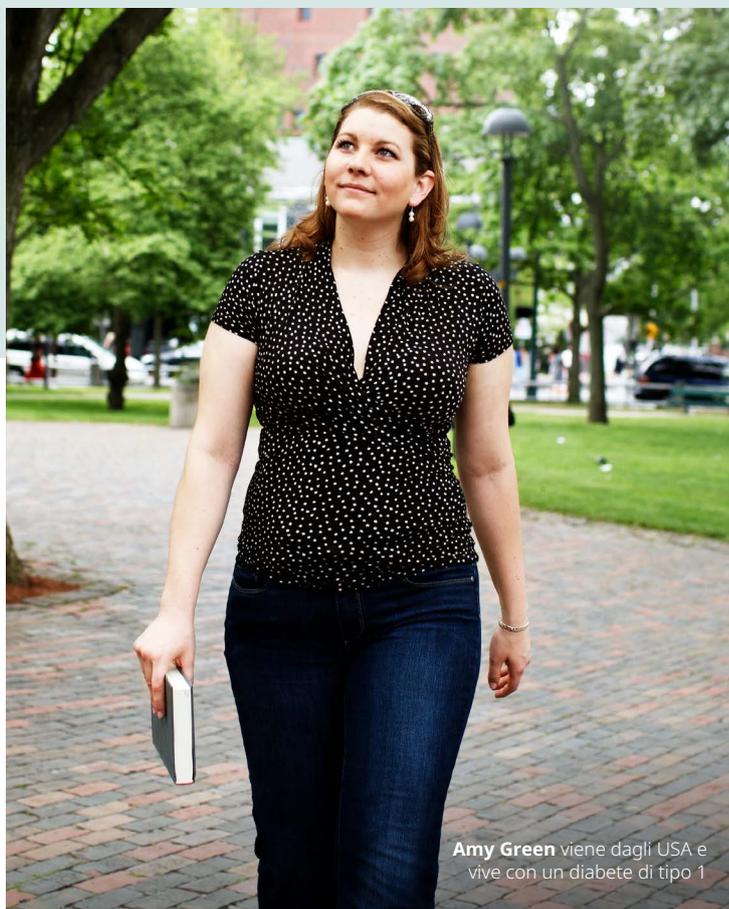
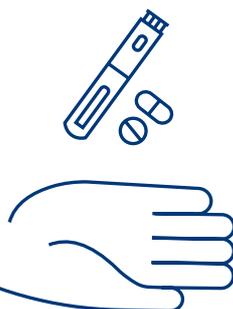
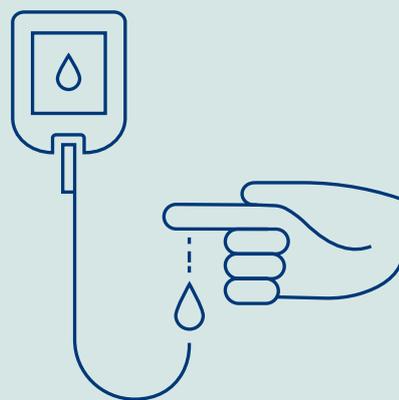


Guida al diabete



Amy Green viene dagli USA e vive con un diabete di tipo 1





Indice

<u>Prefazione</u>	4
<u>Che cos'è il diabete?</u>	5
<u>Digestione e metabolismo nell'organismo sano</u>	6
<u>Il metabolismo degli zuccheri nelle persone affette da diabete</u>	9
<u>L'alimentazione</u>	11
<u>Il trattamento del diabete mellito</u>	12
<u>Il controllo glicemico</u>	16
<u>I danni collaterali da diabete</u>	19
<u>Gestione responsabile del diabete</u>	20
<u>Situazioni particolari</u>	25
<u>Glossario</u>	28
<u>Chi siamo</u>	31

Prefazione

Gentili lettori,

Il diabete mellito è presente in ogni paese del mondo. In Svizzera si stima che siano circa 500'000 le persone che devono convivere con questa diagnosi. A queste si aggiungono molte persone che non sanno nemmeno di avere il diabete. Poiché se non è trattato può portare a gravi danni permanenti, la diagnosi precoce del diabete mellito è di fondamentale importanza.

Il termine diabete mellito deriva dalla parola greca »diabetes« (= passaggio) e da quella latina »mellitus« (= dolce come il miele). Si intendeva con ciò indicare lo zucchero che, invece di essere assimilato dalle cellule dell'organismo, viene eliminato assieme all'urina, rendendola dolce. Il diabete era conosciuto fin dall'antichità. Tuttavia, soltanto nel 1921 gli scienziati canadesi Banting e Best riuscirono a ricavare da tessuto pancreatico l'insulina responsabile della regolazione del livello di zucchero nell'organismo e a curare così un cane sofferente di diabete. Nel 1922 avvenne il primo trattamento di successo con insulina di una persona affetta da diabete.

Questa guida intende fornire una panoramica sul diabete, su come si sviluppa e sulle opzioni per trattare questa malattia.

Che cos'è il diabete?

La persona affetta da diabete soffre di un disturbo del metabolismo degli zuccheri. Le cellule del corpo non riescono ad assorbire correttamente lo zucchero e il suo livello nel sangue, la glicemia, aumenta eccessivamente. La causa risiede in una mancanza dell'ormone insulina o in una resistenza delle cellule corporee all'effetto di quest'ormone, il che significa:

- che il pancreas non produce insulina o non ne produce a sufficienza, e/o,
- che l'insulina propria dell'organismo non è abbastanza efficace.

Il diabete di tipo 1

Se il pancreas non produce assolutamente insulina si parla di diabete di tipo 1. Questo tipo di diabete solitamente si manifesta in modo improvviso, spesso già nei bambini e nei giovani. Per questo motivo un tempo era chiamato «diabete giovanile». L'insulina deve essere necessariamente assunta per intero da una fonte esterna. Il diabete di tipo 1 si verifica quando il sistema immunitario dell'organismo inizia a distruggere le cellule nel pancreas responsabili della produzione di insulina. Questo difetto del sistema immunitario viene anche definito autoimmunità.

Il diabete di tipo 2

Un tempo veniva definito «diabete senile», poiché spesso si verifica nell'età tardo adulta e negli anziani. Sempre più

spesso la malattia colpisce però anche gli adolescenti e i giovani adulti. Nel diabete di tipo 2, inizialmente il pancreas produce più insulina, ma le cellule dell'organismo sono così resistenti all'insulina che assimilano poco zucchero e il tasso glicemico nel sangue aumenta. Nel corso della malattia, le cellule del pancreas non riescono più a coprire il fabbisogno aumentato di insulina, la loro capacità produttiva si esaurisce e ne risulta una mancanza di insulina. Questa forma di diabete progredisce dapprima lentamente, rimanendo spesso nascosta per anni. Nel diabete di tipo 2 si prova dapprima a ridurre la glicemia attraverso un'alimentazione controllata, nelle persone in sovrappeso in particolare attraverso un'alimentazione equilibrata e un aumento dell'attività fisica. Tuttavia spesso il diabete è una malattia cronica progressiva, per cui dopo qualche tempo può essere necessario introdurre farmaci nella terapia. Tra i fattori di rischio per il diabete di tipo 2 si annoverano la predisposizione ereditaria, il sovrappeso, la mancanza di movimento e un precedente diabete gestazionale.

Il diabete gestazionale

Un'altra forma di diabete è il diabete gestazionale, che compare durante la gravidanza e spesso scompare dopo la nascita del bambino.

Tuttavia in alcune donne questo disturbo del metabolismo può persistere anche dopo il parto o evolversi in diabete di tipo 2 dopo 5-10 anni. Per questo è importante controllare regolarmente la glicemia dopo aver avuto un diabete gestazionale.



Digestione e metabolismo nell'organismo sano

Sostanze nutritive e digestione

Il nostro organismo si compone di miliardi di cellule. Nelle cellule avvengono numerose e complesse reazioni chimiche. Questi processi vengono definiti metabolismo. Il metabolismo serve per esempio per svolgere il lavoro muscolare e rinnovare o moltiplicare le cellule (per esempio della pelle e dei capelli). Un metabolismo che funziona richiede un costante apporto di sostanze nutritive, che sono ricavate dagli alimenti che vengono assunti, composti essenzialmente da:

1. **carboidrati**
2. **proteine**
3. **grassi**

I carboidrati e i grassi apportano in prima linea energia, le proteine sono gli elementi costitutivi delle cellule e svolgono numerose funzioni.

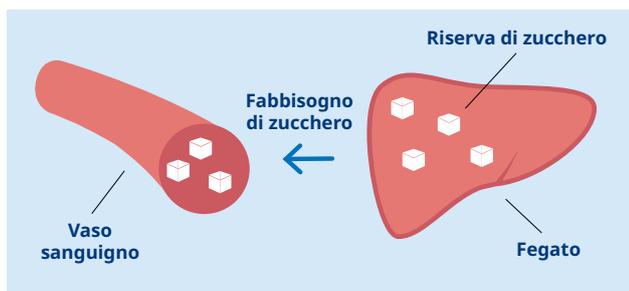
Gli alimenti assunti vengono dapprima digeriti nello stomaco e nell'intestino, cioè vengono scomposti, poiché le cellule possono assimilare solo determinate sostanze molto semplici. L'**apparato digerente** scompone gli alimenti introdotti nei seguenti elementi semplici:

- dai carboidrati deriva il **glucosio** («zucchero»)
- dalle proteine derivano gli **amminoacidi**
- dai grassi derivano gli **acidi grassi**

Questi elementi sono in grado di attraversare la parete intestinale e arrivare al sangue e alle cellule.

Il metabolismo degli zuccheri

Il nostro organismo ha costantemente bisogno di energia, anche quando riposiamo. Se questa energia non gli viene fornita mediante l'alimentazione, le cellule fanno ricorso alle riserve presenti nell'organismo (per esempio nel fegato). Lo zucchero gioca un ruolo particolarmente importante, perché in caso di necessità esso può rapidamente essere trasformato in energia, per esempio durante il lavoro o lo sport.

