

## L'APPROFONDIMENTO A CURA DEL DOTT. RICCARDO CANDIDO

## Nasce il Dipartimento delle Cure Specialistiche Territoriali in ASUGI



**Nello specifico per ASUGI si attendono le seguenti ricadute positive:**

- Riduzione del numero di prestazioni cliniche, strumentali e di laboratorio, con viceversa aumento del numero di pazienti presi in carico, grazie al controllo della ridondanza e frammentarietà delle prestazioni
- Miglioramento della

Il mondo della cronicità è in progressiva crescita con notevole impegno di risorse, necessità di continuità assistenziale, presa in carico a lungo termine e forte integrazione tra i servizi sanitari, sia in senso multidisciplinare che tra ospedale e territorio. La presenza di multiple comorbidità richiede l'intervento di diverse figure professionali, evitando azioni frammentarie, focalizzate più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, con frequenti duplicazioni diagnostiche che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria e rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura. La domanda di servizi sanitari per soggetti anziani con patologie croniche negli ultimi anni è diventata sempre più alta e, di conseguenza, è cresciuto l'ammontare delle risorse sanitarie destinate a questa fascia di popolazione.

E' stato calcolato che quasi un terzo delle visite generiche e di quelle specialistiche sia erogato alla popolazione multimorbida e, di queste, circa il 30% a persone con patologie croniche gravi. La formalizzazione del Dipartimento delle Cure Specialistiche Territoriali in ASUGI offre l'opportunità di una integrazione anche fisica tra le strutture coinvolte, e di creare almeno una vicinanza "virtuale" sfruttando la piattaforma tecnologica di prossima acquisizione che dovrebbe permettere sia il controllo e monitoraggio da remoto dei pazienti al loro domicilio, sia il teleconsulto sincrono o asincrono tra specialisti.

### Ma quali sono le ricadute positive per ASUGI e per i pazienti?

E' atteso che l'attivazione di un Dipartimento Integrato delle Cure Specialistiche Territoriali tra cardiologi, pneumologi, diabetologi e nefrologi in Area Giuliano-Isontina possa avere delle importanti ricadute favorevoli sia per ASUGI che per i pazienti cronici.

qualità delle prescrizioni terapeutiche, controllo delle politerapie e delle interazioni tra farmaci prescritti in un ambiente multidisciplinare

- Creazione di una interfaccia multidisciplinare per l'attivazione di percorsi integrati di dimissione protetta e precoce presa in carico post dimissione per il paziente cronico multimorbido
- Creazione di una interfaccia multidisciplinare per l'attivazione di percorsi di presa in carico dalla medicina generale per il paziente cronico multimorbido, Ospedali e Case di Comunità.
- Ottimizzazione/condivisione delle risorse:
  - o Strutturali
  - o Umane
  - o Strumentali
- Integrazione fisica o su piattaforma digitale tra diversi specialisti per fare crescere linguaggi e conoscenze diffuse e comuni attraverso il lavoro quotidiano in team multiprofessionale e multidisciplinare.

### Per i pazienti cronici per ASUGI si attendono le seguenti ricadute positive:

- Presa in carico globale del paziente, più che della sua malattia.
- Migliori cure integrate per i frequenti casi di multimorbilità.
- L'identificazione di un processo dinamico di presa in carico da parte di un case manager prevalente, che venga percepito dal paziente come il "SUO" riferimento specialistico (a fianco del medico curante), con gli altri specialisti a supporto
- Sviluppo di ambulatori infermieristici per la presa in carico integrata di assistiti per interventi di empowerment, self care e self management
- Possibilità di utilizzo delle nuove tecnologie.

L'iniziativa nasce da un'idea originaria del dott. Di Lenarda e del dott. Candido: il Direttore Generale Dott. Poggiana l'ha resa operativa nell'atto aziendale.

## EDITORIALE

## Le novità di questo numero

Non ci speravo ma, tra mille difficoltà, siamo al terzo numero di DolciNotizie e ne sono fiero. Ringrazio tutto il Consiglio Direttivo della nostra associazione che mi ha sostenuto in questo progetto, le nostre inseparabili ed indispensabili dietiste, le infermiere ed il nostro referente scientifico dott. Riccardo Candido per tutto il suo so-

stegno. Anche in questo numero pubblichiamo in breve la tesi di laurea di un medico che ha rivolto i suoi studi all'applicazione dell'intelligenza artificiale nell'ambito dello screening per la retinopatia diabetica. C'è un bel inserto di SLOW FOOD e le utilissime ricette della dietista. Buona lettura!

