

Il cambiamento giusto e necessario

Nel mondo il diabete colpisce ormai il 9-10% della popolazione, senza troppe distinzioni tra uomini e donne (anche se i primi risultano essere leggermente più vulnerabili): all'ultimo congresso della American diabetes association si è sottolineato che, rispetto al 1980, il numero delle persone diabetiche è più che raddoppiato e la tendenza all'aumento non pare prossima a invertirsi. Sappiamo che la ricerca di una soluzione definitiva del problema continua, ma la risposta ancora non c'è e chi ha il diabete sa che, almeno per ora, deve sopportare e gestire la sua condizione per tutta la vita.

Ma è proprio qui che arrivano le notizie più confortanti: la gestione della patologia e l'assistenza da parte degli operatori sanitari fanno costanti progressi e contribuiscono a migliorare la qualità della vita delle persone con diabete, che riescono sempre di più a tenere sotto controllo il loro indubbiamente difficile status.

È questo il filo rosso che percorre questo nuovo numero di Tuttodiabete, che, guardando all'esperienza di casa nostra, intende mostrarci come l'assistenza e la cura alle persone si faccia sempre più attenta ed efficace: potrete infatti

leggere come, secondo gli Annali di Amd, i parametri fondamentali della gestione del diabete migliorino progressivamente nel corso degli anni e come i modelli più avanzati di gestione integrata del paziente diano tangibili benefici, cioè, in sostanza, facciano stare meglio le persone.

Resta aperta, naturalmente, la questione cruciale della prevenzione: da un lato, come evitare che la patologia si diffonda e si sviluppi e, dall'altro, come far sì che, in presenza di diabete, le complicanze restino lontane. Una risposta c'è, ormai tutti ne sono convinti: è necessario adottare più sane abitudini quotidiane, fondate su un'alimentazione equilibrata e su un regolare esercizio fisico, due principi che il nostro predominante stile di vita ha fino a oggi decisamente trascurato. Oggi però troppe sono le evidenze che ci dimostrano che cambiare è necessario per il nostro bene. L'importante è divulgarle e spiegarle a tutti (come meritoriamente intendono fare campagne come quella di Diabete Italia, di cui parliamo a pagina 4): le vecchie barriere sono destinate a cadere.

Direttore responsabile: Lorenzo Verlatto - **Art director:** Paolo Tavan - **Consulente scientifico:** professor Paolo Brunetti - **Collaboratori:** Emanuela Gazzetta, Stefano Visintin - **Direzione, redazione, amministrazione e pubblicità:** Editoriale Giornalidea S.r.l. - piazza della Repubblica 19 - 20124 Milano - tel. 02/6888775 - fax 02/6888780 - **Stampa:** Nuovo Istituto Italiano d'Arti Grafiche S.p.A. - via Zanica, 92 - 24126 Bergamo - tel. 035.3292310 - **Registrazione:** Tribunale di Milano n. 292 del 9/6/1984. Spedizione in a.p. 45% - Filiale di Milano. Diffusione gratuita. Prezzo a copia euro 0,26. **Foto:** Fotolia.com: Yuri Arcurs (copertina); diego cervo; Kurhan; Alexander Raths; jean-paul chassenet; Kokhanchikov; Andrzej; Lanak; volff; Margarita Valua; photo CD; Scanrail; serg_dibrova; Kurhan; Patrizia Tilly; Galyna Andrushko.

Omaggio della **Bayer** S.p.a.



UNA CAMPAGNA EDUCATIVA E INFORMATIVA

Non siamo soli

Diabete Italia dà il via con un videospot a una vasta iniziativa di comunicazione per sensibilizzare l'opinione pubblica e spiegare che solidarietà e collaborazione permettono di migliorare la qualità di vita

di Stefano Visintin

Ce la farò con un piccolo aiuto dai miei amici. Così cantavano i Beatles in una loro popolarissima canzone, esemplificando il concetto che qualsiasi problema si affronta meglio se non si è soli. E quell'aiuto definito "piccolo" si rivela poi essere invece "grande". Quest'idea fondamentale è alla base della nuova campagna informativa ed educativa lanciata quest'anno da Diabete Italia, dal titolo "Chi ha il diabete non corre da solo". La prima tappa dell'iniziativa è un videospot, trasmesso da radio e televisioni, al cine-

ma e in stazioni della metropolitana e aeroporti, accompagnato da comunicati destinati alla carta stampata e a dépliant da distribuire al pubblico: le immagini mostrano un giovane dallo sguardo determinato impegnato in una corsa, dapprima solitaria, che progressivamente diventa di gruppo, perché il protagonista si ritrova via via affiancato da altri amici, che cominciano a correre al suo fianco trasmettendogli energia e serenità. Il messaggio, di immediata comprensibilità, è che chi deve convivere con il diabete deve sì lottare per gestire la sua condizione (e quindi correre), ma che in questa situazione non è e non deve essere da solo: perché, insieme con lui, lottano la famiglia, coloro che condividono il suo stesso problema, i medici e gli infermieri che lo curano e assistono, i ricercatori al lavoro per trovare nuove so-



luzioni, le istituzioni e, in prospettiva, l'intera comunità di cui l'individuo fa parte. Questa è la chiave per rendere l'esistenza migliore e le difficoltà superabili.

La campagna nasce in sintonia con la International diabetes federation (Idf) e del Ministero della Salute, convinti dell'opportunità di diffondere un messaggio positivo e di far conoscere una problematica importantissima, ma che ancora gran parte della popolazione padroneggia poco e male.

I dati sulla diffusione del diabete in Italia illustrano in maniera eloquente l'urgenza di un'informazione capillare ai cittadini, perché il tema ci riguarda un po' tutti quanti. Infatti, il numero delle persone con diabete nel nostro Paese risulta cresciuto del 33% nell'ultimo decennio: da 2.250.000 a 3.000.000 (secondo rilevazioni Istat); nel 2002 questa condizione toccava il 3,9% della popolazione, nel 2010 la percentuale è salita al 4,9; si stima che quasi un milione di persone abbia il diabete senza ancora saperlo e questo elemento porterebbe la per-

tuale di diabetici sul totale a circa il 6%. E sono cifre prudenti, queste, che non tengono conto, per esempio, delle frequenti situazioni di confine (il cosiddetto prediabete, a cui dedichiamo il dossier medico di questo numero): 2,6 milioni di persone, pur non ancora diabetiche, risultano avere difficoltà a mantenere la glicemia nella norma.

"A novant'anni dalla prima iniezione di insulina, nel gennaio del 1922, la lotta prosegue -commenta il diabetologo Umberto Valentini, presidente di Diabete Italia- Oltre alla ricerca di nuove soluzioni terapeutiche, fondamentale per vincere questa sfida è la col-

laborazione tra scienza, istituzioni e società, soprattutto perché oggi il diabete è diventato una epidemia globale. Nostro obiettivo, quindi, è sensibilizzare le istituzioni e l'opinione pubblica sull'importanza sociale della patologia, ma soprattutto comunicare che la persona con diabete oggi può aspirare a vivere una vita attiva, che tende alla normalità".

Di questo ci parla lo spot, interpretato dal giovane Gianluca come protagonista, ideato da Roberto Cohen e realizzato da XTV Production e Guicar. Il risultato del video è molto efficace e ha naturalmente richiesto lavoro e perizia che andava-

no remunerati.

“Anche riducendo al minimo le spese ci siamo subito accorti che un prodotto di questo livello qualitativo sarebbe costato una cifra più vicina ai 100 mila che ai 50 mila euro”, racconta Laura Cingoli, membro del Comitato coordinamento Diabete Italia, che ha lavorato a lungo nella produzione, sia di spot sia di film e documentari televisivi. Diabete Italia - come si legge sul sito www.diabeteitalia.it - ha quindi spiegato il progetto a tutte le aziende impegnate nel settore, sollecitando il loro contributo economico. “Cosa non facile -osserva Valentini- sia per l’entità della cifra da raccogliere in una fase dell’anno nella quale i budget sono già stati stanziati, sia perché non era possibile assicurare alle aziende la presenza, anche formale e marginale, del loro marchio. Alle aziende abbiamo chiesto un impegno importante senza nessuna contropartita, abbiamo chiesto loro davvero di correre con noi tutte insieme e al di fuori di ogni logica di ritorno commerciale o anche solo di immagine. Devo dire che sono stato molto colpito dalla risposta. Molti ce l’hanno fatta,



Il presidente di Diabete Italia Umberto Valentini.

Nelle altre foto, da sinistra: Laura Cingoli, Matteo Bonomo e Patrizia Pappini Oldrati

qualcuno invece è stato ostacolato dai suoi meccanismi interni di allocazione delle risorse ma nessuno ci ha posto un rifiuto, anzi, tutti hanno capito il nostro obiettivo e ci hanno incoraggiato con un calore che è andato al di là del solo contributo economico”.