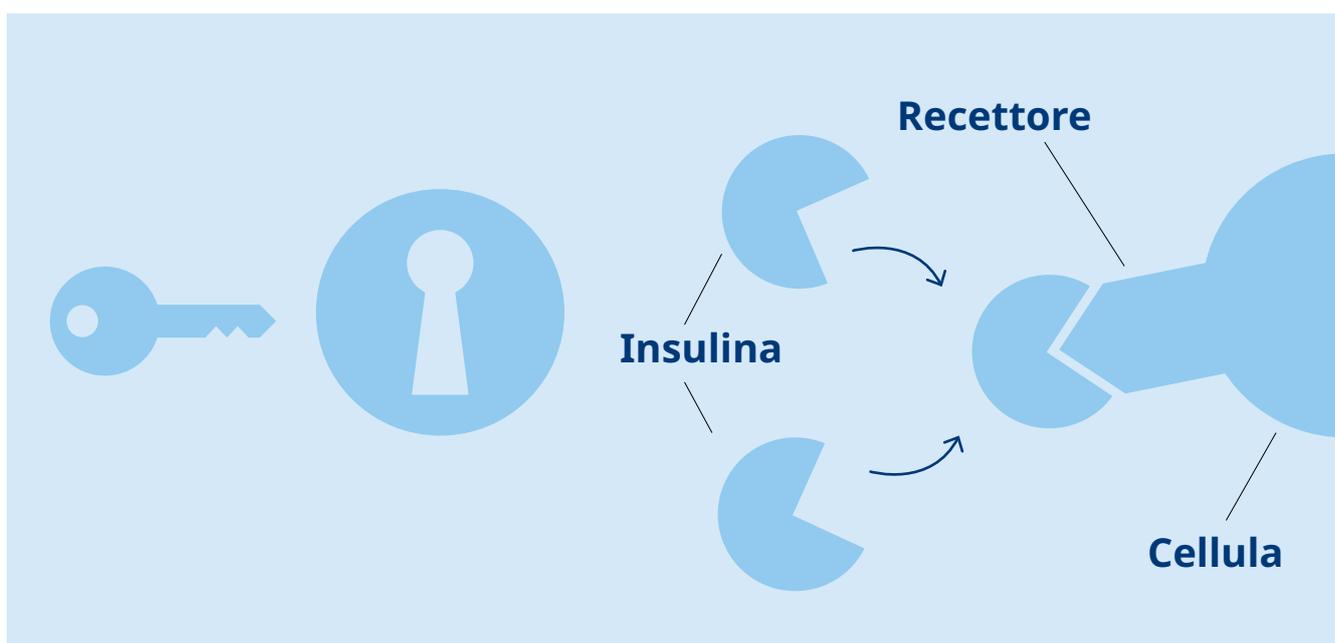


L'organismo regola il tasso di glucosio nel sangue in modo tale che esso sia sempre più o meno costante, facendo sì che dopo ogni pasto lo zucchero nel sangue venga assimilato dalle cellule, dove viene trasformato direttamente in energia, o venga immagazzinato nel fegato sotto forma di riserva energetica. Tra un pasto e l'altro lo zucchero viene prelevato dalle riserve e reintrodotta nel sangue.

Affinché lo zucchero possa passare dal sangue all'interno delle cellule occorre una »chiave«. Questa chiave è l'insulina.

Che cos'è l'insulina e come funziona?

L'insulina è un ormone (dal greco hormao = stimolare). Gli ormoni sono sostanze di segnalazione che, anche in quantità minime, scatenano nell'organismo delle reazioni estremamente mirate. L'insulina si forma nel pancreas. Quest'ultimo la rilascia nel sangue, da cui accede poi alle cellule. Sulla superficie delle cellule l'insulina incontra i cosiddetti recettori insulinici. Solo quando l'insulina si lega a un recettore insulinico (si può paragonare l'immagine a quella di una chiave e di una serratura) lo zucchero può entrare all'interno della cellula. L'insulina agisce quindi come chiave che apre le »porte« delle cellule.



I tassi glicemici in cifre

Il tasso glicemico in un non diabetico si aggira intorno a 5 mmol/l (90 mg/dl). Immediatamente dopo i pasti la glicemia può arrivare a 7 mmol/l (126 mg/dl) o più, per poi scendere nuovamente. Raramente scende al di sotto di 3,5 mmol/l (63 mg/dl).



L'unità di misura millimoli per litro indica il numero di particelle di zucchero (molecole di zucchero) per litro di sangue. Il sangue contiene milioni di particelle di zucchero. Per non dover lavorare con cifre così grandi usiamo un'unità di misura molto più pratica: la millimole.

La glicemia può anche essere espressa in milligrammi di zucchero per decilitro di sangue (mg/dl). 10 mmol/l corrispondono a 180 mg/dl. Il fattore di conversione è:

da mmol/l a mg/dl: $18,016 \times \text{mmol/l} = \text{mg/dl}$

da mg/dl a mmol/l: $0,0555 \times \text{mg/dl} = \text{mmol/l}$

L'emoglobina glicosilata (HbA_{1c})

Il glucosio si lega all'emoglobina contenuta nei globuli rossi del sangue, dando origine all'emoglobina glicosilata, misurata come HbA_{1c} ed espressa in % di «emoglobina glicosilata».

L'HbA_{1c} viene misurata all'incirca ogni 3 mesi, periodo che corrisponde alla durata di vita di un globulo rosso. Così facendo si ottiene una specie di valore medio della glicemia in quell'arco di tempo.

Nella tabella è riportata la correlazione approssimativa tra l'HbA_{1c} e la glicemia media.

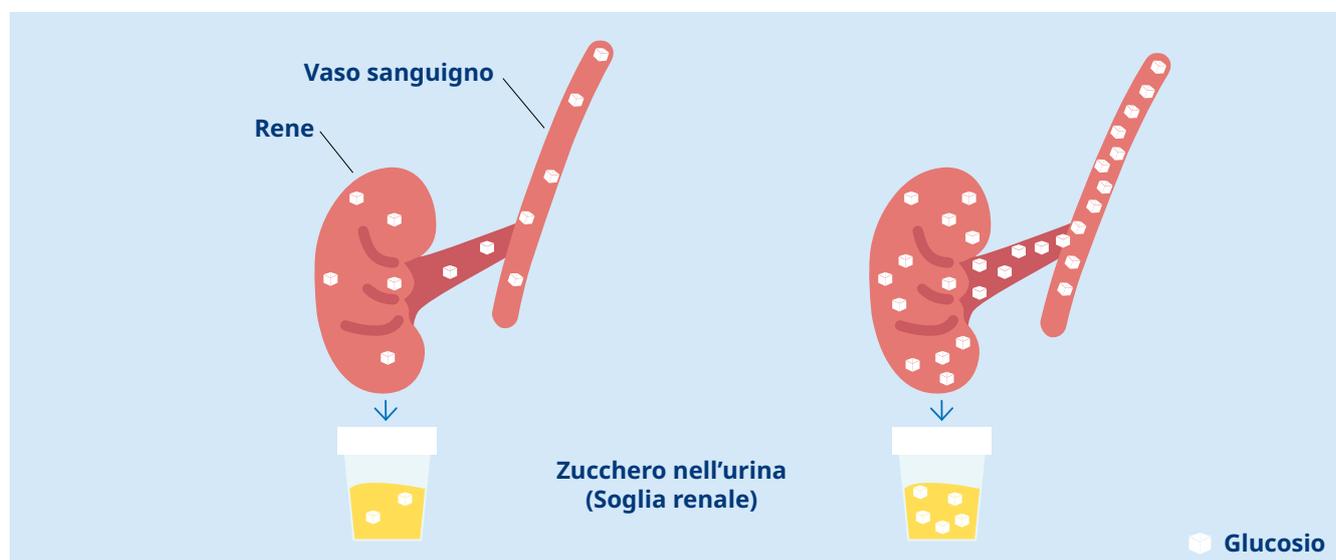
	HbA _{1c} in %	Glicemia in mmol/l
Una persona non affetta da diabete ha un'HbA_{1c} di 4,0 - 6,4%	5,5	5,0
	6,1	6,0
	6,6	7,0
	7,2	8,0
	7,7	9,0
	8,3	10,0
	8,8	11,0
	9,4	12,0
	9,9	13,0



Il metabolismo degli zuccheri nelle persone affette da diabete

L'organismo delle persone affette da diabete non produce insulina o ne produce in quantità insufficiente. Lo zucchero assunto con l'alimentazione non può quindi essere assimilato dalle cellule e rimane nel sangue. La glicemia non può più essere mantenuta entro limiti ristretti e continua ad aumentare. Nel suo percorso il sangue circola anche nei reni, che filtrano i prodotti di scarto dal sangue

e li eliminano con l'urina. Lo zucchero non è un prodotto di scarto, per questo normalmente non viene rilasciato nell'urina. Se però la glicemia sale oltre un determinato valore, lo zucchero passa nell'urina. Il valore glicemico in corrispondenza del quale i reni iniziano a eliminare zucchero attraverso l'urina viene definito anche «soglia renale» e si aggira intorno a 10 mmol/l (180 mg/dl).



Sintomi del diabete di tipo 1

Al momento della diagnosi, la maggior parte delle persone affette da diabete 1 soffre già di una grave mancanza di insulina. Tale grave mancanza fa aumentare rapidamente la glicemia, provocando sintomi evidenti quali:



Il medico accerterà una glicemia molto alta e la presenza di zucchero e di cosiddetti corpi chetonici nell'urina. I corpi chetonici sono sostanze che si formano quando l'organismo scompone i grassi per ricavare energia..

Sintomi del diabete di tipo 2

Il soggetto affetto da diabete di tipo 2 produce ancora insulina, la mancanza di insulina non è ancora così evidente e la glicemia non aumenta in modo così rapido come nei soggetti affetti da diabete di tipo 1. I sintomi sono perciò decisamente meno evidenti, e possono passare anni prima che il diabete venga diagnosticato da un medico. Possono comparire i seguenti sintomi:



Poiché in molti casi trascorrono anni prima che un diabete di tipo 2 venga diagnosticato, al momento della diagnosi spesso sono già presenti delle complicanze (vedi capitolo «I danni collaterali da diabete» a pagina 19). Per questo motivo è estremamente importante riconoscere un diabete di tipo 2 quanto più tempestivamente possibile. Se opportunamente trattato, si possono infatti evitare le complicanze, o quanto meno è possibile renderne il decorso meno grave.



L'alimentazione

Mangiare deve essere un piacere, ma al tempo stesso l'alimentazione è importante anche per la salute. Gli alimenti ci apportano le sostanze nutritive, le vitamine e i minerali di cui il nostro organismo ha bisogno per essere sano e attivo. Contrariamente a quanto si ritiene solitamente, un'alimentazione sana per le persone affette da diabete è molto simile a un'alimentazione sana per le persone non affette da questa malattia.

Le sostanze nutritive

Un'alimentazione sana si compone di una combinazione equilibrata di carboidrati, grassi e proteine. Ci sono diverse opinioni su cosa costituisca un'alimentazione sana, così come diverse piramidi alimentari.

