

ASSOCIAZIONE DIABETICI “TORINO 2000”

Via San Domenico, 18 Torino

Tel. 011.436.2269

Presidente Sig.ra M. Bono

e-mail assdiato2000@email.it

Alberto BRUNO

U.O.A. DIABETOLOGIA

ASO San Giovanni Battista Torino

PARLIAMO DI DIABETE

1

UN PO' DI STORIA

Il diabete non deve essere considerato una malattia, ma una condizione che deve essere controllata. Nell'antichità il diabete era già noto, ne esistono tracce nella medicina egiziana, indiana e cinese, tuttavia sino al 1921 (anno di scoperta dell'insulina) non se ne conosceva la causa ed ancora oggi non si sa perché si sviluppi in alcuni soggetti risparmiandone altri anche della stessa famiglia.

Il termine diabete significa sifone in latino e fa riferimento ad uno dei sintomi più frequenti: la grande sete accompagnata da una grande quantità di urina, l'acqua bevuta non è trattenuta e viene eliminata con conseguente disidratazione e morte del paziente. Era questo il destino di tutti i pazienti affetti da diabete insulino dipendente sino alla scoperta dell'insulina, ed erano questi i casi descritti nell'antichità.

In tempi più moderni il diabete è stato differenziato nella forma “insipido” e “mellito”. Con il primo termine si intende una condizione di perdita di grandi quantità di urine insipide (senza sapore) mentre nella forma “mellito” le urine sono dolci (attirano le formiche). La prima è una forma molto rara mentre il secondo è una condizione frequente ed in espansione, si prevede che nel 2025 saranno presenti oltre 150 milioni di diabetici nel mondo.

Da questo momento parleremo esclusivamente di diabete “mellito”.

DIABETE = SIFONE

SINTOMI

L'iperglicemia modesta non presenta segni o sintomi particolari, i pazienti lamentano uno malessere generale, mancano segni specifici (ad esempio un mal di testa) che permettano di identificare uno stato iperglicemico lieve. Se la glicemia continua a salire si rendono manifesti i segni più gravi che possono giungere sino al coma chetoacidotico (perdita di coscienza, alito che sa di frutta marcia, disidratazione, perdita di peso, morte). Una situazione così drammatica è preceduta generalmente da aumento della sete, diuresi (quantità di urina) molto abbondante, prurito (soprattutto a livello urogenitale) che dovrebbero far sospettare la presenza di diabete. I casi più gravi si registrano

quando il diabete è completamente ignorato (diabete all'esordio) o in caso di sottovalutazione del rischio della terapia con cortisonici in soggetti che ignorano di essere diabetici.

DIAGNOSI

La diagnosi di diabete si sospetta quando sono presenti i sintomi prima descritti e il valore di glucosio nel sangue è elevato (Glicemia significa concentrazione del glucosio nel sangue, glicosuria significa glucosio nelle urine). Il valore limite a digiuno è 126 mg/dl, in presenza di valori superiori o uguali a 126 mg/dl si può fare diagnosi di diabete. A volte è necessario sottoporsi ad un test chiamato curva da carico in cui si misura la glicemia dopo aver bevuto 75 g di zucchero, la glicemia dopo due ore deve essere inferiore a 140 mg/dl, se è superiore a 200 mg/dl si pone diagnosi di diabete. La situazione intermedia, ossia con glicemia dopo due ore maggiore di 140 mg/dl ma inferiore a 200 mg/dl rappresenta una condizione definita come intolleranza ai carboidrati, non proprio diabete, ma in ogni caso una situazione a rischio. Devono essere considerati a rischio di sviluppare il diabete anche i casi con glicemia a digiuno inferiore a 126 mg/dl ma superiore a 110 mg/dl. Questi soggetti che presentano una iperglicemia a digiuno ma una curva da carico normale vanno incontro alle complicanze del diabete anche se non sono definiti diabetici.

DIABETE DI TIPO 1

Il diabete di tipo 1 (scritto in numeri romani per non confondere il numero I romano con la lettera I maiuscola) rappresenta la forma più classica di diabete mellito. L'esordio è generalmente improvviso, spesso con un coma, in soggetti giovani, in pieno benessere che improvvisamente iniziano a urinare molto ed a bere altrettanto. Il diabete di tipo 1 presenta un'ereditarietà non evidente, è presente sporadicamente nelle famiglie (probabilmente si eredita la predisposizione a sviluppare il diabete), i soggetti sono generalmente magri e devono essere trattati con l'insulina, il loro pancreas non è più in grado di produrre una quantità sufficiente di insulina che deve essere necessariamente somministrata come iniezione.

