

Dolceamaro



Periodico d'Informazione **Associazione Diabetici Bologna ODV** - Dicembre 2022

Spedizione in Abbonamento Postale 45% - Comma 20/b L. 662/96 - Fil. Bologna

Tariffa R.O.C.: "Poste Italiane s.p.a. - D.L. 353/2003 (conv. In L. 27/02/2004 n°46) art. 1, comma 1, DCB Bologna" - **Contiene IP**



AUGURI DI BUONE FESTE

Dolceamaro

N° 2 - XXIX° ANNO

Direttore Responsabile:
LETIZIA MAINI

Comitato di Redazione:
**ANGELO GAMBERINI, FIORENZO GOTTI,
MARCO NARDI, ROBERTO ZALAMBANI**

Coordinatore:
GLORIA BURZI

Direttore Scientifico:
ADOLFO CIAVARELLA

Comitato Scientifico:
**IDA BLASI, MICHELE D'APOTE,
MICHELE GRIMALDI,
GILBERTO LAFFI, STEFANO PARINI,
GIOVANNI SORRENTI**

ASSOCIAZIONE DIABETICI BOLOGNA ODV

Riconoscimento della personalità giuridica
(DPGR n. 726 del 25-11-1991)
Registro Provinciale Volontari
(PG n. 107274 del 24-9-99)
(L.R. 2-9-96, n. 37)
Iscrizione al RUNTS sezione A
(n. di repertorio 40819)
Registrazione Tribunale Bologna
(n° 6480 del 22.09.95)
sede: via Isabella Andreini, 29/a
40127 Bologna
Tel. e Fax 051 63 30 405
CF. 92008700376
C/C Postale 14929400
e-mail: assdiabo@libero.it
www.associazionediabeticibologna.it

Impostazione grafica:
EDI GRAFICA - FRANCESCO FONTANELLI

Stampa:
TIPOGRAFIA NEGRI (BO)

Diciamo NO al Diabete!

**Ricordati di donare il 5x1000
alla Associazione Diabetici ADV**

Codice fiscale: 92008700376

telefono: 051-6330405; mail: assdiabo@libero.it;
w.w.w.associazionediabeticibologna.it

sommario

- | | |
|--|---|
| pag. 3 ADB: nuova veste, medesime finalità
(Gloria Burzi e Consiglio Direttivo) | pag. 10 Come dimagrire senza soffrire la fame
e senza farmaci
(Anna Santi) |
| pag. 5 Colesterolo "buono" e colesterolo "cattivo"
Quali le differenze?
(Adolfo Ciavarella) | pag. 12 TEPLIZUMAB il farmaco che rallenta
il diabete di tipo 1
(Michele Grimaldi) |
| pag. 8 Diabete e fibrillazione atriale
(Gilberto Laffi) | pag. 8 Diabete e osteoporosi
(Antonella Silletti) |



ADB: nuova veste, medesime finalità

*Il Presidente e il Consiglio Direttivo,
della Associazione Diabetici di Bologna*

IL SECONDO SEMESTRE DEL 2022 È INIZIATO CON LA RICHIESTA AD ADB DI UN GROSSO IMPEGNO AMMINISTRATIVO FINALIZZATO ALLA CONCLUSIONE DELL'ITER PROCEDURALE, CONCLUSOSI IN DATA 25 LUGLIO 2022 CON L'ISCRIZIONE AL RUNTS (REGISTRO UNICO NAZIONALE ENTI DEL TERZO SETTORE), PRIMA SEZIONE, DENOMINATA ORGANIZZAZIONI DI VOLONTARIATO (ODV), AL NUMERO DI REPERTORIO 40819.



Dott.ssa Gloria Burzi, Presidente ADB

L'intero procedimento, al fine di vedersi riconoscere il requisito della Personalità Giuridica, ha richiesto anche il rilascio di una Certificazione Notarile attestante, sulla base di apposita perizia giurata, che il Patrimonio di ADB supera il limite minimo previsto per legge in 15.000,00 euro.

Si potrebbe aggiungere: perché tutto questo?

Alcune considerazioni: il Nuovo Codice degli Enti del Terzo Settore sostituisce la precedente normativa con cui si erano istituiti: prima il Registro Provinciale poi il Registro Regionale con la conseguenza che gli Enti non iscritti al RUNTS dovranno da ora in poi soggiacere alla normativa ordinaria del Codice Civile e Fiscale.

Le agevolazioni vigenti contenute nel Codice degli Enti del Terzo Settore sono previste per gli Enti

iscritti.

Allo stesso modo possono partecipare al riparto del 5 x mille solo gli Enti iscritti.

Gli adempimenti fatti sono stati impegnativi e naturalmente costosi, ma necessari per assicurare per il futuro a tutti i diabetici la migliore operatività di ADB sia per l'attività di prevenzione che per l'attività di cura della malattia. Presenza preziosa nell'attuale periodo di riordino del Servizio Sanitario verso forme organizzative migliori e più aderenti ai mutamenti tecnologici e scientifici.

Anche quest'anno il Covid 19 ci ha impedito di organizzare l'evento della GMD del diabete del 14 novembre in Piazza Maggiore a Bologna.

Ci dispiace, ma posso aggiungere che l'intero



Diabete Oggi: riunione di informazione medico scientifica tenutasi in occasione della Giornata Mondiale del Diabete 2022, al centro la dott.ssa Adriana Locascio Presidente del quartiere San Donato-San Vitale di Bologna

Consiglio Direttivo di ADB è intenzionato ad organizzare l'evento nel corso del 2023 così come è stato fatto da tantissimi anni.

Con questa nuova veste, ma con finalità immutata A.D.B. ha celebrato LA GIORNATA MONDIALE DEL DIABETE 2022 in data di sabato 3 dicembre mediante l'organizzazione di un interessante Convegno intitolato "DIABETE OGGI" sulle novità terapeutiche e tecnologiche della patologia.