L'energia (calorie/joules) assunta con gli alimenti dovrebbe essere distribuita come segue:

Verdure in abbondanza
crude o cotte*



1 alimento a base di proteine

1 alimento a base di amido*

* Le salse e i condimenti per insalata (p. es. condimento francese o salsa alla panna e funghi) sono spesso ricchi di calorie e devono essere consumati con moderazione.

Alimenti e glicemia

Gli alimenti di solito contengono diverse sostanze nutritive. L'entità e la velocità con cui la glicemia sale dipendono dal tipo di carboidrati e dal contenuto di altre sostanze

nutritive e di fibre. In generale, la glicemia aumenta in proporzione ai carboidrati contenuti: ciò significa che maggiore è il contenuto di carboidrati e maggiore sarà l'aumento della glicemia.

Nel tratto intestinale i carboidrati vengono scomposti in singole particelle di zucchero e vengono assimilati nel sangue. Grazie all'insulina (chiave) le particelle di zucchero vengono assimilate dalle cellule, garantendo così l'apporto energetico agli organi mediante lo zucchero. Di conseguenza, i livelli di insulina aumentano dopo l'assunzione di cibo, quando la glicemia aumenta.

Consigli alimentari per le persone affette da diabete

L'alimentazione è un aspetto importante della gestione del diabete.

Un piano alimentare è raccomandabile per ogni persona con il diabete e in particolare per chi ha un diabete di tipo 2, che spesso deve modificare le proprie abitudini alimentari. Rivolgetevi a una dietista diplomata per mettere a punto un piano alimentare personalizzato.



Il trattamento del diabete mellito

I diversi tipi di trattamento

A tutt'oggi, per il diabete non esistono possibilità di guarigione. Un trattamento precoce e adeguato è il presupposto più importante per una vita normale, dalla qualità più elevata possibile, e per la massima protezione contro le conseguenze a lungo termine.

Il trattamento mira a una normalizzazione del tasso glicemico. Ciò significa che i tassi glicemici dovrebbero essere il più possibile vicini a quelli dei soggetti non affetti da diabete. L'ideale sarebbe raggiungere un valore di HbA_{1c} inferiore al 7%. Il proprio obiettivo deve però essere fissato individualmente con il medico.

Il trattamento del diabete di tipo 1

Come già citato, la persona affetta da diabete di tipo 1 presenta, fin dal momento della diagnosi, una mancanza assoluta di insulina e fin da subito le viene prescritta l'assunzione di insulina. Sebbene oggi l'insulina sia identica o molto simile a quella prodotta dal pancreas umano, c'è una differenza tra l'insulina rilasciata dal pancreas e l'insulina che viene iniettata, che viene veicolata nel sangue in modo diverso. Nell'organismo del soggetto sano le cellule del pancreas che producono l'insulina misurano la glicemia e liberano poi direttamente nel sangue la quantità di insulina necessaria. L'insulina rilasciata agisce nel sangue solo per alcuni minuti. Se è necessaria più insulina, il

pancreas ne mette a disposizione di più. Il fabbisogno di insulina dell'organismo viene quindi soddisfatto in modo rapido ed efficace.

I soggetti affetti da diabete di tipo 1 devono invece iniettarsi l'insulina nel tessuto sottocutaneo, da dove viene continuamente rilasciata nel sangue. Questo processo richiede un po' di tempo. L'insulina iniettata viene assorbita dal sangue finché non è consumata, indipendentemente dal valore della glicemia, motivo per cui non è così semplice regolare sempre correttamente la glicemia.

Il trattamento del diabete di tipo 2

Nel diabete di tipo 2 il pancreas produce ancora dell'insulina, quanto meno all'inizio della malattia. Spesso però è presente una resistenza all'insulina, il che significa che le cellule dell'organismo hanno bisogno di più insulina per assimilare la stessa quantità di zucchero delle persone che non presentano questa resistenza all'insulina.

Secondo i dati dell'OMS, 9 persone su 10 affette da diabete di tipo 2 vivono con un sovrappeso, che è spesso la causa principale della resistenza all'insulina. Per questo motivo il trattamento del diabete consiste inizialmente in un'alimentazione misurata e a ridotto contenuto di grassi, unita a una maggiore attività fisica. L'obiettivo è quello di mantenere perlomeno stabile il peso corporeo o, ancora meglio, di ridurlo.

Tuttavia, spesso il diabete di tipo 2 è una malattia cronica progressiva, per cui è probabile che dopo un po' di tempo sia necessario aggiungere una terapia farmacologica.

La terapia farmacologica

Il numero di farmaci antidiabetici è aumentato notevolmente negli ultimi anni e oggi in Svizzera disponiamo di una vasta gamma di prodotti. Accanto ad alcuni medicinali che devono essere somministrati tramite iniezione, esistono farmaci sotto forma di compresse orali. Di seguito brevemente descritte le varie classi di sostanze più usate in Svizzera.

Inibitori della DPP-4

Gli inibitori della DPP-4 sono una classe di principi attivi impiegati per il trattamento del diabete di tipo 2. Abbassano la glicemia impedendo la degradazione del GLP-1, un ormone intestinale naturale che ha varie funzioni, tra cui stimolare il rilascio di insulina.

Agonisti del recettore del GLP-1/GIP

Gli agonisti del recettore del GLP-1/GIP, sono impiegati contro il diabete di tipo 2. La loro struttura è simile a quella degli ormoni naturali GLP-1 e GIP e si possono legare ai recettori di entrambi gli ormoni. Grazie a questo meccanismo stimolano, a seconda del livello di zucchero nel sangue, la secrezione di insulina dalle cellule beta del pancreas e inibiscono il rilascio di glucagone. Inoltre, rallentano lo svuotamento dello stomaco e aumentano il senso di sazietà.

Insulina

Le insuline sono proteine prodotte nel pancreas. Viene definita «insulina umana», un'insulina che ha una struttura e una composizione identica all'insulina naturale prodotta dal corpo umano. Gli analoghi dell'insulina sono simili ma non identici alle insuline presenti in natura. La loro struttura è stata leggermente modificata per essere assimilati più rapidamente dell'insulina umana nella circolazione sanguigna (nel caso delle insuline rapide), o al contrario per avere una durata d'azione più lunga (insuline lente). Le insuline sono impiegate nel trattamento del diabete di tipo 1, ma anche del diabete di tipo 2. Per persone affette da diabete di tipo 1 l'iniezione di insulina è vitale, poiché le loro cellule del pancreas non ne producono più o solo molto poca.

Insuline rapide (boli insulinici o insuline prandiali)

Dopo ogni pasto il fabbisogno di insulina aumenta rapidamente perché lo zucchero viene assorbito nel sangue. Per coprire questo picco nel fabbisogno vengono iniettate insuline a breve durata d'azione (insuline rapide), che data la loro funzione sono chiamate anche insuline prandiali o boli. Agiscono rapidamente. Grazie all'iniezione di insulina prandiale la glicemia non aumenta in modo così repentino dopo aver mangiato.

Insuline lente (insuline basali o a rilascio prolungato)

Ognuno di noi ha bisogno di insulina anche tra un pasto e l'altro e di notte, al fine di garantire l'attività metabolica di base. Questo fabbisogno basale richiede piccole quantità di insulina nel corso delle 24 ore. Le insuline a lunga durata d'azione sono perciò dette insuline lente, insuline basali o a rilascio prolungato, poiché sono assorbite dal sangue lentamente e per lungo tempo dopo l'iniezione.

Insuline miste

Le insuline miste possono contribuire a ridurre il numero di iniezioni poiché contengono sia una parte di insulina rapida sia una di insulina lenta. Sono iniettate da 1 a 2 volte al giorno (prima dei pasti). In questo modo vengono regolati il rapido innalzamento del glucosio nel sangue dopo i pasti e la glicemia tra un pasto e l'altro.

Metformina

Spesso la metformina viene somministrata come prima terapia farmacologica se la modifica dell'alimentazione, la riduzione del peso e l'aumento dell'attività fisica non sono sufficienti per migliorare la glicemia. L'effetto antidiabetico si basa sull'inibizione della produzione di glucosio nel fegato.

Inibitori del SGLT-2

Gli inibitori del SGLT-2 sono farmaci per i diabetici di tipo 2. Riducono il riassorbimento del glucosio nei reni, provocando di conseguenza una maggior eliminazione di glucosio con le urine. La glicemia si riduce e parallelamente vengono perse calorie. Il loro effetto è indipendente dall'insulina.

Sulfaniluree

Le sulfaniluree sono impiegate nella terapia del diabete di tipo 2. Riducono la glicemia aumentando la secrezione di insulina dalle cellule del pancreas.

Conservazione dei medicinali

I medicinali non possono essere utilizzati oltre la data di scadenza, indicata con «EXP» sulla confezione. Devono essere osservate le istruzioni sulla confezione esterna e lette le informazioni nel foglietto illustrativo concernenti la conservazione ed eventualmente il trasporto del medicamento nelle attività quotidiane. Si trovano anche indicazioni sulla temperatura di conservazione prima e dopo l'apertura del medicamento e sulle precauzioni riguardanti l'esposizione alla luce solare e all'umidità.



