

PROGRESSO DIABETE

PERIODICO TRIMESTRALE - € 0,50
Anno XXII n. 3 Luglio - Settembre 2014
Poste Italiane S.p.A. - Sped. Abb. Postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1 - Cagliari



FEDERAZIONE NAZIONALE DIABETE GIOVANILE

ALL'INTERNO:

**UN RICHIAMO
ALLA CONSAPEVOLEZZA,
ATTENZIONE E SENSIBILITÀ**

**DALLA "CURA"
AL "PRENDERSI CURA"**

**LA RICERCA:
FACCIAMO IL PUNTO**

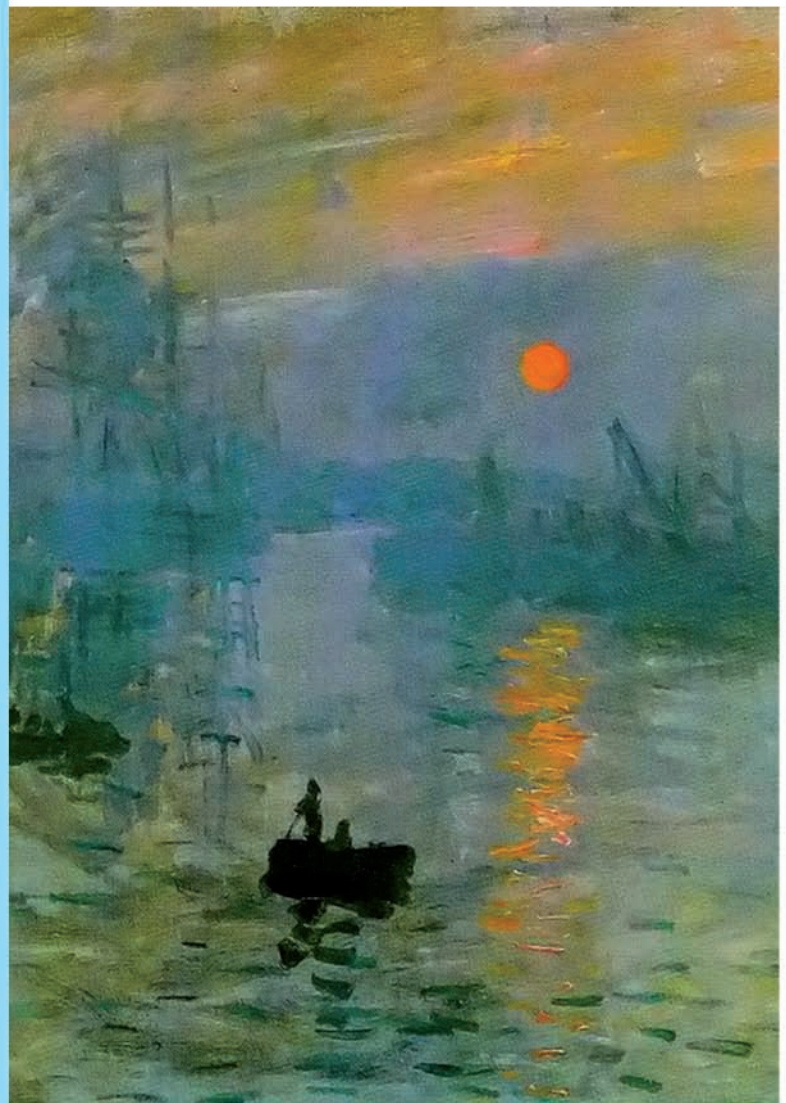
UNA MELA AL GIORNO...