Era presente ai lavori la Dott.ssa Adriana Locascio, Presidente del Quartiere di San Donato – San Vitale di Bologna, località in cui ha sede l'Associazione, nata nel lontano 1985, con il fine di migliorare la qualità di vita delle persone con diabete e dei loro famigliari, senza dimenticare le ripercussioni positive sulla spesa sanitaria che una corretta cura apporta alle casse del Servizio Sanitario Nazionale.

Sotto la moderazione del Dr. Adolfo Ciavarella, Diabetologo e Consulente scientifico della nostra Associazione si sono susseguite le varie relazioni.

Il Dott. Gilberto Laffi, Diabetologo del Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna, ha parlato dei nuovi farmaci antidiabetici che sono stati introdotti per la cura del Diabete di Tipo 2 evidenziandone vantaggi e svantaggi e criteri di scelta dei pazienti che ne possono beneficiare.

Con la Nota 100 di AIFA questi farmaci innovativi possono essere prescritti anche dai medici di famiglia a persone adulte con controllo glicemico non adeguato.

Grazie alla introduzione di questi nuovi farmaci nella pratica clinica è oggi possibile non soltanto migliorare il compenso metabolico, ma anche influire sulle complicanze cardiovascolari che si associano al diabete.

La Dott.ssa Anna Santi ha poi evidenziato il ruolo fondamentale della alimentazione nel trattamento del diabete di tipo 2 e nella cura del sovrappeso e obesità che si associano costantemente al diabete di tipo 2.

Il Dott. Jacopo Bignamini ha illustrato infine gli ultimi dispositivi tecnologici (FREESTYLE LIBRE della ABBOT) attraverso i quali è possibile oggi il monitoraggio continuo della glicemia senza la fastidiosa puntura del dito.

Questo primo incontro con la Dott.ssa Locascio ha avuto anche la funzione di porre le basi di una maggiore collaborazione con il Quartiere San Donato – San Vitale (dove sono presenti la Casa di Comunità Chersich, il Poliambulatorio Mengoli e il



Pubblico intervento presso la sala Marconi dell'EmilBanca, via trattati comunitari, 19 Bologna

nuovo Poliambulatorio Pilastro) per la prevenzione e cura dei diabetici residenti nel quartiere stesso.

Un ringraziamento a tutti i presenti, attenti e partecipativi e un grazie di cuore anche ad EMILBANCA C.C. che come negli anni precedenti, sempre attenta alle esigenze del territorio, ci ha dato la disponibilità della loro Sala Marconi.

Fra le attività di ADB va anche sottolineato l'inizio di una fattiva collaborazione con L'ASSOCIAZIONE PERCORSI, una associazione culturale per la promozione di corretti stili di vita e con il CENTRO SOCIO RICREATIVO CULTURALE STELLA attraverso la dott.ssa Anastasia Carcello che ringraziamo vivamente.

Nell'ambito di questa collaborazione l'ADB ha patrocinato l'evento svoltosi il 2 dicembre dal titolo: Conoscere, Prevenire e Curare il Diabete.

In tale occasione Il dr. Ciavarella nell'ambito della sua relazione ha evidenziato che è possibile nella maggior parte dei casi prevenire il diabete di tipo 2 migliorando lo stile di vita e correggendo i fattori di rischio, in primis la scorretta alimentazione, la sedentarietà e l'obesità.

Inoltre ha sottolineato come nei portatori di diabete, soprattutto se non adeguatamente controllato, vi è un aumentato rischio di malattie cardiovascolari come infarto e ictus e di complicanze quali ipovisione e cecità, insufficienza renale e amputazioni a livello delle estremità inferiori

Tra pochi giorni è Natale

In occasione delle prossime festività l'ADB formula a tutti i soci i migliori Auguri di un Santo Natale e un 2023 positivo sotto tutti gli aspetti, in particolare per quel che riguarda l'assistenza e l'accesso alle cure delle persone con diabete.

Colesterolo "buono" e colesterolo "cattivo"

Quali le differenze?

Dr. Adolfo Ciavarella,
Specialista Diabetologo e Internista



MOLTE VOLTE SI È LETTO O SENTITO PARLARE DI COLESTEROLO BUONO E CATTIVO. NON TUTTI CONOSCONO IL VERO SIGNIFICATO DELLE ANALISI DEL SANGUE, QUANDO SI È EFFETTIVAMENTE A RISCHIO E COME COMPORTARSI IN CASO DI VALORI ALTERATI.

Avere il colesterolo alto a qualsiasi età aumenta il rischio di sviluppare patologie cardiovascolari in modo significativo, ma il vero obiettivo della terapia è abbassare quello cattivo. In cosa consiste la differenza fra LDL e HDL e come questa influisce sulla nostra salute e sulla nostra alimentazione?

Il colesterolo è "buono" o "cattivo"?

Il colesterolo, in realtà, non è né buono né cattivo. Si tratta di una molecola presente nel sangue, appartenente alla famiglia dei lipidi, che viene prodotta per circa l'80% dal nostro organismo e in minima parte introdotta con la dieta. È fondamentale per il benessere del nostro corpo, poiché partecipa alla costruzione delle membrane cellulari, è un precursore della vitamina D e della formazione dei sali biliari e risulta importantissimo per la produzione degli ormoni steroidei. Nella corretta quantità, è coinvolto in diversi processi fondamentali per il funzionamento dell'organismo, ma quando i livelli sono alti costituisce uno dei fattori di rischio maggiori per le malattie cardiovascolari.

Oltre alle ipercolesterolemie acquisite ne esistono anche di origine genetica, definite anche Ipercolesterolemie Familiari, in cui il colesterolo alto dipende da alterazioni genetiche e non dall'alimentazione se non in minima parte e tra queste ve ne sono alcune più lievi ed altre più gravi che si presentano anche in giovane età con conseguenze disastrose. Per poter definire una Ipercolesterolemia Familiare esistono delle sofisticate indagini genetiche, ma

nella pratica clinica possiamo avere qualche indicazione anche dalla storia familiare.

Quali le differenze tra "buono" e "cattivo"?