DIABETE DI TIPO 2

A differenza del tipo 1 il diabete di tipo 2 è molto più frequente, interessa soggetti di età avanzata (anche se esistono molte eccezioni a questo proposito), in sovrappeso o francamente obesi, è presente una discreta familiarità, Spesso è sottovalutato o non riconosciuto e può essere trattato con l'insulina, ma la terapia principale è rappresentata dalla dieta. Il pancreas di questi soggetti è generalmente in grado di produrre insulina ma questa è meno efficiente. Per capire si può immaginare che per entrare nella cellula il glucosio debba passare attraverso una porta, la cui serratura è aperta da una chiave di nome insulina. Nel caso del diabete di tipo 1 è la chiave a non essere sufficiente o a mancare del tutto, nel caso del diabete di tipo 2 la chiave c'è ma è la serratura ad essere difettosa o la porta ad essere troppo piccola, oppure i cardini ad essere duri, oppure tutte queste condizioni insieme, in conclusione: la chiave funziona ma la porta si apre troppo poco.

PARLIAMO DI DIABETE

LE COMPLICANZE CRONICHE

L'argomento che desideriamo trattare questa sera è così vasto da comprendere almeno l'ottanta per cento di tutte le conoscenze che riguardano il diabete, non sarà possibile in alcun modo approfondire i singoli argomenti tuttavia utilizzeremo questo tempo per una visione di insieme ed svilupperemo in eventuali altri incontri i capitoli di maggiore interesse.

Questa sera non è mio intento spaventarvi, tuttavia spero di terrorizzarvi!

Perché un inizio così aggressivo? Perché il diabete non si fa sentire e le complicanze si sviluppano lentamente illudono tutti di non esistere, non fanno venire il mal di testa, non ci si accorge del loro strisciante ma inesorabile progredire. Solamente mantenendo un continuo controllo si può ritardarne o contenerne le conseguenze.

LE COMPLICANZE SONO FREQUENTI MA EVITABILI

Come tra poco avremo modo di vedere le complicanze sono frequenti, molto frequenti, ma evitabili e per evitarle bisogna raggiungere e mantenere un "buon controllo. Cosa si intende per buon controllo": non certo il solo controllo della glicemia ma anche della pressione arteriosa, del peso, dei grassi del sangue, del fumo.

UN BUON CONTROLLO E' GLOBALE

Non si può pensare di viaggiare sicuri solamente perché abbiamo le gomme nuove, senza avere l'impianto frenante in ordine, le cinture di sicurezza allacciate e senza applicare le minime norme di guida prudente che il buon senso, più che il codice della strada, ci impone. La probabilità di giungere al termine del nostro viaggio dipende anche dalla prudenza con cui viaggiamo, con cui affrontiamo la vita.

IL BUON CONTROLLO DIPENDE ESSENZIALMENTE DA VOI

Il "buon controllo" dipende essenzialmente da voi, dalla vostra attenzione a quanto appreso, dai consigli ricevuti durante le visite al Centro Diabetologico, dai colloqui con i vostri consulenti diabetologi. Questi devono essere messi in pratica tutti i giorni non come imposizione ma perché hanno lo scopo di allontanare il più possibile la comparsa delle complicanze e questo dipende dalla vostra intelligenza, dalla vostra attenzione e sensibilità.

LE COMPLICANZE ACUTE

Ritorniamo all'argomento di questa sera, le complicanze del diabete si dividono in: acute e croniche. Tra le complicanze acute dobbiamo considerare il COMA. Questa è una condizione clinica caratterizzata da uno stato mentale di confusione (gli stati più lievi sono simili al sonno) con una progressione sino alla perdita di coscienza ed alla scomparsa dei segni dell'attività cerebrale cosciente (coma dépassé). I pazienti diabetici possono soffrire essenzialmente di due situazioni completamente opposte, entrambi caratterizzate da un coma: l'iperglicemia e l'ipoglicemia (iper = alto, glicemia= zucchero nel sangue, iperglicemia= valori elevati di zucchero nel sangue; ipo= basso, ipoglicemia= zucchero nel sangue molto basso).

COMA IPERGLICEMICO

Il coma iperglicemico è raro nel diabete di tipo 2, possibile nel diabete di tipo 1. Perché? Essenzialmente perché nel diabete di tipo 2, come vi avevo ricordato nel nostro primo incontro, è sempre presente un residuo di insulina, sufficiente ad impedire che si liberino nel corpo i corpi chetonici (responsabili dell'alito acetone, frutta marcia, caratteristico di questa condizione). Nel diabete di tipo 1, che non possiede insulina, questa condizione può svilupparsi anche se raramente.