“Nostro obiettivo -aggiunge Laura Cingoli- è rafforzare il concetto che il diabete richiede una gestione corale. La persona con diabete non è sola, sia perché condivide una condizione comune, sia perché è seguita da una rete assistenziale capillare che com-

prende numerosi specialisti. Grazie a questa collaborazione può avere una vita realmente attiva”. Per trasmettere questi concetti, dice Patrizia Pappini Oldrati, del Gruppo comunicazione sociale di Diabete Italia (e presidente dell’associazione Sostegno 70), “oltre allo spot, la campagna si articola in altre iniziative quali la distribuzione di materiali informativi a cura delle associazioni di volontariato, nelle strutture diabetologiche, negli ospedali; un’attività di sensibilizzazione dei media in modo da raggiungere capillarmente la popolazione, sana e con diabete; l’attivazione di un’apposita sezione sul sito di Diabete Italia. I prossimi progetti per quest’anno saranno, in previsione della Giornata mondiale del diabete, il 14 novembre, incontri pubblici e partecipazione a convegni nazionali e internazionali”.

Approfondisce il tema il diabetologo Matteo Bonomo, componente del Gruppo comunicazione sociale Diabete Italia: “La persona con diabete, al contrario di quello che pensano molti, non è un soggetto emarginato o discriminato, ma è protagonista di un percorso, certamente impegnativo, che, se affrontato con determinazione e con il sostegno della comunità, conduce a una vita del

I primi 10 anni di Diabete Italia

Diabete Italia è una associazione nata nel 2002 su impulso di Amd (Associazione medici diabetologi) e Sid (Società italiana di diabetologia), che raggruppa le maggiori società scientifiche di medici specialisti e generalisti e organizzazioni di pazienti e operatori sanitari e si batte per una migliore qualità della vita e una migliore assistenza alle persone con diabete. Si pone come interlocutore nei confronti sia delle istituzioni sia dell’opinione pubblica. Ogni anno organizza in Italia la Giornata mondiale del diabete, tradizionalmente in programma il 14 di novembre sotto l’egida della International diabetes federation e dell’Organizzazione mondiale della sanità.

Tra le sue principali iniziative, l’anno scorso ha promosso la Prima Conferenza nazionale sul diabete, un incontro nel corso del quale Diabete Italia si è confrontata con rappresentanti del Governo, delle agenzie governative e delle Regioni per fare il punto sulle esigenze delle persone con diabete e sull’evoluzione dell’assistenza nel nostro Paese. Ne è scaturito il *Documento per l’assistenza alla persona con diabete*, che propone ai decisori istituzionali di realizzare un Piano nazionale sul diabete, per un’assistenza integrata in una logica di rete. Il Documento è stato presentato in audizione parlamentare alla XII Commissione Igiene e Sanità del Senato. Per ulteriori informazioni: www.diabeteitalia.it



tutto normale: le persone con diabete possono fare sport, anche quelli che una volta erano considerati estremi, hanno una vita sociale intensa e ricca. La campagna, rivolta sia alle persone con diabete sia a coloro che non ne sono affetti, vuole contribuire a far cambiare l’immagine distorta che taluni hanno”. Anche perché -prosegue Bonomo- oggi l’assistenza diabetologica in Italia è una delle migliori del

mondo e molte cose sono cambiate in meglio dagli anni Ottanta, quando ho cominciato a fare il diabetologo, a ora: diversamente da un tempo, adesso la grande maggioranza delle persone con 20 o 30 anni di patologia alle spalle sta bene e ha una normale vita lavorativa, relazionale e affettiva, come chi il diabete non ce l’ha”.

Il ministero della Salute ha sostenuto la campagna con convinzione. “Abbiamo sposato questa iniziativa -afferma Paola Pisanti, presidente della Commissione nazionale per il diabete presso il dicastero- perché sottolinea l’importanza del

percorso e della continuità nella gestione delle situazioni croniche come il diabete. Occorre l’integrazione tra tutti i componenti della comunità e in tutte le fasi del diabete, affinché si possa superare la solitudine del vissuto di chi ha questa patologia e di chi vive accanto a lui. Il paziente sta al centro e deve imparare a gestirsi e controllarsi: attorno a lui c’è la famiglia e il team diabetologico, che è cuore e mente del percorso assistenziale, ma sono necessari anche tutti gli altri, perché il nostro obiettivo è la salute della persona non solo dal punto di vista clinico, ma da un punto di vista generale. Quindi, ci vogliono anche le associazioni dei pazienti, le società scientifiche, l’epidemiologo, il farmacista”. Secondo la rappresentante del ministero, campagne come questa sono importanti per produrre un mutamento culturale nei riguardi del diabete, favorendo una migliore conoscenza del problema e svolgendo un ruolo di educazione sanitaria, perché oggi la principale prevenzione da attuare consiste nel modificare gli stili di vita scorretti e i comportamenti sbagliati. ●



LA DIABETOLOGIA IN ITALIA

Vi curiamo sempre meglio

La sesta edizione degli Annali Amd fotografa lo sviluppo delle cure offerte dai centri specialistici e i buoni risultati sui diabetici di tipo 2: controlli più accurati, meno complicanze e molto lavoro ancora da fare

di Orso Maria Borghi

I numeri possono risultare affascinanti oppure noiosi, ma di sicuro sono utili per descrivere e capire la realtà. Da tempo l'Amd si impegna a dare una definizione precisa della qualità dell'assistenza diabetologica in Italia con l'ausilio delle cifre, ricavate da un'indagine sistematica sull'attività dei centri specialistici della penisola. Questo capillare lavoro di ricerca prende il nome di Annali ed è giunto ormai alla sesta edizione: è una fotografia, sempre più accurata con il passare degli anni, della situazione nazionale, che permette da un lato di com-

prendere come stanno andando le cose e dall'altro di studiare il modo per migliorarle. L'ultima edizione (*Annali Amd 2011 - Livelli di controllo metabolico, pressorio e lipidico e utilizzo dei farmaci nel diabete di tipo 2 - Gli anni 2005-2009 a confronto*) ha raccolto dati provenienti da 251 centri di tutta Italia e ha misurato l'evoluzione dell'assistenza e i risultati nella gestione dei pazienti nell'arco di un quinquennio (è stato esa-

minato un vasto campione di popolazione, da oltre 262mila nel 2005 a più di 415mila nel 2009, circa un sesto degli assistiti). Lo studio si è concentrato sul diabete di tipo 2, la forma largamente più diffusa della patologia.

Dall'analisi dei parametri di qualità della cura Amd conclude che l'assistenza sta migliorando progressivamente, anche

to", lo score Q, un indice che consente una valutazione complessiva della prestazione assistenziale fornita dai centri diabetologici. Ebbene, in un range di valutazione che va da 0 a 40, il valore medio più recente (anno 2009) è di 24,3, due punti in più rispetto a cinque anni prima (era 22,2). Per farsi un'idea più chiara del senso di questi numeri, è bene precisare

score Q valuta da un punto di vista qualitativo l'efficienza delle cure e dell'assistenza prestate, e conseguentemente l'efficacia nel prevenire le complicanze tipiche del diabete, dall'infarto all'ictus, ai disturbi alla vascolarizzazione, alla mortalità. Un dato importante che emerge è che i centri di diabetologia con score Q superiore a 25 sono passati dal 26,1%

al 36,1%, il che si traduce sicuramente in un minor numero di eventi cardiovascolari nelle persone assistite". Sono infatti aumentate le persone in cura nei centri che raggiungono un punteggio superiore a 25 nella valutazione delle cure ricevute: nel 2005 una persona con diabete su quattro presentava un punteggio superiore a 25, nel 2009

se molto lavoro resta da fare per ottenere risultati ancora più efficaci. Prendendo in considerazione gli indicatori fondamentali (emoglobina glicata, pressione arteriosa, profilo lipidico, livello del colesterolo, microalbuminuria, trattamenti farmacologici), è infatti possibile stabilire una sorta di "vo-

che, secondo Amd, un punteggio inferiore a 15 si associa a un aumento del rischio di complicanze di circa l'80%, mentre tra 15 e 25 il rischio è più alto del 20%, una differenza notevole.

Spiega Carlo Bruno Giorda, presidente dell'Associazione medici diabetologi: "Lo

si è arrivati a una su tre. Contemporaneamente si è ridotta la percentuale di soggetti che ricadono nelle classi inferiori a 15 (dove il rischio di complicanze è più elevato) e comprese tra 15 e 25.

Precisa Giacomo Vespasiani, coordinatore degli Annali Amd: "Presentiamo, per la pri-



ma volta, un approfondimento nel diabete di tipo 2 sulla relazione tra cambiamenti nei livelli di controllo dei principali parametri clinici associati al diabete e alle complicanze cardiovascolari (emoglobina glicosilata, pressione arteriosa e colesterolo) e utilizzo di farmaci. In estrema sintesi, si registra una riduzione dei valori della pressione e del colesterolo Ldl "cattivo", in corrispondenza con un maggior impiego di farmaci antipertensivi e anticolesterolo: un primo indicatore di una migliorata cura della persona con diabete nel complesso, non solo della cura della sua glicemia. I valori medi dell'emoglobina glicosilata si sono mantenuti costanti, ma con una riduzione delle persone curate solo con la dieta e un aumento di quelle trattate con insulina. In altre parole, si è mantenuto lo stesso livello di controllo a fronte della cura di situazioni verosimilmente più serie".