Questa suddivisione è alquanto banale ma, per



Il colesterolo in eccesso può ostruire le arterie



L'ipercolesterolemia è uno dei maggiori fattori a rischio per l'ischemia coronaria e l'infarto miocardico. Il rischio aumenta nella persona diabetica.

certi versi, molto chiara ed efficace. A farlo classificare come “buono” o “cattivo” sono le lipoproteine che lo trasportano nel sangue: rispettivamente le lipoproteine ad alta densità HDL (High Density Lipoproteins) e le lipoproteine a bassa densità LDL (Low Density Lipoproteins). Il colesterolo trasportato dalle lipoproteine a bassa densità (LDL) è comunemente noto come “colesterolo cattivo” perché un livello elevato di queste lipoproteine può determinare un accumulo di grasso nelle arterie con formazione di placche aterosclerotiche e conseguente aumento di rischio di malattie cardiovascolari. Le lipoproteine ad alta densità (HDL) invece, hanno la funzione di trasportare il colesterolo dalle periferie verso gli organi che lo utilizzano o lo eliminano. Si comportano in pratica come delle specie di "spazzini" in grado di raccogliere l'eccesso di colesterolo e veicolarlo al fegato, l'unico organo in grado di eliminare l'eccesso. Al contrario delle LDL, le HDL svolgono quindi un ruolo “protettivo”, da qui il nome di “colesterolo buono”.

Quali dovrebbero essere i valori normali?

Per il colesterolo totale (LDL+HDL), che esprime la quantità complessiva di colesterolo contenuto nelle varie lipoproteine, in individui sani si considera corretto un valore inferiore ai 200 mg/dl di sangue. I livelli di HDL, il colesterolo “buono”, non devono

essere inferiori ai 40 mg/dl. Per il colesterolo “cattivo” invece, il valore ottimale è tra i 100 e i 130 mg/dl.

Per una valutazione complessiva è importante anche verificare il livello dei trigliceridi, i principali componenti del tessuto adiposo nel sangue in quanto anche questi rappresentano un fattore di rischio cardiovascolare.

Nella tabella potete trovare i valori di colesterolo LDL normali in base a diverse classi di rischio per malattia cardiovascolare.

-
- Soggetti con rischio basso (0-1 fattori di rischio vascolare)
 - devono raggiungere valori di LDL < 160 mg/dl
 - Soggetti con rischio moderato-alto (oltre 2 fattori di rischio vascolare)
 - devono raggiungere valori di LDL < 130 mg/dl
 - Soggetti con rischio alto (malattia cardiovascolare accertata o diabete)
 - devono raggiungere valori di LDL < 100 mg/dl
 - Soggetti con rischio molto alto (precedenti eventi cardiovascolari)
 - devono raggiungere valori di LDL < 70 mg/dl

***Fattori di rischio: fumo di sigaretta, ipertensione, HDL < 40 mg/dl, storia familiare di malattia cardiovascolare prematura, età (maschi > 45 anni; femmine > 55 anni).

Spesso può succedere che quando si eseguono le analisi il colesterolo LDL non venga misurato direttamente. E' tuttavia possibile calcolarlo se si hanno a disposizione i valori del colesterolo totale, dell'HDL e dei trigliceridi utilizzando una formula piuttosto semplice chiamata formula di Friedewald che tuttavia non può essere calcolata se i trigliceridi sono superiori a 400 mg/dl.

FORMULA DI FRIEDWALD

$$\text{Colesterolo LDL} = \text{Colesterolo totale} - \text{HDL} - (\text{Trigliceridi} : 5)$$

Quali sono i valori più importanti da considerare nella lettura degli esami del sangue?

Bisogna prendere in considerazione tutti gli elementi descritti in precedenza: colesterolo totale, colesterolo “cattivo” e colesterolo “buono”, perché

sono tutti fattori estremamente importanti per prevedere il rischio cardiovascolare. Il rapporto tra colesterolo totale e HDL è un marker di rischio ancora più affidabile rispetto al conteggio del colesterolo totale e delle sole LDL.

È vero che il colesterolo deve calare il più possibile?

Anche questo è un punto molto importante. Livelli molto bassi o molto alti di colesterolo “buono” sono entrambi dannosi. Non sempre infatti elevati livelli di HDL proteggono dal rischio di malattie cardiovascolari, un valore basso sicuramente rappresenta un fattore di rischio per il cuore, ma non è detto che alzandolo si riduca il rischio cardiovascolare. Il vero obiettivo è abbassare quello “cattivo”.

Perché fa male avere il colesterolo alto

Perché il colesterolo in eccesso tende a depositarsi sulle pareti delle arterie, provocando la formazione di lesioni che le ispessiscono e le irrigidiscono. Questo processo, chiamato aterosclerosi, può portare nel tempo alla formazione di placche vere e proprie, che ostacolano o bloccano del tutto il flusso sanguigno, con conseguenti rischi a carico del sistema cardiovascolare quali ictus e infarto.

