ascensia-diabetes.ch/it-CH/eversense-e3/

Per saperne di più
su **Eversense[®] E3!**



Rispondiamo a tutte le tue domande
Ascensia Diabetes Care Service:
Tel.: 061 544 79 90
E-mail: eversense.ch@ascensia.com
www.ascensia-diabetes.ch

ASCENSIA
Diabetes Care

Contour
Evolving with you

Affida la gestione del diabete a CONTOUR[®]NEXT

CONTOUR[®]NEXT – unico come le sue funzionalità:



Elevata accuratezza di misurazione



Indicatore colorato smartLIGHT[®] unico nel suo genere



Second-Chance[®] sampling



Compatibile con l'app CONTOUR[®]DIABETES gratuita



Per saperne di più:
www.ascensia-diabetes.ch

PASSA
ORA A:



ASCENSIA
Diabetes Care

Dolore cronico, ovvero: una quotidianità marchiata dal dolore

A cura di:
Silvia Arioli,
infermiera specialista Clinica,
medica chirurga (IT)



Il **dolore cronico** è una realtà molto diversa da quella del dolore acuto, dove il dolore irrompe in tutta la sua potenza e, terminato il suo compito, se ne va. Il dolore cronico resta lì, come un topolino in un granaio, rosicchia il cibo, il materiale e anche la struttura, va avanti imperterrita, partorisce topolini e spesso riesce a sfuggire al gatto. Il dolore cronico tinge con le sue tinte la **quotidianità** di una persona.

Il dolore, di per sé, ha un importante **significato** evolutivo, senza dolore avremmo

vita breve. Infatti, ha l'importantissimo scopo di segnalare un danno, un pericolo per l'integrità del corpo, spinge a correre ai ripari, a trovare una soluzione. Se però il dolore **persiste** a lungo, più del danno che lo ha generato, può diventare esso stesso una **patologia**. Da difesa salvavita a patologia, questa è la differenza.

Si parla di dolore cronico quando il dolore persiste per più di **tre mesi dalla guarigione** del danno che lo ha generato. Già dalla definizione si evince come la sua funzione

venga a mancare, non c'è un danno da segnalare e sul quale intervenire. C'è solo il dolore.

Le **cause** di dolore cronico sono innumerevoli, impossibile elencarle tutte. In caso di diabete, la fanno da padrone il dolore da neuropatia diabetica e il dolore di ulcere croniche. Quello che però accomuna chi soffre di dolore cronico è che, indipendentemente dalla causa, il dolore è presente **sempre** o quasi sempre, più o meno forte, colora ogni giornata, ogni atto della quotidianità, tiene compagnia alla persona sia di giorno sia, a volte, di notte. È **invalidante** ed è considerato una patologia a sé, una malattia vera e propria.

Il dolore cronico è spesso difficile da trattare. Un dolore acuto è più facile che risponda ai farmaci, mentre il dolore cronico è più **complesso**, sia perché spesso risponde meno agli antidolorifici, sia perché richiede l'assunzione prolungata di farmaci con tutte le loro conseguenze. Inoltre, la presenza stessa del dolore cambia i circuiti nervosi nel cervello, le loro connessioni. Il dolore cronico è **pervasivo**.

Ancora oggi ci sono molti **pregiudizi** verso il dolore cronico. Abbiamo detto che è di





per sé una patologia, eppure c'è molta reticenza a curarlo il meglio possibile, sia da parte dei pazienti, sia da parte degli/delle operatori/trici. Il dolore cronico **deve** essere curato ed è **possibile** trattarlo. Ci sono molte classi di farmaci a seconda del tipo di dolore. Oltre ai farmaci, ci sono tecniche fisiche (massaggi, tens, ecc), interventi chirurgici e interventi psicologici. Questi ultimi vengono spesso fraintesi. Non vengono proposti perché si pensi che il dolore non sia reale o realmente esperito, ma perché in ogni tipo di dolore, anche quello acuto, c'è una componente di **elaborazione** percettiva a livello cerebrale che influisce aumentando o riducendo la percezione del dolore e aggiungendo o meno un carico emozionale importante alla sensazione fisica presa in modo isolato. Non c'è dolore che non influisca e non venga influito dalla componente cognitiva. Lavorare su questa componente non elimina il dolore ma migliora la convivenza forzata con esso.

