



RASSEGNA STAMPA **AMD**

Aggiornamento
27 OTTOBRE 2017

ValueRelations[®]

Sommario

TESTATA	TITOLO	DATA
★ BELLEZZAEBENESSERE.EU	<i>Denti: curare le gengive migliora il diabete!</i>	21/10/2017
ILFARMACISTAONLINE.IT	<i>Diritti dei cittadini con diabete. Al via progetto di monitoraggio di Cittadinanzattiva. Questionario per diabetici e professionisti sanitari</i>	23/10/2017
★ NOTIZIARIOCHIMICO-FARMACEUTICO.IT	<i>Fattori predittivi di iperalbuminuria nei pazienti con diabete di tipo 1</i>	25/10/2017
★ MDWEBTV.IT	<i>Curare la paradontite influisce positivamente sull'emoglobina glicata</i>	26/10/2017
IL CENTRO ED.CHIETI	<i>Diabete, in Abruzzo i malati sono 7 su cento</i>	27/10/2017
OK SALUTE E BENESSERE	<i>Diabete: più attenzione per le donne</i>	Novembre 2017
★ = da attività ufficio stampa ValueRelations ®		



Bellezza & Benessere

Denti: curare le gengive migliora il diabete!



Chi soffre di diabete ha un rischio da due a tre volte maggiore di avere problemi alla bocca e alle gengive rispetto a chi non è malato.

Partendo da questa certezza, gli esperti dell'Associazione medici diabetologi (Amd) hanno scoperto che **esiste una relazione diretta tra parodontite e diabete**, e che addirittura il trattamento di questa malattia infiammatoria che distrugge i tessuti di supporto del dente (gengive, ossa, legamenti dentali) potrebbe portare a una riduzione dello 0,4% dell'emoglobina glicata (un particolare tipo di emoglobina che dà la misura della quantità di zucchero nel sangue).

- Inoltre, aggiungono gli esperti, **la parodontite può essere un fattore di rischio per l'insorgenza della malattia del sangue dolce**, quindi è assolutamente da non trascurare e da affrontare ai primi campanelli d'allarme.

Diritti dei cittadini con diabete. Al via progetto di monitoraggio di Cittadinanzattiva. Questionario per diabetici e professionisti sanitari

Cittadinanzattiva, con il contributo non condizionato di Abbott, attraverso il Tribunale per i diritti del malato, il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici e insieme a Fand ha ideato un progetto che prevede la realizzazione di un rapporto per verificare lo stato di applicazione dei diritti delle persone con diabete nelle Regioni Italiane. L'avvio del progetto è avvenuto il 4 luglio ed i dati verranno presentati il 28 marzo 2018.



23 OTT - Il diabete è una delle tre emergenze sanitarie mondiali: in Europa circa 60 milioni di persone sono affette da questa patologia, il tasso è in continuo aumento, raggiungendo già il 10-12% in alcuni Stati membri; nel giro di 35 anni l'incidenza della diabete è quasi quadruplicata. Per ogni persona con diabete lo Stato spende mediamente 4.000 euro all'anno, per un totale di circa 16 miliardi di euro, ovvero il 15 per cento del fondo sanitario nazionale.

Nonostante ciò, la patologia diabetica è una di quelle per cui il legislatore è intervenuto maggiormente nel corso degli anni, a partire dalla Legge 115 del 15 marzo 1987. Pur essendo passati trent'anni continuano a giungere segnalazioni circa la carenza di assistenza, la chiusura dei centri di cura, una situazione a macchia di leopardo sul territorio e la difficoltà nel gestire la patologia e insorgenza di complicanze. Tutte criticità ben evidenziate negli anni da Fand Associazione Italiana Diabetici, a partire dal Rapporto "Linea D - Un percorso integrato per il paziente con diabete".

A partire da queste considerazioni Cittadinanzattiva, con il contributo non condizionato di Abbott nell'ambito del protocollo di intesa biennale, attraverso il Tribunale per i diritti del malato, il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici e insieme a Fand ha ideato un progetto che prevede la realizzazione di un rapporto per verificare lo stato di applicazione dei diritti delle persone con diabete nelle Regioni Italiane. Il Rapporto riguarderà non solo quanto oggi esistente a livello legislativo, ma anche quanto realmente vissuto dalle persone con diabete e dai professionisti sanitari che si occupano della loro assistenza, che sarà presentato il 28 marzo 2018.