Luigi Namer



## ASSOCIAZIONI AMICHE

## Sweet Heart - Dolce Cuore



L'Associazione Sweet Heart - Dolce Cuore, è sorta nel marzo del 1978 presso la sede del "Centro per la riabilitazione funzionale" della Maddalena di Trieste (primo Circolo Coronarico d'Italia) per volontà di un gruppo di medici e di pazienti cardiopatici. Oggi opera sul territorio triestino, sia nella gestione di corsi d'educazione motoria e terza fase della pratica riabilitativa, sia sostenendo (con particolare intensità) l'azione di conoscenza e divulgazione delle metodologie nella prevenzione delle malattie cardiovascolari. Si occupa anche di "counseling", effettuata attraverso volontari, al fine di sostenere psicologicamente coloro che, usciti dalle strutture cardiologiche ospedaliere, devono riaffrontare le problematiche della vita. Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte; appare quindi evidente che la patologia costituisce una delle malattie a più ampia diffusione, con un forte impatto sociale. Se da un lato la situazione di mortalità sta migliorando, aumentano tuttavia i soggetti con complicazioni che necessitano di continui controlli, cure e trattamenti e con la necessità di

una costante azione d'educazione motoria; l'Associazione Sweet Heart - Dolce Cuore si occupa del reinserimento di tali soggetti nella vita sociale. Prioritario quindi, l'impegno all'educazione motoria. A tale scopo organizzano:
 

- corsi di ginnastica riabilitativa (tre giorni alla settimana) guidati da personale specializzato che conosce bene le esigenze ed i limiti dei cardiopatici;
- partecipazione a tutte le manifestazioni motorie non competitive e passeggiate collettive in Carso;
- il costante controllo, offerto anche a non associati, della pressione (settimanale) e dei valori ematici (mensile);
- l'organizzazione di incontri conviviali come quelli di fine corso ginnico, l'Ottobrara, la Festa sotto l'albero (di Natale) ed altri quale la stagionale Castagnata.
- la divulgazione della problematica cardiaca a mezzo del nostro bollettino informativo (l'Informatore), conferenze ed incontri. Per volontà dei rispettivi dirigenti, le nostre due associazioni si sono impegnate a condividere le loro iniziative nel reciproco interesse dei pazienti.

## ALL'INTERNO

## LA TESI DI LAUREA

L'applicazione dell'intelligenza artificiale nell'ambito dello screening per la retinopatia diabetica **Pag. 2 e 3**



**AL MARE O IN MONTAGNA. BASTA CHE SIA SLOW - pag. 3**

dott. Andrea Gobet  
per SLOW FOOD TRIESTE

## Ricette per l'estate

In questo numero tre deliziose e nutrienti ricette estive a cura di Elisa Del Forno, dietista presso i Centri Diabetologici di Trieste, si occupa di educazione alimentare per persone con diabete e obesità. Si interessa di alimentazione naturale, cucina macrobiotica, pratica Aratic Yoga e Pranic Healing. Autrice del libro "Ritrovare il Benessere con la Dieta Disintossicante" edito da Gribaudo Edizioni.



di Elisa del Forno  
**Pag. 4**

# L'applicazione dell'intelligenza artificiale nell'ambito dello screening per la retinopatia diabetica

## LA RETINOPATIA DIABETICA

La retinopatia diabetica (RD) è la più importante complicanza oculare del diabete mellito e la principale causa di cecità ed ipovisione severa nei soggetti in età lavorativa alle nostre latitudini; nonostante i progressi terapeutici abbiano ridotto le complicanze associate all'iperglicemia, la RD rimane un problema rilevante visto il progressivo aumento di incidenza della malattia diabetica.