La **riflessione** con cui vorrei concludere questo articolo parte da una domanda: se il dolore cronico tinge tutta la quotidianità di una persona, che cosa resta oltre al dolore? A volte resta pochissimo. Quando il dolore è forte e intrattabile, resta davvero poco al di fuori del dolore. Ciò che sta in mano nostra, come sempre è una scelta. La **scelta** di guardare a ciò che dolore non è, la scelta di strappare a morsi brandelli di vita e di bellezza che si salvino dal dolore. La scelta di fare il possibile per trattarlo e di utilizzare quel tempo, poco o tanto che sia, libero dal dolore e dall'intensa fatica e stanchezza che causa, per sentirsi vivi, fare ciò che si ama, e non lamentandosi della propria condizione o nella paura. Trovare un modo, anche aiutati da qualcuno, per vivere il **presente** e ciò che resta oltre al dolore, ciò che si riesce a proteggere dalla sua morsa, senza farselo portare via. A volte è davvero troppo poco ciò che resta. Tante altre volte, siamo noi a lasciarcelo rubare dal dolore anche quando sta facendo un sonnellino.





Grassi e alimentazione, non solo una questione di quantità.

Di Valentina Galli,
responsabile amministrativa
di Fourchette verte Ticino

A differenza di quanto spesso si pensa, oli e grassi non sono tutti uguali, a variare è in particolare la loro **composizione** in acidi grassi, si parla, infatti di acidi grassi saturi, monoinsaturi e polinsaturi. I grassi di origine animale sono principalmente ricchi di acidi grassi saturi (ad eccezione dei pesci) mentre quelli di origine vegetale sono generalmente degli oli e sono ricchi di acidi grassi mono e polinsaturi (ad eccezione dei grassi tropicali, di cocco e palma che sono ricchi di acidi grassi saturi). Dal punto di vista fisico, i primi, a temperatura ambiente (20°) sono solidi, mentre i secondi liquidi.

La **varietà** in acidi grassi e dei componenti in essi contenuti influisce sul loro valore benefico per la salute, la conservazione e le possibilità di utilizzo in cucina (vedi Tabella "Uso corretto degli oli e dei grassi").

La qualità dei grassi introdotti con la dieta è quindi fondamentale. Nell'ambito di un'alimentazione variata sono da preferire nella quotidianità gli oli vegetali con un contenuto adeguato di acidi grassi polinsaturi, in particolare di acidi grassi omega-3 (olio di colza, olio extravergine di oliva e olio di oliva) ai quali sono attribuiti diversi effetti benefici (specialmente nella prevenzione delle malattie cardiovascolari) per il nostro organismo.

Il consumo di grassi **saturi** va limitato; un'alimentazione ricca in grassi saturi è associata a un aumentato rischio di malattie cardiovascolari. Un discorso analogo si può fare per i grassi idrogenati ricchi di acidi grassi trans i quali fanno aumentare la quantità di colesterolo LDL.



1 g di grassi apporta 9 kcal, quasi il doppio rispetto a quelle apportate da 1 grammo di carboidrati o di proteine. Per questo motivo i grassi vanno consumati con moderazione (2-3 cucchiaini al giorno). È però bene precisare che si parla di limitare e **NON** di omettere completamente i grassi dalla dieta.

Questi macronutrienti esercitano numerose funzioni importanti per il corretto funzionamento del nostro organismo per esempio,

sono costituenti delle membrane cellulari; apportano energia; consentono l'assorbimento delle vitamine liposolubili (vitamine A,D,E,K); forniscono acidi grassi essenziali (molecole importanti per il funzionamento del corpo umano che però non è in grado di sintetizzare); sostengono e proteggono alcuni organi; contribuiscono alla regolazione della temperatura corporea.