L'avvio del progetto è avvenuto il 4 luglio con un primo tavolo di lavoro che ha messo a fuoco le principali criticità e le buone pratiche nell'ambito della gestione del diabete. Il tavolo di lavoro ha prodotto tre strumenti di indagine (uno rivolto alle Istituzioni, uno rivolto alle persone con diabete, uno rivolto ai professionisti sanitari), per restituire la fotografia di quanto accade nelle diverse realtà dell'Italia.

Gli strumenti di indagine sono stati realizzati da Cittadinanzattiva con il coinvolgimento delle seguenti Società Scientifiche:

AMD - Associazione Medici Diabetologi; AME - Associazione Medici Endocrinologi; CARD - Confederazione Associazioni Regionali di Distretto; F.A.R.E. - Federazione delle Associazioni Regionali Economi e Provveditori; FIMMG - Federazione Italiana Medici di Medicina Generale; F.I.M.P. Federazione Italiana Medici Pediatri; IPASVI - Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia; S.I.M.D.O. - Società Italiana Metabolismo Diabete Obesità; SID - Società Italiana di Diabetologia; SIEDP - Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica; SIFO - Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie; SIMG - Società Italiana di Medicina Generale; OSDI Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani e con le seguenti Associazioni di pazienti: AGDI Coordinamento tra le Associazioni Italiane Giovani con Diabete; AID Associazione Italiana per la Difesa degli interessi dei Diabetici; ANIAD Associazione Nazionale Italiana Atleti Diabetici; Diabete Forum Onlus; Diabete Italia; FAND Associazione Italiana Diabetici; FDG Federazione Diabete Giovanile. L'indagine si avvarrà, inoltre, della consulenza di **Paola Pisanti**, esperta settore malattie croniche Direzione generale programmazione sanitaria del Ministero della Salute.

A partire dal 16 ottobre e fino al 31 novembre 2017 è possibile partecipare all'indagine compilando, in maniera del tutto anonima, i questionari.

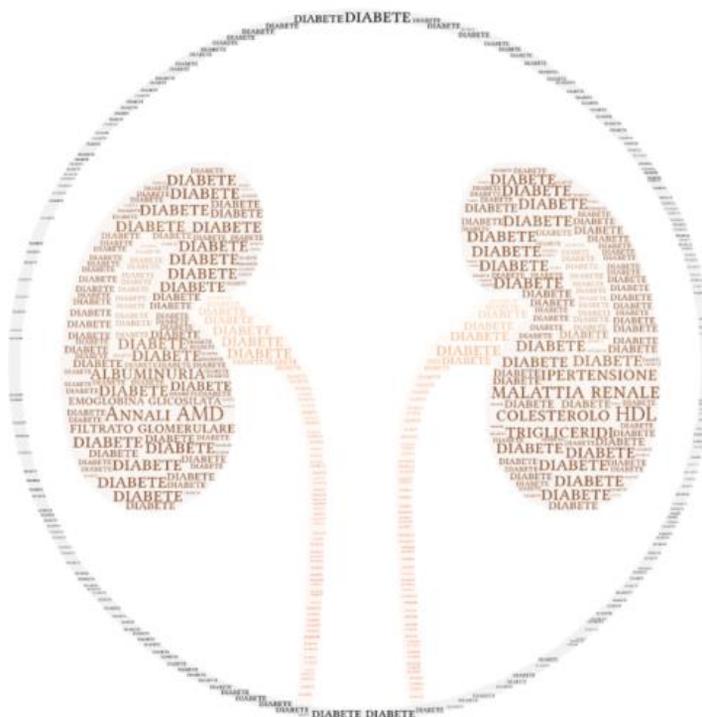
http://www.ilfarmacistaonline.it/cronache/articolo.php?articolo_id=55074&cat_1=1



Fattori predittivi di iperalbuminuria nei pazienti con diabete di tipo 1

Lunga durata di malattia, valori di glicemia più elevati, elevati livelli di trigliceridi e ipertensione arteriosa sono i fattori predisponenti di insorgenza di albuminuria elevata e di malattia renale

Uno studio condotto dai ricercatori del Gruppo Annali dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD) individua i fattori predittivi di iperalbuminuria nei pazienti con diabete di tipo 1. Pubblicata su *Scientific Reports*, la ricerca ha coinvolto 2.656 pazienti seguiti da 137 Centri di Diabetologia distribuiti su tutto il territorio nazionale.