In genere le cause più frequenti di coma iperglicemico sono la non conoscenza dell'essere diabetici. I soggetti che pur avvertendo i sintomi più comuni del diabete come la sete o la poliuria (urinare molto) e non sapendo di soffrire di diabete continuano a bere bevande zuccherine possono trovarsi in una situazione molto pericolosa di iperglicemia che può giungere sino al coma. Anche la somministrazione di alte dosi di cortisonici o procedure terapeutiche più importanti come la dialisi possono creare condizioni favorevoli al coma. Esiste un'altra situazione di rischio: il mancato funzionamento dei sistemi di somministrazione dell'insulina (pompe, siringhe, penne), sia per cause accidentali (rottura) sia per cause intenzionali (mancata somministrazione). Il coma iperglicemico può essere considerato un indicatore di qualità dei servizi di diabetologia: i pazienti informati sui rischi ben difficilmente svilupperanno un coma iperglicemico.

COMA IPOGLICEMICO

La situazione opposta ossia il coma ipoglicemico è frequente sia nel diabete di tipo 1 sia nel diabete di tipo 2. Per ipoglicemia intendiamo la riduzione dei valori di glucosio nel sangue, l'ipoglicemia è sempre conseguenza della terapia ipoglicemizante: con insulina o con ipoglicemizanti orali della famiglia delle sulfoniluree (la metformina raramente è causa di ipoglicemia). La dieta povera può favorire l'ipoglicemia unicamente se associata alla terapia ipoglicemizante. Non è possibile andare in ipoglicemia, in condizioni di vita normale, solo a causa della dieta! Le situazioni che principalmente si associano all'ipoglicemia sono un alterato rapporto tra pasti e terapia (poco dei primi in rapporto alla seconda) o ad errori di somministrazione (dosi eccessive di farmaci). I sintomi dell'ipoglicemia sono molti, variabili ed individuali, è importante che il Paziente impari a riconoscerli perché spesso possono essere confusi con situazioni comuni. Con valori intorno a 70 mg/dl si avverte: malessere, sudorazione, palpitazione, ansia, fame, nausea, incubi notturni. Peggiorando l'ipoglicemia (valori inferiori a 50 mg/dl) compaiono cefalea, comportamento bizzarro, apatia, incapacità di pronunciare le parole o di scrivere, stato confusionale, sonno, crisi epilettiche, coma.

Le due condizioni qui descritte: il coma iperglicemico e il coma ipoglicemico non sono più causa di morte, la terapia è efficace ed in grado di controllare la situazione, i rari casi mortali sono dovuti alla non conoscenza del problema, pazienti che non sapevano di essere diabetici (coma all'esordio) o che non avevano informato le persone che vivevano loro intorno oppure quando si verificano in situazioni estreme dove non possono essere somministrate le cure dovute (sottovalutazione del rischio).

COMPLICANZE CRONICHE

Con il termine di complicanze croniche si intendono tutti i danni provocati da anni di "cattivo" controllo, generalmente queste vengono classificate in base all'organo principalmente interessato anche se dobbiamo pensare che tutto l'organismo, nel suo insieme, è sottoposto all'azione dannosa dell'iperglicemia. Le complicanze croniche si suddividono in: retinopatia, nefropatia, neuropatia, danni ai piedi, macroangiopatia.

RETINOPATIA

La retina è la parte più delicata e sensibile del nostro occhio, svolge la stessa funzione della pellicola fotografica e permette la visione. Qualsiasi danno ne alteri la funzione ne deriverà una riduzione della nostra capacità visiva. Purtroppo essendo la funzione retinica molto delicata quasi la totalità dei pazienti svilupperà in 20-30 anni di diabete qualche forma di danno anche se solo nelle forme medio-gravi questo danno comporterà un effettiva riduzione della vista. In genere il Paziente diabetico si accorge del danno quando questo raggiunge la macula. La macula rappresenta la parte più importante di tutta la retina, è un'area di pochi millimetri che permette la visione distinta. Senza macula non si legge, non si guida, non si riconoscono i volti, con solo la macula si perde il campo periferico ma si può leggere e riconoscere gli oggetti (per la guida ne parliamo un'altra volta). Dobbiamo compiere tutti gli sforzi possibili per preservarne il funzionamento soprattutto ora che sappiamo che un rigoroso controllo glicemico è in grado di ridurre la progressione. Inoltre il trattamento laser si è rivelato, allo stato delle conoscenze attuali, l'unico strumento efficace per ridurre l'evoluzione del danno a condizione che sia applicato nelle fasi iniziali quando la situazione non è gravemente compromessa. E' indispensabile sottoporsi a controllo oculistico almeno una volta l'anno.