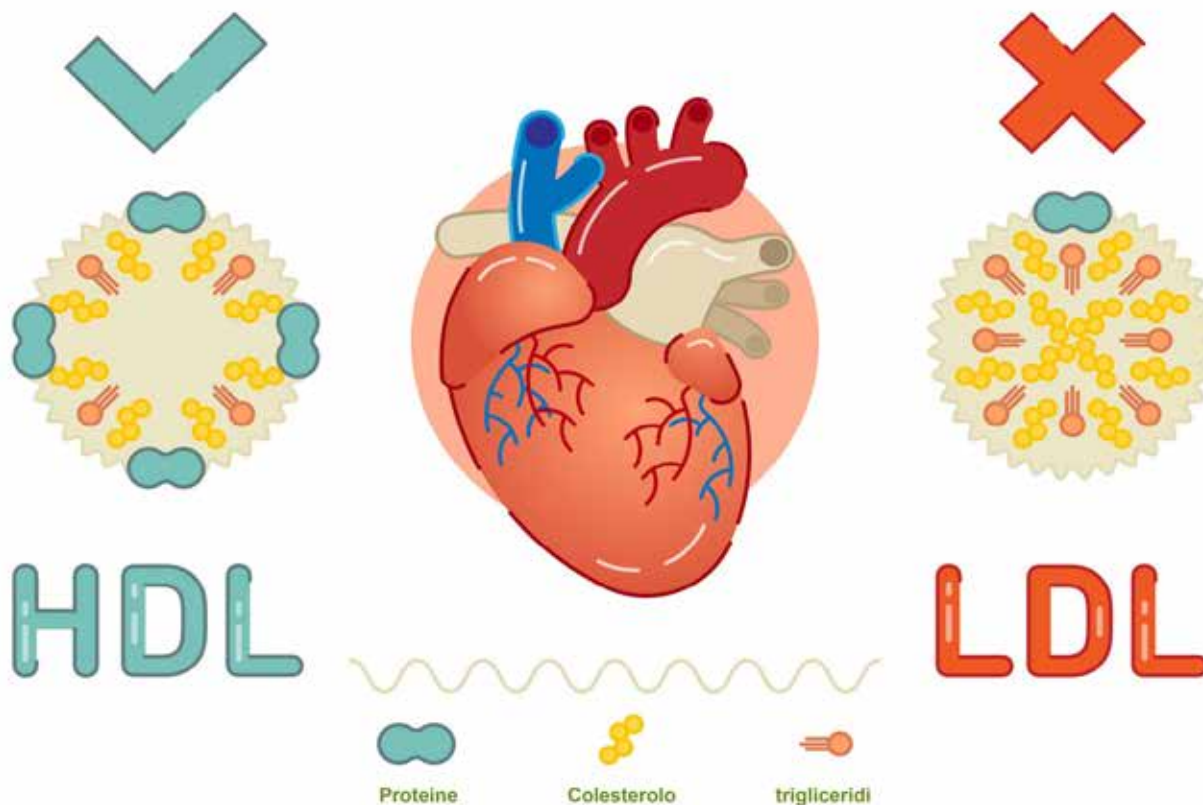
I farmaci sono un valido alleato?

Indipendentemente dalla causa la terapia iniziale per ridurre la colesterolemia è rappresentata dall'alimentazione, eliminando o riducendo di molto l'assunzione dei cibi contenenti alte quantità di colesterolo come le uova, i formaggi, le carni grasse. Solo quando nonostante le correzioni alimentari il problema rimane è necessario assumere i farmaci ipolipemizzanti che il vostro medico vi prescriverà per riportare i valori nel range di normalità.

Come agiscono i farmaci?

Esistono molte tipologie di farmaci per il colesterolo, fra quelli più utilizzati troviamo le statine, che inibiscono la produzione di colesterolo nel fegato bloccando l'enzima epatico responsabile della produzione di quest'ultimo. Abbiamo poi l'Ezetimibe che riduce l'assorbimento intestinale del colesterolo ingerito ed inoltre i Fibrati e i Fitosteroli, che si sono dimostrati molto efficaci nella riduzione del livello di trigliceridi oltre che delle LDL.

Il ruolo più importante nel controllo dei livelli di colesterolo e dei fattori di rischio cardiovascolare spetta alla correzione di un eventuale errato stile di vita: corretta alimentazione, no al fumo, all'alcool, ai cibi grassi, alla sedentarietà. È altrettanto importante è spiegare al paziente che i farmaci per il colesterolo non devono sostituirsi a dieta e attività fisica, bensì associarsi ad esso.



HDL: colesterolo buono, LDL: colesterolo cattivo

Diabete e fibrillazione atriale

Dr. Gilberto Laffi,
Specialista Diabetologo ed Endocrinologo

LA FIBRILLAZIONE ATRIALE È L'ARITMIA CARDIACA PIÙ DIFFUSA NELLA POPOLAZIONE GENERALE E LA SUA PREVALENZA TENDE A CRESCERE CON L'AUMENTARE DELL'ETÀ ED IN PRESENZA DI DIABETE DI TIPO 2.

LA FIBRILLAZIONE PUÒ ESPORRE A DELLE COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI CHE POSSONO RIVELARSI MOLTO INVALIDANTI E AD UN SOSTANZIALE AUMENTO DEL RISCHIO DI MORTE



Dr. Gilberto Laffi

E' ormai nota da tempo l'associazione fra diabete e fibrillazione atriale per la presenza di comuni meccanismi fisiopatologici.

Numerosi sono gli studi che dimostrano un rischio di sviluppare fibrillazione atriale del 30%-40% superiore nei pazienti diabetici, rispetto alla popolazione generale. Tale rischio correla al tipo di diabete, alla durata dello stesso ed al compenso metabolico.

Ma per quale motivo il paziente diabetico va più facilmente incontro a fibrillazione atriale?

Insulino-resistenza, neuropatia autonoma, alterazioni istologiche a livello dell'atrio destro del cuore e l'infiammazione cronica sono i meccanismi che favoriscono l'aritmia nel diabete, che risulta essere associato anche ad un aumentato rischio di ictus cerebrale, che a sua volta riconosce nel 20-30% dei casi la fibrillazione atriale quale meccanismo patogenetico.

Non per niente, la presenza di diabete rappresenta

uno dei fattori determinanti la scelta di intraprendere o meno terapia anticoagulante.

INSULINO RESISTENZA

I dati della letteratura suggeriscono che, soprattutto il diabete di tipo 2, rappresenti un fattore di rischio per fibrillazione atriale; non esistono al contrario dati certi circa l'associazione tra diabete tipo 1 e fibrillazione atriale; se ne deduce che l'insulino-resistenza, piuttosto che l'iperglicemia di per sé, possa possedere un'attività pro-aritmica.

L'insulino-resistenza è infatti una condizione che spesso si associa ad altri fattori di rischio per fibrillazione atriale, come l'ipertensione, l'obesità, dislipidemia. Ad esempio, è stato osservato che i pazienti diabetici ipertesi presentano una prevalenza di aritmia tre volte superiore a quella dei diabetici normotesi e ciò a dimostrazione del fatto che la coesistenza di più fattori di rischio, amplifichi la probabilità di sviluppare fibrillazione atriale.