Individuati i fattori predittivi di malattia renale nei pazienti con diabete di tipo 1

I fattori predisponenti a valori elevati di albumina nelle urine, e quindi alla malattia renale nei pazienti con diabete tipo 1 sono risultati essere:



- la lunga durata della malattia (tra i 12 e 17 anni),
- i valori di glicemia più elevati, in particolare alti valori di emoglobina glicosilata,
- elevati livelli di trigliceridi,
- l'ipertensione arteriosa.

Salvatore De Cosmo, direttore dell'Unità Operativa Complessa di Endocrinologia Casa Sollievo della Sofferenza di S. Giovanni Rotondo, nonché coordinatore dello studio, spiega le ragioni che hanno spinto AMD ad effettuare quest'indagine:

«Le persone affette da diabete di tipo 1 hanno un rischio elevato di sviluppare un danno ai reni: la nefropatia. Questa grave complicanza del diabete espone chi ne è affetto ad un rischio elevato di progressione del danno renale fino all'insufficienza renale terminale, con necessità di dialisi o di trapianto, ma anche di mortalità e comorbidità, soprattutto per cause cardiovascolari. Conoscere quindi i fattori ambientali predisponenti a tale complicanza consentirebbe di attuare appieno le strategie preventive e terapeutiche, orientate a far sì che il danno renale non si manifesti o non progredisca verso forme più gravi».

Nelle persone con diabete, le complicanze a lungo termine sono una delle principali cause di disabilità, inficiano la qualità di vita e causano morti premature. Nel 2015 circa 5 milioni di persone nel mondo, di età compresa tra i 20 e i 79 anni, sono decedute per complicanze correlate al diabete. Tali complicanze, nella maggioranza dei casi, sono dipese dall'insufficienza renale cronica grave (5° stadio).

Lo studio sui fattori predittivi di iperalbuminuria nei pazienti con diabete di tipo 1

Lo studio, osservazionale e longitudinale, ha permesso di indagare un numero molto elevato di pazienti con diabete di tipo 1 e identificare i valori predittivi dell'insufficienza renale cronica.



«I risultati – spiega De Cosmo – hanno individuato nella lunga durata di malattia (tra i 12 e 17 anni), nei valori di glicemia più elevati (alti valori di emoglobina glicosilata), negli elevati livelli di trigliceridi e nella presenza di trattamento antipertensivo (quale indicatore di ipertensione arteriosa) i fattori predisponenti di insorgenza di albuminuria elevata (un tasso elevato di albumina nelle urine è un marcatore della malattia renale). Mentre l'età più avanzata e un valore di filtrato glomerulare lievemente ridotto predispongono alla riduzione più marcata di filtrato glomerulare».

«Si stima – conclude De Cosmo – che il 20-40% di pazienti con diabete di tipo 1 sviluppi, nel corso della vita, la complicanza renale. Più in dettaglio, nel nostro studio, che ha avuto un periodo di osservazione relativamente breve di 5 anni, il 4,3% della popolazione ha sviluppato una riduzione del filtrato glomerulare e il 18% un'aumentata escrezione urinaria di albumina».

<http://www.notiziariochimicofarmaceutico.it/2017/10/25/fattori-predittivi-di-iperalbuminuria-nei-pazienti-con-diabete-di-tipo-1/>



Curare la parodontite influisce positivamente sull'emoglobina glicata

Sta diventando sempre più chiaro che esiste una correlazione fra la salute orale e il diabete. Questa patologia è infatti associata a un rischio da due a tre volte maggiore di sviluppare disturbi cronici del cavo orale, come la parodontite, rispetto a un non diabetico; e viceversa, disturbi come la parodontite possono essere un fattore di rischio per l'insorgenza del diabete. È stata inoltre riscontrata una relazione diretta fra gravità ed estensione della parodontite e peggioramento del controllo glicemico.