Alcuni dati mostrano che:

- In Europa il 25% dei pazienti diabetici presenti una malattia oculare (34,1% in Italia)
- ogni anno il 4,6% degli europei affetti da diabete riceve diagnosi di nuova patologia oculare (più di 770.000 individui).
- più del 50% dei pazienti con diabete di tipo 1 e circa il 30% di quelli con diabete di tipo 2 sviluppano, nel tempo, delle alterazioni retiniche.

Il principale fattore modificabile correlato ad un peggioramento della RD è l'iperglicemia, seguita dall'ipertensione arteriosa, i livelli elevati di colesterolo e trigliceridi e la gravidanza; molti studi dimostrano come lo stretto controllo dei valori glicemici e dell'emoglobina glicosilata riducano la comparsa e la progressione di RD.

La RD viene distinta in due grandi stadi: non proliferante (solo retina) e proliferante (invasione del corpo vitreo); entrambe le forme possono interessare la parte centrale della retina, la macula, cui consegue una grave compromissione delle funzioni visive; in particolare si manifesta come edema maculare, che può accompagnare qualsiasi stadio della retinopatia ed è direttamente correlato alla gravità ed alla durata della stessa.

Le metodiche per lo studio della RD sono in evoluzione: la recente introduzione della tomografia a coerenza ottica (OCT) rappresenta una valida e facilmente ripetibile metodica diagnostica in grado di valutare l'integrità degli strati retinici interni ed esterni, l'entità dell'edema, e di seguirne l'andamento nel tempo mediante follow-up successivi. Inoltre essendo un esame non invasivo, è ben tollerato e ripetibile.

Accanto a questa tecnica, si è sviluppata l'angiografia OCT (OCT-A), metodica innovativa che permette di visualizzare la vascolarizzazione retinica e coroideale in modo non invasivo e senza iniezione di colorante.

Anche le terapie sono in via di sviluppo: la fotocoagulazione laser ha rappresentato per decenni lo standard di cura per la RD, ora i farmaci intravitreali anti-VEGF sembrano più efficaci e si preferiscono metodiche meno aggressive come il laser micropulsato sottosoglia, che producano danni minori ai tessuti adiacenti l'area trattata, garantendo comunque l'efficacia.

## LA PREVENZIONE

Proprio perché i sintomi della RD spesso compaiono tardivamente, i programmi di screening sono utili a trattare precocemente le lesioni e a ridurre le gravi complicanze visive: una diagnosi tempestiva e trattamenti appropriati ridurrebbero del 50-70% i casi di compromissione visiva conseguente al diabete. L'efficacia della terapia è strettamente correlata alla tempestività dell'intervento.

Lo screening della RD può essere eseguito utilizzando diversi metodi. L'obiettivo primario dello screening per la RD è identificare i pazienti che hanno bisogno di una visita specialistica, ovvero i pazienti con una compromissione della macula, per prevenire la riduzione della capacità visiva e la cecità.

L'Accademia Americana di Oftalmologia raccomanda lo screening per la RD:

- 5 anni dopo la diagnosi nei pazienti con DM1
- al momento della diagnosi nei pazienti con DM2
- 1 volta all'anno per chi non soffre di retinopatia
- Ogni 9 mesi per chi soffre di RD in maniera lieve
- Ogni 6 mesi per chi soffre di RD in maniera grave
- Ogni 3 mesi per le donne in gravidanza.

La prevalenza del diabete è in rapido aumento e di conseguenza anche il numero di soggetti con RD, rappresentando perciò un'importante questione economica e di salute pubblica. Tipicamente lo screening viene effettuato dall'oculista attraverso l'esame del fondo oculare, dato però l'incremento del numero di pazienti diabetici risulta difficilmente praticabile e sostenibile questo screening per il sistema sanitario; si stima che solo il 50-65% dei pazienti si sottoponga allo screening raccomandato.

## LA TELEMEDICINA

Il progresso della tecnologia ha fornito alla medicina e all'oftalmologia nuovi strumenti e metodi sia nell'acquisizione che nell'analisi delle immagini, si parla di teleoftalmologia e si basa sull'acquisizione di immagini digitali della retina da parte di tecnici qualificati che successivamente vengono analizzate da un oftalmologo. Così facendo le immagini possono essere raccolte anche sul territorio e senza la presenza del medico, riducendo i tempi d'attesa e garantendo però una buona qualità di analisi, come hanno dimostrato già molti studi.