Tabella “Uso corretto degli oli e dei grassi”.

	Utilizzo a crudo	Utilizzo a calore moderato	Utilizzo a calore elevato
	<i>salse per insalata, salse fredde, sulle pietanze dopo la cottura</i>	<i>stufare, brasare, cuocere a fuoco basso</i>	<i>soffriggere, saltare, rosolare, friggere</i>
Olio di oliva vergine o extra vergine, olio di colza, olio di noci, olio di soia	SÌ	NO	NO
Olio di oliva raffinato, olio di colza raffinato	SÌ	SÌ	NO
Olio di colza HOLL, olio di girasole HO	NO	SÌ	SÌ <small>MASSIMO 190°C</small>

Il burro si usa unicamente per la preparazione di tartine, pasticceria o biscotti.

Approfondimenti

A L'olio di colza HOLL e l'olio di girasole HO sono prodotti a partire da speciali culture di colza e di girasole che li conferiscono una composizione in acidi grassi tale da renderli più stabili al calore e quindi idonei alle cotture a temperature medio-alte.

L'olio di colza HOLL si caratterizza per l'alta percentuale di acido oleico e basse di linolenico, da cui l'acronimo inglese High Oleic Low Linolenic, mentre l'olio di girasole HO (High Oleic) per il suo maggior contenuto in acido oleico.

Come distinguerli in commercio? L'olio di colza HOLL e l'olio di girasole HO si trovano raramente in commercio con la denominazione HOLL/HO oppure la denominazione non è visibile al primo sguardo. In generale, vengono venduti sotto la denominazione comune di olio per frittura. In assenza del dato relativo al tipo di olio, è importante l'indicazione dei valori nutritivi sulla confezione. Se il contenuto di acidi grassi monoinsaturi è almeno 65 g per 100 ml o 70 g per 100 g, si può desumere che l'olio per frittura proviene da semi HO o HOLL (Scheda informativa Grassi e oli in cucina / Luglio 2016, Società Svizzera di Nutrizione).

Lo sapevi? Molti oli da cucina provengono da piante indigene. I più importanti sono gli oli di colza e di girasole.



"Orzotto" alla zucca

Valori nutrizionali:
Vaghi Fabrizio - NutriSalus - Vacallo

Valori nutrizionali:

Kcal 384

proteine 12 g

grassi 16 g

fibre ●●●

carboidrati 44 g

Ottima ricetta a indice glicemico ridotto, da abbinare ad una fonte di proteine nobile.

Ingredienti per 2 persone:

- 400 g di zucca, sbucciata e tagliata a cubetti
- 300 ml di brodo vegetale
- 100 g di orzo
- 25 g di parmigiano
- 2 cucchiaini di olio extravergine di oliva
- 1 spicchio d'aglio sbucciato
- ½ cipolla, tagliata a fettine sottili
- 6 foglie di salvia fresca
- sale e pepe

Procedimento:

In una casseruola, far soffriggere la cipolla nell'olio. Spremere e aggiungere l'aglio, poi i pezzi di zucca e mescolare.

Cuocere per 8 minuti.

Aggiungere l'orzo e le foglie di salvia tritate, mescolare e cuocere per altri 2 minuti.

Aggiungere ¼ del brodo e cuocere a fuoco lento.

Ripetere l'operazione per 3 volte.

Quando tutta l'acqua è stata assorbita, aggiungere il parmigiano e mescolare.

Aggiustare di sale e pepe.

Servire immediatamente.

Adattamento all'originale di:

Odile Rossetti Olaniyi

www.d-journal-romand.ch/recette/risotto-dorge-a-la-courge/



Torta salata di ricotta, spinaci e noce moscata

Valori nutrizionali:
Vaghi Fabrizio - NutriSalus - Vacallo

Valori nutrizionali:

Kcal 421

proteine 21 g

grassi 19 g

fibre ●●●

carboidrati 39

Piatto equilibrato abbinato ad una porzione di verdure, cruda o cotta

Ingredienti per 4 porzioni:

- 300 g di ricotta vaccina;
- 200 g di farina integrale;
- 2 cespi di spinaci;
- 3 cucchiaini di olio extravergine di d'oliva;
- Un uovo;
- Acqua tiepida q.b.;
- Noce moscata q.b.;
- Sale q.b.