Proprio per approfondire questa complessa relazione, spesso sottovalutata, diabetologi provenienti da tutt'Italia si sono riuniti a Genova, in occasione del convegno "Diabete e parodontopatia: una relazione biunivoca", promosso dall'Associazione Medici Diabetologi (AMD).

"In virtù della stretta associazione esistente fra diabete e parodontite, AMD sta lavorando per far sì che utilizzando come criteri di valutazione l'età, il peso, i valori morfometrici e l'eventuale presenza di parodontite sia possibile, anche presso lo studio del dentista, identificare precocemente soggetti affetti da diabete e ignari della propria condizione, e così avviarli precocemente verso percorsi diagnostico-terapeutici adeguati, gestiti dal medico diabetologo", evidenzia Luca Lione, ex Coordinatore del gruppo Oral Care AMD e Responsabile scientifico dell'evento. "Come ben sappiamo, infatti, solo la diagnosi precoce e l'attuazione di una terapia tempestiva sono in grado di prevenire e contrastare efficacemente le frequenti complicanze che si associano al diabete. Studi epidemiologici indicano che il 50% dei soggetti, in tutti i gruppi di età, ha un'inflammation gengivale reversibile (gengivite), mentre la parodontite, caratterizzata da sanguinamento spontaneo o da spazzolamento, alitosi, gonfiore gengivale, spostamento e mobilità dentale, colpisce il 5-15% della popolazione in forma



grave. Nei pazienti diabetici questa patologia può contribuire a rendere più difficile il controllo metabolico ed è associata all'insorgenza di complicanze".

Un importante aspetto da tenere in considerazione è il fatto che diversi studi stanno confermando come il trattamento della parodontite, secondo appositi protocolli di intervento, porti a una riduzione dell'emoglobina glicata pari allo 0,4%, con un miglioramento delle condizioni di compenso della malattia e benefici che vanno oltre lo stato di salute del cavo orale, interessando le altre numerose complicanze micro e macrovascolari. "Il limite maggiore degli studi condotti finora è dato dal numero ridotto di pazienti coinvolti", commenta il Presidente dell'Associazione Medici Diabetologi, Domenico Mannino. "L'impegno congiunto di AMD e SIDP (Società Italiana di Parodontologia e Implantologia), che a breve si concretizzerà nella costituzione di un gruppo inter-societario dedicato all'argomento, è fortemente orientato a risolvere anche questo gap. Ulteriore obiettivo dell'evento, come di altri sul tema, che nasceranno in seno a questa collaborazione, sarà fornire ai diabetologi una formazione di base su una complicanza ancora misconosciuta, e favorire la definizione di programmi di prevenzione finalizzati a evitare che il paziente arrivi a perdere elementi dentari. Infatti, oltre a peggiorare la gestione del diabete, incidendo sul controllo metabolico, la parodontite aggrava la malattia diabetica anche perché porta alla caduta dei denti. Questo significa che il paziente vede compromessa la propria capacità di masticazione e finisce col prediligere cibi ad elevato indice glicemico (pasta, riso, frutta), con un evidente impatto negativo sul compenso glico-metabolico".

https://www.mdwebtv.it/site/index.php/component/gglms/contenuto/curare_la_parodontite_influisce_positivamente_sull_emoglobina_glicata

Diabete, in Abruzzo i malati sono 7 su cento

Convegno regionale all'auditorium Cianfarani. Donatelli: «Creiamo una rete per la cura dei pazienti»

CHIETI

«In Abruzzo il 7,4 per cento della popolazione è diabetica. Bisogna tessere la rete diabetologica nella cura del paziente». Parole del presidente della commissione comunale sanità, **Stefania Donatelli**: è sulla scorta di questa necessità concreta e sempre più stringente per chi è affetto da diabete che domani, dalle 9, nell'auditorium Cianfarani, si terrà il 27° convegno regionale dell'associazione **Medici diabetologi-Società italiana di diabetologia**. Il tutto è organizzato dal Centro di diabetologia territoriale di Chieti diretto proprio dalla Donatelli.