CARDIOPATIA ISCHEMICA

La cardiopatia ischemica rappresenta senza dubbio una delle più importanti complicazioni del diabete, ed il rischio di sviluppare infarto miocardico nei pazienti diabetici è doppio rispetto a quello della popolazione generale. Considerando che una patologia coronarica è presente in più del 20% dei soggetti con fibrillazione atriale, è evidente come l'aritmia che insorge in un paziente diabetico possa essere in molti casi attribuibile a una condizione di ischemia miocardica su base vascolare.

INFIAMMAZIONE



Tracciati elettrocardiografici a confronto

Un altro possibile collegamento fisiopatologico fra diabete e fibrillazione atriale è rappresentato dall'infiammazione. Numerosi studi hanno dimostrato che i livelli plasmatici di marker di flogosi come (proteina C reattiva e interleuchina-6 sono significativamente superiori sia nei pazienti diabetici sia in quelli con fibrillazione atriale rispetto ai soggetti sani di controllo.

L'attivazione dei processi infiammatori che si verificano nei pazienti diabetici, in particolare in quelli di tipo 2 scompensati, potrebbe dunque favorire la comparsa dell'aritmia.

Alcuni studi, condotti sia nell'animale da esperimento sia su reperti biotipici nell'uomo, hanno cercato di identificare un substrato istopatologico a livello del miocardio atriale che potesse predisporre all'insorgenza dell'aritmia. Alcuni studi hanno evidenziato segni di infiammazione in due terzi dei preparati istologici ottenuti da biopsie del cuore a livello del setto interatriale in pazienti con fibrillazione atriale pura, cioè senza altre evidenze di cardiopatia.

Altri ricercatori hanno sottoposto ratti geneticamente diabetici a studi elettrofisiologici e istologici, documentando che questi animali presentavano, rispetto a quelli non diabetici, un'aumentata aritmogenicità, con alterazioni della conduzione intra-atriale, a cui corrispondeva istologicamente un significativo in-

cremento di fibrosi (sostituzione di tessuto muscolare con tessuto cicatriziale) del miocardio atriale.

NEUROPATIA

La comparsa di fibrillazione atriale nel diabete può essere sicuramente condizionata da variazioni dell'attività del sistema nervoso simpatico e parasimpatico in risposta all'ipoglicemia o nel contesto di una neuropatia diabetica autonoma più o meno clinicamente manifesta che potrebbe essere responsabile di una denervazione del miocardio atriale tale da predisporre all'insorgenza e al mantenimento dell'aritmia.

La neuropatia diabetica inoltre sarebbe in grado di mascherare i sintomi della fibrillazione atriale, soprattutto nelle forme acute, analogamente a quanto accade per i sintomi di angina pectoris o infarto.

NEFROPATIA

Anche un'altra complicanza cronica del diabete che può predisporre all'insorgenza di fibrillazione atriale, è la nefropatia. Un recente studio condotto su oltre 3000 pazienti con insufficienza renale cronica non ancora in trattamento dialitico, di cui il 45% era costituito da diabetici, ha documentato una prevalenza di fibrillazione atriale del 18%, molto più di quanto non accada nella popolazione generale.

COMPENSO GLICEMICO

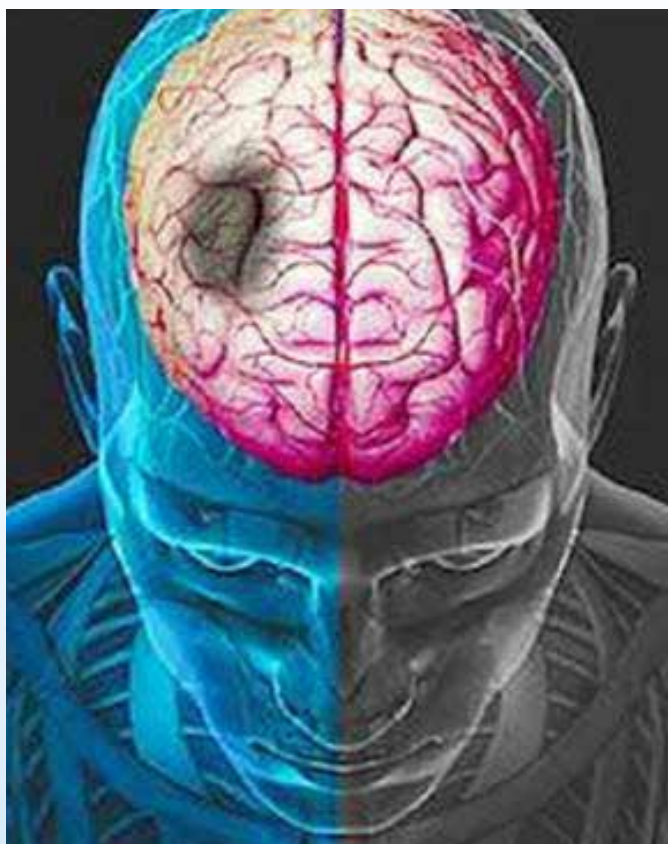
Un alterato metabolismo glucidico sembra influenzare le proprietà di conduzione dell'impulso elettrico del cuore, portando ad una maggiore possibilità di incorrere in una fibrillazione atriale. D'altra parte è stato osservato che un buon compenso metabolico sembra essere in grado di prevenire l'insorgenza di fibrillazione atriale nel paziente con diabete mellito.

IN CONCLUSIONE

Lo specialista diabetologo deve conoscere l'aumentato rischio per i propri pazienti di sviluppare fibrillazione atriale e le conseguenze tromboemboliche potenzialmente devastanti di quest'ultima.

È pertanto opportuno che nella gestione del soggetto diabetico il diabetologo sia determinato a combattere tutti gli altri fattori di rischio cardiovascolare e che adotti una precoce e corretta terapia anticoagulante laddove necessario.

Inoltre, è verosimile che l'ottimizzazione del trattamento del diabete e dei fattori di rischio che ad esso si associano possa rappresentare un pilastro importante per la prevenzione della fibrillazione atriale, un obiettivo finora poco perseguito nonostante sia autorevolmente auspicato dalla comunità cardiologica internazionale.