Questa nuova tecnologia richiede dei costi iniziali e di mantenimento, ma potenzialmente può portare a un grande risparmio, risultando cost-effective dal punto di vista dei pazienti e anche del sistema sanitario.

La teleoftalmologia presenta comunque dei limiti; la relazione medico-paziente viene modificata e inoltre è necessaria un'adeguata formazione e qualificazione degli operatori responsabili dell'analisi delle immagini. La qualità delle immagini rappresenta una grande sfida nell'ambito della teleoftalmologia: nei pazienti diabetici l'incidenza di cataratta è aumentata, per questo le immagini acquisite senza l'utilizzo di collirio miotico spesso non sono valutabili, molti studi sottolineano l'importanza della dilatazione pupillare, anche se la procedura potrebbe influenzare l'accettabilità da parte dei pazienti.

In Italia, dove manca ancora un programma nazionale, l'utilizzo della telemedicina per lo screening della RD è confinato a limitate aree geografiche, dove ha dimostrato il suo successo, rilevando inoltre la soddisfazione dei pazienti.

## L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Negli ultimi anni, grazie al progresso tecnologico, è cresciuto l'interesse nello sviluppo dell'analisi automatizzata delle immagini, utilizzando il machine learning e l'intelligenza artificiale (AI).

L'AI è la simulazione dell'intelligenza umana da parte di software e si basa sul machine learning, cioè l'apprendimento automatico; questo sistema è stato ormai sorpassato dal deep learning, che grazie a un grande database crea modelli di apprendimento su più livelli ottenendo sempre nuove informazioni in modo da modificarli o ampliarli senza l'intervento umano. I sistemi di AI hanno bisogno di imparare, come gli umani, attraverso l'esperienza, perciò il primo e cruciale step affinché il modello risulti accurato è raccogliere una grande quantità di dati, esempi rappresentativi, analizzati da esperti autorevoli che etichettano le varie caratteristiche distintive. Questa prima parte del processo è il training set, a cui segue il validation set, che prevede l'utilizzo di altri dati per verificare l'algoritmo generato.

L'identificazione automatizzata della RD utilizzando questa nuova tecnologia ha attirato molta attenzione e nell'aprile del 2018 la US Food and Drug Administration (FDA) ha approvato un algoritmo (sens. 87,2% e spec. 90,7%) di AI per l'identificazione di RD in grado di distinguere:

1. i pazienti con RD grave, che richiedono una visita specialistica,
2. i pazienti che devono essere re-screenati dopo 12 mesi.

In aggiunta all'utilizzo della sola retinografia, inoltre, sono stati sviluppati algoritmi in grado di identificare e quantificare la pre-



senza di fluido sub- o intra-retinico utilizzando immagini OCT. Le due metodiche potrebbero essere integrate in modo da offrire una diagnosi più precisa e diminuire il carico di lavoro per gli specialisti, così da far sì che le risorse e il tempo disponibili vengano destinati ai pazienti che hanno una reale e urgente necessità.

Nonostante il suo grande potenziale, l'applicazione dell'AI presenta anche dei limiti:

- non è affidabile al 100% e non può sostituire la visita specialistica,
- la qualità delle immagini influenza significativamente i risultati,
- le questioni riguardo la protezione della privacy sono sensibili e parzialmente irrisolte

• gli aspetti medico legali sono ancora irrisolti, se il software sbaglia sarà sempre più complesso stabilire a quali soggetti sia ascrivibile la responsabilità, a partire dai produttori del software fino ad arrivare ai suoi utilizzatori diretti.

## LO STUDIO

L'obiettivo dello studio è valutare l'attendibilità dei risultati ottenuti con l'intelligenza artificiale nell'ambito dello screening della RD, comparando i giudizi espressi da due diversi software con quelli espressi da due specialisti della retina.

Nello studio sono stati inclusi pazienti della Clinica Diabetologica dell'Università di Genova, con età superiore a 18 anni e con età media di 65 anni, affetti da DM1 o da DM2. I pazienti sono stati sottoposti allo screening per la RD utilizzando la teleoftalmologia tra maggio e settembre del 2019. Sono state acquisite retinografie a colori e scansioni OCT della retina. Entrambi gli occhi dei pazienti, seduti in una stanza buia, sono stati fotografati da operatori, ottenendo per ciascun occhio due immagini: una centrata sulla fovea ed una centrata sul disco ottico. Tutte le immagini sono state poi inviate al centro di lettura della Clinica Oculistica, dove sono state valutate da due diversi specialisti della retina in modo indipendente.