Il programma scientifico prevede due sessioni dedicate ad esperienze e casistiche personali e a studi clinici o sperimentali, fino ad arrivare ad un confronto sui nuovi Lea in diabetologia, sulla farmaco-economia nella programmazione e gestione della malattia diabetica, sull'efficacia e sulla sicurezza dei nuovi farmaci, sul "progetto Transizione" da un punto di vista pediatrico e diabetologico. Per proseguire con la relazione YoSID e le strategie di problem solving, attraversando le novità in tema di cura e di gestione delle complicanze nella malattia diabetica dal punto di vista cardiologico, nefrologico, neurologico,

oculistico, odontoiatrico, della medicina generale e di casi clinici interattivi.

Tra i relatori e moderatori, i medici **Ezio Casale, Agostino Consoli, Goffredo Del Rosso, Paolo Di Berardino, Antonio Di Muzio, Ercole D'Ugo, Fabrizio Febo, Gloria Formoso, Giuliana La Penna, Grazia La Verghetta, Rosalinda Madonna, Leonardo Mastropasqua, Anita Minnucci, Valeria Montani, Antonio Nicolucci, Vincenzo Paciotti, Tiziana Petrella, Adriano Piattelli, Rossella Romano e Stefano Tumini**.

«Le persone con diabete», spiega la presidente della commissione comunale sanità, «in Italia sono in aumento a causa

sia dell'innalzamento dell'età media e dell'aspettativa di vita, sia per l'aumento dell'obesità e della sedentarietà. In regione i diabetici sono già oltre al 7,4 per cento della popolazione e il 60 per cento ha più di 65 anni, età in cui la prevalenza del diabete raggiunge il 15-18 per cento».

All'evento sono stati assegnati 7,3 crediti formativi per medici chirurghi (diabetologi, endocrinologi, cardiologi, chirurghi vascolari, internisti, gastroenterologi, pediatri, endocrinologi, geriatri, nefrologi, fisiatristi, medici di medicina generale), per infermieri e per dietisti. (e.r.)