Uno dei maggiori rischi della fibrillazione atriale non trattata è rappresentato dall'ischemia cerebrale o dall'ictus

Come dimagrire senza soffrire la fame e senza farmaci

Dott.ssa Anna Santi,
Dietista, Nutrizionista

**IL CALO PONDERALE IN PERSONE IN SOVRAPPESO O FRANCA-
MENTE OBESE NON È SOLO UN PROBLEMA ESTETICO MA UN
PROBLEMA DI SALUTE,**

**L'OBESENTA' SI ASSOCIA INFATTI AD UNA LUNGA SERIE DI FATTORI
DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE, PATOLOGIE METABOLICHE FRA
CUI IL DIABETE, INFARTO MIOCARDICO, ICTUS E NEOPLASIE CON
IL RISULTATO DI UNA RIDOTTA QUALITA' E ASPETTATIVA DI VITA.**



**SE SI OSSERVANO ALCUNE REGOLE ALIMEN-
TARI E SE SI INCREMENTA L'ATTIVITA' FISICA E'
POSSIBILE RIDURRE IL PESO CORPOREO SEN-
ZA RICORRERE A FARMACI E SOPRATTUTTO
SENZA SOFFRIRE LA FAME.**

Compaiono continuamente sui giornali diete miracolose e aziende che promettono incredibili cali di peso senza fatica o attraverso l'uso di pasti sostitutivi. Se la "diet industry" è diventata così diffusa, il motivo sta nella larga prevalenza del problema stesso che cerca di risolvere: l'eccesso ponderale.

Infatti, l'obesità è un grave problema sanitario comune a tutto il mondo industrializzato. Si accompagna ad una serie di complicanze fisiche, metaboliche e psicosociali e ad una ridotta aspettativa di vita, in quanto rappresenta un importante fattore di rischio per diverse patologie, inclusi diabete mellito tipo 2, patologie cardiovascolari e alcuni tipi di tumori.

L'obesità è una patologia cronica ad eziologia multifattoriale, con alla base uno squilibrio tra l'energia assunta e quella spesa, che porta ad un conseguente incremento ponderale, causato dalla tendenza ad una scorretta alimentazione e ad una ridotta attività fisica. Infatti, il peso corporeo si basa sul bilancio energetico tra le calorie introdotte con gli alimenti e quelle consumate per fare tutte le attività quotidiane. Quindi per ottenere un calo ponderale occorre spostare il bilancio energetico a favore delle spese, che vanno aumentate con l'incremento dell'attività fisica,

riducendo invece le entrate, grazie ad una sana alimentazione con modesta restrizione calorica.

È poi indispensabile impegnarsi affinché queste modifiche permangano nel tempo. Infatti la "dieta" deve essere vista nel suo significato originale, ovvero come "stile di vita", da modificare e fare proprio, perché solo in questo modo i risultati sono davvero duraturi.

Come fare quindi a ridurre le entrate energetiche con l'alimentazione?

Sicuramente è necessario controllare le porzioni assunte, ovviamente in maniera personalizzata in base al proprio stile di vita. Non esistono quantità standard adatte a tutti, anche se porzioni troppo abbondanti rispetto al nostro fabbisogno portano inevitabilmente ad un incremento di peso.

La riduzione delle porzioni funziona, però, solo se non è accompagnata da una sensazione di fame, che porterebbe inevitabilmente ad abbandonare il percorso nutrizionale precocemente.

Perciò è importante adottare strategie che invece favoriscano il senso di sazietà, mantenendo allo stesso tempo un deficit calorico. È consigliabile di conseguenza preferire alimenti a bassa densità energetica, evitando invece quelli ad alta densità energetica.

I cibi ad alta densità energetica sono tutti quelli che forniscono tante calorie in poca quantità, quindi so-

stanzialmente i cibi ricchi di grassi e zuccheri semplici. Al contrario la verdura e la frutta, ad esempio, forniscono poche calorie ma in un grande volume, che quindi sazia.

Un maggior consumo di verdura e frutta, insieme all'uso di cereali integrali e all'aumento dei legumi nell'alimentazione quotidiana, aiutano anche a garantire un buon apporto di fibre, che permette una maggior sensazione di sazietà e favorisce un miglior profilo metabolico.

È preferibile inoltre fare, il più spesso possibile, pasti completi, ispirati ai principi del "piatto del mangiar sano" (ovvero che includano una buona porzione di verdura, una porzione di cereali integrali e una porzione di pietanza proteica), dal momento che permettono di mantenere più a lungo il senso di sazietà.

Per evitare picchi di fame durante la giornata è anche utile fare sempre pasti regolari, soprattutto non saltare i tre pasti principali (colazione, pranzo e cena) e possibilmente aggiungere un paio di piccoli spuntini (ad esempio, uno a metà mattina e uno nel pomeriggio), evitando però uno "snacking" continuo durante tutta la giornata.

Tra i comuni errori a cui fare attenzione ricorre spesso un consumo eccessivo di formaggi e affettati, che sono comunemente presenti sulle nostre tavole, come da tradizione emiliana. Tuttavia, essi non costituiscono "contorni" o "accompagnamento" a carne, pesce o altro, ma sono secondi piatti a sé, da consumare in alternativa alle altre pietanze: massimo 1 volta a settimana gli affettati e 2-3 volte a settimana i formaggi (inclusi anche quelli che solitamente non si considerano, ovvero i formaggi nelle ricette, su pizze/piadine e sulla pasta).

Forte è anche la raccomandazione a eliminare dall'alimentazione quotidiana tutte le bevande zuccherate (tè freddi, bevande tipo cola, aranciata, succhi di frutta...), come anche le bevande alcoliche, per migliorare lo stato di salute generale e favorire il calo ponderale.