TICKET, SI CAMBIA

**RIFORMA DEL TERZO
SETTORE, AL VIA
LA DISCUSSIONE**

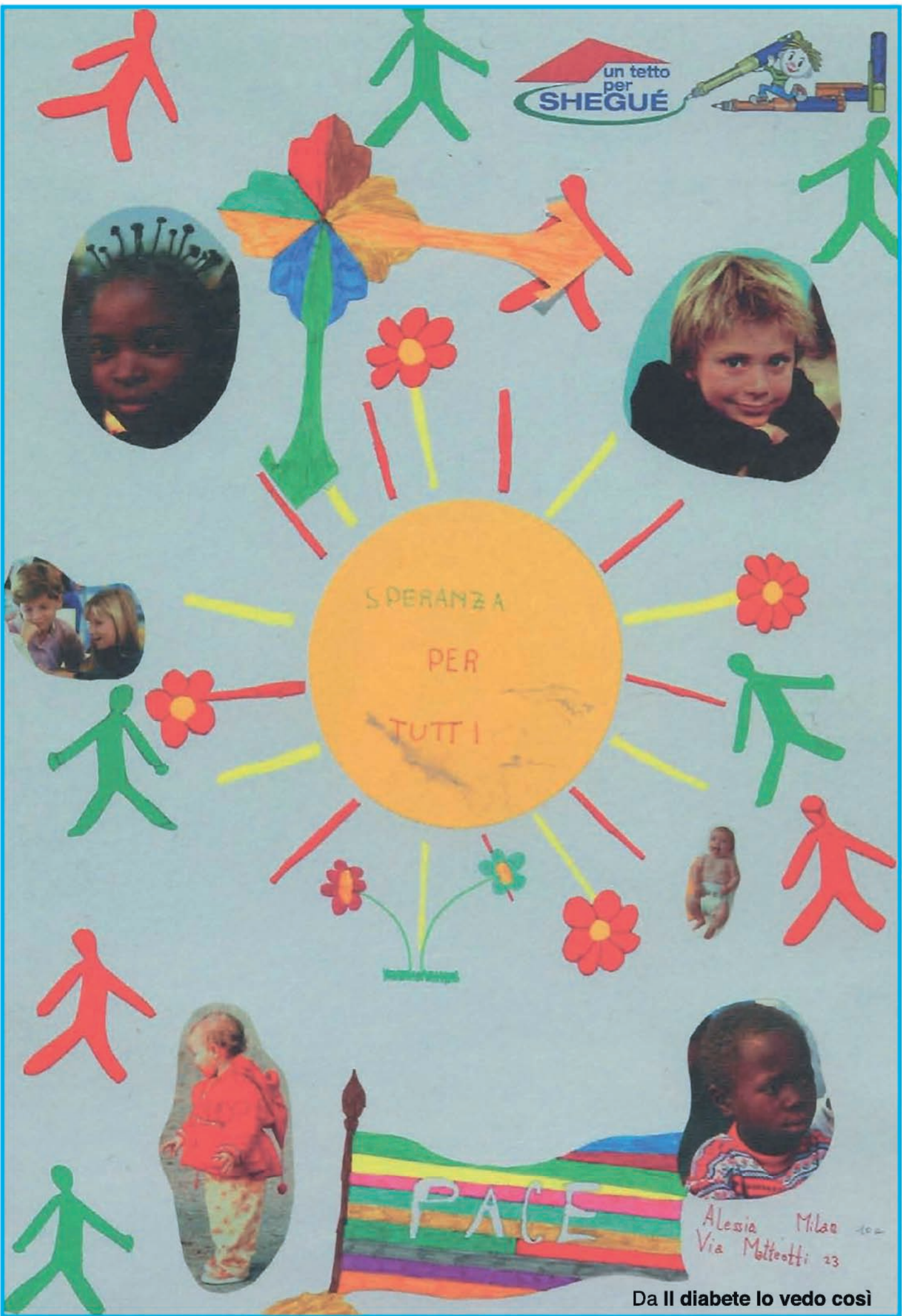
IL DIABETE IN 10 PUNTI

**VOLONTARIATO
PER 1 ITALIANO SU 8.
IL RAPPORTO ISTAT**



Impression, soleil levant
Claude Monet, 1872

un tetto
per
SHEGUÉ



Alessia Milano 100-
Via Matteotti 23

Da Il diabeto lo vedo così

Progresso Diabete
Periodico Trimestrale

Registrato
Tribunale di Cagliari 29/90

Spedizione
in abbonamento postale 45% Art. 2
Comma 20 BL
Legge 662/96 Fil. Cagliari
Abbonamento annuo € 1,50

Editore
Federazione Nazionale
Diabete Giovanile
Iscritto
al Registro Nazionale
della Stampa n. ID 9321

Redazione Amministrazione
09128 Cagliari - P.za Galilei, 32
Tel. 070 497055 / 070 7568811
Fax 1782228216
www.fdgdiabete.it
e-mail: fdg@fdgdiabete.it

Direttore
Antonio Cabras
presidente@fdgdiabete.it

Direttore Responsabile
Carmen Mandas
direttore.mandas@tiscali.it

Redazione
Giuseppe Boriello (Genova)
Liana Senesi Proni (Bologna)
Stefano Tosi (Bologna)
Rocco Panetta (S.Giovanni in Fiore)

Comitato Scientifico
prof. *Domenico Casa* (Roma)
prof. *Paolo Brunetti* (Perugia)
prof. *Carlo Pintor* (Cagliari)
dott. *Guido Robino* (Varese)
dott. *Francesco Dammacco* (Bari)

**Impaginazione
e composizione grafica**
NoviService Srl
Via Goldoni, 32
09131 Cagliari
info@noviservice.it

Stampa
Postel S.p.A.
Viale G.Massaia, 31
00154 Roma (RM)

Informativa
(art. 13 D.Lgs. 196/2003)
Federazione Diabete Giovanile Onlus, con sede in Selargius (CA), Via S. Ailende 33, in qualità di titolare del trattamento informa quanto segue. Il trattamento dei Suoi dati è stato effettuato nell'ambito della campagna informativa denominata Progetto Diabete, anche mediante l'ausilio di strumentazioni elettroniche. In qualsiasi momento potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 richiedendo mezzo raccomandata AR la modifica o cancellazione dei suoi dati dal DataBase a Federazione Diabete Giovanile Onlus, Via S.Ailende 33, 09047 Selargius (CA), quale responsabile del trattamento dei suoi dati.

EDITORIALE **UN RICHIAMO ALLA CONSAPEVOLEZZA, ATTENZIONE E SENSIBILITÀ**

di Antonio Cabras

QUANDO SI AFFRONTA UN TEMA COMPLESSO E ARTICOLATO COME QUELLO DEL DIABETE NON È MAI FACILE TROVARE LE PAROLE GIUSTE. DA UN LATO SI RISCHIA DI RACCONTARE BANALITÀ A CHI COMBATTE LA PROPRIA BATTAGLIA QUOTIDIANA DESTREGGIANDOSI TRA MISURATORI E INIETTORI; DALL'ALTRA, DI ANNOIARE IL LETTORE NON DIRETTAMENTE INTERESSATO O COINVOLTO. CERCHEREMO DI FARE UN VIAGGIO ALL'INTERNO DEL PIANETA DIABETE, UN MONDO CHE INTERESSA IN ITALIA OLTRE 4 MILIONI DI CITTADINI. ED È UN MONDO PURTROPPO DESTINATO AD ESPANDERSI SE È VERO CHE LE PIÙ RECENTI STIME INDICANO CHE NEL 2030 SI REGISTRERANNO OLTRE 400 MILIONI DI DIABETICI.

Tra di loro molti sono bambini e giovani malati di diabete di tipo 1. Se è vero che parliamo di un numero più circoscritto di casi, è altrettanto vero che si tratta di bambini e ragazzi da 0 a 14 anni chiamati a confrontarsi con questa realtà fin dai primi mesi di vita. La domanda che tutti dobbiamo porci è cosa possiamo fare per arrestare la diffusione della patologia, per imparare a coglierne i segnali premonitori, per garantire ai più giovani un adeguato stile di vita, alla pari dei loro coetanei a scuola, in palestra, in viaggio, a lavoro.