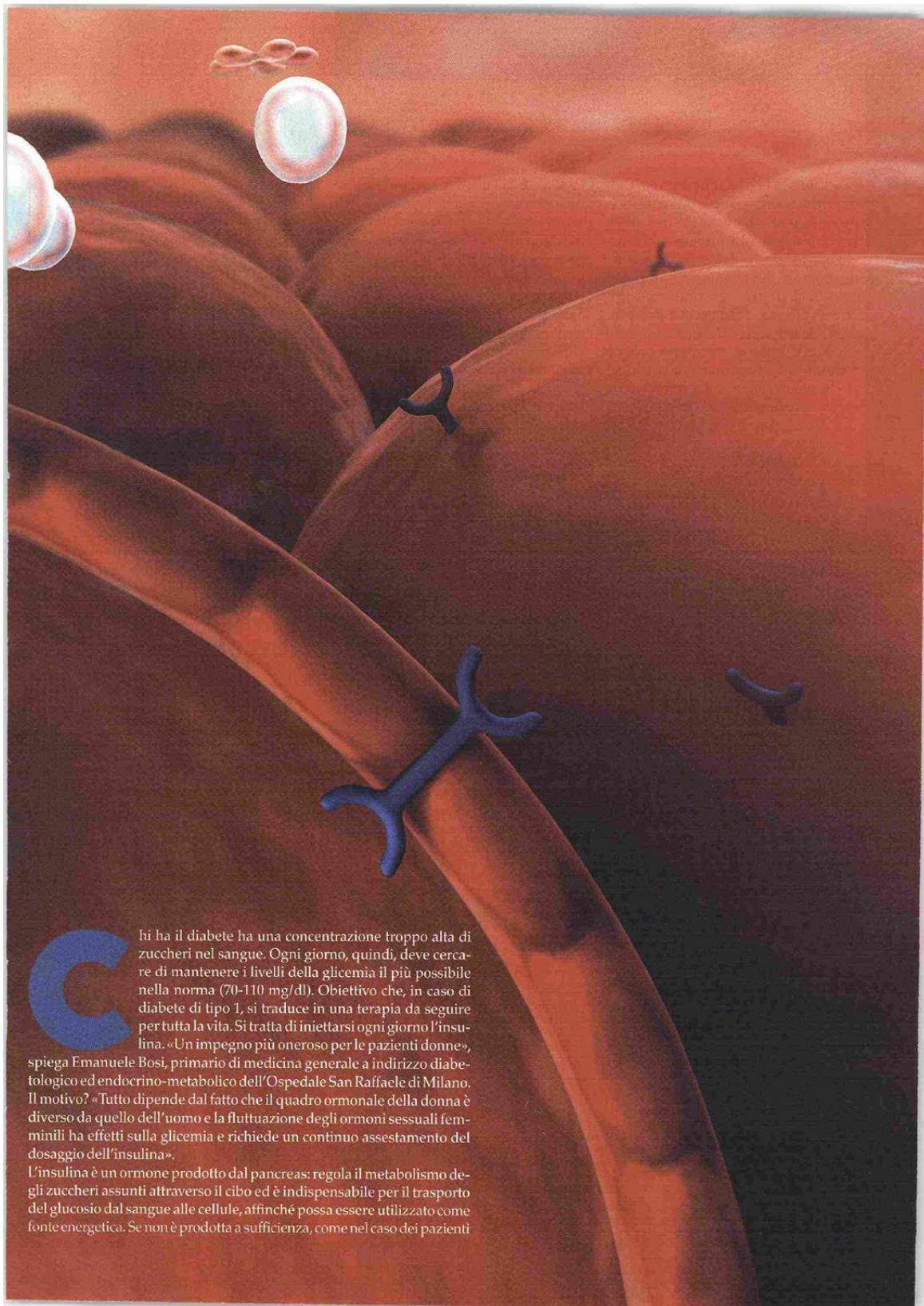


IL TUO CORPO

DIABETE

più attenzione per le donne

Il sesso femminile presenta problematiche diverse rispetto ai pazienti uomini. E le cose cambiano nelle varie fasi della vita



Chi ha il diabete ha una concentrazione troppo alta di zuccheri nel sangue. Ogni giorno, quindi, deve cercare di mantenere i livelli della glicemia il più possibile nella norma (70-110 mg/dl). Obiettivo che, in caso di diabete di tipo 1, si traduce in una terapia da seguire per tutta la vita. Si tratta di iniettarsi ogni giorno l'insulina. «Un impegno più oneroso per le pazienti donne», spiega Emanuele Bosi, primario di medicina generale a indirizzo diabetologico ed endocrino-metabolico dell'Ospedale San Raffaele di Milano. Il motivo? «Tutto dipende dal fatto che il quadro ormonale della donna è diverso da quello dell'uomo e la fluttuazione degli ormoni sessuali femminili ha effetti sulla glicemia e richiede un continuo assestamento del dosaggio dell'insulina».

L'insulina è un ormone prodotto dal pancreas: regola il metabolismo degli zuccheri assunti attraverso il cibo ed è indispensabile per il trasporto del glucosio dal sangue alle cellule, affinché possa essere utilizzato come fonte energetica. Se non è prodotta a sufficienza, come nel caso dei pazienti

IL TUO CORPO

con diabete di tipo 1 (anche detto giovanile, perché insorge già nella prima infanzia e comunque di solito entro i 30 anni, anche se può manifestarsi a qualunque età) è necessario assumerla dall'esterno per avere sempre la quantità giusta nel sangue ed evitare che i livelli di glucosio aumentino eccessivamente. Presupposto indispensabile della terapia è dunque misurare il livello di glucosio nel sangue per stabilire il giusto dosaggio di insulina in base ai pasti che si assumono. E, come emerso anche da una recente analisi del Gruppo Donna dell'Associazione medici diabetologi, nel caso delle pazienti femmine le fluttuazioni delle glicemie sono più marcate rispetto a quelle degli uomini. Per esempio, livelli elevati di progesterone prima delle mestruazioni possono determinare una glicemia più alta.