Preparazione:

- 1 In una ciotola capiente, versare la farina, 2 cucchiaini di olio, un pizzico di sale, e cominciare a impastare; versare piccole quantità di acqua tiepida, continuando a lavorare la pasta fino a renderla omogenea e liscia; dunque, lasciar riposare la pasta per mezz'ora;
- 2 Nel frattempo, mondare gli spinaci e ricorrere al lavaggio degli stessi in abbondante acqua e bicarbonato; dunque, lessare gli spinaci per qualche minuto; successivamente, lasciar scolare gli spinaci e procedere allo sminuzzamento degli stessi con l'ausilio di una forchetta;
- 3 In un recipiente a parte, porre la ricotta, gli spinaci, l'uovo, la restante quantità di olio d'oliva e la noce moscata; dunque, mescolare il tutto con un mestolo fino ad ottenere un composto omogeneo; inoltre, aggiungere una quantità moderata di sale;

- 4 Preparare una teglia da forno da 28 cm e rivestire il fondo della stessa con della carta da forno; dunque, con l'aiuto di un mattarello, ricavare due sfoglie sottili e di diametro differente; quindi, utilizzare la sfoglia più grande per coprire il fondo della teglia; a questo punto, versare la farcitura di ricotta e spinaci, livellare la superficie, e infine coprire con la restante sfoglia;

- 5 Porre il tutto in forno, a 180°C per mezz'ora. Lasciare raffreddare e suddividere in monoporzioni.

Autrice:

Dott.ssa Gabriella Reggina

Fonte: www.viversano.net/cucinare/ricette/ricette-per-diabetici/#torta-salata





Valori nutrizionali:
Vaghi Fabrizio - NutriSalus - Vacallo

Muffin cacao e gocce di cioccolato

Valori nutrizionali:

Kcal 343

proteine 6 g

grassi 14 g

fibre ...

carboidrati 49 g

(per un pezzo)



La sua miglior collocazione è alla fine di un pasto composto da verdure colorate e una fonte di proteine nobile.

Ingredienti per 4 muffin:

- 100g Farina per dolci no glu.
- 70g Zucchero
- 30g Burro
- 100ml Latte
- 30g Cacao amaro
- 8g Lievito per dolci no glu.
- 1 Uovo
- 50g Gocce di cioccolato

Preparazione:

Montare l'uovo con lo zucchero, aggiungere il burro sciolto ed il latte. Aggiungere all'impasto il cacao e la farina ed il lievito montare per 5 min. Mettere le gocce di cioccolato e far girare l'impasto fino a che non è tutto ben incorporato. Ungere gli stampi per i muffin e mettervi l'impasto. Cuocere in forno pre-riscaldato e cuocere a 180° x 20/25min. Lasciare raffreddare e guarnire a piacere.



Programma attività

04•10•2023

16•12•2023

In questo numero trovate una parte del programma delle prossime attività. Ricordiamo che date e orari possono variare dopo la pubblicazione del giornale. Il **programma** completo e aggiornato è consultabile alla pagina del nostro **sito** internet www.diabeteticino.ch / sezione agenda.

Tutte le proposte sono intese a sostenere e migliorare la cura del vostro diabete. Siamo certi di poter contare sul vostro **appoggio** e sul vostro contributo.
CCP 65-1496-6 /
IBAN CH77 0900 0000 6500 1496 6
Esso diventa indispensabile per permetterci di realizzare tutto il vasto programma che abbiamo previsto.
Vi aspettiamo ai nostri eventi.