Rispettare le temperature di conservazione indicate nel foglietto illustrativo



Proteggere dall'umidità



Evitare il surriscaldamento (p. es. nel portaoggetti o nel baule)

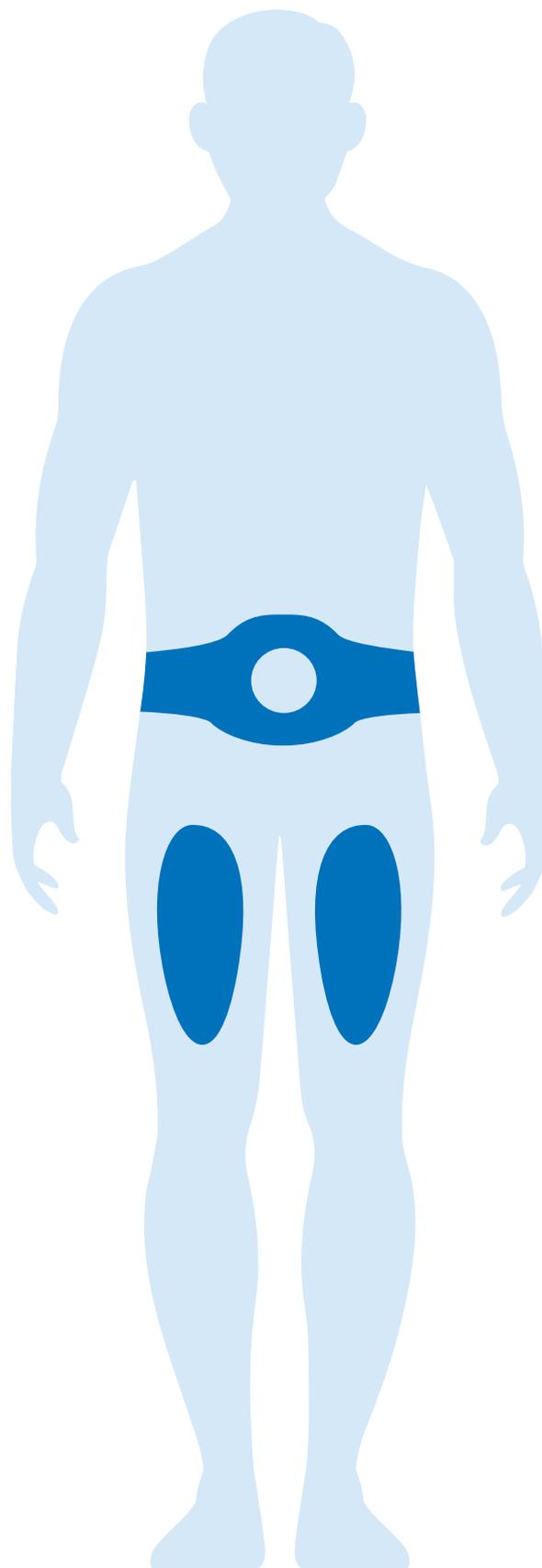
Tecnica di iniezione

Prima dell'iniezione accertatevi che state usando il medicamento giusto e seguite le istruzioni contenute nel foglietto illustrativo. Usate sempre un ago nuovo per ogni iniezione ed eliminatelo dopo l'uso. Le insuline e gli agonisti del recettore del GLP-1 sono iniettati nel grasso sottocutaneo, quindi sotto la pelle. Il medico vi spiegherà come e dove eseguire l'iniezione. Cambiate ogni volta la sede d'iniezione all'interno della regione cutanea prescelta, al fine di evitare ispessimenti e indurimenti del tessuto grasso (lipodistrofia). La lipodistrofia altera l'assorbimento del medicamento e può essere la causa di un cattivo controllo della glicemia. I punti in cui viene effettuata l'iniezione devono essere distanti 3 - 4 cm o due dita l'uno dall'altro, e la pelle in cui si inietta deve essere sana e priva di cicatrici. La regione del corpo prescelta per l'iniezione può essere cambiata (p. es. dall'addome alla coscia) solo dopo averne discusso con il medico.



La tecnica di iniezione deve essere insegnata e mostrata dal medico o dal consulente specializzato in diabetologia. Le istruzioni di questi specialisti vanno seguite. Per ulteriori informazioni consultare il foglietto illustrativo del medicamento.

Gli aghi per iniezione sono monouso e devono essere sostituiti prima di ogni iniezione. Già dopo un solo utilizzo l'ago non è più perfettamente appuntito e può rendere l'iniezione dolorosa. Inoltre la sterilità non è più garantita e l'ago potrebbe essere ostruito da residui del medicamento che rischiano di compromettere il funzionamento del dispositivo per l'iniezione. I dispositivi per iniezione riutilizzabili vanno conservati senza ago, per evitare la fuoriuscita del medicamento o l'ingresso di aria nella penna.



Importante! Controllare sempre che venga iniettato il medicamento giusto e variare la sede di iniezione.



Il controllo glicemico

A quali valori mirare?

L'obiettivo del trattamento è quello di fare avvicinare il tasso glicemico del paziente diabetico a quello di un non diabetico. Oggi sappiamo che un buon controllo glicemico può prevenire le complicanze o alleviarne il decorso. Occorre quindi trovare insieme al medico un controllo ottimale.

La tabella riprodotta qui di seguito riporta dei valori ideali:

	Controllo ideale	Controllo accettabile	Controllo insufficiente
Glicemia a digiuno	5.0-7.0 mmol/l	<8.0 mmol/l	>8.0 mmol/l
Glicemia postprandiale (2 ore dopo i pasti)	<8.0 mmol/l	<10.0 mmol/l	>10.0 mmol/l

Correggere la glicemia

Una persona affetta da diabete che segue un'insulinoterapia intensiva mira a un tasso glicemico il più possibile vicino alla norma. Per raggiungerlo è necessario misurare la glicemia più volte al giorno, ed eventualmente correggerla. Nel corso del suo apprendimento imparerà a conoscere i propri valori di correzione.

Indicativamente si può dire che:

- 1 unità di insulina fa diminuire la glicemia di circa 2-3 mmol/l (36-54 mg/dl)
- 10 grammi di glucosio aumentano la glicemia di circa 2-3 mmol/l (36-54 mg/dl)

Lo scompenso glicemico

Per una persona affetta da diabete non è semplice mantenere sempre la glicemia entro valori normali. Nei soggetti non diabetici l'organismo regola continuamente il tasso glicemico affinché non sia mai troppo basso. Il paziente diabetico deve adattare l'insulina che si inietta non solo al cibo che assume, ma anche all'attività fisica che svolge. Subentrano poi anche altri fattori, quali lo stress psicologico o una malattia, che influiscono sul fabbisogno insulinico dell'organismo. Ciò può portare a uno scompenso glicemico.

La glicemia può essere

- troppo bassa (ipoglicemia)
- troppo alta (iperglicemia)

L'ipoglicemia

Se la glicemia è troppo bassa (al di sotto di 3,9 mmol/l o 70 mg/dl) si parla di ipoglicemia. I sintomi dell'ipoglicemia variano da persona a persona. Per voi quello che conta è imparare a riconoscere i vostri sintomi. Nella maggior parte delle persone affette da diabete sudore e/o brividi sono i primi segnali d'allarme, ma tra i sintomi ricorrenti ci sono anche debolezza, sensazione di freddo, irritabilità, fame, stanchezza, sonnolenza, mal di testa e lievi disturbi visivi. Se la glicemia diminuisce ulteriormente si può arrivare alla perdita di conoscenza.

Cosa fare?

Ai primi segni di ipoglicemia occorre intervenire immediatamente: bisogna mangiare o bere subito qualche cosa che contenga dello zucchero, per esempio:

- 3-5 zollette di zucchero (10 g) o del glucosio (10 g)
- 1 bicchiere (0,2 l) di succo d'arancia, di normale bibita alla cola o di altre bevande dolci (non bevande light!)

È poi importante mangiare degli alimenti contenenti carboidrati per evitare che la glicemia scenda nuovamente. Vanno bene per esempio 1 fetta di pane, 1 mela o simili. Se l'ipoglicemia viene riconosciuta tempestivamente spesso è sufficiente mangiare 1 o 2 pezzi di frutta, una fetta biscottata o una fetta di pane.

Importante: prima mangiare e poi misurare!

Non appena l'ipoglicemia è stata trattata occorre misurare la glicemia. A seconda delle circostanze può essere utile effettuare nuovamente la misurazione dopo 30 - 60 minuti.

Perché si verifica l'ipoglicemia?

L'ipoglicemia si può verificare:

- se si sono mangiati meno carboidrati del solito
- se si è iniettata una dose eccessiva di insulina
- durante o dopo un aumento dell'attività fisica
- se sono stati bevuti alcolici (l'alcol diminuisce il rilascio di glucosio dal fegato e anche 12 ore dopo l'assunzione può portare a bassi valori glicemici).

Come si previene l'ipoglicemia?

La glicemia deve essere controllata regolarmente: solo così è possibile imparare a valutare correttamente le pro-

prie reazioni glicemiche. Prima di ogni attività di breve durata e non programmata è consigliabile mangiare circa 20 g di carboidrati per prevenire l'ipoglicemia. Prima di attività intense prolungate e pianificate potrebbe essere necessario ridurre il dosaggio insulinico. Il dosaggio va concordato con il medico o con un consulente in diabetologia (si veda anche il capitolo »Diabete e sport« a pagina 22).

In caso di ipoglicemia

Per una persona affetta da diabete è importante avere sempre e ovunque a disposizione un numero sufficiente di zollette di zucchero o di barrette di glucosio, nonché il tesserino personale per diabetici. È opportuno spiegare precisamente agli amici e ai famigliari come devono comportarsi in caso di ipoglicemia ed eventualmente come utilizzare il glucagone. Il glucagone funge da antagonista all'effetto dell'insulina liberando le riserve di zucchero nel fegato.

Il set d'emergenza di una persona affetta da diabete contiene sempre zollette di zucchero o glucosio.



Ipoglicemia con perdita di conoscenza

Se l'ipoglicemia non viene trattata può portare alla perdita di conoscenza associata a convulsioni. Questa situazione richiede l'intervento immediato da parte delle altre persone presenti. Occorre mettere la persona in stato di incoscienza su un fianco in posizione stabile e non le devono in nessun caso venire somministrati dei liquidi. Si raccomanda di chiamare immediatamente l'ambulanza e, se si ha a disposizione del glucagone, iniettarlo nella muscolatura o nel tessuto sottocutaneo o, in alternativa, somministrarlo per via nasale.

In caso di dubbio iniettare sempre e immediatamente il glucagone: non danneggia in alcun modo l'organismo, nemmeno se non c'è un'ipoglicemia.

Non appena il paziente è di nuovo cosciente deve assumere immediatamente del glucosio e/o cibi o bevande contenenti carboidrati e misurare la glicemia.

L'iperglicemia

Se la glicemia è troppo alta si parla di iperglicemia. Essa può essere provocata dai seguenti fattori:

- troppo cibo
- dosaggio insulinico insufficiente
- scarsa attività fisica
- malattie o altri tipi di stress
- gravidanza
- ciclo mestruale

Spesso l'iperglicemia può essere corretta eliminandone la causa o modificando il trattamento. Se non si ha una spiegazione plausibile per l'aumento della glicemia è necessario consultare il medico.

I lievi aumenti glicemici dovuti a errori alimentari possono solitamente essere corretti evitando i carboidrati durante il pasto successivo. Aumenti glicemici più elevati, dovuti a malattia o a un'iniezione di insulina insufficiente (iniezione dimenticata!), possono essere corretti modificando la dose di insulina.

Sintomi dell'iperglicemia

Sono molti i sintomi che possono essere associati a una glicemia troppo alta. Spesso, però, persino la glicemia relativamente alta può essere asintomatica. Occorre comunque tenere presente che un'iperglicemia frequente e prolungata aumenta il rischio di complicanze anche se momentaneamente non provoca alcun sintomo.