Risulta infatti che nel tempo si sono ridotti i valori dei principali parametri clinici associati al diabete e alle sue



complicanze: +29% i soggetti con pressione arteriosa nella norma, (anche se un 57% ha ancora valori troppo alti); +38% chi è in equilibrio con il colesterolo Ldl (soltanto il 26% è molto fuori dai limiti); meno numerosi i pazienti con emoglobina glicosilata elevata; maggiore efficacia dei farmaci.

Più bravi degli americani

Per quanto riguarda il fondamentale valore della emoglobina glicosilata, gli Annali rilevano in particolare che nel corso dei cinque anni a confronto, non è sostanzialmente variato il livello medio, rimasto stabile intorno al 7,5%, ma in compenso è diminuita la quota dei pazienti con livelli molto alti,

cioè sopra l'8% e soprattutto sopra il 9%. Il rapporto osserva peraltro che l'obiettivo di una glicata uguale o inferiore a 7%, indicato da varie linee guida, compresi gli Standard italiani per la cura del diabete Mellito, è stato raggiunto in meno della metà dei pazienti. D'altra parte, è calata anche la percentuale dei soggetti con valori pari o inferiori alla soglia considerata ottimale di 6,5%.

Tuttavia, il valore medio italiano risulta migliore, per esempio, di quello che si rileva in simili analisi condotte negli Usa: secondo l'indagine Nhanes promossa dall'Istituto di sanità del governo americano e i dati della Ncqa (National committee for quality assurance), i diabetici statunitensi hanno HbA1c superiore al 9,5% in percentuali dal 20 al 40% e superiore all'8% tra il 40 e il 50%. Dal punto di vista delle terapie adottate, lo studio mette in evidenza una generale diminuzione dei soggetti curati con sola dieta. I relatori notano che "tale aspetto diventa particolarmente evidente e significativo proprio nelle categorie di pazienti nelle quali, invece, l'intervento sullo stile di vita dovrebbe essere privilegiato,

ovvero nei soggetti più giovani e nei pazienti con diagnosi di diabete più recente, risalente a meno di due anni". Perché avviene questo, nonostante gli Standard di cura prevedano "un approccio iniziale basato sulla correzione degli stili di vita"? Possibili spiegazioni: le raccomandazioni di Ada e Easd che consigliano l'inizio della terapia farmacologia già al momento della diagnosi, e l'invio tardivo del paziente al Servizio di diabetologia da parte del medico di medicina generale, dopo diversi anni dalla diagnosi.

Si riscontra inoltre, soprattutto nei pazienti con valori di glicata più elevati, un aumento nella prescrizione di insulina a scapito degli ipoglicemizzanti orali. La tendenza generale sembra essere quella di una "maggiore intensità terapeutica".

Pressione non ottimale

Un altro elemento fondamentale nella gestione del diabete di tipo 2 è il controllo della pressione arteriosa. Gli Annali 2011 attestano un moderato miglioramento, evidenziato sia dalla riduzione della percentuale dei pazienti "fuori target" cioè con valori superiori a 140/90mmHg (da 63,8% a 57%, ovvero una riduzione relativa del 10,7%) sia dall'aumento dei soggetti "a target",

cioè con valori inferiori a 130/80mmHg (da 10,8% a 15,2%, con un incremento relativo del 29%).

Complessivamente, la percentuale di persone con diabete in cura con anti-ipertensivi è cresciuta in modo significativo nel quinquennio, passando dal



Il presidente di Amd
Carlo Bruno Giorda

38,3% al 58,6%, con un aumento del 65,3%. Tra chi è in terapia farmacologica, la quota dei soggetti con valori pressori particolarmente insoddisfacenti si è ridotta dal 68,1% al 61,3% (-10%). Parallelamente, e in misura maggiore, si è ridotta la percentuale di persone non trattate con farmaci nonostante abbiano valori pressori maggiori di 140/90mmHg: da 60,5% a 49,7% (-17,8%).

Sebbene questi risultati siano da valutare positivamente - osservano i relatori -, risulta comunque eccessivo un 57% dei pazienti con pressione arterio-

sa pari o maggiore di 140/90 mmHg, mentre, come detto, soltanto il 15,2% risulta nella norma. Questi, secondo Amd, sono "dati inaccettabili nell'ottica di una performance assistenziale ottimale".

Si delinea quindi, un quadro generale di difficoltà nel raggiungimento di valori pressori in linea con le raccomandazioni esistenti. Secondo gli Annali, "il principale nemico nel raggiungere il target pressorio, e in generale una buona qualità delle cure, è l'inerzia terapeutica, in termini sia di inizio sia di intensificazione del trattamento".

Colesterolo "buono"

Il confronto dei valori di colesterolo Ldl tra 2005 e 2009 documenta un "sensibile miglioramento", evidenziato dal netto incremento della percentuale di persone con valori al di sotto di 100mg/dl (30,1% contro 41,8%, con un aumento del 38,9%), associato a una parallela riduzione della percentuale di quelli con valori oltre 130mg/dl (passati da 35,7% a 26%, con una riduzione del 27,2%). Il notevole progresso nel controllo del colesterolo Ldl si spiega con il raddoppio, nell'arco di cinque anni, della percentuale di persone con diabete in cura con farmaci ipolipemizzanti (da 21,5% a 41,3%). ●

COME RICONOSCERE E CURARE IL PREDIABETE

Esiste una diffusa condizione intermedia tra il diabete e il non diabete, che può svilupparsi in senso patologico, ma che può essere contrastata e corretta anzitutto con un equilibrato stile di vita: alimentazione bilanciata e regolare attività fisica

di Paolo Brunetti
già professore ordinario
di Medicina interna
all'Università
degli Studi di Perugia

La soglia da non varcare

Si definisce prediabete una condizione intermedia fra il diabete di tipo 2 e lo stato di normalità. È diabete ogni condizione caratterizzata da valori di glicemia, misurata a digiuno nel plasma venoso, eguale o superiore a 126 mg/dl o da valori di glicemia, 2 ore dopo un carico di glucosio di 75 g, eguale o superiore a 200 mg/dl. La scelta di questi valori si fonda sulla osservazione, derivata da alcuni studi sulla popolazione, secondo i quali è proprio in concomitanza con queste cifre che si instaurano, nel corso del tempo, le complicanze croniche della patologia e, in particolare, la retinopatia diabetica.

Poiché si ritengono normali i valori di glicemia al di sotto di 100 mg/dl, è implicito che il prediabete copre quella fascia di valori glicemici rilevati a digiuno compresi fra 100 e 125 mg/dl. A questa condizione è stata attribuita la definizione di "anomala glicemia a

digiuino” (Impaired fasting glucose o Ifg). Inoltre, poiché una normale risposta al carico orale di glucosio è caratterizzata da valori di glicemia alla seconda ora inferiori a 140 mg/dl, vengono riferiti a una condizione di prediabete, definita questa volta “intolleranza al glucosio” (Impaired glucose tolerance, Igt), anche i valori alla seconda ora del carico orale di glucosio compresi fra 140 e 199 mg/dl.

Più recentemente, un nuovo criterio è venuto ad aggiungersi a quelli fondati sulla valutazione della glicemia. Secondo l’American diabetes association, anche un valore di emoglobina glicata (HbA1c) eguale o superiore al 6,5% è indicativo di una condizione di diabete. Anche seguendo questo criterio diagnostico, si configura una condizione intermedia fra diabete e normalità (prediabete) corrispondente a valori di HbA1c compresi fra 5,7 e 6,4%.

Il prediabete, comunque inteso, più che una entità clinica autonoma, deve essere quindi considerato come uno stadio convenzionale che si colloca lungo un continuum che contrassegna la storia naturale del diabete e che ne lascia prevedere la futura comparsa se non si interviene in maniera pre-

ventiva. La transizione dal prediabete al diabete può impiegare diversi anni, ma può essere anche assai rapida. Quel che è certo è che all’incirca il 70% dei prediabetici svilupperà il diabete in un tempo più o meno lungo. La restante quota rimarrà immutata o vedrà il ritorno a una condizione di normotolleranza glucidica.

Dalla International diabetes federation (Idf) desumiamo le dimensioni del fenomeno prediabete. Si calcola che, a livello mondiale, vi siano circa 344 milioni di soggetti con Igt, e che nel 2030 questa cifra salirà a 472 milioni, con una prevalenza, nella popolazione di età compresa fra 20 e 79 anni, destinata a variare dal 10,2 all’11%. Includendo anche i pazienti con diabete conclamato, si può calcolare che, per la stessa data (2030), circa un miliardo di soggetti, nel mondo, saranno portatori di una forma più o meno grave di disordine del metabolismo del glucosio. Da qui l’urgente necessità di un intervento che ponga un argine alla diffusione epidemica del diabete prevenendone l’insorgenza a partire dalle sue fasi più precoci e cioè dal prediabete.

La sindrome metabolica, in quanto tale, può essere definita di per sé una condizione di prediabete. Dall’accumulo di tessuto adiposo viscerale deriva infatti una serie di segnali metabolici responsabili della comparsa di una condizione di resistenza insulinica, a livello sia epatico sia periferico, e di una riduzione della secrezione insulinica.