NEFROPATIA

Nefropatia ossia danno renale. Dobbiamo subito ricordare che non sempre il danno renale che può insorgere nel diabetico è conseguenza del diabete stesso, tuttavia il diabete rappresenta la principale causa di insufficienza renale terminale (dialisi) in tutto il mondo occidentale. Questa situazione è dovuta sia alla condizione di iperglicemia sia alla frequente associazione con l'ipertensione arteriosa. La nefropatia interessa, nelle sue varie forme, circa il 40% di tutti i diabetici. Il danno renale presenta degli indicatori che possono aiutare a riconoscerlo: l'aumento della pressione arteriosa, la comparsa della microalbuminuria e la variazione della capacità filtrante del rene (misurata con le clearance renali). In particolare la microalbuminuria rappresenta la capacità del rene di non lasciar passare alcune sostanze attraverso il suo filtro. Possiamo immaginare il rene come un colino a maglie molto fitte che filtra il sangue permettendo solo all'acqua di passare e trattenendo tutte le sostanze utili, il diabete determina l'allargamento di queste maglie e il conseguente passaggio di sostanze nelle urine. Una di queste sostanze è l'albumina, una proteina di piccole dimensioni presente in quantità nel nostro plasma. Il dosaggio anche di sole piccole quantità di albumina nelle urine è indicatore di questo danno. Il controllo periodico della microalbuminuria permette di identificare precocemente i pazienti a rischio.

NEUROPATIA

La neuropatia è la complicanza in assoluto più subdola, le manifestazioni sono moltissime e riguardano tutte le funzioni del sistema nervoso centrale e periferico. Le principali forme di neuropatia periferica sono la sensitiva, la motoria e la vegetativa. Nel primo caso "neuropatia sensitiva" i Pazienti possono presentare una riduzione della sensibilità (avvertono meno i dolori, ad esempio non si accorgono di una scarpa che fa male), questa è una situazione molto pericolosa, nessuno assocerebbe la riduzione della sensibilità al dolore ad uno svantaggio, ma il dolore è in realtà un allarme per una condizione anomala, sentire dolore quando si tocca la fiamma permette di allontanarsi e di non bruciare! Bisogna prestare molta attenzione per rivelare una ridotta sensibilità. Altrettanto importante e poco riconosciuto è il "danno motorio". I muscoli mantengono il loro tono se regolarmente innervati, in caso di danno il muscolo perde forza, ad esempio la perdita di forza dei muscoli anteriori della gamba (muscoli lunghi e sottili, quindi più delicati) determina il prevalere dei muscoli posteriori (polpaccio) con retrazione del piede e deformità delle dita che assumono la forma ad artiglio. Queste deformazioni sono causa di calli ed alterazioni delle unghie che possono favorire le ulcere ai piedi. Non meno subdola è la "neuropatia vegetativa", non

basterebbe il tempo a nostra disposizione per elencare tutti i sintomi legati a questo danno: tachicardia a riposo (aumento della frequenza del cuore), impotenza, incontinenza vescicole o bisogno impellente ad urinare, diarrea o stitichezza, nausea, difficoltà nella visione notturna, sudorazione al volto alla vista di alcuni cibi (formaggio), alterazioni della regolazione della sudorazione e della temperatura degli arti, ecc.. La difficoltà di definizione della neuropatia rende difficile stabilire anche quanti pazienti ne soffrono, si stima che oltre il 50% dei pazienti presenti segni di neuropatia dopo 25 anni di diabete.

PIEDE

Il piede è l'organo meno controllato di tutto il corpo, la scarsa attenzione dedicata ai piedi da parte di medici (aspettano che il problema sia loro sottoposto) e pazienti (non danno importanza ai loro piedi) è la principale causa di amputazione. Si stima che circa il 15% dei pazienti abbia problemi seri ai piedi e si sa che oltre la metà di tutte le amputazioni non traumatiche sono dovute al diabete. Le cause di questi danni sono la neuropatia, il danno vascolare e le infezioni.