Nel 1981 la Federazione Nazionale Diabete Giovanile ha mosso i suoi primi passi per dare voce al bambino, al giovane con diabete, alla sua famiglia, la cui dignità è sempre rimasta al centro degli obiettivi. Per questo ne tutela i diritti attraverso attività e interventi concreti, progettuali, chiari con le Istituzioni sociali, compresa la Ricerca Scientifica.

In questi anni si sono raggiunti diversi e importanti traguardi nella terapia, nell'assistenza e nella ricerca. Ma, davanti a noi, c'è ancora un percorso molto lungo e tortuoso: salite e discese, insidie nascoste dietro l'angolo e un traguardo di cui ancora nessuno è in grado di individuare nitidamente i contorni.

Parlare di diabete è fondamentale, serve a creare cultura e consapevolezza, richiamare attenzione e sensibilità.

La Federazione Nazionale Diabete Giovanile è riuscita ad ottenere una notevole ricaduta mediatica e ha voluto cogliere tutte le opportunità per far sentire il suo sostegno ai giovani con diabete, ai loro genitori, al mondo della scuola, ai Medici di Diabetologia Pediatrica. E' un modo per dire "noi ci siamo" con la nostra organizzazione, con i nostri volontari, con le nostre sedi, con il nostro impegno nel finanziare la ricerca e la formazione, nel promuovere l'assistenza e garantire una corretta autogestione della malattia.

Come presidente non mi sento di fare proclami sul futuro della ricerca o sugli impegni che tanti promettono di assumere e che poi magari dimenticano troppo facilmente in fondo ad un cassetto. Però posso assicurare che la Federazione continuerà a difendere, con ogni forza e contro ogni prevaricazione, i diritti dei giovani con diabete e delle loro famiglie esattamente come ha fatto negli ultimi 35 anni, perché dalla Val d'Aosta alla Sicilia nessuno rischi di rimanere indietro.

IL MINISTERO DELLA SALUTE ATTRAVERSO IL PIANO NAZIONALE PER IL DIABETE, RECEPITO CON L'ACCORDO STATO - REGIONI DEL 6 DICEMBRE 2012 E PUBBLICATO SULLA GAZZETTA UFFICIALE DEL 7 FEBBRAIO 2013 HA VOLUTO DARE PARTICOLARE ATTENZIONE A QUESTA PATOLOGIA, STRESSANDO IL CONCETTO DELLA NECESSITÀ DI PASSAGGIO DA UN SISTEMA BASATO SULLA "CURA" A QUELLO BASATO SUL "PRENDERSI CURA".

Attualmente l'Italia è la prima nazione a livello europeo che ha una Legge e un Piano specifico sulla malattia diabetica oltre a indicazioni relative alla tutela assistenziale delle persone con diabete. Con questo documento si è voluto non solo dare una risposta moderna alle indicazioni nazionali e internazionali (Risoluzione ONU, Dichiarazione di Saint Vincent, Linee OMS, direttive europee, Information to patient,) ma anche rendere attuali e innovativi i provvedimenti specifici sul diabete, quali la legge 115/87 e l'atto di intesa del 1991 nonché rafforzare ulteriormente le indicazioni dei Piani sanitari nazionali e dei piani di Prevenzione.

Ma soprattutto il Piano intende fornire risposte ad una delle criticità maggiormente evidenziate dai cittadini nell'ambito del Sistema Sanitario e cioè la non continuità delle cure, che viene percepita dal malato e dalla famiglia come un vuoto dell'assistenza e quindi spesso percepita come abbandono da parte del sistema sanitario.

Attraverso il Piano nazionale per la malattia diabetica si è voluto dare moderni e innovativi strumenti per rendere l'offerta sanitaria il più aderente ai bisogni del cittadino e per razionalizzare l'offerta sanitaria ponendo tra gli obiettivi del Piano il "Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i Servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che perseguano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate".

La centralità della persona e le problematiche sanitarie e sociali connesse alla condizione sono il principio ispiratore del Piano nazionale sulla malattia diabetica.

Sicuramente esso potrà contribuire al miglioramento della tutela assistenziale della persona con diabete o a rischio di diabete, a ridurre il peso della malattia sulla singola persona e sul contesto sociale.

Inoltre, a livello di servizio sanitario, potrà contribuire a rendere i servizi efficaci ed efficienti in termini di prevenzione e assistenza e, inoltre, assicurare equità di accesso nei confronti delle disuguaglianze sociali.

Il Piano fornisce indicazioni per far sì che sia per il diabete dell'adulto che per il diabete in età evolutiva vengano organizzati i servizi in maniera adeguata e rispondente ai bisogni delle persone ribadendo la necessità di pensare ad una tutela assistenziale che consideri il vissuto della malattia (illness) e non solo la malattia organica (disease), la stabilizzazione della patologia e non solo la guarigione, il prendersi cura e non solo il curare, le risorse del paziente e non solo le risorse tecnico-professionali.

Il Piano è stato presentato e recepito dalla maggior parte delle Regioni come un utile strumento per sistematizzare a livello regionale le attività del settore, per rendere più omogeneo possibile il processo assistenziale nonché per supportarle nel processo di transizione verso un modello integrato.

Infatti nei documenti di recepimento regionale e nei vari incontri con le Regioni emerge la chiara volontà di aderire alle richieste degli obiettivi del Piano in particolare per ottenere che venga mantenuto nel tempo un buon controllo della malattia da parte della persona con diabete, che venga garantita una buona qualità di vita, ottimizzando le risorse disponibili.

In particolare alcune Regioni hanno posto l'accento su alcuni obiettivi prioritari finalizzati a far sì che la persona con diabete raggiunga il pieno benessere fisico, psicologico e sociale con una maggiore responsabilizzazione di tutti gli attori.

In particolare è sempre evidente da parte delle Regioni la necessità che si attui un'efficace relazione medico/paziente, il patteggiamento tra i bisogni della cura e quelli del paziente, per far sì che la ma-

lattia venga accettata, anche attraverso l'*empowerment* della persona stessa.