Obesità, fattore di rischio

Diabete, prediabete, obesità e sindrome metabolica riconoscono come elementi causali, insieme con indiscussi fattori genetici, un eccesso di introduzione calorica e un difetto di attività fisica. È perciò implicito che le modificazioni dello stile di vita debbano rappresentare lo strumento primario di prevenzione e di cura di tutte le forme di anormale regolazione del metabolismo del glucosio. Una serie di studi ha dimostrato, in effetti, la possibilità

di prevenire la progressione dal prediabete al diabete e di ridurre il rischio di complicanze micro e macrovascolari intervenendo sullo stile di vita.

Lo studio di Malmö (*Eriksson KF, Lindgard F*) è stato uno dei primi a dimostrare come soggetti affetti da Igt vedessero ridurre, in maniera significativa, l’incidenza di diabete, dopo un follow up di 6 anni, con un intervento sullo stile di vita, consistente nella correzione della dieta e nella introduzione di una quota di esercizio fisico, rispetto a un gruppo sottoposto a trattamento standard. Ancora più importante l’osservazione secondo cui, a distanza di 12 anni, i soggetti con Igt sottoposti in precedenza all’intervento attivo presentavano un tasso di mortalità decisamente inferiore a quello dei soggetti di controllo.

Correggere la dieta sbagliata

La conferma della efficacia delle modificazioni dello stile di vita è venuta poi da una ulteriore serie di studi clinici controllati che si sono succeduti nel tempo. Nello studio cinese *Da Qing*, circa 600 soggetti con Igt sono stati suddivisi in quattro gruppi per i quali erano previsti: 1) un trattamento esclusivamente nutrizionale; 2) la sola intensificazione della attività fisica; 3) una combinazione di dieta e movimento; 4) nessun intervento. Sia con la dieta sia con l’esercizio fisico, si è avuta una significativa riduzione della conversione a diabete. Una successiva valutazione, eseguita a distanza di 20 anni, nel 2006, ha inoltre dimostrato come i soggetti sottoposti a intervento avessero ancora una incidenza di diabete più bassa del 43% rispetto ai controlli.

Le maggiori conferme della validità di un approccio preventivo fondato sulle modificazioni dello stile di vita vengono tuttavia da due studi: lo studio finlandese *Diabetes prevention study (Dps)* e lo studio americano *Diabetes prevention program (Dpp)*. Entrambi hanno seguito un approccio simile, caratterizzato da interventi strutturati individuali di natura nutrizionale, motoria e com-

portamentale. I protocolli prevedevano una riduzione del peso corporeo del 5% (Dps) o del 7% (Dpp), una correzione della dieta sia per quel che concerne la riduzione dell’apporto calorico sia il contenuto di grassi totali (meno del 30% dell’apporto energetico totale con meno del 5% di grassi saturi) e un aumento dell’apporto di fibre (almeno 15 g/die), e una attività fisica moderata di almeno 30 minuti al giorno (Dps) o di 150 minuti o più la settimana (Dpp). Orbene, in entrambi gli studi, si è ottenuta una riduzione dell’incidenza di diabete di ben il 58%, dopo un follow up rispettivamente di 3 (Dps) e di 2,8 anni (Dpp). Va inoltre sottolineato, a ulteriore riprova dell’efficacia dell’intervento, come nessuno dei soggetti



che era riuscito a realizzare integralmente le modificazioni dello stile di vita abbia successivamente sviluppato, durante il periodo di osservazione, il diabete. Nel Dpp era anche previsto un gruppo trattato con metformina. La metformina è risultata meno efficace dell’intervento sullo stile di vita, con una riduzione dell’incidenza del diabete di solo il 31%. Inoltre, è risultata pressoché inefficace nei soggetti al di sopra dei 60 anni di età e nei non obesi con indice di massa corporea inferiore a 30 anni. ●

ATTENZIONE A IFG, IGT E CGI

I segnali d'allarme

L'incidenza di diabete di tipo 2 è più alta nei soggetti con intolleranza combinata al glucosio (Cgi, combined glucose intolerance) rispetto a quelli con Ifg (anomala glicemia a digiuno) o Igt (intolleranza al glucosio) isolate. Il rischio di sviluppare il diabete dei soggetti con Ifg o Igt isolata è del 5-10% ogni anno contro lo 0,7% dei soggetti normoglicemici all'inizio della osservazione. In realtà, la glicemia rappresenta un fattore di rischio continuo anche nell'ambito dei valori di normalità della glicemia e della HbA1c. Livelli di glicemia a digiuno compresi fra 90 e 94 mg/dl (5-5,2 mmol/l) comportano un rischio di evolversi verso il diabete di circa il 50% maggiore rispetto a valori inferiori a 85 mg/dl (4,7 mmol/l).

Sia l'Ifg sia l'Igt, quest'ultima in modo più evidente, rappresentano un fattore di rischio per la comparsa di complicanze cardiovascolari che possono precedere la comparsa del diabete. Anche per quanto riguarda le complicanze cardiovascolari, il rischio è continuo all'interno dell'area considerata normale di glicemia a digiuno e di emoglobina glicata. Il prediabete può associarsi anche allo sviluppo di microangiopatia. Depongono in questo senso i dati desunti dal *Diabetes prevention program (Dpp)*, secondo cui il 7,9% dei soggetti con Igt presentava segni evidenti di retinopatia. La diagnosi di prediabete presuppone la valutazione della glicemia a digiuno e/o dopo carico di glucosio. Ciò presuppone uno screening della popolazione a rischio.

Sebbene Ifg e Igt rappresentino entrambi uno stato intermedio tra la normale tolleranza al glucosio e il diabete, il più delle volte non sono contemporaneamente presenti nello stesso individuo. Una intolleranza combinata al glucosio (Ifg più Igt) è infatti presente soltanto nel 15-20% di tutti i soggetti. Il 30-45% dei soggetti con Ifg hanno anche Igt, mentre il 20-25% dei soggetti con Igt hanno anche Ifg. Ciò si deve al fatto che Ifg e Igt, per quanto entrambi precursori del diabete, implicano differenti meccanismi fisiopatologici.

Sia Ifg sia Igt sono due condizioni di insulinoresistenza ma, mentre nella Ifg vi è una resistenza insulinica epatica, ma una normale sensibilità insulinica a livello muscolare, nella Igt avviene il contrario. Nei soggetti con intolleranza al glucosio combinata la resistenza insulinica è presente a livello sia epatico sia muscolare, configurandosi così una condizione di maggiore gravità. Le due condizioni divergono anche per quel che concerne il deficit di secrezione insulinica. Nella Ifg vi è una riduzione della fase precoce della risposta insulinica, mentre la fase tardiva di risposta insulinica al carico di glucosio è meglio conservata rispetto ai soggetti con Igt. In questi ultimi vi è invece una maggiore compromissione della secrezione insulinica che interessa sia la fase precoce sia quella tardiva. Queste diverse caratteristiche metaboliche aiutano a comprendere il diverso profilo glicemico del carico di glucosio osservato nelle due condizioni.

Nella Ifg il deficit precoce della secrezione insulinica, insieme con la predominante resistenza epatica, determina un incremento della glicemia superiore a quello osservato nei normotolleranti durante i primi 60 minuti dell'Oggt (Oral glucose tolerance test), con ritorno alla normalità dopo 120 minuti, in virtù della conservazione di una normale sensibilità insulinica muscolare e della risposta insulinica tardiva. Nei soggetti con Igt, invece, a causa della resistenza insulinica muscolare e della deficitaria risposta insulinica tardiva, la glicemia aumenta dopo 60 minuti e rimane alta dopo 120 minuti. I soggetti con Cgi mostrano glicemia più elevata a ogni tempo dell'Oggt.



In cucina con il diabete

dr. Mario Pupillo

Responsabile U.O. di Diabetologia
e Malattie metaboliche del P.O. Lanciano

La globalizzazione culinaria ha i suoi pregi. Questa volta vi proponiamo tre piatti che ci portano i sapori dell'Oriente: una cucina che si rivela gustosa e non tanto lontana da quella mediterranea a cui siamo abituati

L'Oriente avanza conquistando economia e mercati, e ormai direi anche il mercato sotto casa e i ristoranti. Quasi tutto ormai è globalizzato e allora ci conviene provare a globalizzarci anche dal punto di vista nutrizionale, andando a comprare spezie e cibi orientali, per scoprire una cucina per noi nuova. Le grandi mediazioni si fanno a tavola e allora riconosciamo la bontà e i pregi dell'alimentazione orientale. Ci conforta che è stata valutata molto simile a quella mediterranea e, anzi, ancora migliore sotto il profilo della prevenzione delle malattie cardiovascolari (lo ha di-

mostrato il Seven country study del 1999). Questo dato ben ci predispone alla prova.

Le ricette che trovate su questo numero ci offrono un esempio di **Sushi giapponese di pesce crudo**, un piatto ben equilibrato in termini nutrizionali, ricco di carboidrati (78 g) e proteine (26 g) e con pochissimi lipidi (8 g), che sviluppano 488 kcal per porzione. Tra le qualità della pietanza, si aggiunge facilità di preparazione. Vi invitiamo a gustare la papaya e la salsa di soia, sapori nuovi che meritano di essere sperimentati.