MACROANGIOPATIA

Il termine macroangiopatia può essere inteso come danno ai vasi arteriosi ed è sinonimo, in questo contesto, di aterosclerosi. L'aterosclerosi può essere considerato una normale evoluzione del nostro corpo che invecchia, il diabete è un acceleratore di questo processo. I danni vascolari che interessano soprattutto il sistema nervoso centrale (ictus), il cuore (infarto) e gli arti inferiori (amputazioni) sono la principale causa di morte dei pazienti diabetici soprattutto di tipo 2. Sono particolarmente colpiti i maschi, fumatori, ipertesi e con valori elevati di colesterolo nel sangue. L'associazione di queste condizioni con il diabete rende la miscela particolarmente esplosiva ed il rischio particolarmente elevato. Non esistono indicatori precoci ma valutazioni del rischio che si basano sulla misurazione dei parametri prima indicati: sesso, fumo, età, pressione, colesterolo e diabete. Il rischio rimane generico e non predice quale sede potrà essere interessata per prima, perché l'aterosclerosi deve essere considerata una condizione generalizzata che predilige alcuni vasi ma che contemporaneamente interessa più distretti.

PARLIAMO DI DIABETE

IN VIAGGIO...E DURANTE LE FESTE

E' giusto che chi ha il diabete debba rinunciare ai viaggi, alle feste, ai compleanni della nipotina, alle vacanze? Certamente NO. Ma il diabete va in vacanza? Anche in questo caso la risposta giusta è NO! Non si richiede, a chi soffre di diabete, di rinunciare ai divertimenti ma di ricordarsi che il diabete è sempre presente, che non ci lascia mai, che non va mai in vacanza da solo ma sempre con la vostra compagnia o meglio che in vacanza ci andate voi con la sua compagnia.

Il problema principale si concretizza in questo "ricordo". E' possibile festeggiare con un bicchiere di spumante e una fetta (piccola) di torta al termine del pasto mentre è meno utile abbandonarsi ad ogni libertà culinaria solo perché il conto "tutto compreso" è già stato pagato!

Le vacanze sono momenti molto importanti della nostra vita, che vanno affrontate nella massima serenità e sicurezza. Anche con il diabete, potete affrontare qualsiasi tipo di viaggio, purché vi prepariate in modo adeguato, a seconda della lunghezza del viaggio e del posto dove andrete a passare le vostre vacanze.

Per chi deve fare uso di insulina, ma il discorso vale per tutti, sarebbe meglio non intraprendere viaggi da soli, specie all'estero o in macchina ed è opportuno informare la persona che vi accompagna sulla vostra condizione di diabetico, in modo che, in caso di emergenza, essa possa fornire le indicazioni necessarie agli eventuali soccorritori. Se invece siete costretto a viaggiare da solo, portate con voi un certificato, un documento, una tessera, o un medaglione facilmente rintracciabili che indichino che avete il diabete.

PREPARIAMO LA VALIGIA

Quando si viaggia, è sempre bene, prima di preparare la valigia, compilare un elenco di ciò che vogliamo portare, questa semplice norma, vale in modo particolare anche per tutto il materiale utile alla gestione del diabete.

Naturalmente tutto dipende dalla durata del viaggio. Comunque bisogna avere sempre tutto a portata di mano (col termine "a portata di mano" si intende in un luogo facilmente accessibile: in auto, non sepolti sotto altri bagagli, in traghetto non nell'auto, in aereo non nella stiva) bisogna pensare di essere autosufficienti e di dover far fronte ad ogni evenienza (un ingorgo autostradale, uno sciopero dei controllori radar ecc..) che impediscano un regolare ritmo di vita.

Ecco un esempio:

- insulina e ipoglicemizzanti orali
- siringhe, penne aghi
- altri farmaci
- materiale per l'autocontrollo
- altri medicinali
- materiale per la cura dei piedi
- documenti
- scorta di cibo per il viaggio

Insulina o ipoglicemizzanti orali

E' bene portare con sé una scorta dei farmaci abitualmente utilizzati (insulina e/o antidiabetici orali) sufficiente a soddisfare il fabbisogno per almeno una settimana in più rispetto alla durata prevista del viaggio.