I sintomi di una glicemia elevata sono:

- sete e minzione frequente
- stanchezza e sonnolenza
- disturbi della vista
- perdita di peso
- chetoacidosi/perdita di conoscenza

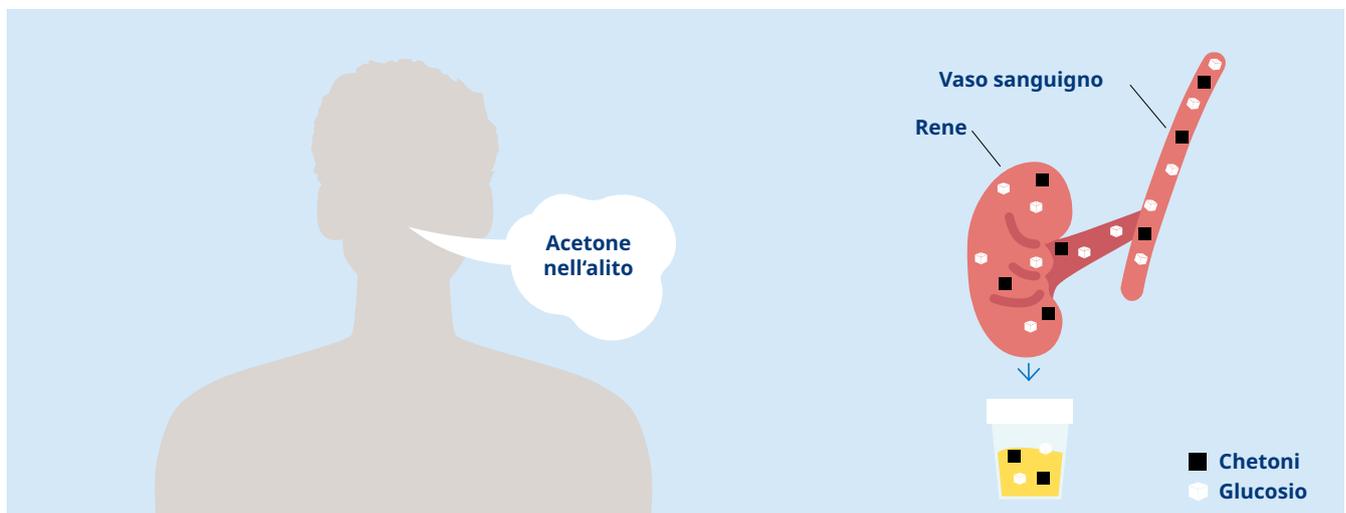
In caso di iperglicemia protratta:

- crampi alle gambe
- cattiva rimarginazione delle ferite

La chetoacidosi diabetica/ chetonuria

Se a causa della mancanza di insulina lo zucchero non può essere assimilato dalle cellule, per ricavare energia vengono bruciati i grassi. Dal metabolismo dei grassi derivano i »corpi chetonici« o »chetoni«. Uno di questi chetoni è l'acetone, che si presenta nelle urine e nell'alito (odore dolciastro) come segno di una glicemia troppo elevata. Se questa condizione si protrae per ore o per giorni, si verificano gli stessi sintomi che si hanno in caso di diabete non trattato: grandi quantità di urina, sete, perdita di peso. Si possono verificare anche perdita di appetito, nausea e vomito. La presenza di chetoni nelle urine è facilmente rilevabile attraverso semplici test.

Se la glicemia aumenta ulteriormente si può arrivare alla cosiddetta chetoacidosi e alla perdita di conoscenza. Occorre quindi assolutamente rivolgersi al medico in caso di glicemia molto elevata.



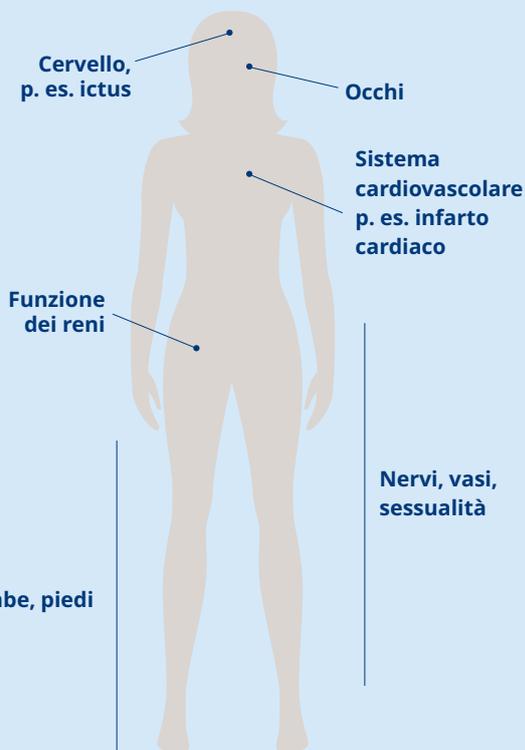


I danni collaterali da diabete (complicanze a lungo termine)

Quali sono le complicanze a lungo termine del diabete?

Le complicanze a lungo termine sono danni agli organi provocati da una glicemia troppo elevata protratta o ripetuta spesso nel tempo, che si possono verificare anni dopo l'insorgenza del diabete.

Punti maggiormente colpiti dalle complicanze del diabete



Glicosilazione delle proteine

Oggi sappiamo che nell'organismo il glucosio reagisce chimicamente con determinate proteine, portando alla cosiddetta »glicosilazione delle proteine«. La glicosilazione delle proteine svanisce poi nuovamente non appena il livello glicemico si è normalizzato. In presenza di glicemia costantemente o frequentemente troppo elevata si giunge però a un'alterazione irreversibile di molte proteine che non svolgono più la propria funzione, provocando danni ai tessuti.

I danni ai tessuti e agli organi

I danni ai tessuti interessano in particolare i nervi, i reni e gli occhi. I disturbi nervosi si manifestano per esempio con intorpidimento, dolori, formicolio ecc. alle estremità (neuropatia).

La patologia agli occhi (retinopatia) può portare alla cecità e la patologia ai reni (nefropatia) può portare alla perdita completa della loro funzionalità. Inoltre possono essere interessati anche i grandi vasi sanguigni (arterie) e il cervello, il che può portare a malattie di tipo cardiovascolare, quali ad esempio l'infarto cardiaco.

Il piede diabetico

Per via della neuropatia (disturbi ai nervi) appena descritta provocata dal diabete occorre prestare particolare attenzione ai piedi. Con la perdita della sensibilità può accadere di non percepire i carichi eccessivi e le ferite ai piedi. La frequente cattiva irrorazione sanguigna aumenta l'incidenza delle infezioni e peggiora il processo di rimarginazione delle ferite. Nei casi peggiori ciò può portare ad un'amputazione.



Gestione responsabile del diabete

Affrontare il diabete in prima persona

Affrontare il diabete in prima persona significa assumersi le proprie responsabilità e partecipare attivamente al trattamento della malattia. Questa responsabilità riguardo alla malattia è molto importante per le persone affette dal diabete, poiché molti fattori quotidiani influiscono sulla glicemia. Un diabetico deve imparare a prendersi cura di sé, a decidere cosa e quando mangiare e con quale intensità dedicarsi all'attività fisica. Ci sono molti specialisti – medici, consulenti in diabetologia, dietisti – che forniscono un'assistenza essenziale ai diabetici. Alla fine però è decisivo imparare ad accettare il proprio diabete per poter affrontare il problema con la dovuta attenzione.

Controlli medici regolari

È molto importante sottoporre a regolari controlli medici non solo la glicemia e l'HbA_{1c} (vedi pagina 8), ma anche gli occhi, i reni, i nervi e il sistema cardiovascolare, al fine di trattare tempestivamente eventuali complicanze. Altrettanto consigliabile è un controllo dei grassi nel sangue (colesterolo) e della pressione sanguigna.

Conoscenze di base per l'autocontrollo

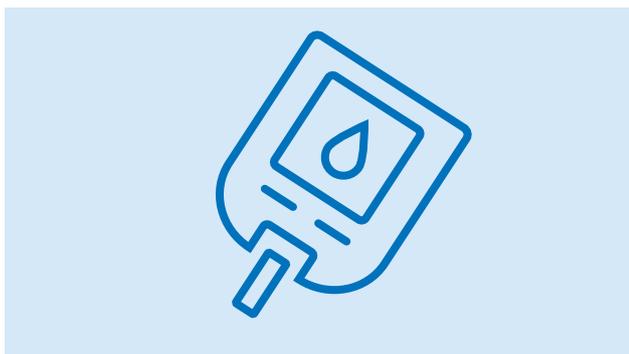
Quando viene diagnosticato il diabete è importante capire questa malattia del metabolismo e imparare a gestire i medicinali e le misurazioni quotidiane. Per mantenere un buon controllo della glicemia il diabete richiede un'attenzione costante.

Occorre un po' di esperienza prima di sapere:

- cosa influisce sulla glicemia e in che misura. Generalmente si può dire che mangiare fa aumentare la glicemia, l'attività fisica la fa diminuire e le malattie e lo stress psichico tendono a farla aumentare. Tuttavia questi effetti variano da paziente a paziente.
- come e quando misurare la glicemia e come valutare i dati rilevati
- come un'alimentazione sana influisca sul controllo glicemico

La misurazione della glicemia

La misurazione della glicemia è essenziale per il controllo del diabete. Soprattutto nelle persone sottoposte a terapia insulinica intensiva, è necessario misurare e annotare più volte al giorno i valori della glicemia. In questo modo è possibile aggiustare il trattamento all'occorrenza. Può infatti accadere che il controllo glicemico non sia ottimale anche in assenza di sintomi. Misurare la glicemia è semplice. Il contenuto di glucosio nel sangue viene determinato mediante un apparecchio di misurazione della glicemia.



Quando conviene effettuare la misurazione della glicemia?

La frequenza con cui misurare la glicemia dipende dal tipo di trattamento. È importante affrontare quest'argomento con il medico.

Ogni misurazione fornisce alle persone con diabete informazioni circa l'effetto dei diversi fattori che influiscono sulla glicemia. Occorre però una certa esperienza per interpretare i risultati delle misurazioni e poterli utilizzare per il controllo del diabete. Per questo è importante che all'inizio del trattamento, ma anche in seguito, vi prendiate tempo per interpretare i risultati e discuterne con il medico.