La seconda proposta, i **Ravioli aperti a corolla con gamberi e pollo cotti al vapore alla cinese**, è una bella e gradevole portata, da considerare come piatto unico per le elevate calorie e l'equilibrio bromatologico. Glucidici (carboidrati) in prevalenza (82 g), proteine ben presenti a base di carne e pesce (40 g) e lipidi (grassi) ben rappresentati (23 g) per un apporto calorico totale pari a 697 kcal. Insomma, si può mangiare soltanto questo piatto e raggiungere così il quoziente calorico di un pasto. Soia e sakè ci ricordano che siamo in Oriente, in quanto per il resto la portata è molto simile ai nostri modelli di primi piatti.

Il **Riso Pilaf speziato con piselli** è un piatto che viene dall'India, di buona fattura, ricco di odori e sapori, molti dei quali a noi poco conosciuti. Il cardamomo, i semi di cumino nero, insieme con i più usati chiodi di garofano e cannella, ci sollecitano a preparare e gustare questo piatto in un ambito di sperimentazione culinaria di facile esecuzione, magari insieme con gli amici. Ottimo il valore calorico, che si esprime con glucidici prevalenti (61 g) pochissime proteine (7 g) e grassi (3 g) e complessive 307 kcal per porzione. Nutrizionalmente è l'ideale: poche calorie, ma tanti aromi e gusti e un bel vedere nella presentazione. ●



RICETTE

Sushi giapponese con salsa di soia

Procedimento

Tagliare a fette sottili il salmone e la ricciola. Cuocere i differenti tipi di riso in casseruole diverse, in acqua leggermente acidulata con aceto di riso. In una delle casseruole sciogliere lo zafferano e cuocere il riso Carnaroli. Preparare i diversi stampini alternando il riso con le fettine di pesce. Sformare gli stampini nel piatto e accompagnare con la salsa di soia e la julienne di papaia.

Ingredienti (4 persone)

Riso Carnaroli	g 200
Riso venere	g 100
Riso rosso	g 100
Salmone fresco	g 200
Ricciola	g 200
Salsa di soia	g 80
Papaia	g 160
Aceto di riso	5 cucchiaini
Zafferano	g 2
Sale	q.b.



1



2

3



Composizione per porzione

Calorie	488
Carboidrati g	78
Proteine g	26
Grassi g	8

Ravioli aperti a corolla con gamberi e pollo alla cinese

Procedimento

Impastare la farina con acqua bollente fino a ottenere un impasto omogeneo e liscio. Lasciare riposare la pasta e nel frattempo preparare i ripieni. In una ciotola amalgamare il pollo macinato con il prosciutto cotto, gli spinaci e condire con il sale, il pepe e un goccio di sakè. In una seconda ciotola condire allo stesso modo le code dei gamberetti. Tirare la pasta in sfoglie sottili e ricavare dei dischi. Al centro distribuire il composto di pollo o di gamberi e arricciare la pasta intorno a essi, in modo da formare una specie di canestrino. Cuocere i ravioli al vapore per trenta minuti. Guarnire con i piselli o con prosciutto cotto e servire con salsa di soia.



1



2

3



4

Composizione per porzione

Calorie	697
Carboidrati g	82
Proteine g	40
Grassi g	23

RICETTE

Riso Pilaf speziato con piselli

Composizione
per porzione

Calorie	307
Carboidrati g	61
Proteine g	7
Grassi g	3

Procedimento

In un tegame dorare la cipolla nell'olio extravergine di oliva con un goccio d'acqua. A fuoco moderato aggiungere nel tegame il cardamono, i chiodi di garofano, l'alloro, la cannella e il cumino.

Crogiolare leggermente e versare i piselli. Aggiungere il riso, amalgamarlo con gli altri ingredienti, salare e bagnare con l'acqua, mescolando bene. Quando quest'ultima comincia a bollire, coprire il tegame e fare cuocere, senza mai girare, per 15 minuti, fino a quando il riso avrà assorbito tutta l'acqua. Se il riso non fosse cotto, aggiungere un mestolo di acqua bollente e continuare a far cuocere fino alla sua completa cottura. Versare tutto il composto in un piatto e servire subito, accompagnato con piselli cotti al vapore.

Ingredienti (4 persone)

Olio extravergine di oliva	g 10
Cipolla	g 50
Cardamono	q.b.
Chiodi di garofano	q.b.
Foglia di alloro	1
Cannella a stecca	q.b.
Semi di cumino nero	q.b.
Piselli freschi	g 50
Riso parboiled o Basmati	g 320
Acqua bollente	cl 60
Sale	q.b.



1



2



3



4

IV

LE CHIAVI DELLA PREVENZIONE

Mangiar sano
& camminare

I buoni comportamenti fanno bene non soltanto alla salute delle persone, ma anche ai bilanci del sistema sanitario: è necessario superare le barriere i cambiamenti e consolidano le cattive abitudini

L'efficacia ampiamente dimostrata delle modificazioni dello stile di vita, la persistenza nel tempo degli effetti benefici, anche a distanza di molti anni dal termine dell'intervento attivo, e l'assenza di effetti collaterali indesiderati che, in varia misura, caratterizzano invece l'impiego delle classi di farmaci finora impiegate, portano alla conclusione che la strategia di prevenzione del diabete di tipo 2, oggi estremamente necessaria per la diffusione epidemica della malattia, debba essere orientata primariamente verso lo stile di vita,



21

piuttosto che verso l'impiego di farmaci, anche se ciò presuppone lo sviluppo di competenze e di servizi finalizzati al cambiamento comportamentale, la reperibilità delle relative risorse e il superamento delle barriere che si frappongono al cambiamento.

Gli ostacoli alle modificazioni dello stile di vita sono di vario tipo. Possono risiedere nella mancata elaborazione di linee guida che il medico di medicina generale deve trasmettere al paziente, ma anche e soprattutto in varie difficoltà di ordine culturale, sociale ed economico. In effetti, senza un supporto esterno, la difficoltà di intraprendere un percorso di cambiamento, introducendo nel proprio stile di vita limitazioni di ordine dietetico e un impegno non sempre gradito a intensificare la propria attività fisica, è difficil-



mente superabile.

Lo studio americano Dpp è stato analizzato anche sotto il profilo economico, giungendo alla conclusione che l'intervento, malgrado i costi derivanti dall'impiego di personale (medici, dietisti, trainer), durante l'intervento attivo e le successive fasi di richiamo, ha un rapporto costo/beneficio positivo. Secondo lo studio, è

necessario trattare 7 soggetti portatori di prediabete (Igt) per prevenire un caso di diabete. Orbene, il risparmio realizzato in prospettiva dalla prevenzione di un caso di diabete, con il carico di costi diretti e indiretti che questo comporta, soprattutto per la verosimile futura insorgenza di complicanze croniche, supera i costi che si devono affrontare per le cure.

L'urgenza del problema è tale che in diversi Paesi sono in atto veri tentativi per tradurre nella pratica clinica gli insegnamenti derivati dagli studi controllati e randomizzati che abbiamo citato. Un modello innovativo è quello

realizzato a Perugia nel Centro universitario ricerca interdipartimentale attività motoria (Curiamo). Il centro, convenzionato con l'Azienda sanitaria, si avvale della collaborazione di diverse figure professionali: specialisti in endocrinologia e pediatria, medicina dello sport, psicologia e pedagogia, scienza della alimentazione o dietiste, infermieri e medici esperti in terapia di gruppo e



Chi sono i soggetti a rischio

Il primo tempo da affrontare in una campagna di prevenzione del diabete è l'individuazione dei soggetti a rischio di sviluppare il diabete che rispondono alle seguenti caratteristiche e ai quali va indirizzata la prevenzione.

- Familiari di primo grado affetti da diabete
- Sovrappeso, obesità e sindrome metabolica
- Presenza di malattie cardiovascolari, ipertensione arteriosa o dislipidemia (aumento dei trigliceridi e riduzione del colesterolo Hdl)
- Storia di diabete gestazionale o parto di neonati di peso superiore a 4 kg
- Sindrome dell'ovaio policistico

organizzatori di attività all'aperto. L'intervento, della durata iniziale di tre mesi, consiste in un approccio nutrizionale individuale e di gruppo, nell'implementazione di un esercizio fisico personalizzato e supervisionato, di tipo aerobico e di forza muscolare, in una palestra adeguatamente attrezzata, e in un approccio psicologico motivazionale al cambiamento. Il metodo si avvale inoltre di gruppi pedagogici di supporto al cambiamento, di escursioni in gruppo e di attività di nordic walking. Dopo i primi tre mesi di intervento, i pazienti sono avviati a una attività di supporto psicoterapeutico al cambiamento con 12 incontri di gruppo (uno la settimana).

Di buon passo contro la massa grassa

I risultati finora ottenuti sono oltremodo incoraggianti con una riduzione del peso corporeo, della circonferenza alla vita, della massa grassa, della capacità aerobica e un miglioramento della qualità di vita e, nei soggetti già affetti da diabete, della glicemia e della emoglobina glicata, con una parallela riduzione dell'uso di farmaci ipoglicemizzanti e anti-ipertensivi.