Alcune Regioni hanno posto come tematica da affrontare, attraverso l'applicazione del Piano, l'ingresso di nuove tecnologie, evidenziando che tale argomento assume importanza sia per migliorare l'offerta per il paziente in termini di salute, il cui raggiungimento richiede modalità sempre più complesse, che per lo sviluppo economico del paese.

Ma a tal proposito hanno posto l'accento, così come indicato dal Piano, sulla necessità che accanto a un corretto utilizzo della strumentazione biomedica sempre più sofisticata ed efficace sia necessario affiancare un corretto apprendimento e una scelta appropriata.

I contenuti del Piano faranno da benchmarking per la stesura del "Piano della cronicità", attualmente in fase di elaborazione presso la Direzione Generale della programmazione del Ministero della salute, e che vede la Dott. Paola Pisanti come coordinatore di una Task Force costituita da referenti regionali, società scientifiche, associazioni di pazienti ed esperti.

Il Piano della cronicità nasce nell'ambito degli obiettivi posti dal "Patto per la Salute 2014-2016" che prevede, al fine di definire le principali linee di intervento nei confronti delle principali malattie croniche, la predisposizione, da parte del Ministero della Salute, di questo documento da approvare con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PPAA di Trento e Bolzano.

Il redigendo documento, dunque, pur nel rispetto dell'autonomia regionale, dovrà fornire indicazioni per migliorare l'organizzazione dei servizi e specificamente la risposta nell'assistenza territoriale per i soggetti affetti da patologia cronica che hanno scarsa necessità di accessi ospedalieri, ma richiedono adeguati interventi di tipo ambulatoriale, domiciliare e residenziale.

MOLTI PROGRESSI SONO STATI FATTI PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA AI DIABETICI: SONO STATE SINTETIZZATE NUOVE INSULINE, PRODOTTI EFFICIENTI APPARECCHI PER LA SOMMINISTRAZIONE DELL'INSULINA E PER IL CONTROLLO DELLA GLICEMIA; SONO STATE ORGANIZZATE ATTIVE ASSOCIAZIONI TRA DIABETICI, ISTITUITE STRUTTURE SPECIALIZZATE DIABETOLOGICHE NELLE CLINICHE MEDICHE, APPROVATE LEGGI IMPORTANTI.

Molte ricerche sono state ideate ed eseguite per raggiungere il sospirato obiettivo finale: la guarigione della malattia. Tutte senza successo. La maggior parte di queste ricerche è stata ideata all'interno della grande cornice ideologica del "trapianto": sono state sperimentate innumerevoli varianti delle tecniche e delle strutture biologiche da trapiantare (cellule beta, insule, pancreas-rene, ecc.).

Le cellule staminali sono l'ultima frontiera di questo voluminoso corpo di ricerche. Le difficoltà però non mancano anche in questo caso: il rischio dell'insorgenza di tumori, specialmente di teratomi, la difficile espansione in laboratorio delle staminali adulte (sinora riesce abbastanza bene solo quella degli olocloni dell'epidermide e quella delle cellule del limbus), la difficile conversione da cellule staminali a produttrici d'insulina. Ultime a essere utilizzate sono le cellule riprogrammate secondo Yamana, che però conservano la loro memoria epigenetica ed hanno quindi una differenziazione preferenziale.

In tutti i casi per trapiantare con successo bisogna evitare la grande insidia del rigetto e degli eventuali danni collaterali delle terapie modulatrici degli autoanticorpi. L'invenzione di numerose procedure per controllare il sistema immunitario non ha prodotto, sinora, grandi risultati.

La grande sfida, il raggiungimento del sospirato obiettivo finale, è stata, ovviamente, raccolta anche dalla FDG; e non poteva andare diversamente: chi conosce meglio dei suoi membri, e porta sulle proprie spalle il peso, la sofferenza indotta da una malattia che non guarisce e richiede un impegno costante e molte rinunce? E quindi chi desidera di più la conquista del sospirato obiettivo finale? Non poteva andare diversamente: ma la FDG ha scelto una strada diversa da quella dei trapianti, tanto affollata, e, sinora, poco gratificante.

La FDG ha scelto la strada epigenetica, quasi senza rendersene conto: senza capire che apriva un enorme capitolo nuovo del linguaggio genetico. Occorre rilevarlo: alla Federazione non è mancata una grande voglia di ragionare (1), una straordinaria

passione per la ricerca, un'infinita voglia di raggiungere il sospirato obiettivo finale; e forse un po' di fortuna.

Il diabete giovanile, - questo è il risultato della grande voglia di ragionare -, non è prodotto da una mutazione genetica che ha reso inattivo il gene dell'insulina; il diabete giovanile è prodotto dalla distruzione (immunitaria) delle cellule che - nella distribuzione dei compiti tra le cellule che formano un embrione - hanno assunto quello di produrre l'insulina. Le altre cellule hanno assunto altri compiti, mediante l'attività di altri geni. Tutte conservano però il gene che codifica per l'insulina, che è perfettamente normale. Questo gene non è attivo perché la diversificazione dei compiti tra le varie cellule, ha richiesto che, secondo la specifica funzione cellulare esercitata, alcuni geni fossero spenti e altri attivi.

La nostra straordinaria passione per la ricerca ci ha condotto a ipotizzare che si potesse attivare il gene che codifica per l'insulina - nelle cellule non pancreatiche irrimediabilmente perdute -. Ovviamente scegliendo le cellule più adatte, come lo sono, ad esempio, quelle del fegato: il fegato si sviluppa congiuntamente al pancreas, è competente nel metabolismo degli zuccheri, accumula glicogeno e libera glucosio secondo necessità. Non tutte le cellule del fegato sono adatte, sono disposte a permettere l'attivazione del gene dell'insulina: lo sono solo le cellule epatiche staminali.

Come trovarle? Le cellule staminali epatiche sono state trovate dai ricercatori del Dipartimento di scienze medico-chirurgiche e biotecnologie, Polo Pontino, Università La Sapienza: sono le cellule staminali biliari (BTSCs= *stem/progenitor cell from human biliary tree*) isolate dai tessuti biliari extraepatici del fegato e del pancreas dei donatori d'organo, tessuti abitualmente rimossi prima del trapianto.