Oggi vengono offerti i più svariati sistemi di monitoraggio del glucosio, con i quali è possibile misurare la glicemia ogni volta che si desidera. Un sensore nella pelle e un dispositivo di ricezione del segnale consentono persino di leggere continuamente i valori del glucosio nel sangue. Tuttavia, questi vantaggi tecnologici comportano il rischio che si misuri troppo spesso la glicemia e ad ogni minima variazione si ricorra ai medicinali per correggerla.

Misurare la glicemia si rivela molto utile nelle seguenti situazioni:

- prima dei pasti principali (colazione, pranzo, cena)
- 1 - 2 ore dopo aver mangiato
- prima del riposo notturno
- **prima e dopo** l'attività sportiva
- prima di lunghi viaggi in automobile
- ogni volta si sospetti una ipoglicemia o una iperglicemia
- in caso di malattia o di stress.

È importante consultare uno specialista che possa consigliare con quale frequenza e quando misurare la glicemia. Tenere un diario può creare buoni spunti di discussione durante le consulenze specialistiche e per i trattamenti medici.

Il diario glicemico

Il diario glicemico (su carta o elettronico) può essere un aiuto importante per il controllo del diabete. Nel diario vengono annotati i tassi glicemici rilevati indicando ora e data. Si possono inoltre registrare i medicinali somministrati, il dosaggio, l'ora e la data. È importante anche segnare i pasti, le attività fisiche, le malattie, lo stress (stati d'animo) e le misure adottate per il controllo della glicemia. Ogni dato è molto importante per riconoscere le particolarità individuali nel controllo della glicemia in un paziente diabetico e per reagire di conseguenza.

Nota: i diari glicemici sono reperibili presso le sedi locali delle associazioni per i diabetici o presso i consulenti specializzati in diabetologia. Su Internet si trovano numerose alternative elettroniche («app per persone con diabete»).

Mezzi ausiliari e fonti di informazione

Al giorno d'oggi è disponibile un'ampia gamma di mezzi ausiliari per persone affette da diabete, tra cui app per smartphone, forum di pazienti o siti Internet, che contengono informazioni preziose sul diabete.

Assistenza medica

Una persona affetta da diabete dovrà ricorrere a un'assistenza medica per tutta la vita. È importante che si instauri un rapporto di fiducia con il medico, che comprende anche la possibilità di parlare apertamente delle proprie paure e preoccupazioni. In molti casi è utile consultare anche un medico specializzato in diabetologia.

Il controllo quotidiano dei piedi

Come già descritto, nelle persone affette da diabete è importante curare quotidianamente i piedi. A causa della neuropatia (patologia dei nervi) i piedi sono maggiormente soggetti a ferite e la rimarginazione delle ferite è più faticosa. Controllando e curando quotidianamente i piedi è possibile evitare l'insorgenza di gravi problemi ai piedi.

Diabete e sport

Lo sport e l'attività fisica sono importanti per tutti. In presenza di un diabete l'attività fisica è particolarmente importante poiché agisce sul tasso glicemico e influisce notevolmente sull'intero controllo diabetico.

Inoltre, siccome la maggior parte delle persone con diabete di tipo 2 è affetta da sovrappeso o obesità, un'attività fisica regolare comporta una riduzione del peso ed è pertanto parte integrante della terapia del diabete.

Oltre all'alimentazione è molto importante il movimento fisico. Ogni forma di attività (sbrigare le faccende domestiche, passeggiare, fare jogging, ecc.) migliora la sensibilità delle cellule all'insulina e riduce la glicemia. Non è importante tanto il tipo di attività svolta, quanto la costanza nel praticarla.

Attività fisiche e sportive particolarmente indicate

In generale va sfruttata ogni occasione di fare del movimento durante la giornata. Non si parla solo di allenamenti sportivi, ma anche di semplici attività quotidiane quali salire le scale, andare a piedi invece che in auto, spostarsi in bicicletta, portare a spasso il cane, ecc.

Inoltre, le attività fisiche di resistenza di media intensità, quali andare in bicicletta, correre o fare delle passeggiate, sono particolarmente benefiche per le persone affette da diabete.

In linea di principio è tuttavia importante iniziare gradatamente ogni nuova attività fisica, per aumentare poi poco alla volta l'intensità, adattandola al livello di allenamento.

Può essere utile consultare una persona qualificata con cui discutere dei tipi di sport più adatti e dell'intensità con cui è meglio svolgerli. Inoltre questo dà la possibilità di affrontare il tema dell'ipoglicemia durante lo sport e di ricevere una consulenza in merito.

Un'attività sportiva regolare

- diminuisce il fabbisogno giornaliero di insulina
- migliora il senso di benessere generale
- rafforza i muscoli, le articolazioni e le ossa
- aiuta a ridurre il peso o a mantenerlo stabile
- abbassa il tasso di colesterolo
- diminuisce il rischio di infarto

Le persone affette da diabete possono essere fisicamente attive tanto quanto le persone non affette da diabete. Nel caso del diabete occorre però prestare particolare attenzione già prima di iniziare l'attività fisica. È importante considerare le condizioni di salute generali, come ci si sente al momento e il controllo della glicemia.



Come si comporta la glicemia durante l'attività fisica

- Con l'attività fisica l'organismo ha bisogno di più energia, quindi consuma più glucosio che circola nel sangue. Se è presente insulina, tale consumo riduce la glicemia.
- L'attività fisica molto intensa (sovraccarico) può però causare il rilascio di ormoni dello stress, che fanno temporaneamente aumentare la glicemia.
- Dopo grossi sforzi che richiedono molta energia e che intaccano le riserve dell'organismo, quest'ultimo rigenera queste scorte, riaccumulando glicogeno nelle cellule dei muscoli e nel fegato. Per questo viene assorbita una maggiore quantità di glucosio dal sangue, provocando una diminuzione della glicemia (effetto di recupero muscolare)
- L'attività fisica regolare aumenta la sensibilità all'insulina nei recettori dei tessuti e fa diminuire il fabbisogno insulinico.

Risultato: un'adeguata attività fisica comporta una diminuzione del tasso glicemico. Quindi, a seconda dello sforzo, può darsi che sia necessario adeguare le dose di insulina prima e dopo. Contemporaneamente è importante assumere un supplemento di carboidrati.

Da ricordare prima di ogni attività fisica:

- prevenzione delle ipoglicemie: assumere eventualmente un supplemento di carboidrati, ridurre il dosaggio di insulina
- misurare la glicemia
- portare con sé una scorta di carboidrati
- bere a sufficienza
- predisporre un trattamento contro l'ipoglicemia (portare con sé dello zucchero o del glucagone, informare le persone che sono insieme a voi)

Importante: cosa fare se la glicemia è troppo alta o troppo bassa prima dell'allenamento sportivo

Prima di ogni attività fisica la glicemia deve avere valori buoni, non deve cioè essere né troppo alta né troppo bassa. Se la glicemia supera 15 mmol/l (270 mg/dl), o se si riscontrano chetoni nell'urina, non bisogna effettuare l'allenamento.

Se la glicemia è troppo alta occorre iniettare l'insulina e rimandare l'allenamento a quando la glicemia si sarà normalizzata e non ci saranno più tracce di chetoni nell'urina. Se, prima dell'allenamento, la glicemia è troppo bassa occorre assumere dei carboidrati e aspettare che la glicemia si normalizzi prima di iniziare l'allenamento.

Sforzi fisici modesti

Le attività fisiche svolte con regolarità e a cui l'organismo è abituato, per esempio una passeggiata con il cane o l'andare a piedi a fare la spesa, solitamente non richiedono pasti aggiuntivi.

Sforzi fisici medi

Le attività fisiche che durano più di un'ora e rappresentano una sollecitazione dell'organismo fuori dall'ordinario richiedono solitamente l'assunzione di carboidrati aggiuntivi. Attività quali per esempio un'ora di sport, di giardinaggio, di pulizia delle finestre ecc. richiedono uno spuntino sotto forma di pane, barrette ai cereali, frutta e simili. Solitamente sono sufficienti 10-20 g di carboidrati. Se lo sforzo dura più di un'ora possono essere necessari ulteriori carboidrati. La regola approssimativa prevede 10 g di carboidrati ogni mezz'ora di sforzo fisico di media intensità.

Sforzi fisici intensi

Le attività sportive più intense quali la maratona, lo sci di fondo, una camminata in montagna, un'escursione in bicicletta di diverse ore richiedono una adeguata pianificazione dei pasti, che devono essere calibrati sulla durata dell'attività, la glicemia di quel momento, la farmacoterapia e le condizioni di allenamento. Ogni 30 – 45 minuti bisognerebbe assumere circa 10 g di carboidrati.

Cosa fare dopo l'attività fisica:

- misurare la glicemia
- eventualmente adeguare il dosaggio di insulina
- eventualmente aggiungere dei pasti (in particolare prima di andare a dormire la sera, »carboidrati lenti«, per esempio latticini)
- curare attentamente i piedi
- prendere nota delle prestazioni (eventualmente segnalando l'effetto sulla glicemia)



Situazioni particolari

Il diabete e la guida di veicoli

Per chi ha un diabete c'è spesso un certo rischio di ipoglicemia. Pertanto al momento di mettersi al volante occorre osservare le seguenti precauzioni:

- all'inizio di una terapia si consiglia di stabilire insieme al medico se sia opportuno rinunciare a guidare per alcuni giorni, finché non si potrà valutare l'effetto dei medicinali
- a seconda del medicamento è necessario, in particolare prima di viaggi lunghi, misurare e documentare la glicemia
- in caso di tasso glicemico basso mangiare qualcosa prima di partire
- al minimo sospetto di ipoglicemia fermarsi immediatamente, assumere dei carboidrati veloci per esempio zollette di zucchero, glucosio, succo d'arancia, bibite alla cola (mai bevande light!) e aspettare un po' di tempo prima di misurare la glicemia
- portare sempre con sé una scorta sufficiente di carboidrati veloci e lenti (per esempio biscotti, pane, barrette di cereali, uvetta, frutta secca); potrebbe accadere di rimanere diverse ore in coda
- pianificare delle pause lungo i percorsi lunghi
- portare con sé in auto una quantità sufficiente di medicinali e di strisce di controllo
- portare con sé il tesserino per diabetici
- sottoporsi a regolari controlli della vista

Il diabete e le altre malattie

In caso di malattia, per esempio un'infezione febbrile, vengono rilasciati degli ormoni che fanno aumentare la glicemia. Per questo è importante iniettare l'insulina in caso di malattia, anche se si è inappetenti. Può accadere che il fabbisogno di insulina sia aumentato del 10 fino al 50%. Si consigliano perciò le seguenti precauzioni:

- misurare la glicemia più spesso del solito per evitare ipoglicemie
- mantenere il più possibile le proprie abitudini alimentari
- in caso di inappetenza assumere regolarmente carboidrati facilmente digeribili (per esempio zuppa d'avena, brodo (sgrassato), succo di frutta, purea di frutta, budino ecc.)
- anche se si rimane a digiuno l'insulina non deve mai essere tralasciata del tutto
- annotare:
 - quando e quanta insulina è stata iniettata
 - la glicemia e l'ora della misurazione
 - i pasti, indicando quantità e orario
- contattare il proprio medico
- bere molto per compensare la perdita di liquidi

Vomito e diarrea

Il vomito e la diarrea possono provocare un'ipoglicemia dovuta alla mancata assunzione di sostanze nutritive. Consigliamo di sorseggiare una bevanda fredda composta da:

1/3 di tè nero

1/3 di succo d'arancia

1/3 di brodo o di soluzione salina

In caso di vomito si sono rivelate efficaci anche le bevande alla cola (1 dl = 10 g di carboidrati; non la versione light) e i salatini. Eventualmente può essere necessario adattare brevemente il dosaggio insulinico. Non esitate a contattare il medico.