Infine, sarebbe per tutti utile provare ad adottare comportamenti tipici del "mindful eating", ovvero una serie di tecniche per arrivare ad un rapporto più sano e naturale con il cibo, un'alimentazione più consapevole, che appaghi il gusto e la mente. La prima modifica, apparentemente semplice, che si dovrebbe provare a fare è rallentare, mangiare più lentamente, per assaporare meglio i cibi, aumentare il senso di

sazietà (che richiede tempo) e migliorare la digestione dei pasti.

Al fine di ottenere i risultati sperati e mantenerli poi nel tempo, senza avere danni per la salute, è importante che queste e molte altre tecniche vengano incluse in un percorso nutrizionale strutturato e ben condotto da professionisti esperti della nutrizione, gli unici in Italia autorizzati ad elaborare e rilasciare diete: il medico dietologo (specialista in scienza dell'alimentazione), il dietista e il biologo nutrizionista.

Indispensabile inoltre affiancare ad un percorso di tipo nutrizionale anche un incremento dell'attività fisica, sia per raggiungere che per mantenere i risultati in termini di peso, ma anche per un miglioramento globale dello stato di salute. Infatti, l'attività fisica contribuisce ad aumentare il dispendio energetico, aiuta a preservare la massa magra, migliora la fitness cardiorespiratoria e i fattori di rischio cardiometabolici correlati all'obesità e incrementa la sensazione di benessere dell'individuo.

Per tutti questi motivi sono raccomandati all'intera popolazione adulta almeno 150 minuti a settimana di attività fisica di intensità moderata oppure 75 minuti a settimana di attività fisica vigorosa, o combinazioni equivalenti delle due. Se poi l'obiettivo è il dimagrimento, sarà utile incrementare ancora questi tempi, con un effetto dose-risposta tra la durata dell'esercizio e la riduzione del peso corporeo, tenendo però sempre a mente l'obiettivo del mantenimento e della costanza, anche nell'attività fisica.



Il piatto del mangiare sano secondo la Harvard Medical School

TEPLIZUMAB

il farmaco che rallenta il diabete di tipo 1

Dr. Michele Grimaldi,
Diabetologo e Internista

LA FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, L'AGENZIA FEDERALE CHE VIGILA SULLA SICUREZZA DEI FARMACI NEGLI USA, HA APPROVATO IL PRIMO MEDICINALE, UN ANTICORPO MONOCLONALE, CAPACE DI POSPORRE DI ALCUNI ANNI LA COMPARSA DEI SINTOMI DEL DIABETE DI TIPO 1, LA FORMA "GIOVANILE" DELLA MALATTIA.



Dr. Michele Grimaldi

Il TEPLIZUMAB, che dovrebbe essere disponibile negli Stati Uniti entro fine anno, non cura il diabete ma ne rallenta la progressione, offrendo ai pazienti destinati a svilupparlo alcuni anni di libertà extra prima che il monitoraggio del glucosio e gestione dell'insulina divengano una necessità.



Gli anticorpi monoclonali sono in grado di bloccare la risposta autoimmune nei confronti della beta-cellula pancreatica e ritardare il diabete di tipo 1

Il diabete di tipo 1 colpisce il 10% circa dei pazienti affetti da diabete e insorge in genere nei bambini, negli adolescenti e nei giovani adulti con meno di 40 anni.

Si manifesta inizialmente con una vistosa perdita di peso accompagnata da spossatezza, una sete inestinguibile e una continua necessità di urinare, e dipende da un attacco autoimmune al pancreas, l'organo responsabile della produzione di insulina, l'ormone che serve a far entrare il glucosio all'interno delle cellule.

Nei pazienti con diabete di tipo 1, il sistema immunitario prende di mira per errore le cellule beta del pancreas incaricate di produrla. Il pancreas smette allora di produrre insulina e il corpo non è più in grado di regolare gli zuccheri nel sangue.

Il TEPLIZUMAB è un anticorpo monoclonale, ossia un anticorpo modificato ottenuto in laboratorio, che si lega a una molecola presente sulla superficie delle cellule T, i globuli bianchi responsabili dell'auto-distruzione delle cellule beta nei pazienti con diabete di tipo 1. Così facendo il farmaco rallenta la risposta autoimmune contro il pancreas.

Anche se il farmaco è sotto sperimentazione da decenni, il sì dell'FDA americana è arrivato dopo che uno studio su 76 pazienti con diabete di tipo 1 ne ha dimostrato sicurezza ed efficacia. I volontari si trovavano nella fase asintomatica della malattia ma ne mostravano i campanelli d'allarme, cioè la presenza di autoanticorpi e un metabolismo ano-

malo del glucosio.

Metà dei pazienti ha ricevuto il farmaco attivo e metà un placebo, e tutti sono stati seguiti per 51 mesi. Nel primo gruppo ha sviluppato i sintomi del diabete il 44% dei pazienti contro il 72% del secondo gruppo. Nelle persone trattate con il farmaco che hanno manifestato il diabete in questo arco di tempo, l'insorgere della malattia sintomatica è avvenuto in media un paio di anni dopo rispetto agli altri.

Il trattamento va somministrato per infusione endovenosa, cioè con la flebo, una volta al giorno per 14 giorni. Secondo il New York Times il farmaco, prodotto dalla Provention Bio, costerebbe circa 13.500 euro a fiala e 189.000 euro circa per un trattamento completo: una cifra che potrebbe essere coperta da assicurazioni o sistemi sanitari ma comunque considerevole. Il farmaco tuttavia verrà dato verosimilmente a pazienti selezionati essendo difficile immaginare per ora una distribuzione su larga scala.

La principale difficoltà sarà selezionare i pazienti che ne possano beneficiare, prima che sviluppino

i sintomi del diabete. Anche se l'esordio della malattia è in genere improvviso e spesso avviene in adolescenza, gli autoanticorpi che indicano un attacco al pancreas sono spesso presenti già molti anni prima, a volte a 5 o 6 anni di età.

Gli screening precoci per il diabete non sono però ancora diffusi, e testando soltanto chi ha familiari stretti con la stessa malattia si mancherebbero comunque l'85% delle diagnosi. Le associazioni dei pazienti con diabete di tipo 1 negli USA vorrebbero che lo screening per il diabete giovanile diventasse parte della routine di cura in età pediatrica.