Anche questa esperienza, al pari di quella derivata dagli studi clinici controllati, induce a privilegiare l'intervento sullo stile di vita rispetto all'impiego dei farmaci nella prevenzione del diabete nei soggetti portatori di Ifg o Igt. Tuttavia, nei casi in cui alla anomalia della glicemia a digiuno o alla intolleranza al glucosio si associno anche uno o più fattori di rischio per il diabete, l'American diabetes association suggerisce di combinare all'intervento sullo stile di vita la somministrazione di metformina. Spetta al giudizio del medico e a una accurata valutazione della gravità del disordine metabolico, della velocità della sua progressione e delle caratteristiche cliniche dei singoli soggetti stabilire il possibile impiego di altri farmaci che hanno mostrato efficacia e sicurezza. **(P.B.)**

IN PICCOLE DOSI HA EFFETTI BENEFICI

Il segreto del cioccolato

In un articolo pubblicato recentemente sul British Medical Journal (Buitrago-Lopez A et al. *Chocolate consumption and cardiometabolic disorders: systematic review and meta-analysis. BMJ 2011; 343:d4488 doi: 10.1136/bmj.d4488*), alcuni ricercatori dell'Università di Cambridge espongono i risultati di una meta-analisi di sette studi non randomizzati che avevano come obiettivo la valutazione dell'impatto

Un consumo moderato riduce l'incidenza di diabete e di incidenti cardiovascolari. Diversi studi dimostrano un'attività antiossidante, antinfiammatoria, antitrombotica

del consumo di cioccolata sull'incidenza della sindrome metabolica, del diabete e degli incidenti cardiovascolari. Gli autori sottolineano nella loro introduzione co-

me, secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, nel 2030 circa 23,6 milioni di persone moriranno perché affetti da malattie cardiovascolari. Inoltre, almeno un quinto della popolazione mondiale sarà affetto dalla sindrome metabolica, un coacervo di fattori di rischio per l'insorgenza di

diabete e di malattie cardiovascolari. Tutto ciò comporterà un tremendo impatto sulla salute pubblica, sui sistemi sanitari e sulla economia mondiale. È peraltro nozione ormai acquisita che questa patologia è strettamente dipendente da uno stile di vita non corretto, caratterizzato sia da una alimentazione errata per eccesso e difettosa per qualità sia da una eccessiva sedentarietà, e che è pertanto prevenibile modificando le abitudini dietetiche e intensificando l'attività fisica.

In questo quadro si colloca l'analisi delle caratteristiche nutrizionali di diversi alimenti, tra cui la cioccolata. Analizzando i risultati dei sette studi oggetto della meta-analisi, che includevano oltre 100.000 soggetti, gli autori hanno dimostrato che coloro che consumavano la quantità più elevata di cioccolata avevano una riduzione significativa, del 37%, del rischio di andare incontro a una qualsiasi malattia cardiovascolare, del 29% di subire un ictus e del 31% di sviluppare il diabete. Questi risultati rimanevano validi anche dopo aggiustamento per età, sesso, abitudine al fumo, peso corporeo, attività fisica, educazione e uso di farmaci. Negli studi esaminati non si fa distinzione fra i diversi tipi di cioccolata e si ri-

Vitamina D e glicemia

Un nuovo studio, di un gruppo di ricercatori del Dipartimento di Scienze nutrizionali dell'Università di Toronto (Kanyiyil e altri), getta nuova luce sui rapporti esistenti tra la concentrazione plasmatica di vitamina D e la regolazione del metabolismo del glucosio (cfr. *dossier su Tuttodiabete 3/2011*). L'indagine è stata condotta su 500 persone di 50 anni, a rischio di sviluppare il diabete, perché portatori di uno o più fattori di rischio, come obesità, ipertensione, storia familiare di diabete, diabete gestazionale, neonati macrosomici. I soggetti, di cui si conosceva la concentrazione plasmatica basale di vitamina D, sono stati sottoposti, in condizioni di base e dopo un follow up di tre anni, a un carico orale con 75 g di glucosio. Si sono quindi valutate resistenza insulinica, funzione beta-cellulare e glicemia utilizzando l'area sotto la curva glicemica. Lo studio, a conferma di quanto documentato in precedenza da altri, ha dimostrato una chiara associazione fra concentrazione basale di vitamina D e mantenimento di una buona funzione beta-cellulare e un più favorevole andamento della glicemia dopo tre anni di osservazione.

corre agli stessi parametri per definire la quantità ingerita. Gli autori hanno perciò deciso di non far riferimento a una quantità precisa, ma di confrontare più semplicemente i livelli massimi e minimi di cioccolata ingerita (per esempio: mai, da un'oncia, circa 30 g, al mese a meno di un'oncia la settimana a un'oncia la settimana o più, eccetera).

Gli effetti positivi della cioccolata sono da attribuire all'alta concentra-

zione di flavonoidi contenuti nel cacao, forniti di intensa attività antiossidante, antinfiammatoria, antitrombotica e capaci di aumentare la sensibilità insulinica e di migliorare la funzione endoteliale. Mentre si conferma il vantaggio derivante da un consumo moderato di cioccolata, è altrettanto implicito che un consumo eccessivo può sortire effetti negativi. (P.B.)

L'IMPORTANZA DEL CONTROLLO NUTRIZIONALE

Quanto fa bene una dieta giusta

Un nuovo studio inglese conferma che una corretta alimentazione, meglio se associata a esercizio fisico, migliora tutti i parametri del diabete di tipo 2

Molti studi autorevoli hanno dimostrato con certezza che l'introduzione di modificazioni dello stile di vita concernenti l'alimentazione e l'attività motoria è assai efficace nel prevenire il progresso verso il diabete di tipo 2 nei soggetti con semplice intolleranza al glucosio e nel migliorare il controllo della glicemia e dei fattori di rischio associati nei pazienti diabetici. In uno studio condotto in Gran Bretagna, The Early Activity in Diabetes trial, (cfr. Andrews RC et al. Lancet, on line 25 June

2011) si è voluto confrontare, in una coorte di circa 600 diabetici di tipo 2 di nuova insorgenza, l'efficacia di un intervento rivolto fondamentalmente alla dieta, rispetto a uno più complesso che includeva anche una attività fisica moderata (30 minuti di camminata a passo svelto 5 giorni la settimana) e a un trattamento standard. A distanza di 6 mesi, i soggetti assegnati al gruppo che prevedeva soltanto una corretta impostazione nutrizionale hanno pre-

sentato, rispetto al gruppo standard, una riduzione della HbA1c dello 0,28%, non diversa significativamente dalla riduzione dello 0,33%



osservata nei soggetti che alla dieta avevano associato anche l'attività fisica. Questi benefici permanevano, anche se di poco attenuati, dopo un anno di osservazione. Accanto al miglioramento del controllo glicemico è stata osservata, in entrambi i gruppi, una riduzione del peso corporeo, della circonferenza alla vita e del consumo di ipoglicemizzanti orali, dello stesso ordine di grandezza di quello osservato in uno studio clinico in cui una analoga tipologia di pazienti era stata trattata con metformina e sitagliptin (Aschner P et al. Diabetes Obes Metab 2010; 12: 252-61).

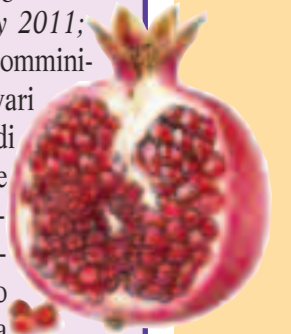
È possibile che l'apparente debole efficacia della attività fisica sia dovuta alla scarsa intensità dell'esercizio consigliato o alla neutralizzazione del vantaggio derivato dal movimento, dalla assunzione, a carattere compensatorio da parte dei pazienti, di una quota aggiuntiva di calorie.

In ogni caso lo studio Actid conferma nuovamente l'importanza di un intervento sullo stile di vita, centrato sulle modificazioni dello stile alimentare, per il contenimento del danno prodotto sulla salute dalla crescente diffusione del diabete tipo 2. (P.B.)

HA PROPRIETÀ ANTIOSSIDANTI E ANTIATEROGENE La melagrana protegge il cuore

Il frutto del melograno è ricco di vitamina C e ha un elevato contenuto di polifenoli. A queste caratteristiche si devono le proprietà antiossidanti e vasoprotettive del succo di melagrana dimostrate in almeno 10 studi reperibili nella letteratura medica (tra questi, Haber SL et al., Antioxidant and Antiatherogenic Effects of Pomegranate. American Journal of Health-System Pharmacy 2011; 68:1302-1305). Il succo di melagrana è stato somministrato in quantità variabili da 50 a 250 ml in vari gruppi di soggetti affetti da diabete o portatori di un elevato rischio cardiovascolare. Le esperienze sono concordi nel dimostrare che, dopo l'assunzione del succo di melagrana, si verifica un sensibile aumento del potere antiossidante del siero che induce una corrispondente riduzione della perossidazione lipidica. Si riduce anche, di conseguenza, l'ossidazione delle lipoproteine Ldl che esplicano un ruolo centrale nella genesi della aterosclerosi. Sorprende, a questo proposito, l'osservazione, riportata in uno studio, secondo cui la somministrazione giornaliera per un anno di succo di melagrana a soggetti portatori di una marcata aterosclerosi carotidea avrebbe provocato una significativa riduzione dello spessore medio-intimale della parete vascolare. Contemporaneamente, sarebbe stata riscontrata una riduzione significativa della pressione arteriosa sistolica del 12%, attribuita alla capacità del succo di melagrana di inibire l'enzima di conversione dell'angiotensina.