Abbiamo dimostrato che queste cellule producono insulina quando sono stimulate da un fattore di crescita specifico: il PDX1.

Il PDX1 è stato prodotto e altamente purificato dai ricercatori del Dipartimento di

Medicina di laboratorio, Università di Tor Vergata, Roma.

La proteina purificata PDX1, corrispondente alla struttura primaria del gene umano, è stata messa a contatto con le cellule staminali epatiche umane (hBTSC); è entrata in queste cellule; ha attivato l'espressione dei marker delle beta cellule. Queste cellule staminali epatiche sono cresciute assumendo una struttura tridimensionale simile a quella delle insule pancreatiche; sono intensamente positive per PDX1, c-peptide, INS, GLU e STT, e, infine hanno dimostrato la capacità di seccernere c-peptide glucosio-dipendente. In vitro abbiamo quindi visto soddisfatta, almeno in parte, la nostra straordinaria passione per la ricerca.

Non immaginavamo di entrare in un'area della conoscenza che solo anni dopo sarebbe diventata ribollente d'idee e di ricerche. Abbiamo semplicemente ragionato: se il gene che codifica l'insulina non è mutato con la malattia ed è ovviamente presente in tutti i tessuti, incluso naturalmente quello epatico, allora è in qualche modo silenziato e non deve essere impossibile farlo parlare di nuovo. In altri termini abbiamo rivolto la nostra attenzione all'altra lingua della genetica, non più quella della codificazione, ma quella, inesplorata, della regolazione. I geni sono ovviamente importanti ma non meno interessanti sono le regole che ne coordinano l'attività.

Il fegato ha cellule staminali? Le ha di sicuro perché è un organo che si rigenera. L'attività rigenerante del fegato è nota da molto tempo e perfino rilevata dalla mitopoiesi, come nel mito della tortura di Prometeo.

Ora siamo vicini a soddisfare la nostra un'infinita voglia di raggiungere il sospirato obiettivo finale.

Cosa ci manca? Il vettore adatto che recapiti il PDX1 alle cellule staminali epatiche: ci stiamo provando con successo utilizzando adeguate nanomolecole.

Poi ci attendono i ratti diabetici. Li guariremo? Perché non sperarci seriamente dopo avere superato tanti difficili ostacoli?

È proprio vero, una mela al giorno leva il medico di turno! Non lo dice solo un famoso detto popolare, lo conferma anche la moderna ricerca scientifica sulla base dei dati raccolti da recenti studi clinici.

Le principali classi fitochimiche presenti nella buccia e nella polpa del frutto di *Malus domestica* includono acidi idrossicinnamici, diidrocalconi, flavonoli (quercetina monoglicoside), catechine e Opc ma nella buccia sono presenti anche triterpeni pentaciclici (acidi ursolico e oleanolico) e pectina. La maggior parte di loro esprime un elevato profilo antiossidante sia in vitro che in vivo.

Estratti di mela hanno infatti dimostrato numerose attività benefiche tra cui la prevenzione di alcuni tipi di cancro come quello cutaneo, mammario e del colon su modelli animali. Inoltre da studi epidemiologici sull'uomo si è osservato che il regolare consumo di una o più mele al giorno può ridurre il rischio di cancro ai polmoni e al colon.

Ma non è tutto. Soprattutto nella buccia ma anche nella polpa, con concentrazioni variabili da specie a specie, è presente un flavonoide chiamato florizina (floretilina-2'-glucoside) che dimostra inibire la pompa sodio dipendente, trasportatrice del glucosio a livello intestinale (SglT1). Una volta ingerita, la florizina viene idrolizzata nel suo aglicone floretilina dall'enzima lattasi florizina idrolasi presente nella flora batterica intestinale. La floretilina inibisce l'assorbimento del glucosio e favorisce l'escrezione dello stesso con conseguenti effetti ipoglicemici. La molecola dimostra affinità anche per il recettore SglT2 presente soprattutto a livello renale ma per problemi di biodisponibilità non si raggiungono concentrazioni plasmatiche adeguate per svolgere l'azione glicosurica.