La persona con diabete in ospedale

Alcune situazioni richiedono un ricovero ospedaliero. È importante che il ricovero venga pianificato e che ogni modifica del trattamento del diabete necessaria venga precedentemente discussa con il medico. In caso di ricovero programmato consigliamo di portare con voi il medicamento per il diabete.

Il diabete e il lavoro

Per ogni persona è importante avere un posto di lavoro gratificante che corrisponda ai propri interessi, alle proprie capacità e alla propria preparazione. Le persone affette da diabete hanno solo poche limitazioni nella scelta del lavoro che vogliono svolgere. Il trattamento con medicinali che abbassano la glicemia comporta sempre il rischio che si verifichi un'improvvisa ipoglicemia, motivo per cui alcuni lavori potrebbero non essere adatti.

Il datore di lavoro e i colleghi dovrebbero essere informati sul vostro diabete, al fine di poter aiutarvi meglio in caso di ipoglicemia.

Il diabete, la gravidanza e l'allattamento

Le donne con un diabete possono affrontare una gravidanza e avere dei bambini sani esattamente come tutte le altre donne. Per evitare complicazioni occorre però osservare alcune precauzioni. Più il metabolismo si discosta da valori normali, maggiori sono i rischi per il bambino. Poiché nell'utero il glucosio passa attraverso la placenta, organo responsabile dello scambio di sostanze tra madre e figlio, la donna e il bambino hanno la stessa glicemia. Una glicemia troppo elevata può influire negativamente sul corretto sviluppo del bambino nell'utero. Ancora prima della gravidanza è importante osservare un controllo glicemico scrupoloso. La donna affetta da diabete in gravidanza ha bisogno di un particolare supporto medico da parte del diabetologo e del ginecologo.

Le donne affette da diabete possono allattare i loro figli senza alcun problema, poiché il diabete non influisce minimamente sull'allattamento. Dovrebbero soltanto fare attenzione a compensare le oscillazioni della glicemia e ad assumere una quantità sufficiente di liquidi.



Il diabete e lo stress psichico

Ognuno di noi ogni tanto si sente sotto stress. Faccia attenzione a quali effetti può avere sulla glicemia lo stress dovuto a problemi, delusioni, paura degli esami ecc. Quando siamo sotto tensione l'organismo rilascia i cosiddetti ormoni dello stress, come l'adrenalina e il cortisolo. Grazie a questi ormoni lo zucchero immagazzinato nel fegato viene rilasciato nel sangue. Essi sono inoltre responsabili del rilascio degli acidi grassi dagli adipociti. Sia lo zucchero che gli acidi grassi possono essere utilizzati come combustibile dall'organismo. Le persone non affette da diabete reagiscono producendo automaticamente più insulina, affinché lo zucchero possa essere assorbito dalle cellule. In questo modo si soddisfa il maggiore fabbisogno energetico dell'organismo durante i periodi di stress. L'insulina e la glicemia rimangono in una situazione di equilibrio. Nella persona affetta da diabete viene però a mancare il rilascio automatico di insulina e lo stress fa aumentare la glicemia.

Il diabete e i viaggi

Le persone affette da diabete possono viaggiare esattamente come tutti gli altri, l'importante è che il viaggio sia pianificato con cura. In generale viaggiare significa modificare le proprie abitudini quotidiane. Le variazioni dell'alimentazione e dell'attività fisica abituale possono avere conseguenze sulla glicemia.

A volte è consigliabile una visita medica prima di affrontare un viaggio per trattare gli eventuali problemi di salute prima di partire e per discutere delle situazioni che si potrebbero presentare fuori casa. Il medico può anche effettuare le vaccinazioni necessarie e prescrivere i medicinali necessari in caso di emergenza (per esempio insulina, glucagone, medicinali contro la diarrea).

In caso di viaggi aerei con grandi cambiamenti di fuso orario è opportuno concordare con il medico i dosaggi, eventuali modifiche della terapia e gli orari di assunzione dei pasti.

Durante le vacanze è consigliabile misurare la glicemia più spesso del solito e, se necessario, adattare il dosaggio dell'insulina. In questo modo è possibile mantenere un buon controllo glicemico anche in ferie.

Checklist del viaggiatore

Portate con voi una scorta sufficiente di medicinali e di prodotti per il test della glicemia:

- i propri medicinali
- aghi
- ricetta medica
- apparecchio per la misurazione della glicemia e strisce per il test, lancette
- strisce per la misurazione dei chetoni
- diario glicemico
- carta del diabete
- zollette di zucchero / glucosio
- glucagone



Il bagaglio a mano è il posto migliore per trasportare i medicinali. Nel comparto bagagli degli aerei potrebbero esserci temperature molto basse. Le insuline, come anche altri farmaci, non devono congelare!

È consigliabile suddividere le scorte in diverse valigie.

Informatevi ogni volta sulle prescrizioni relative al viaggio.

Consiglio:

Cercate di sapere se i medicinali sono reperibili anche nel paese in cui vi state recando (la cosa migliore è chiederlo alla casa farmaceutica stessa). Portare con sé la ricetta medica, preferibilmente in inglese.

Lo spuntino per il viaggio

È assolutamente consigliabile portare con sé uno spuntino per il viaggio sufficiente per superare anche i ritardi imprevisti e i tempi di attesa. Cracker, biscotti e frutta secca si adattano perfettamente allo scopo.

Glossario

Analoghi dell'insulina

Insuline dalle caratteristiche farmacologiche migliorate grazie a una modifica della loro struttura, cosicché agiscono più velocemente o più a lungo dell'insulina umana.

Antidiabetici orali (ADO)

Medicamenti sotto forma di compresse che abbassano la glicemia. Essi possono essere impiegati solo nella terapia del diabete di tipo 2.

Carboidrati

Sostanze nutritive che forniscono energia. Negli alimenti sono presenti sotto forma di amido e di zucchero, che nel tratto digestivo vengono scomposti in zuccheri semplici per essere assorbiti nella circolazione sanguigna. Si distinguono in carboidrati rapidi e lenti.

Cellule beta

Tipo di cellule del pancreas responsabili della produzione dell'insulina.

Chetoacidosi

Iperacidità del sangue. In mancanza di insulina le cellule bruciano maggiormente i grassi, producendo corpi chetonici acidi che acidificano eccessivamente il sangue. Se non trattata, può essere fatale.

Creatinina

Sostanza prodotta nei muscoli ed eliminata dai reni. La concentrazione di creatinina nel sangue può essere utilizzata come indicatore della capacità funzionale dei reni.

Diabete di tipo 1

Il diabete di tipo 1 è causato dalla mancanza dell'ormone insulina. Le cellule produttrici di insulina del pancreas vengono distrutte dal sistema immunitario dell'organismo. È il classico diabete da carenza insulinica, che inizia per lo più (ma non solo) in età pediatrica o giovanile.

Diabete di tipo 2

Il diabete di tipo 2 è causato da un lato da una riduzione della sensibilità delle cellule dell'organismo all'insulina (resistenza all'insulina), dall'altro da un'iperproduzione persistente di insulina, che causa un «esaurimento» delle cellule che producono insulina. Il diabete di tipo 2 viene anche detto «dell'adulto», perché inizia per lo più in età adulta. Tuttavia, si osservano attualmente sempre più casi di diabete di tipo 2 in adolescenti in forte sovrappeso.

Diabete gestazionale

Questo diabete compare durante la gravidanza e di solito scompare dopo la nascita del bambino. Tuttavia, in alcune donne, lo squilibrio metabolico può persistere dopo il parto, oppure un diabete di tipo 2 può svilupparsi nei 5-10 anni successivi.

Diabete mellito

Il diabete mellito è una malattia del metabolismo che provoca valori elevati della glicemia. Se ne distinguono due forme principali: diabete di tipo 1 e diabete di tipo 2.

Dislipidemia

Un disturbo del metabolismo dei grassi in cui si osservano deviazioni dai normali valori lipidici nel sangue. Questo può significare, ad esempio, valori troppo alti di colesterolo LDL e/o trigliceridi e/o valori troppo bassi di colesterolo HDL.

GIP

Il GIP è un ormone naturale prodotto nell'intestino e rilasciato nel sangue dopo l'assunzione di cibo. A seconda del tasso glicemico, GIP aumenta il rilascio di insulina dalle cellule beta del pancreas.

Glicemia

Concentrazione di zucchero (glucosio) nel sangue. La glicemia può essere misurata. Il suo valore normale a digiuno è inferiore a 5,6 mmol/l. Dopo un pasto ricco di carboidrati, la glicemia aumenta per poi ritornare alla normalità grazie all'effetto dell'insulina.

Glicogeno

Zucchero complesso a catena lunga costituito da unità di glucosio; funge da riserva di energia.

Glicosuria

Escrezione di glucosio nell'urina.

GLP-1

Il GLP-1 è un ormone naturale che viene prodotto nell'intestino e viene rilasciato dopo l'assunzione di alimenti. Il GLP-1 aumenta, a seconda della glicemia, il rilascio di insulina dalle cellule beta del pancreas.

Glucagone

Ormone antagonista dell'insulina, prodotto da cellule specializzate del pancreas. Il glucagone viene rilasciato quando la glicemia è troppo bassa e agisce stimolando la scomposizione di glicogeno in glucosio.