Per quanto riguarda il trasporto dell'insulina, normalmente si consiglia di tenerla in ambiente refrigerato (da 2 a 8 gradi centigradi) e al riparo dalla luce, è comunque sufficiente trasportarla a temperatura ambiente, purché questa non superi i 30 gradi centigradi e non scenda sotto i 2 gradi centigradi. I flaconi di insulina possono essere conservati in borsine termiche o in qualsiasi altro contenitore circondate da un po' di ovatta, per evitare gli sbalzi termici o avvolti nel giornale. In ogni caso bisogna avere l'avvertenza di non lasciarle in auto (sia nell'abitacolo che nel bagagliaio) o nelle stive di navi o aerei (dove la temperatura può scendere anche diversi gradi sotto lo zero). Non commettete l'errore di trascurare le scorte portandovi appresso la sola ricetta medica, infatti essa ha valore regionale, se uscite dalla vostra regione, pur rimanendo in Italia (anche se il Servizio Sanitario è Nazionale) la vostra ricetta non vi permetterà di ritirare i farmaci senza pagarne l'intero prezzo. Se proprio non volete portare le scorte di farmaci con voi durante il viaggio, sappiate che dovrete farvela prescrivere da un medico appartenente alla regione dove sarete in villeggiatura. Se la permanenza supera i 30 giorni occorre l'iscrizione, anche temporanea, presso un medico convenzionato della località dove risiedete temporaneamente.

All'estero, in molti paesi, è necessaria comunque la prescrizione medica anche per le insuline. Non dimenticate quindi di informarvi prima della partenza. Se, comunque, la scorta di insulina venisse a mancare, bisogna porre molta attenzione, oltre che al tipo, anche alla concentrazione dell'insulina che si può trovare all'estero. In alcuni paesi extraeuropei sono in commercio insuline a concentrazioni diverse da quelle che si trovano in Italia (100 U/ml). Qualora si dovesse ricorrere necessariamente all'uso di insuline a concentrazioni diverse da quella di 100 U.I./ml (in uso in Europa) è importante usare siringhe appropriate (riportanti sulla scala graduata la concentrazione uguale alla concentrazione dell'insulina) per prelevare, senza commettere errori, la dose abituale di insulina, qualunque sia la concentrazione di insulina nel flacone.

Siringhe, penne, aghi

E' buona norma per chi utilizza penne o siringhe avere con sé una quantità almeno sufficiente al fabbisogno di una settimana in più rispetto alla durata prevista del viaggio. Il reperimento di questi materiali può non essere agevole in alcune nazioni.

In alcuni paesi extraeuropei sono in vendita siringhe utilizzabili con insuline a concentrazioni diverse da 100U/ml. Accertarsi che riportino stampigliata la scala corrispondente alla concentrazione di insulina usata (40 U.I./ml oppure 80 U.I./ml oppure 100 U.I./ml).

Altri farmaci.

In questa sezione vogliamo ricordare tre categorie di farmaci: il Glucagone, gli altri farmaci per le cure in atto, i farmaci per le eventuali emergenze.

Il Glucagone è un farmaco indispensabile per i diabetici di tipo 1 in terapia insulinica (soprattutto se presentano grandi variazioni della glicemia), deve essere somministrato intramuscolo in caso di grave crisi ipoglicemica (quando il paziente non è più in grado di ingerire zucchero per bocca). Il glucagone deve essere conservato insieme all'insulina e non dimenticate una siringa normale da 5 cc (in commercio esistono preparazioni già pronte in siringa).

Per gli altri farmaci si intendono tutti i medicinali che normalmente i pazienti assumono per controllare la pressione, il colesterolo o altre patologie.

Infine i farmaci per le emergenze dipendono dal tipo di vacanza che ci si accinge a trascorrere, possono essere utili gli antidiarroici e gli anti-infiammatori. Un particolare riguarda va infatti riservato a qualsiasi affezione che insorga durante la vacanza, e in special modo alla diarrea che, con la perdita acuta di liquidi e sali, potrebbe sbilanciare il vostro equilibrio metabolico.

Materiale per l'autocontrollo

Il controllo della glicemia è indispensabile per una buona gestione del diabete, questa procedura diventa particolarmente importante quando le condizioni di vita cambiano, ad esempio in vacanza. E' quindi importante mettere in valigia tutto il set per l'autocontrollo: strisce reattive per la glicemia, glicosuria e chetonuria, lancette e pungidito, refllettometro (batteria di riserva), salviette disinfettanti.

Materiale per la cura dei piedi

In vacanza, spesso, il desiderio di vedere posti nuovi e la necessità di sfruttare al meglio il tempo a disposizione, si sottopongono i piedi a veri tour de force. Portate quindi scarpe comode (mai nuove), sandali per la doccia o per il mare (non infradito), pomate emolienti per i piedi, cerotti e bende ad alta traspirazione per eventuali medicazioni.

Documenti.