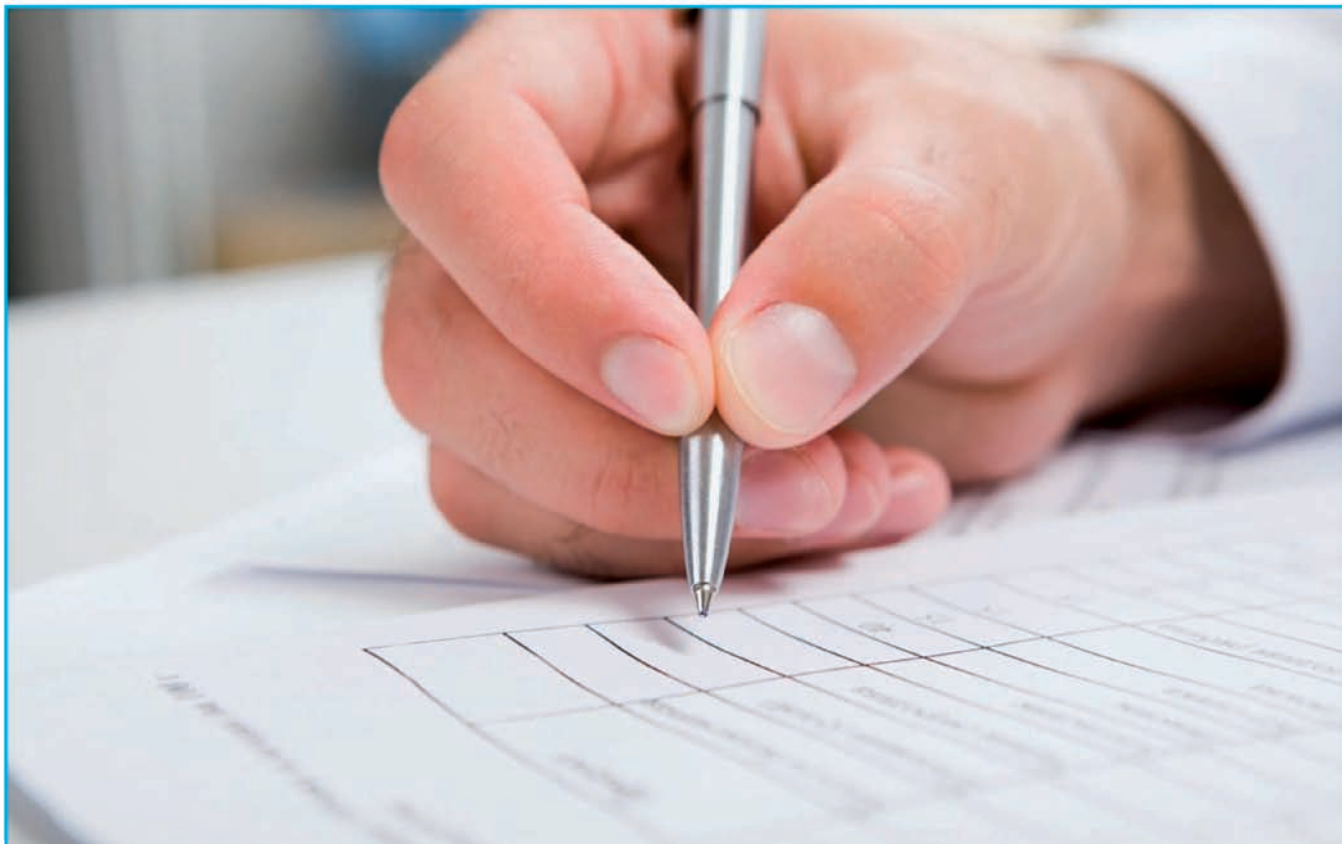


Si ipotizza che un sistema di pompe multi-drug resistance (Mrp1) situate a livello intestinale, promuova l'efflusso della floretilina dall'enterocita verso il lume intestinale. Partendo dal modello della florizina è nata una nuova classe di farmaci ipoglicemizzanti (le gliflozine) più biodisponibili e più selettive per il Glut2. Esse rivelano un meccanismo d'azione finora mai usato ovvero non utilizzano il metabolismo dell'insulina bensì agiscono solo sulla perdita di zucchero nel rene. Per non perdere le virtù benefiche della mela sarebbe tuttavia interessante valutare la sinergia tra la florizina e alcuni promotori naturali dell'assorbimento come la piperina.

Boyer et al. *Nutrition Journal* 2004, 3.

TICKET, SI CAMBIA: ECCO I NUOVI PARAMETRI MESSI A PUNTO DAL MINISTERO

Pagina 7



Nuovi indicatori per le esenzioni per reddito e patologia, attenzione alla composizione del nucleo familiare e una maggiore equità attraverso la differenziazione dei livelli di contribuzione, nonché nuovi ticket su prestazioni più a rischio 'inappropriatezza' (ad esempio ricoveri diurni e ordinari o pronto soccorso). **Queste alcune delle ipotesi su cui sono al lavoro i tecnici per la riforma dei ticket sanitari.** Il timing per la presentazione è fissato per il 30 novembre come stabilito dal Patto per la Salute e al suo interno ci saranno probabilmente anche le ultime misure in tema di fecondazione eterologa. **Obiettivo dichiarato, a gettito invariato (2,9 mld di euro nel 2013, ovvero circa 49,8 euro pro capite) è di rimodulare il sistema** in un'ottica che guardi più all'equità, anche perché dopo gli aumenti elevati degli ultimi anni, l'impianto sembra essere ad un binario morto (rispetto al 2012 i ricavi sono cresciuti appena dello 0,1%). Il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare. **Le ipotesi in ballo su cui già sono al lavoro i tecnici sono plurime e prevedono un aumento delle prestazioni sottoposte a ticket,** una maggiore equità attraverso la differenziazione dei livelli di contribuzione e nuovi ticket su prestazioni più a rischio 'inap-

propriatezza' (ad esempio ricoveri diurni e ordinari o pronto soccorso).

Anche per i ticket sui farmaci sono in ballo misure che prevedono il ricorso a compartecipazioni crescenti al crescere della tariffa (ma con un tetto massimo per ricetta) o differenziate per situazione economica. Per la specialistica, si pensa all'abolizione del superticket da 10 euro. Tra le ipotesi anche una revisione dei criteri di accorpamento delle prestazioni per ricetta, rideterminazione del tetto massimo e importi differenziati per situazione economica e per età dell'assistito. **Per gli esenti per patologia, una regressione della percentuale di partecipazione su specifiche prestazioni o tetti massimi annuali differenziati.** Per quanto riguarda i proventi da ticket a livello regionale il gettito più elevato nel 2013 (dato Corte dei conti) è stato quello prodotto dalla Lombardia (490 mln), seguita dal Veneto (319 mln), dal Lazio (281 mln) e dalla Campania (238 mln). Analizzando invece la spesa pro capite il Veneto è in testa con 66 euro per cittadino. Al secondo posto la Toscana con una spesa pro capite di 60,6 euro seguita dalla Provincia autonoma di Bolzano a quota 56,2 euro. La spesa pro capite minore si registra invece in Sardegna con una media di 32,7 euro per cittadino. *Autore: Redazione DottNet*

RIFORMA DEL TERZO SETTORE, AL VIA LA DISCUSSIONE

Pagina 8

di Stefano Arduini

IL CONFRONTO PARTIRÀ IN COMMISSIONE AFFARI SOCIALI. IL TESTO IN AULA ENTRO LA METÀ DI NOVEMBRE. POI IL PASSAGGIO IN SENATO. TRE I POSSIBILI SCOGLI: ECCO QUALI.