Glucosio

Detto anche destrosio, fa parte dei carboidrati. È la fonte principale di energia nel corpo ed è la sostanza che si misura quando si determina la glicemia. L'assorbimento di glucosio nelle cellule del corpo è regolato dall'ormone insulina.

HbA_{1c}

Emoglobina glicata, detta anche «memoria glicemica». Una parte dell'emoglobina dei globuli rossi viene «zuccherata» dalla presenza di glucosio nel sangue. Il valore di HbA_{1c} fornisce informazioni sul controllo glicemico degli ultimi 2-3 mesi. Il valore normale di HbA_{1c} è inferiore a 5,7%. L'obiettivo di una terapia antidiabetica è generalmente il raggiungimento di un valore di HbA_{1c} inferiore a 7,0%; questo dipende però dalla situazione individuale del paziente.

Incretine

Le incretine sono ormoni dell'organismo che si formano nell'intestino e vengono rilasciati nel sangue dopo aver mangiato. Questo stimola il rilascio di insulina dal pancreas. Il GLP-1 è il più noto ormone incretinico.

Insulina

L'insulina è un ormone che abbassa la glicemia. È una proteina prodotta dalle cosiddette cellule beta del pancreas. L'insulina consente al glucosio presente nelle sangue di entrare nelle cellule attraverso la membrana cellulare.

Insulina basale

Le insuline basali sono insuline ad azione prolungata che vengono rilasciate lentamente nel sangue e vengono utilizzate per soddisfare i bisogni di base dell'organismo. Sono chiamate anche insuline lente.

Insulina mista

Miscela preconfezionata, composta da una parte di insulina ad azione rapida e da una parte di insulina ad azione prolungata. Viene somministrata in occasione di un pasto.

Insulina prandiale

Le insuline prandiali sono insuline che hanno un inizio d'azione rapido e una durata d'azione breve. Sono somministrate ai pasti per controllare l'aumento del livello di zucchero nel sangue dopo l'assunzione di cibo. Sono anche chiamate insuline in bolo.

Insulina umana

Insulina di tipo umano prodotta sulla base di insulina suina modificata o tramite tecnologia ricombinante da microrganismi.

Iperglicemia

Tasso elevato di zucchero nel sangue. I suoi segni acuti possono essere un aumentato stimolo ad urinare e una sete eccessiva. Se non viene trattata, può provocare le complicazioni del diabete, una chetoacidosi e il coma diabetico.

Ipoglicemia

Basso tasso di zucchero nel sangue (inferiore a 3,9 mmol/l). Le cause possono essere un'assunzione insufficiente di carboidrati, troppa insulina o un eccessivo sforzo fisico. Si può manifestare con sudorazione, tremore, disturbi della vista, disturbi della coordinazione. Un'ipoglicemia non trattata può causare perdita della conoscenza.

Malattia autoimmune

Disturbo in cui il sistema immunitario aggredisce strutture del proprio corpo. Nel diabete di tipo 1, questo meccanismo patologico distrugge le cellule beta del pancreas.

Microalbuminuria

Escrezione di piccole quantità di proteine misurabili nelle urine; costituisce un primo segno di nefropatia.

mmol/l

Millimoli per litro. Unità di misura che indica il numero di particelle di zucchero per litro di sangue. Il fattore di conversione da mmol/l a mg/dl è: $18.016 \times \text{mmol/l} = \text{mg/dl}$.

Nefropatia diabetica

Danno ai reni causato dal diabete. Per lungo tempo la persona colpita non ha disturbi, per cui è difficile individuare una nefropatia nello stadio precoce. L'escrezione di proteine nell'urina è il primo indizio di danno ai reni.

Neuropatia diabetica

Danno al sistema nervoso dovuto al diabete. Sia il sistema nervoso sensorimotorio che il sistema nervoso autonomo possono essere interessati.

Obesità

Sovrappeso patologico. A partire da un indice di massa corporea (BMI) di 30 kg/m².

Pancreas

Ghiandola che produce in particolare enzimi digestivi e ormoni che regolano il livello di zucchero nel sangue. Le cellule beta del pancreas producono l'insulina e la rilasciano nel sangue.

Piede diabetico

Complicanza del diabete. Un disturbo dei nervi e dell'irrorazione sanguigna provoca nelle persone colpite una perdita della sensibilità nei piedi. Ciò porta allo sviluppo più frequente di ulcere.

Resistenza all'insulina

Anomalia del metabolismo, spesso causa del diabete di tipo 2: le cellule dell'organismo rispondono troppo poco all'insulina. Il sovrappeso è un importante fattore di rischio per l'insulino-resistenza.

Retinopatia diabetica

Malattia della retina provocata dall'iperglicemia. La capacità visiva può ridursi fino alla perdita completa della vista. La prevenzione consiste in un controllo ottimale della glicemia.

Sindrome metabolica

La sindrome metabolica è un'associazione di sovrappeso, ipertensione arteriosa, aumento del colesterolo e della glicemia. Rappresenta un significativo fattore di rischio di malattie cardiovascolari o anche di diabete.

Terapia bolo-basale

Terapia insulinica con la quale si imita la secrezione naturale dell'insulina da parte dell'organismo, che avviene in maniera continua e in piccole quantità (secrezione basale), aumentando dopo i pasti. Per imitare questo ritmo, vengono utilizzate un'insulina ad azione rapida e un'insulina ad azione prolungata. L'insulina ad azione prolungata viene iniettata una o due volte al giorno («terapia basale»). Il fabbisogno più elevato di insulina in occasione dei pasti viene coperto con l'insulina ad azione rapida («bolo»). Sono necessarie più misurazioni della glicemia nel corso della giornata.



Benny Sporre viene dalla Svezia e vive con un diabete di tipo 2.

Giornata mondiale del diabete



La Giornata mondiale del diabete è stata istituita nel 1991 ed è organizzata ogni anno dalla Federazione internazionale del diabete (International Diabetes Federation, IDF) e dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Dal 2007 è una ricorrenza ufficiale delle Nazioni Unite (ONU), decretata dalla risoluzione 61/225 del dicembre 2006. Si tratta quindi della seconda giornata mondiale dedicata a una malattia, dopo quella contro l'AIDS indetta nel 1988. È stata scelta la data del 14 novembre poiché in quel giorno nacque Frederick G. Banting, che insieme a Charles Herbert Best scoprì l'insulina nel 1921.

Per dare un simbolo alla Giornata mondiale del diabete e al progetto «Unite for diabetes», si è deciso di adottare un cerchio blu come segno dell'unità nella lotta contro il diabete mellito.

Il cerchio simbolizza dall'alba dei tempi la vita e la salute, mentre il blu rappresenta il cielo sotto il quale sono unite tutte le nazioni, oltre a essere il colore ufficiale dell'ONU.

- www.worlddiabetesday.org

World Diabetes Foundation



Spesso la sanità nei paesi in via di sviluppo non è in grado di soddisfare le esigenze poste dal crescente numero di persone affette da diabete. La mancanza di consapevolezza e di corsi informativi sul diabete costituiscono un grave problema. Gli esperti concordano nell'affermare che una lotta contro il diabete vincente derivi da una combinazione di informazione, educazione e accesso alle possibilità di trattamento. Calcoli approssimativi stimano che il 50-80% dei casi di diabete nei paesi in via di sviluppo non venga diagnosticato.

A ciò si aggiunge l'ignoranza nei confronti del diabete, la mancanza di competenza dei medici e delle infermiere, la carenza di ospedali e di attrezzature per il trattamento di questa malattia. Per questo motivo, nel 2001 Novo Nordisk ha fondato la World Diabetes Foundation, che supporta diversi progetti in loco per la lotta contro il diabete.

- www.worlddiabetesfoundation.org

Punti di contatto utili in Svizzera

Le persone affette da diabete e i loro familiari possono trovare supporto nell'organizzazione di pazienti diabetesvizzera, con sede a Baden, e nelle sue sedi regionali.

Ericka Backoff viene dal Messico e vive con un diabete di tipo 1.



A proposito di Novo Nordisk

Novo Nordisk è un leader globale nel campo farmaceutico. L'azienda è stata fondata nel 1923 e ha sede in Danimarca.

Il nostro scopo è promuovere il cambiamento per sconfiggere gravi malattie croniche, sulla base della nostra lunga esperienza nel trattamento del diabete.

Già milioni di persone al mondo si affidano ai nostri medicinali salvavita, ma ci sono sempre nuove sfide sanitarie da affrontare. Oggi non è più solo questione di salvare vite, ma di offrire una salute e un benessere migliori. Grazie alla prevenzione, al trattamento precoce e alla sostenibilità ecologica contribuiamo a far sì che una vita più lunga sia anche una vita più sana.

La Fondazione Novo Nordisk

La Fondazione Novo Nordisk è il proprietario di maggioranza di Novo Nordisk e una delle più grandi organizzazioni di beneficenza al mondo. L'obiettivo della fondazione, istituita nel 1924 poco dopo la fondazione di Nordisk Insulinlaboratorium, è creare una base stabile per le attività commerciali e di ricerca del Gruppo Novo. Con i proventi conseguiti sostiene anche numerosi progetti scientifici, sociali e umanitari in tutto il mondo e dà un importante contributo al benessere sociale.

La sostenibilità è un nostro principio

Ci impegniamo a essere un'azienda sostenibile e a creare valore aggiunto per la società. Per questo motivo, un cardine dei nostri valori aziendali è agire sul mercato in modo responsabile sotto il profilo economico, ambientale e sociale.



Obiettivo: impatto ambientale zero

L'obiettivo della nostra strategia «Circular for Zero» è non lasciare alcuna impronta ambientale in tutte le nostre attività commerciali. Siamo la prima azienda farmaceutica che, dal 2020, per l'intera produzione mondiale impiega energia proveniente al 100 % da fonti rinnovabili.



Accesso all'assistenza sanitaria

Milioni di persone nel mondo non ricevono l'assistenza necessaria perché i farmaci non sono disponibili o sono troppo costosi per loro. Stiamo rafforzando il nostro impegno nei Paesi a reddito medio-basso affinché un maggior numero di persone ricevano le prestazioni di cui hanno bisogno.



Prevenzione delle malattie croniche

Le sole misure mediche non sono sufficienti per risolvere le crescenti sfide sanitarie create dall'urbanizzazione, dalle disparità socioeconomiche e da stili di vita malsani, per cui sosteniamo le misure di prevenzione.

Driving change | in diabetes

 **myclimate**
neutral
Printed Matter
myclimate.org/01-23-754626



NOVO NORDISK PHARMA SA, ZURIGO
www.novonordisk.ch