Il Comitato

OTTOBRE

MI FA MALE IL GINOCCHIO: LA SALUTE DELLE ARTICOLAZIONI

Data: **mercoledì 4 ottobre** - Ora: 15.00 Luogo: Lumino, Salone parrocchiale

Costo: gratuito

Iscrizione: ingresso libero

FESTA AUTUNNALE PER CALENDAR PEOPLE: ASSAGGIA LE NOSTRE ATTIVITÀ

Data: **domenica 15 ottobre** - Ora: 09:30 - 19:30 Luogo: Figino-Lugano, Osteria degli Amici

Costo: Ingresso e partecipazione gratuita

Iscrizione: www.calendarpeople.ch

LA BELLEZZA DEL LUCOMAGNO: YOGA E NATURA

Data: **domenica 15 ottobre** - Ora: 10:30 - 16:30 Luogo: Blenio

Costo: 60 franchi, 54 franchi per gli utenti registrati a Calendar People

Iscrizione: www.calendarpeople.ch

EMOTIONAL TAPPING, L'EQUILIBRIO EMOZIONALE

Data: **lunedì 23 ottobre** - Ora: 20:00 - 21:00 Luogo: Maroggia

Costo: 25 franchi, 20 franchi per gli utenti registrati a Calendar People

Iscrizione: www.calendarpeople.ch

ANALISI DELLA SCRITTURA: ADATTARSI E REAGIRE

Data: **lunedì 30 ottobre** - Ora: 10:30 - 12:00 Luogo: Muralto, Il Portale

Costo: 40 franchi, 30 franchi per gli utenti registrati a Calendar People

Iscrizione: www.calendarpeople.ch

NOVEMBRE

RIO ABIERTO, IL GIRO DEL MONDO IN 90 MINUTI

Data: **sabato 4 novembre** - Ora: 10:00 - 11:30 Luogo: Locarno, Parco della Pace

Costo: 18 franchi, 15 franchi per gli utenti registrati a Calendar People

Iscrizione: www.calendarpeople.ch

THAIJIQUAN: MENTE CALMA E POSTURA CORRETTA

Data: **giovedì 9 novembre** - Ora: 18:30 - 20:00 Luogo: Lugano, Liceo 1

Costo: 15 franchi, 10 franchi per gli utenti registrati a Calendar People

Iscrizione: www.calendarpeople.ch

ABBANDONA MENTE E CORPO: RICARICA LE TUE BATTERIE

Data: **martedì 14 novembre** - Ora: 19:30 - 22:30 Luogo: Bellinzona

Costo: 40 franchi, 35 franchi per gli utenti registrati a Calendar People

Iscrizione: www.calendarpeople.ch

MOONSHINE: PASSEGGIATA IN SILENZIO CON IL CAVALLO

Data: **domenica 26 novembre** - Ora: 19:00 - 21:00 Luogo: Gudo

Costo: 60 franchi, 50 franchi per gli utenti registrati a Calendar People

Iscrizione: www.calendarpeople.ch

DICEMBRE

YOGA NIDRA: RILASSA CORPO, MENTE ED EMOZIONI

Data: **mercoledì 6 dicembre** - Ora: 20:00 - 21:15 Luogo: Caslano

Costo: 25 franchi, 20 franchi per gli utenti registrati a Calendar People

Iscrizione: www.calendarpeople.ch

ARRIVANO LE FESTE, COSA DEVO COMPRARE? DEGUSTAZIONE DI SPUMANTI

Data: **giovedì 7 dicembre** - Ora: 19:00 - 21:00 Luogo: Sorengo, La Cascina

Costo: 70 franchi, 65 franchi per gli utenti registrati a Calendar People

Iscrizione: www.calendarpeople.ch

JIN SHIN JYUTSU, IL BENESSERE DALLE NOSTRE MANI

Data: **sabato 16 dicembre** - Ora: 14:00 - 17:00 Luogo: Muralto, Il Portale

Costo: 45 franchi, 40 franchi per gli utenti registrati a Calendar People

Iscrizione: www.calendarpeople.ch

Il programma è in continuo aggiornamento su:

www.diabeteticino.ch

www.calendarpeople.ch