Ci si potrebbe chiedere perché intervenire, se comunque il farmaco non può impedire che si sviluppi il diabete: secondo gli autori dello studio che ha portato all'approvazione, apparso nel 2019 sul prestigioso New England Journal of Medicine, il farmaco serve per guadagnare tempo utile a prepararsi, a crescere ancora un po' e a conoscere la malattia, ma anche per ottenere qualche anno in più senza gli sbalzi glicemici che possono portare a complicanze anche gravi.



La FDA ha approvato il Teplizumab per ritardare l'insorgenza del diabete i tipo 1 nei soggetti ad alto rischio

DIABETE E OSTEOPOROSI

*Dott.ssa Antonella Silletti,
Medico di Medicina Generale e Diabetologa*



L'OSTEOPOROSI RAPPRESENTA UNA COMPLICANZA ANCORA POCO NOTA DEL DIABETE. LA CAUSA SEMBRA RICONDUCIBILE AD UN INSUFFICIENTE CONTROLLO GLICEMICO, ALLE COMPLICANZE E AD ALTRE MORBILITÀ' CHE SPESSO SI ASSOCIANO AL DIABETE

Sia in pazienti con diabete di tipo 1 che di tipo 2 è stato riscontrato un maggior rischio di fratture da osteoporosi. Il meccanismo responsabile è particolarmente complesso e non ancora del tutto chiarito.

L'obesità gioca certamente un ruolo, in particolare nel diabete di tipo 2; recenti studi hanno evidenziato che la responsabilità del tessuto adiposo sull'osso dipende principalmente dalla deposizione locale di grasso e che un aumento nella quantità di grasso addominale e soprattutto viscerale influenza in modo negativo la salute dello scheletro. È stato osservato, infatti, che le

citochine infiammatorie prodotte dal grasso viscerale tendono a riassorbire il tessuto osseo. Inoltre, un alto contenuto di grasso intramuscolare è associato a una minore funzionalità muscolare che riduce la protezione anti-carico e aumenta il rischio di fratture.

Nelle persone con diabete di tipo 1 ad essere alterata è soprattutto la capacità da parte dell'osso di formare nuovo tessuto osseo (rimodellamento osseo), ciò comporta un bilancio 'negativo' con minore quantità di osso nello scheletro.

Al contrario, in chi soffre di diabete di tipo 2, soprattutto quando non ben controllato o quando



Articolazione coxo-femorale: osso normale a sinistra e osso osteoporotico a destra



La frattura del femore è uno dei maggiori rischi per chi soffre di osteoporosi. E' più frequente negli anziani, nelle donne e nelle persone diabetiche

siano già presenti complicazioni diabetiche, si osserva il fenomeno opposto: la massa ossea risulta addirittura aumentata, in questo caso ad essere compromessa è la qualità dell'osso.

Che cos'è che provoca questo aumento quasi paradossale? L'eccesso di glucosio in circolo presente nel diabete va in parte a legarsi alle proteine delle fibre collagene attraverso il fenomeno della glicazione (legame tra il glucosio e collagene) formando una sorta di "melassa" che altera la qualità del tessuto osseo. In questo modo l'osso, pur essendo più denso, risulta più fragile e soggetto a fratture.

Va considerato, inoltre, che la persona affetta da diabete di tipo 2 è spesso un anziano e l'osteoporosi è sicuramente una patologia che si manifesta più spesso con l'avanzare dell'età quando i livelli di vitamina D sono più bassi, probabilmente come risultato dell'eccesso di peso, della vita sedentaria e della minore esposizione al sole.

OSTEOPOROSI E COMPLICANZE DIABETICHE

A complicare ulteriormente il quadro e ad aumentare il rischio di fratture concorrono anche le complicanze oculari e neurologiche (retinopatia diabetica e neuropatia diabetica) tipiche del diabete di lunga data che, unite all'età avanzata, rendono più frequenti e più facili le cadute con conseguente possibili fratture.

Anche la nefropatia diabetica con concomitanti iperparatiroidismo secondario e osteodistro-

fia renale si associa ad un aumentato rischio di fratture.

DIFFERENZE DI GENERE

Le donne sono sicuramente più colpite dall'osteoporosi in età avanzata, va altresì ricordato che neppure gli uomini sono immuni: il rapporto di prevalenza donne-uomini per le fratture da osteoporosi è di 3 a 1 con un rischio raddoppiato nelle donne in post menopausa rispetto alla popolazione generale.

DIABETE E RISCHIO DI FRATTURE

Il rischio di fratture da osteoporosi è circa 6 volte maggiore nei diabetici di tipo 1 (fratture all'anca e al femore) rispetto ai diabetici di tipo 2 nonostante la fascia di età più giovane, in cui le persone senza diabete difficilmente si fratturano a causa della fragilità ossea.

CONCLUSIONI

È importante quindi sensibilizzare sia i diabetici che i medici di famiglia che il diabete rappresenta un fattore di rischio non trascurabile per le fratture da fragilità osteoporotica.

Uno stile di vita attivo, il miglioramento del controllo della glicemia, insieme all'ottimizzazione dei livelli di calcio e vitamina D possono essere utili nella prevenzione delle cadute, insieme a una terapia anti-osteoporotica specifica e personalizzata che sarà indicata dal proprio medico, caso per caso.

Un ringraziamento a quanti collaborano con la nostra Associazione

Per informazioni sulle convenzioni attive con i sotto indicati collaboratori ADB
contattare l'Associazione Diabetici Bologna al tel. 051 6330405 - e-mail: assdiabo@libero.it



I nostri soci possono usufruire di agevolazioni e sconti ed l'accesso ai servizi offerti dalla rete del gruppo presso i centri del circuito della Salute Più a Bologna e provincia.



Bologna San Petronio
Budrio
Valli Savena - Idice - sambro
San Michele di Argelato



Associazione Panificatori di Bologna e Provincia

Il monitoraggio continuo del glucosio con il sistema **FreeStyle Libre** della Abbott