Le stesse immagini sono state analizzate da due diversi software di intelligenza artificiale specifici per lo screening di RD: il software IDx-DR di IDx (Iowa, USA) e il software EyeArt di EyeNuk Inc (California, USA).

I giudizi espressi dall'analisi automatizzata sono stati confrontati con quelli espressi dalla componente umana e i risultati dello studio si rivelano molto positivi. È possibile affermare che i valori di sensibilità ottenuti siano buoni e che perciò l'accuratezza diagnostica dei software sia comparabile a quella degli esperti.

Molti studi riguardanti questi sistemi automatizzati delle immagini hanno rilevato una specificità non sempre alta, questo significa che in alcuni casi il software indica un caso di RD in assenza della patologia secondo gli specialisti, cioè un falso positivo. I casi di falsi positivi vengono rinviati a visita specialistica: se si accerta che il paziente non è a rischio, questo viene reinserito nel programma di screening annuale. Questo passaggio è sì dispendioso, ma permette di fugare ogni dubbio e quindi di assicurare un trattamento tempestivo ai pazienti che lo richiedono.

## CONCLUSIONE

I sistemi di intelligenza artificiale hanno dimostrato la loro efficacia, ma vanno inseriti in un contesto globale, in cui la figura dello specialista risulta comunque centrale. I software permettono di analizzare una grande quantità di dati, per questo molte più persone potrebbero essere sottoposte allo screening. Integrando sistemi di AI e teleoftalmologia si potrebbero garantire i servizi di assistenza anche nelle zone periferiche e nei paesi lontani dai centri, aumentando il controllo della patologia in un setting di cure primario. Gli specialisti andrebbero ad occuparsi di pazienti realmente bisognosi di accertamenti e trattamenti, e questo andrebbe a ridurre enormemente i tempi di attesa per le visite, il carico di lavoro degli oftalmologi e i costi a questo legati.

# Fagagna: VIII Corso Regionale dell'OSDI (Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani)



Si è svolto a Fagagna il 28 maggio 2022 il VIII Corso Regionale a cura dell'OSDI (Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani). La responsabile scientifica del corso è stata Elisabetta Tommasi, infermiera di Diabetologia ASUGI di Trieste.

Nei mesi di limitazione delle visite in presenza, resi necessari per contenere la diffusione della pandemia di Covid-19, l'uso della telemedicina si è rivelato particolarmente utile nei Centri di Diabetologia, permettendo di mantenere la continuità assistenziale nei confronti dei propri assistiti e delle loro famiglie. La crisi pandemica ha fatto emergere chiaramente i potenziali benefici della telemedicina, ma ha fatto anche emergere tutta una serie di criticità legate all'uso di tale strumento non da ultimo la mancanza del rapporto interpersonale con il paziente. Vogliamo capire quanto questo strumento possa risultare complementare alle tradizionali prestazioni sanitarie in diabetologia ed essere a supporto della sanità territoriale.

Il ricorso alla Telemedicina nelle patologie croniche, trova specie nel diabete mellito tipo 1 le caratteristiche che lo rendono particolarmente adatto a poter beneficiare di tale modalità.

Con le moderne tecnologie di comunicazione il paziente può agevolmente condividere i propri dati glicemici e di terapia insulinica con il curante mediante specifici servizi web, ma non dobbiamo dimenticare che per fare questo deve possedere un ampio bagaglio di conoscenze e di attitudini all'autocura acquisiti nei momenti di incontro con il team diabetologico. Anche i componenti dei team diabetologici hanno sviluppato una maggiore propensione all'uso dei servizi di Telemedicina e ora la sfida ci pone davanti ad un bivio interrompere questa modalità o farla propria nei percorsi di cura del paziente.