Non vanno trascurati peraltro gli effetti collaterali del succo di melagrana perché, a prescindere dalla possibilità di reazioni allergiche o di una intolleranza gastrica, il succo può inibire gli isoenzimi 3A4 e 2C9 del citocromo p-450 (CYP), responsabili rispettivamente del metabolismo delle statine e del dicumarolo.



NUOVI MODELLI DI ASSISTENZA

Il tuo dottore ti sta vicino

I progetti di gestione integrata del diabete, con lo stretto coinvolgimento dei medici di base insieme con gli specialisti, producono cure migliori e risparmi per il sistema sanitario. I casi esemplari di Modena e del Piemonte

Esistono molte realtà in Italia nelle quali l'assistenza al diabete è all'avanguardia e può porsi come esempio virtuoso anche per altri: alcune esperienze interessanti sono state recentemente segnalate sull'autorevole rivista indipendente *Dialogo sui farmaci* (2-3/2011, cfr. www.dialogosulfarmaci.it). Sono i casi della provincia di Modena, del Piemonte e di Verona (v. box).

Partiamo da Modena, dove un progetto di gestione integrata del diabete mellito è stato avviato fin dal 1998, e prevede un programma di visite e controlli regolari e un coinvolgimento sistematico (con corsi specifici di formazione e aggiornamento) dei medici di medicina generale per la presa in carico del pa-

ziente, in sinergia con il centro specialistico. I risultati del modello sono incoraggianti e hanno rilevante validità perché basate su oltre 10 anni.

Le esperienze di Modena e del Piemonte sono molto interessanti perché nate dalla colla-

borazione e dal confronto tra tutti i soggetti coinvolti (diabetologi, medici di base, amministrazione sanitaria) e basate su protocolli strutturati che prevedono l'interazione costante fra centro diabetologico e medico generalista su controlli e terapie.

essere seguiti dal medico di famiglia, con l'ausilio di una consulenza specialistica al bisogno. Negli ultimi anni, è più frequente che il Cad invii il paziente alla gestione integrata e la mia impressione è che le persone affette da diabete accetti-

Precisa in proposito la dottoressa Tondi che "per definizione i pazienti in gestione integrata sono meno complicati di quelli gestiti solo dal Cad".

I dati disponibili sul progetto riguardano il decennio 1998-2007. Nella provincia di Modena, che conta circa 650.000 abitanti, i diabetici sono circa 29.610. Di questi, 16.136 (il 54%) sono in gestione integrata. L'11%, cioè 1.741 pazienti, sono costretti a letto; l'89% soffre di diabete tipo 2; il 4% di diabete di tipo 1; il 2% presenta alterata glicemia a digiuno o intolleranza ai carboidrati.

Il controllo glicometabolico è il primo criterio di valutazione per misurare se e quanto assistenza e cura migliorino lo stato del paziente. Negli anni, non è molto diminuito il peso corporeo, ma è calato in misura rilevante il parametro cruciale dell'emoglobina glicata:

nei pazienti non deambulanti, HbA1c basale ($7,6 \pm 1,6\%$), diminuita di $-2,7 \pm 4,0\%$; nei deambulanti, HbA1c basale ($7,6 \pm 1,5\%$), diminuita di $-2,7 \pm 3,7\%$.

Osserva Tondi che "il controllo glicometabolico è miglio-

Scrive nel suo commento al progetto modenese (*Dialogo sui farmaci* 2/11) la dottoressa Lidia Tondi, medico di medicina generale: "Aderisco al Progetto Diabete dalla sua nascita perché sono convinta che i malati cronici debbano e possano

no volentieri di farsi seguire dal loro medico di famiglia. Personalmente, ai diabetici di nuova diagnosi propongo le due opzioni e nella grande maggioranza dei casi, informati di come sarà il protocollo, scelgono di essere presi in cura da me".



rato nonostante l'invecchiamento in entrambe le tipologie di pazienti, in relazione verosimilmente alla diagnosi più precoce e alle modifiche terapeutiche". La crescente adesione dei medici di base al protocollo ha portato a maggiore regolarità e miglior esito degli esami. Poi, "si è assistito a un progressivo calo dei pazienti

in sola terapia dietetica, a fronte di un aumento dell'uso di ipoglicemizzanti orali e di insulina, frutto anche di incontri di formazione".

La gestione integrata porta benefici anche economici. Secondo i criteri del Core Diabetes Model (una riduzione del 10% della emoglobina glicata, con un'aspettativa di vita di 15 anni, porta a un risparmio di 10.800 euro), l'applicazione del modello nel modenese avrebbe prodotto risparmi interessanti. Scrive Tondi: "È stato stimato, sulla base della percentuale di riduzione della HbA1c a 7 anni, a livello sia individuale sia di popolazione, un minor impiego di risorse sanitarie per la cura dei pazienti diabetici di tipo 2". Pur contando spese aggiuntive (come la remunerazio-



ne dei medici generalisti per la presa in carico del paziente), "l'Azienda sanitaria ha liberato risorse per euro 2,5-12,5 milioni pari a euro 268-1.338 per paziente in 7 anni. Considerando che il costo annuale (attualizzato) di un paziente diabetico è stato stimato intorno a euro 690,64, sono state risparmiate risorse sanitarie pro capite comprese tra il 5% e il 54%".

Conferma dell'efficacia del progetto -sottolinea Tondi- "viene da un recente studio che ha valutato i ricoveri ospedalieri dei pazienti diabetici nel periodo 2000-2003, essendo noto da studi condotti in Italia, Europa e Usa che più del 50% della spesa legata al diabete è dovuto all'ospedalizzazione del paziente per complicanze acute e croniche. Quello che emerge

di nuovo è che i ricoveri eccedenti nella popolazione diabetica assistita in gestione integrata sono costantemente inferiori a quelli dei diabetici seguiti secondo il modello tradizionale: la gestione integrata mostrava tassi di ricovero 2 o 3 volte inferiori".

Proprio sulla riduzione dei ricoveri pone l'accento Carlo Bruno Giorda, presidente di Amd e membro della Commissione per la gestione integrata del diabete della Regione Piemonte, nel commentare il

primo bilancio di un'esperienza comparabile con quella di Modena, ma più recente e a livello regionale. Il Piemonte ha infatti avviato dal 2008 un "Progetto sulla gestione integrata del diabete" per promuovere la stretta collaborazione tra medici di medicina generale e diabetologi. È stata così attuata una sperimentazione mirata sul diabete tipo 2: sono stati scelti, previ adesione volontaria e consenso informato, pazienti disposti a essere assistiti secondo il modello della gestione integrata. Tra 2008 e 2010 hanno aderito 3192 medici di medicina generale (il 66% dei professionisti piemontesi) e 63.558 pazienti.

Spiega il dottor Luca Ranzani su *Dialogo sui farmaci 2/11*: "una volta arruolato, il paziente viene inviato al Centro diabetologico (Cad), per una

valutazione complessiva del caso, per l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della terapia, e con la stesura di un piano di follow up condiviso con il medico di medicina generale, che prevede controlli clinici e laboratoristici presso lo studio del medico generalista (in genere trimestrali), e visite di controllo (in genere annuali od ogni 18 mesi) presso il Cad, in un'armonica suddivisione dei compiti fra gli attori coinvolti". Obiettivi: scoprire il diabete sommerso, seguire meglio i pazienti, migliorare il controllo.

Secondo Giorda, rispetto al 2008, la collaborazione tra medico di base e diabetologo ha prodotto nel 2009 una riduzione del 21,3% dei ricoveri per diabete con scompenso metabolico. Ciò ha comportato un risparmio del 7,9% sulla spesa per questi ricoveri, circa 800mila euro in un anno. Commenta il diabetologo: "Sono diminuiti i ricoveri meno necessari. La spiegazione più probabile del fenomeno è che, grazie alla collaborazione istituzionalizzata, le persone con diabete scompensato, per esempio quelle con glicemia superiore a 300 mg/dl, vengono inviate direttamente al centro di diabetologia di riferimento, anziché al pronto soccorso". ●

ESPERIMENTO A VERONA

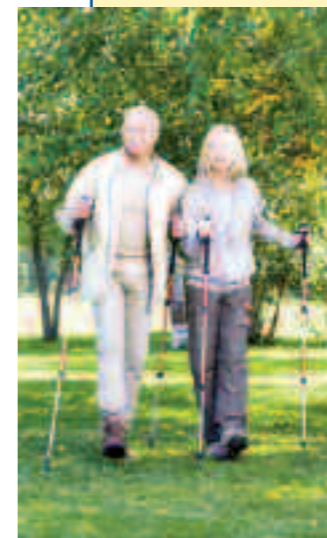
Cammina con me

Camminare fa bene a tutti, specialmente se si ha il diabete. Lo sanno tutti, ma non molti lo fanno. Allora a Verona hanno pensato che, essendo l'attività motoria un vero e proprio strumento terapeutico, l'anziano con diabete possa essere "accompagnato" da un esperto a muoversi con regolarità. È nato così il progetto dei "gruppi di cammino per anziani e per portatori di patologia cronica", illustrato su *Dialogo sui farmaci 3/2011* da Susanna Morgante del Dipartimento di prevenzione della Ulss 20 della Regione Veneto (una presentazione più ampia, in lingua inglese, dell'esperienza si può leggere sul sito <http://care.diabetesjournals.org>; indicazione bibliografica: Negri C, Bacchi E, Morgante S et al. -

Supervised walking groups to increase physical activity in type 2 diabetic patients, Diabetes Care 2010; 33: 2333-5).