La riforma del Terzo settore scalda i motori: oggi partirà la discussione parlamentare in commissione Affari Sociali alla Camera

. Come relatore della Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del Servizio civile universale (esame C. 2617 Governo) è stata indicata Donata Lenzi del Partito Democratico (qui le sue proposte di legge presentate come primo firmatario)

Sono diversi i curricula con esperienze all'interno del mondo non profit fra i membri della XII Commissione di Montecitorio, presieduta da Pierpaolo Vargiu di Scelta Civica. Fra questi: Eugenia Roccella (Nuovo Centrodestra), Ileana Argentin (Partito democratico); Paolo Beni (Partito democratico); Giulia De Vita (Movimento 5 Stelle); Filippo Fossati (Partito democratico).

Nel piani del Governo la discussione in commissione

Affari Sociale dovrebbe essere abbastanza spedita e dopo i pareri delle Commissioni Giustizia e Affari costituzionali, il testo dovrebbe approdare in aula nella prima metà di novembre. Da qui il passaggio in Senato, anche questo con una tempistica relativamente breve. Non ci dovrebbero essere infatti particolari ostacoli. Almeno questo è quello che si augurano Palazzo Chigi e il ministero del Welfare (da dove il sottosegretario Luigi Bobba sta tenendo la regia del lavoro).

Anche se i rumors parlano di tre possibili scogli: l'apertura o meno del servizio civile agli stranieri (ma su questo punto è attesa a breve una sentenza "definitiva" della Corte di Cassazione); il posizionamento dell'astice per la remunerazione del capitale investito nelle nuove imprese sociali e i compiti da dare alla nuova struttura di missione che dovrebbe sostituire la vecchia Agenzia per il Terzo settore.

IL DECALOGO DEL DIABETE

- 1.** Nel mondo ogni 17 secondi si diagnostica un nuovo caso di diabete: oggi sono 230 milioni le persone con diabete e si stima che nel 2030 saranno 430 milioni. Il diabete di tipo 1 riguarda circa il 5 % dei pazienti diabetici. Un malato su tre non sa di avere il diabete.
- 2.** Il diabete mellito è una malattia cronica caratterizzata dall'aumento della concentrazione di glucosio nel sangue. Responsabile di questo fenomeno è un difetto assoluto o relativo di insulina, un ormone secreto nel pancreas. Quando l'insulina è prodotta in quantità non sufficiente dal pancreas nel sangue si avranno livelli di glucosio più alti del normale (iperglicemia) favorendo, così, la comparsa del diabete mellito.
- 3.** La concentrazione di glucosio nel sangue si misura con la glicemia. In soggetti sani, che hanno una vita regolare e un'alimentazione corretta, generalmente nell'arco della giornata i valori della glicemia si mantengono tra i 60 e i 130 mg/dl. Valori di glicemia uguali o superiori a 126 mg/dl, secondo l'American Diabetes Association, sono da considerarsi probabili sintomi di diabete. La diagnosi di diabete è certa con un valore di glicemia di 200 mg/dl, rilevato in qualunque momento della giornata o due ore dopo un carico di glucosio.
- 4.** Nel 1921 i ricercatori Banting, Best, Collips e McLeod allestiscono estratti pancreatici ricchi di insulina che riducono la glicemia quando iniettati a cani resi diabetici con la rimozione del pancreas. È la scoperta (premiata con premio Nobel) che prelude al trattamento del diabete con insulina e permette di cambiare la prospettiva di vita dei diabetici tipo 1 (insulino-dipendenti) che prima morivano in tempi rapidi dopo la diagnosi della malattia. L'anno dopo Leonard Thompson, un ragazzo di 14 anni malato di diabete, viene curato con insulina.
- 5.** Nella grande maggioranza dei casi la malattia non presenta alcun sintomo. Se questi sono presenti si tratta di sete intensa (polidipsia), necessità di urinare spesso con urine abbondanti (poliuria), stanchezza (astenia). Nel diabete tipo 1 vi è spesso perdita di peso e l'inizio della malattia può essere brusco con notevole malessere, sonnolenza e odore di acetone nell'alito.
- 6.** Il diabete di tipo 1 non deve essere trascurato perché le complicanze croniche della malattia possono essere lievi, moderate ma anche gravi, disabilitanti e fatali. Il diabete è la principale causa di cecità, di insufficienza renale con necessità di dialisi o trapianto, di amputazione non traumatica di un arto, e una delle principali cause di infarto del cuore e ictus cerebrale.
- 7.** In media la diagnosi arriva con un ritardo di 5-10 anni rispetto al reale inizio dell'iperglicemia. Per evitare questo problema è necessario prevenire l'insorgenza della malattia con controlli frequenti della glicemia soprattutto nei soggetti a maggiore rischio.
- 8.** Di diabete, ad oggi, non si può guarire, ma la malattia può essere tenuta sotto controllo. Le basi della cura del diabete sono l'educazione terapeutica, la dieta, l'attività fisica e i farmaci.
- 9.** Per l'ampia diffusione, per la cronicità, per la necessità di usare molti farmaci e presidi diagnostici e terapeutici, per il frequente sviluppo di complicanze acute e croniche il diabete è una patologia molto costosa. Una patologia che assorbe circa il 10% della spesa sanitaria nazionale e regionale, con un costo pro-capite pari a circa €2500 euro per anno.
- 10.** Il diabete non è una malattia contagiosa: vivere con un diabetico non fa venire il diabete. Il diabete non è una malattia ereditaria, nel senso che, tranne che per poche varietà molto rare, non c'è un passaggio inevitabile della malattia da una generazione ad un'altra. Esiste però una predisposizione familiare, soprattutto in caso di diabete tipo 2, per cui chi ha un diabetico fra i parenti di primo grado (genitori, fratelli) ha un rischio di ammalare superiore rispetto a chi non ha parenti con la malattia.