Hanno partecipato: Roberta Assaloni, Alberto Comici, Silvana Cum, Riccardo Candido, Michela Casson, Elena Rosso, Tania Lanfrit.

con il patrocinio di

**30 SETTEMBRE  
01-02 OTTOBRE 2022**

**1° GIRO DEL  
FRIULI VENEZIA GIULIA**

**DIABETE A RUOTA LIBERA  
PEDALATA DI SENSIBILIZZAZIONE**

<p><b>I° TAPPA - Venerdì 30 settembre</b></p> <p>09.30 TARVISIO-TOLMEZZO (64 km) 13.30 TOLMEZZO-S. DANIELE (36 km)</p>	<p><b>PROGRAMMA</b></p> <p><b>II° TAPPA - Sabato 1 ottobre</b></p> <p>09.30 PORDENONE-S.VITO AL TAGL. (21 km) 10.30 S.VITO AL TAGL.-PALMANOVA (57 km) 14.30 PALMANOVA-UDINE (27 km)</p>	<p><b>III° TAPPA - Domenica 2 ottobre</b></p> <p>09.30 GORIZIA-MONFALCONE (23 km) 11.00 MONFALCONE-TRIESTE (30 km)</p>
--	---	--

**PER INFORMAZIONI:**  
Elena Frattolin - Presidente CRAD: 348 3527179  
Alberto Piovesana: 329 8114293  
Simone Zuccolo: 340 1015616  
Luca Birri: 347 8460562  
diabetearuotalibera@gmail.com

[www.mdstudiocongressi.com](http://www.mdstudiocongressi.com)

**TROVI IL MODULO  
PER L'ISCRIZIONE  
SUL SITO ASSODIABETICI.IT**

## Al mare o in montagna: basta che sia slow

Prenderci cura di noi stessi e del nostro benessere dovrebbe essere un impegno quotidiano. È però normale, soprattutto quando le giornate si allungano e salgono le temperature, che cresca in noi il desiderio di staccare la spina e partire per le vacanze. Ma dobbiamo stare attenti, perché non c'è rischio peggiore di ritrovarsi a vivere durante le ferie in maniera ancora più frenetica e stressante di quanto già ci capiti durante il resto dell'anno. E quindi non importa il tipo di destinazione che preferiamo, al mare o in montagna, al lago o in città: basta che la vacanza sia slow!

Alcune accortezze da prendere nel momento della programmazione possono esserci di grande aiuto. La prima è quella di cercare mete un po' meno note e condizionate dal turismo di massa. Dalla nostra regione al resto d'Italia e ai Paesi vicini ce ne sono davvero molte e affascinanti tra cui scegliere. Avremo così modo di scoprire luoghi più autentici, da vivere a ritmi più tranquilli, ritagliandosi il tempo per fare esperienze lontane da un superficiale mordi-e-fuggi. La scelta di vitto e alloggio andrebbe poi fatta con lo stesso spirito, evitando le soluzioni più anonime e impersonali.

Anche Slow Food guarda al turismo con interesse, perché una

forma di viaggio sostenibile e a misura d'uomo può contribuire in modo efficace a promuovere meccanismi virtuosi nel sistema alimentare. Nei progetti Slow Food Travel, per esempio, vengono promossi percorsi alternativi alle rotte più gettonate, prevedendo la formazione e il coinvolgimento degli operatori locali (contadini, artigiani, cuochi, albergatori, ecc.) e la proposta al turista di esperienze legate alla cultura locale.

Chiudiamo con un consiglio editoriale, suggerendo la lettura di Weekend Slow Food. Itinerari di gusto e cultura. In questo libro, e nei successivi dedicati all'Europa e all'Italia da raggiungere in treno, troverete una cinquantina di itinerari originali, per brevi viaggi alla scoperta di angoli poco conosciuti d'Italia o indicazioni per visitare le grandi città o mete ben note da nuovi punti di vista.