NELL'ETÀ FERTILE

«In prossimità del ciclo mestruale, così come durante l'ovulazione, la glicemia tende a salire», puntualizza il diabetologo. Per cui la donna con il diabete può andare incontro a maggiore difficoltà nel mantenere sotto controllo i valori del glucosio nel sangue, e ogni mese può essere costretta inevitabilmente a dover modificare la terapia insulinica: in altre parole, a cambiare il dosaggio. «La terapia insulinica ha cambiato la storia della malattia e ha rivoluzionato l'aspettativa di vita dei pazienti», sottolinea Bosi. «Ma è una terapia da seguire meticolosamente, ogni giorno e per tutta la vita, adeguando le dosi di

insulina da iniettare alle diverse esigenze della giornata e di giorno in giorno. E il ciclo, di fatto, con i cambiamenti ormonali che comporta (a livello di estrogeni e progesterone), interferisce e può dare problemi nel controllare la glicemia. Per cui è importante confrontarsi con il diabetologo per concordare come aumentare gradualmente la dose in quei giorni del mese».

Ormoni a parte, anche lo stress ci mette lo zampino nel rendere alle donne più complicata la gestione della terapia. Bosi, infatti, sottolinea che «i mille impegni quotidiani (dentro e fuori casa), ben più onerosi di quelli di cui si fanno carico gli uomini, considerando che sulle donne ancora grava per lo più la gestione della famiglia e della casa, rendono più difficoltoso adeguare a dovere la terapia insulinica all'alimentazione, all'attività fisica, e in generale alle esigenze giornaliere della paziente». Puntualizza Marina Scavini, responsabile dell'ambulatorio Diabete e gravidanza del San Raffaele: «Spesso, per esempio, anche i desideri culinari del resto della famiglia passano in primo piano rispetto a eventuali esigenze alimentari della paziente diabetica e così seguire un regime specifico diventa per la donna più difficile».

Inoltre non bisogna sottovalutare che i disordini alimentari, quali l'anoressia nervosa e la bulimia, sono più frequenti (anche se non esclusivi) tra le donne, in particolare giovani, e in caso di pazienti diabetiche si può andare incontro a situazioni alquanto complicate. «Per esempio», annota Bosi, «il rifiuto del cibo a volte può

indurre anche al rifiuto della terapia insulinica per il timore di ingrassare e l'iperglicemia si associa al rischio di chetoacidosi, una complicanza molto grave del diabete conseguente al digiuno e alla carenza di insulina».

IN GRAVIDANZA

«Avere il diabete non impedisce a una donna di diventare mamma, rende però la gravidanza un lavoro a tempo pieno», sottolinea Scavini. Se alla malattia si aggiungono complicanze (come per esempio ipertensione o retinopatia), va adattata la terapia farmacologica passando a farmaci compatibili con la gravidanza. «La retinopatia possibilmente va trattata prima dell'inizio della gravidanza», precisa la diabetologa. «In caso di diabete di tipo 2, i farmaci per bocca non sono autorizzati per l'uso in gravidanza, quindi prima del concepimento è opportuno iniziare la terapia insulinica», aggiunge.

In generale, le donne in dolce attesa con il diabete devono fare visite di controllo più frequenti, almeno ogni 15 giorni: per monitorare costantemente i valori glicemici e, dato che la sensibilità all'insulina cambia nei diversi trimestri di gestazione, cambiare continuamente il dosaggio per mantenere nella norma la glicemia che, indicativamente, dovrebbe essere intorno a 95 mg/dl al mattino e non superiore ai 120 mg/dl due ore dopo i pasti (non più di 140 un'ora dopo).

Per iniziare bene, l'emoglobina glicata (indice di controllo della glicemia e, di fatto, dell'efficacia della terapia in corso) dovrebbe essere inferiore a 6,5. «Con valori più alti aumenta progressivamente il rischio di aborto spontaneo e di malformazioni congenite», avvisa Scavini. Si raccomanda inoltre l'assunzione, a partire da almeno tre mesi prima del concepimento, dell'acido folico, «ma in quantità dieci volte maggiore di quella indicata per le donne senza diabete: 5 mg al giorno», puntualizza la specialista. Più frequenti devono essere anche le ecografie (cinque anziché tre).