VOLONTARIATO PER 1 ITALIANO SU 8. IL RAPPORTO ISTAT

Pagina 10

IL NUMERO DI VOLONTARI STIMATO IN ITALIA È DI 6,63 MILIONI: 4,14 SVOLGONO L'ATTIVITÀ IN UN'ORGANIZZAZIONE E 3 MILIONI IN MANIERA NON ORGANIZZATA. IL LAVORO VOLONTARIO È PIÙ DIFFUSO NEL NORD. GLI UOMINI SONO PIÙ ATTIVI DELLE DONNE, MA DONNE E ANZIANI VI DEDICANO PIÙ TEMPO. LA MAGGIOR PARTE DEI VOLONTARI HA TRA I 55 E I 64 ANNI.

Circa un italiano su otto svolge attività gratuite a beneficio di altri o della comunità. Ad affermarlo è la prima rilevazione sul lavoro volontario, frutto della convenzione stipulata tra Istat, CSVnet (rete dei Centri di Servizio per il Volontariato) e Fondazione Volontariato e Partecipazione.

Dalla rilevazione, presentata ieri, emerge che in Italia il numero di volontari è stimato in 6,63 milioni di persone, (tasso di volontariato totale pari al 12,6%). Sono 4,14 milioni i cittadini che svolgono la loro attività in un gruppo o in un'organizzazione (tasso di volontariato organizzato pari al 7,9%) e tre milioni si impegnano in maniera non organizzata (tasso di volontariato individuale pari al 5,8%).

Il lavoro volontario è più diffuso nel Nord del Paese. Nel Nord-est si registra il tasso di volontariato totale più elevato (16%), mentre il Sud si contraddistingue per livelli di partecipazione sensibilmente più bassi (8,6%).

Gli uomini sono più attivi delle donne (13,3% contro 11,9%), per via di una maggiore presenza maschile nel volontariato organizzato. Ma se si considera l'impegno orario, il cui valore medio è di 19 ore in quattro settimane, emerge infatti che il maggior contributo nelle attività di aiuto non organizzate è di donne e anziani. Superano il valore medio delle ore dedicate ad attività volontarie le persone con condizioni economiche ottime, i laureati, e le persone tra 55 e 74 anni.

I volontari appartengono prevalentemente alla classe di età 55-64 anni (15,9%). Il contributo di giovani e anziani in termini di presenza attiva si mantiene, invece, inferiore alla media nazionale.

La percentuale di chi presta attività volontarie cresce con il titolo di studio. Il 22,1% di coloro che hanno conseguito una laurea ha avuto esperienze di volontariato contro il 6,1% di quanti hanno la sola licenza elementare.



Considerando la condizione occupazionale, i più attivi risultano gli occupati (14,8%) e gli studenti (12,9%). La partecipazione è, inoltre, massima tra i componenti di famiglie agiate (23,4%) e minima tra i componenti di famiglie con risorse assolutamente insufficienti (9,7%).

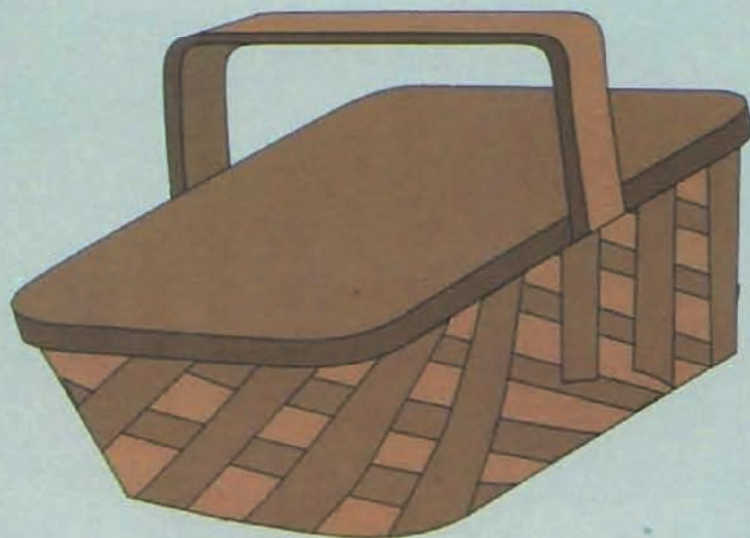
Le attività svolte dai volontari nell'ambito delle organizzazioni sono più diversificate e qualificate di quelle svolte in modo individuale. Quasi un volontario su sei si impegna in più organizzazioni (16,2%).

Il volontariato organizzato è una pratica consolidata nel tempo: il 76,9% si dedica alla stessa attività da tre anni o più e il 37,7% da oltre dieci anni. Per contro, il 48,9% di quanti si impegnano in attività individuale di volontariato lo fa da meno di due anni.

Il 23,2% dei volontari è attivo in gruppi/organizzazioni con finalità religiose, il 17,4% in attività ricreative e culturali, il 16,4% nel settore sanitario, il 14,2% nell'assistenza sociale e protezione civile, l'8,9% nelle attività sportive, il 3,4% in attività relative all'ambiente e il 3,1% nell'istruzione e ricerca.

Il 62,1% dei volontari che operano in una organizzazione svolge la propria attività perché crede "nella causa sostenuta dal gruppo". Il 49,6% di chi presta opera di volontariato dichiara di sentirsi meglio con se stesso.

OGNI GIORNO MANGIO...





NUOVO

Accu-Chek Aviva: facile fare il test, facile avere fiducia.

Accu-Chek Aviva: misuratore di glicemia pensato per chi ricerca la facilità d'uso.

- Pronto all'uso
- Nessuna codifica da effettuare
- Risultati pre e post prandiali evidenziabili
- Media glicemia 7, 14, 30 e 90 giorni
- Design moderno e discreto

Experience what's possible.

Numero Verde
800-822189

Numero Verde per avere assistenza tecnica sull'utilizzo dei prodotti della linea Accu-Chek e per richiedere la sostituzione gratuita degli strumenti in garanzia.

Le misurazioni devono essere eseguite nell'ambito del controllo medico.
Accu-Chek Aviva è un dispositivo medico-diagnostico in vitro CE 0088.
Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni d'uso.
Autorizzazione Ministeriale ottenuta il 16/04/2014.

ACCU-CHEK®