Andrea Gobet

*Slow Food è un'associazione internazionale senza scopo di lucro impegnata a ridare valore al cibo, per garantire un'alimentazione buona, pulita e giusta per tutti:*  
[www.slowfood.it](http://www.slowfood.it) - [trieste@slowfoodvg.it](mailto:trieste@slowfoodvg.it)



Si è svolto a Bologna, i giorni 11 e 12 giugno 2022 presso l'hotel Flyon, l'evento che si ha prefissato di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Fare conoscere la struttura del "sistema salute" italiano, allargando la conoscenza verso enti che fino a poco tempo fa sembravano preclusi ai cittadini. (AIFA, AGENAS; ISS, Ministero della Salute, Regioni, tavoli tecnici, etc.);

- Evidenziare il ruolo fondamentale delle associazioni di volontariato rappresentative e riconosciute, rispetto a questioni centrali e decisive per il Paese, per contribuire a creare un modello di sviluppo sostenibile da un punto di vista ambientale, sociale ed economico, vicino ai bisogni delle persone con diabete;

- Restituire ai partecipanti il lavoro svolto da Diabete Italia;

- Presentare l'evoluzione delle terapie e tecnologie innovative (controllo della glicemia, microinfusori, nuove insuline e terapie per il DMT2);

- Spiegare le potenzialità che la nota 100 offre alle persone con DMT2 e l'organizzazione che deve essere creata per contenere le eventuali criticità

- Spiegare il modello "casa della Comunità" previsto dal PNRR

- Presentare una nuova struttura di Diabete Italia, evoluta secondo la Riforma del III settore e in linea con i tempi che viviamo.

**Temi della VIII conferenza sono stati:**

- **AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco** istituito nel 2003 operativo dal 2004. L'AIFA opera in autonomia, trasparenza ed economicità, sotto la direzione e la vigilanza del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze. Collabora con le Regioni, l'Istituto superiore di sanità, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le associazioni dei pazienti

- **AGENAS: L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS)** è un Ente pubblico non economico di rilievo nazionale, istituito con decreto legislativo del 30 giugno 1993 n.266 e s.m., e si configura come organo tecnico-scientifico del SSN svolgendo attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della salute, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano

- **ISS: Istituto Superiore di Sanità.** È oggi il principale ente di ricerca per la salute pubblica

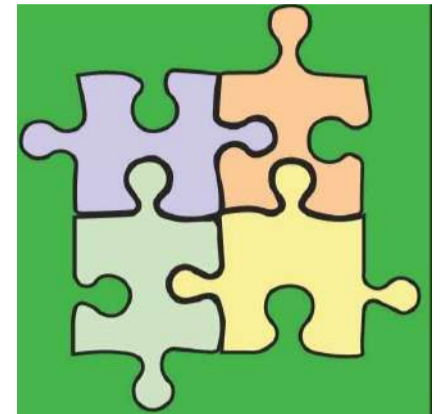
in Italia, nasce nel 1934 come l'Istituto di Sanità Pubblica, diventa l'ISS nel 1941, una lunga storia di successi nella lotta contro le malattie e da oltre 20 anni un costante impegno per la promozione di una ricerca pubblica e di un sistema di cure, basati entrambi sulle evidenze e sulle migliori pratiche cliniche.

- **NOTA 100** tra opportunità e criticità

- **DIABETE ITALIA:** Quale futuro? Quale rappresentanza nel RUNTS (Registro Unico Nazionale Terzo Settore)

A questo evento hanno partecipato i nostri delegati provinciali ed è intervenuta come relatrice la nostra presidente del CRAD (Coordinamento Regionale Associazioni Diabetiche) la dott. Ing. Elena Frattolin.

**Nell'immagine sopra, il gruppo triestino presente alla Conferenza. Nel riquadro sotto il logo del CRAD**



## LA RICETTA DEL MESE

# Menù estivi: 3 ricette gustose e nutrienti

### RISO VENERE CON ZUCCHINE

Ingredienti per 4 persone:

320g riso venere  
650 ml acqua  
3 zucchine  
450g di gamberi  
prezzemolo tritato  
1 spicchio di aglio  
buccia grattugiata di mezzo limone  
sale fino (quanto basta)

Per il brodo:

3 gambi di sedano  
1 cipolla  
2 carote

gli scarti dei gamberi (testa e carapace)