«È fondamentale», conclude Scavini, «rivolgersi a un centro che abbia un ambulatorio di diabete e gravidanza, in modo da essere seguiti da un team di specialisti: ginecologi e diabetologi insieme, ma anche ostetrica e neonatologo. Anche il punto nascita dovrebbe essere dotato della terapia intensiva neonatale, affinché si possa con-

I nuovi glucometri prevengono anche l'ipoglicemia

Basta con le fastidiose punture da fare sulle dita più volte al giorno per misurare la glicemia. Già da qualche anno i pazienti con diabete di tipo 1 o di tipo 2 trattati con insulina possono controllare in modo continuativo il livello di glucosio nel sangue attraverso appositi sensori da applicare sulla pelle come cerotti o da impiantare sottocute. Ma ricerca e tecnologia non si fermano per offrire soluzioni sempre più comode, efficaci e all'avanguardia. È del 2016 un glucometro che, oltre a monitorare la glicemia, verifica anche altri tre parametri del sangue, ematocrito, emoglobina, chetoni, mentre nel marzo del 2017 è stato creato un device impiantabile «a lunga durata» da usare per tre mesi dall'impianto (anziché una o due settimane). L'ultima novità? Un sistema integrato semi-automatico che, oltre a monitorare la glicemia, consente, grazie a un sofisticato algoritmo, di controllare l'erogazione dell'insulina per prevenire le ipoglicemie, una delle complicanze più comuni e temute del diabete nel breve periodo.





Quello gestazionale mette a rischio il feto

E tra le complicanze più frequenti della gravidanza. «Tipicamente compare intorno al secondo trimestre e viene diagnosticato facendo il carico orale di glucosio, che vuol dire bere 75 grammi di glucosio e verificare con prelievo del sangue se prima e 60 e 120 minuti dopo i valori della glicemia siano nella norma», spiega Marina Scavini, responsabile dell'ambulatorio Diabete e gravidanza dell'Ospedale San Raffaele di Milano. Il diabete gestazionale è un'intolleranza ai carboidrati (zuccheri) che si presenta in una donna non diabetica nel corso dei nove mesi di attesa e si manifesta con l'aumento dei livelli di glucosio nel sangue. Nella maggior parte dei casi può essere tenuto sotto controllo attraverso la dieta e l'esercizio fisico, ma nel circa 20-30% è necessario ricorrere alla terapia farmacologica per mantenere la glicemia nella norma. «In questi casi è necessaria la somministrazione dell'insulina durante il periodo della gravidanza», continua Scavini. «Se non riconosciuto e adeguatamente trattato, il diabete gestazionale può aumentare i rischi per la mamma e il bambino». E dopo il lieto evento? «Generalmente la tolleranza glucidica torna rapidamente nella norma», conclude la diabetologa. «In ogni caso, nell'arco di 6-12 settimane dopo il parto si ripete l'esame del carico orale di glucosio per controllare che la tolleranza agli zuccheri sia tornata normale». Il diabete gestazionale aumenta comunque il rischio di insorgenza del diabete di tipo 2 negli anni successivi al parto, per cui si raccomanda a queste mamme di fare attività fisica e mantenere il peso forma e di eseguire controlli periodici della glicemia.

tare su specialisti esperti in caso di ipoglicemia neonatale o altre complicanze».

IN MENOPAUSA E DOPO

Anche con la menopausa cambia l'assetto degli ormoni sessuali e, di conseguenza, questa fase della vita impatta anche sul metabolismo degli zuccheri. «La menopausa», spiega Bosi, «rappresenta un altro momento delicato della vita della donna

con diabete e richiede un adattamento della terapia insulinica». Quindi aumentare o ridurre il dosaggio? «Non esiste una regola che tutte le pazienti diabetiche devono seguire, perché ogni caso è diverso dall'altro», conclude l'esperto. «Si deve infatti prendere in considerazione se la donna ingrassa molto o si deprime e non mangia più, o se diventa sedentaria o ancora se è trattata con la terapia ormonale sostitutiva».