L'iniziativa è stata organizzata dal Dipartimento di prevenzione e dall'Unità di endocrinologia e metabolismo dell'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona e poi estesa anche ad altre Ulss venete). L'idea è stata quella di far seguire ad alcuni pazienti di tipo 2 un programma di uscite di gruppo di cammino con la supervisione di un laureato in scienze motorie e di consulenza mirata sull'attività fisica. Nel confronto con un

gruppo di pazienti con caratteristiche simili, ma non sottoposti a questo programma e semplicemente istruiti con raccomandazioni standard sullo stile di vita, coloro che hanno partecipato ai gruppi di cammino hanno visto migliorare i loro parametri: più marcata riduzione dei valori di glicata (da 7,5% a 7,23% nel gruppo di intervento contro un 7,39%-7,34% del gruppo di controllo); più equilibrata glicemia a digiuno; minore necessità di farmaci.



VENTI GIOVANI AI LAGHI DI PLITVICE

Un campo scuola europeo in Croazia

All'inizio dell'anno si è tenuto ai Laghi di Plitvice, in Croazia, un campo scuola invernale europeo per giovani diabetici di tipo 1 adulti, il primo del genere, realizzato dalla Federazione nazionale diabetologia giovanile (Fdg) insieme con l'Associazione Hrvatski savez dijabetickih udrug croata. L'iniziativa rientra nell'ambito della Direzione generale Istruzione e cultura "Gioventù in azione" della Unione europea. Il programma "Youth in action" ha lo scopo di sviluppare e sostenere la cooperazione, la solidarietà e la comprensione reciproca tra i giovani europei e si propone di incoraggiare la partecipazione dei giovani alla vita pubblica, con un'attenzione particolare per i più svantaggiati, e di sviluppare il loro spirito d'iniziativa d'imprenditorialità e di creatività.

In questo contesto si è svolta l'esperienza dei Laghi di Plitvice (località sita a 140 chi-



ometri da Zagabria, dove sorge un noto e bellissimo Parco nazionale), nel corso della quale un gruppo di una ventina di giovani italiani e croati tra i 15 e i 20 anni hanno potuto condividere una settimana insieme, sempre assistiti da un team medico-pedagogico, imparando a gestire al meglio la loro patologia e ad affrontare i problemi legati alla loro condizione.

Le giornate prevedevano

dunque da un lato controlli della glicemia, sessioni di attività fisica e di valutazione della corretta alimentazione, e dall'altro discussioni comuni interattive su temi sociali (come la scelta del lavoro, i diritti dei pazienti, le situazioni di discriminazione) o psicologico-emotivi (come le relazioni affettive e le problematiche adolescenziali), con ampi spazi per lo svago e la socializzazione. Fondamentale, naturalmente, è stato il dialogo e il confronto tra giovani provenienti da realtà nazionali diverse.

Tra le realizzazioni del campo, merita di essere ricordata la mostra "Vivere con il diabete" che, attraverso dipinti, fotografie e storie, ha inteso rappresentare come si sentono i giovani con diabete: la mostra è stata allestita con lo scopo di esporla in quaranta scuole superiori di città italiane e croate.

I partecipanti al campo italo-croato hanno inoltre lavorato all'opuscolo «Cosa, dove e come posso lavorare con il diabete», un rapporto sulle tematiche del lavoro da sottoporre all'attenzione della Comunità europea. ●

VENETO

L'amico farmacista

Anche i farmacisti a fianco dei pazienti diabetici e in prima linea sul fronte della prevenzione. Il loro ruolo nell'ambito della gestione integrata della patologia risulta valorizzato dalla recente legge varata dalla Regione Veneto a fine 2011. Secondo il presidente dell'Unione regionale dei titolari di farmacia Marco Bacchini, "l'inserimento delle farmacie territoriali nella legge regionale fornisce un nuovo impulso alla quotidiana opera di sensibilizzazione sul rischio diabete da parte dei farmacisti".

Le nuove norme "sulla prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito", infatti, coinvolgono direttamente le 1222 farmacie territoriali, inserendole esplicitamente nella rete di gestione integrata del paziente (accanto a medici di base, pediatri, specialisti, strutture e centri diabetologici) e prevedendo la loro partecipazione alle iniziative di prevenzione primaria (screening e campagne di educazione sanitaria per i cittadini) promosse dalle aziende sanitarie locali. Nel Veneto ufficialmente risultano



250mila persone affette da diabete, ma si stima che a queste debbano essere aggiunti altri 125mila soggetti non ancora diagnosticati. La partecipazio-

ne dei farmacisti all'attività di informazione e prevenzione può contribuire validamente a far emergere parte di questo fenomeno sommerso. ●

APPELLO DELL'AMERICANA ADA

Cambiamo lo stile di vita

Al recente 71° Congresso della American diabetes association si è fatto il punto sulla diffusione del diabete nel mondo, prendendo in esame i risultati di 280 studi epidemiologici eseguiti in vari Paesi: si è dedotto che la prevalenza complessiva del diabete a livello mondiale, nel 2008, era di 347 milioni, più del doppio del numero di diabetici verificato nel 1980. Tradotto in termini percentuali, ciò significa che a livello globa-

le il diabete colpisce, nella misura del 9,2 e del 9,8%, rispettivamente, le donne e gli uomini adulti. Questo incremento è dovuto per il 70% all'aumento della popolazione e della vita media, ma, per il 30%, a un reale aumento della incidenza del diabete legato agli errati stili di vita. Ciò dimostra ancora una volta l'importanza del problema e la necessità di attuare, in ogni Paese, politiche sanitarie volte alla prevenzione del diabete. ●

PUBLIC AFFAIRS AWARD 2011

Un premio per l'Amd

L'Associazione medici diabetologi ha vinto il Public Affairs Award 2011 per la categoria società scientifiche grazie al Progetto Annali, con il quale analizza sistematicamente la qualità dell'assistenza diabetologica nel nostro Paese (dell'ultima edizione dell'indagine ci occupiamo in altra parte del giornale). Istituito dalla Paa-Public affairs association, l'associazione dei professionisti delle relazioni istituzionali nel settore della sanità, il riconoscimento, consegnato nel corso del 3° Convegno nazionale Paa, premia le organizzazioni che meglio hanno operato per lo sviluppo del sistema socio-sanitario del Paese. L'esperienza degli Annali Amd spicca nel panorama internazionale delle analisi dei sistemi di assistenza diabetologica ed è guardata con interesse all'estero. "Gli Annali -sottolinea infatti il presidente di Amd Carlo Bruno Giorda- rappresentano un sistema unico al mondo di monitoraggio e miglioramento continuo della qualità della cura e di promozione delle best practice in ambito diabetologico; sono diventati negli anni un riferimento internazionale, utilizzato come modello per l'in-



Antonio Ceriello, rappresentante per l'Italia nel Board dell'International diabetes federation e vicepresidente di Amd

roduzione di nuovi indicatori di qualità nelle linee guida dell'International diabetes federation 2011". Conferma Antonio Ceriello, vicepresidente di Amd e membro italiano del Board dell'International diabetes federation (Idf): "Gli Annali Amd hanno già ricevuto numerosi riconoscimenti a livello internazionale, perché costitui-

scono un database di informazioni inestimabile, che solo Paesi come la Svezia, Israele e in parte gli Stati Uniti, cioè l'élite della sanità mondiale, posseggono in forme assimilabili. Sono anche considerati dai ricercatori stranieri un'importante fonte di ispirazione per studi e analisi e abbiamo già ricevuto diverse proposte di collaborazione al proposito. Inoltre, alcuni indicatori di processo e di esito intermedio proposti dagli Annali Amd verranno inseriti nelle prossime linee guida mondiali sul diabete dell'Idf; infine, la possibilità di valutare efficienza ed efficacia delle cure prestate in ogni singolo centro su ogni singola persona con diabete (grazie all'indice o score Q, espressione delle capacità del gruppo di analisti composto da esperti di Amd e del Consorzio Mario Negri Sud, validata da importanti pubblicazioni scientifiche), ne fa uno strumento straordinario e immediato per il miglioramento continuo della qualità e la programmazione di interventi volti a ottimizzare le risorse disponibili". ●

VUOI RICEVERE

"TUTTODIABETE"

GRATIS A CASA TUA?

Telefona subito al numero verde 800.824055