Oltre al tesserino del diabete e la tessera del Servizio Sanitario Nazionale rilasciata dalla ASL di residenza è bene avere con sé un certificato del diabetologo attestante il tipo di diabete, la terapia insulinica e/o ipoglicemizzante e le altre terapie in corso con indicati i principi attivi e i dosaggi (i nomi commerciali possono essere diversi nei vari paesi), eventuali allergie a farmaci o ad alimenti. Questo certificato è anche utile alla dogana.

Ricordatevi di portare con voi il numero di telefono del vostro servizio di diabetologia e del vostro medico curante.

Per l'assistenza sanitaria all'estero (paesi dell'Unione Europea) è necessario recarsi all'ASL di residenza e richiedere il modello E 111, specificando il periodo presunto di permanenza all'estero. Da tenere presente che tutti i servizi rimborsabili all'estero si riferiscono a prestazioni urgenti. E che l'urgenza della prestazione è decisa dalle autorità sanitarie del paese ospite. In ogni caso conviene conservare copia di tutti i pagamenti effettuati per prestazioni sanitarie, diagnostiche o strumentali, per presentarle alla ASL di residenza per eventuali rimborsi. In caso di soggiorno nei Paesi extra Unione Europea non esiste un unico modello, ma per ogni Paese è stato predisposto un modulo in relazione al contenuto della convenzione bilaterale. In genere, queste convenzioni prevedono l'assistenza sanitaria solo ad alcune categorie di persone, come i lavoratori o i pensionati che percepiscono una pensione da lavoro, ed ai familiari a carico.

I farmaci prescritti all'estero sono sempre a pagamento (insulina compresa!) come le strisce reattive per il controllo della glicemia.

Esempio di certificato medico redatto in inglese ed italiano.

TO WHOM MAY CONCERN

This is to certify that Mr ----- has insulin-dependent diabetes requiring injections of insulin several time a day. This treatment must not under any circumstances be interrupted. Therefore he always has to carry what is necessary for the injection with him.

Data timbro e firma del medico

Si certifica che il Signor ----- è affetto da diabete mellito insulino-dipendente in terapia con iniezioni plurigiornaliere di insulina.

Dal momento che detta terapia non deve essere assolutamente sospesa, il Sig. ----- deve sempre portarsi appresso il materiale necessario per la somministrazione di insulina.

Data timbro e firma del medico

Scorta di cibo per il viaggio

Con qualsiasi mezzo si viaggia, potrebbe rendersi difficile reperire del cibo agli orari abituali dei pasti o in occasione di una crisi ipoglicemica. Bisogna quindi portare con sé un spuntino: un panino, un frutto o un succo di frutta e comunque sempre lo zucchero.

Se si è alla guida di un'auto, tenete a portata di mano dei carboidrati a rapido assorbimento per poter superare rapidamente un'eventuale crisi ipoglicemica. Tenete quindi sempre nel cruscotto, qualche zolletta di zucchero. Non usate per correggere l'ipoglicemia bevande alcoliche, in quanto, oltre ad aggravare la crisi ipoglicemica, contribuiscono ad offuscare i sensi e la coscienza.

VIAGGIARE IN AUTO

Se avete il diabete e vi trovate alla guida dell'auto, dovete osservare alcune semplici raccomandazioni per una guida sicura e serena:

Mettersi in viaggio al mattino presto o nel pomeriggio

Fermarsi nelle ore più calde della giornata

Fare soste frequenti e spuntini leggeri

Evitare cibi grassi ed elaborati

Evitare bevande alcoliche

Se possibile, alternarsi alla guida ogni 2-3 ore col compagno di viaggio

Rispettare gli orari e le dosi di somministrazione dell'insulina

Rispettare gli orari e l'entità dei pasti abituali

Tenere a portata di mano lo zucchero

Fermarsi immediatamente nella corsia di emergenza non appena si sentono i primi sintomi dell'ipoglicemia: riprendere la guida soltanto quando si è certi di aver superato la crisi

I FUSI ORARI

In caso di viaggi aerei internazionali ci può essere lo spostamento, anche di diverse ore del fuso orario con la necessità di variare l'ora dei pasti e, quindi, di somministrazione dell'insulina.

Onde evitare errori nel calcolare il tempo trascorso dall'ultima iniezione di insulina è consigliabile lasciare durante il viaggio l'orologio fermo sull'ora di partenza, per poi adeguare, giunti a destinazione, la somministrazione dell'insulina e i pasti all'orario locale.

In genere se si viaggia verso est si corre il rischio di ipoglicemia (la dose di insulina ritardo può associarsi all'insulina pronta somministrata per la colazione, la giornata si accorcia), mentre viaggiando verso ovest la giornata si allunga e il rischio è di iperglicemia (l'insulina ritardata esaurisce prima il suo effetto). Nel primo caso occorre ridurre la dose insulina ritardo all'ultima somministrazione "regolare" mentre nel secondo caso può essere necessaria una somministrazione extra di insulina pronta.