- Per prima cosa pulire i gamberi: eliminare la testa e il carapace, quindi estraete l'intestino. Tenete da parte gli scarti e la testa dei gamberi per fare il brodo
- Tagliare sedano, carote e cipolla in pezzi grossolani, mettere in padella insieme agli scarti dei gamberi e rosolare con un cucchiaio di olio per 5 minuti. Coprire con acqua e aggiungere il sale. Cucinare per circa un'ora a fuoco basso. Filtrare il brodo con un colino.
- Cucinare il riso integrale venere nel brodo di pesce, aggiungendo poco brodo per volta. Se comperate il riso integrale, cucina in 45-50 minuti, invece se usate il riso precotto, il tempo di cottura è 12 minuti. Fare riferimento al tempo indicato nella confezione del riso.
- Lavare le zucchine e tagliarle a cubetti. In una padella antiaderente rosolare le zucchine con l'aglio, un cucchiaio di olio e poco sale. Cucinare per 5 minuti, poi aggiungere i gamberi e cucinare per altri 5 minuti.
- Quando il riso è cotto, amalgamare le verdure, aggiungere il prezzemolo tritato e aromatizzare con la buccia di limone grattugiata.

In caso di bisogno, aggiungere il sapore con un cucchiaio di salsa di soia.  
Conteggio dei nutrienti per porzione  
Calorie: 540 kcal  
carboidrati: 74 cho



### TARTINE DI PANE DI SEGALE CON SALSA TZATZIKI

Ingredienti per 4 persone:

240g di pane di segale  
400g yogurt greco intero cremoso  
3 cetrioli  
1 spicchio di aglio  
2 cucchiaini di olio extra vergine di oliva  
sale  
pepe



- Lavate i cetrioli, quindi grattugiateli usando i fori grandi della grattugia e ponete la polpa in un colino con sotto una terrina per fare scolare l'acqua in eccesso. Salate e lasciate scolare per un'ora. Poi schiacciate la polpa con il dorso del cucchiaio per eliminare ancora il liquido in eccesso.
- Tritate finemente l'aglio.
- Amalgamate lo yogurt con l'aglio, aggiungete la polpa di cetriolo.
- Condite con olio, sale e pepe.
- Scaldate le fette di pane di segale in forno per 5 minuti a 180°

Conteggio dei nutrienti per porzione:

Calorie: 330 kcal  
carboidrati: 33 cho

### POLPETTE DI CECI AL FORNO CON SALSA AI PEPERONI

Ingredienti per 4 persone

500 gr di ceci già lessati o precotti  
100g scalogno  
1 uovo sbattuto  
1 rametto rosmarino  
sale, pepe,  
3 cucchiaini di semi di sesamo tostati (30g)  
50g di pangrattato  
1 cucchiaio olio extravergine di oliva  
2 cucchiaini succo di limone

2 cucchiaini acqua fredda

Per la salsa ai peperoni:

un peperone rosso e un peperone giallo  
1 cipolla  
prezzemolo tritato  
sale e pepe  
un cucchiaio di olio

- Scolare i ceci e versarli nel frullatore. Aggiungere l'uovo sbattuto, lo scalogno tritato, il rosmarino tritato, i semi di sesamo, l'acqua, limone e l'olio. Condire con sale, pepe.
- Frullare il tutto fino ad ottenere una purea morbida: se dovesse risultare troppo solida e poco lavorabile, unite ancora un po' di acqua fredda.
- Preparare le polpette prelevando un poco di composto con un cucchiaio e passandolo tra i palmi delle mani per ricavare delle palline grosse come noci.
- Infine passatele una per una nel pangrattato, quindi disponete le polpette in una teglia foderata con carta da forno
- Mettete nel forno già caldo a 180 gradi e lasciate cuocere per 15-20 minuti girando le polpette a metà cottura per farle dorare uniformemente.
- Salsa ai peperoni: lavare i peperoni e togliere il picciolo, i semi e la parte bianca interna. Tagliare i peperoni a cubetti piccoli. Sbucciare e tagliare finemente la cipolla
- Rosolare le verdure in una padella antiaderente con un cucchiaio di olio, sale e pepe per 10 minuti. Aggiungere il prezzemolo tritato e cucinare ancora per 5 minuti.
- Frullare le verdure per creare la salsa.
- Estraiete dal forno e servite le polpette di ceci ben calde, accompagnate con la salsa.

Conteggio dei nutrienti per porzione:

Calorie: 500 kcal  
carboidrati: 40 cho / 8-10 a polpette