Questo problema è di minore importanza nei diabetici non insulino-dipendenti o in quelli trattati con la sola dieta.

AL RISTORANTE

Lontani da casa può essere abbastanza difficile trovare gli stessi alimenti, serviti alle stesse ore a cui siamo abituati. Inoltre il clima vacanziero può portare a trascurare la dieta: niente di più sbagliato! Infatti, anche in vacanza la dieta è essenziale per mantenere un buon equilibrio metabolico e può essere seguita in maniera adeguata anche al ristorante. Basta infatti scegliere cibi che siano compatibili con l'alimentazione prescritta, e soprattutto è importante saper stimare, con una certa precisione, la quantità dei cibi che vengono serviti.

È inoltre sconsigliabile fare un unico abbondante pasto al giorno, magari alla sera e limitarsi a piccoli spuntini a base di panini durante la giornata. È invece consigliabile mantenere il più possibile le abitudini e le ore usuali per i pasti, per non essere obbligati a variare la posologia e gli orari di assunzione dell'iniezione di insulina.

Se al ristorante non si trova il menu desiderato, la maggior parte degli esercizi in qualsiasi paese è di solito in grado di preparare alcuni piatti internazionali secondo le necessità del cliente: a volte basta chiedere specificando il piatto che si vuole venga cucinato.

Nei paesi tropicali, o comunque laddove le condizioni igieniche sono più scadenti, per evitare infezioni alimentari è bene non bere (neanche sciacquarsi la bocca) acqua corrente, né adoperare cubetti di ghiaccio nelle bevande. Sono anche da evitare i frutti di mare, le insalate e i cibi crudi o che richiedano un trattamento manuale, nonché il latte e i latticini (formaggi, gelati, panna). E' bene consumare solo cibi cotti e bere acqua minerale servita sigillata o bevande calde, preparate con acqua bollita, come il tè e il caffè. La frutta va mangiata soltanto se sbucciata al momento.

	Ordinare	Non ordinare
Aperitivi	Succhi di pomodoro	Amari
Antipasti	Affettati magri, tartine farcite, cocktails di pesce o carne, olive, sottaceti	Salumi grassi, salse elaborate, maionese
Primi	pasta normale, all'uovo o ripiena, asciutta o in brodo con condimenti non troppo elaborati	Condimenti elaborati
Secondi	Carne, pesce, pollame, cacciagione, preferibilmente cotte alla griglia, ai ferri, alla piastra e senza eccessivi grassi	Carne e pesci grassi, fritti, stufati, brasati, impanati e molto conditi
Contorni	Verdure crude e cotte, insalata condita normalmente	Legumi e patate (oppure sostituirli al pane)
Frutta	Frutta fresca, anche in macedonia purché senza zucchero	Uva, frutta secca, sciroppata, macedonia in scatola o dolce, frutta cotta zuccherata
Bevande	Acqua, vino	Bibite, birra

DOMENICA E FESTE

Non sempre le vacanze coincidono con un viaggio o un soggiorno in posti lontani da casa. Anzi, molto spesso, si preferisce trascorrere le proprie vacanze tra le mura domestiche. Molti approfittano delle ferie per riposarsi, o per fare lavoretti manuali in casa o in giardino, o per dedicarsi più intensamente allo sport preferito. In tutti questi casi, la persona affetta da diabete deve fare attenzione agli eventuali cambiamenti nelle abitudini quotidiane e nell'orario dei pasti e della terapia. Può accadere di svegliarsi più tardi al mattino, e quindi spostare l'orario dell'iniezione di insulina e la prima colazione. Può succedere di spostare l'orario dei pasti, e quindi anche delle rispettive iniezioni. La qualità del pasto può essere diversa: è diverso consumare un pasto frugale alla mensa o mangiare in casa propria. C'è poi chi riposa tutto il giorno, consumando meno calorie, o al contrario chi approfitta delle vacanze per fare quelle cose che durante l'anno non ha il tempo di fare (lavori manuali, attività sportive, ecc.) consumando più calorie del solito. Tali cambiamenti nel ritmo della vita, possono variare molto l'equilibrio glicometabolico raggiunto. Bisogna quindi tenersi pronti a variare il dosaggio delle somministrazioni di insulina, aumentando, l'autocontrollo: il diabete non va in vacanza!