



RASSEGNA STAMPA **AMD**

Aggiornamento
20 febbraio 2017

ValueRelations[®]

Sommario

TESTATA	TITOLO	DATA
IL SECOLO XIX	<i>Malattie croniche, gli esperti puntano sulla gestione integrata</i>	20/2/17
FARMACISTA 33	<i>Ipotiroidismo, levotiroxina italiana in forma liquida sbarca in Usa</i>	16/2/17
REPUBBLICA.IT	<i>Allarme diabete: tre milioni e mezzo di italiani hanno bisogno del dottore</i>	16/2/17
Professione salute	<i>Diabete e parodontite: un legame a doppio filo</i>	Dicembre 2016
Il Farmacista	<i>Chili di troppo? La colpa non è di intolleranze e allergie alimentari.</i>	Dicembre 2016

IL CONVEGNO**Malattie croniche,
gli esperti puntano
sulla gestione
“integrata”**

VISITE mediche, controlli, cure. E anche qualche ricovero in ospedale per piccole complicazioni. È questa la realtà per le tante persone che soffrono di malattie croniche, come diabete, difficoltà respiratorie o disturbi del sonno. Considerando anche condizioni come l'ipertensione o l'aumento del colesterolo, oggi quasi 8 over 65 su 10 fanno i conti con questi problemi. In Italia circa 2 milioni 600 mila anziani vivono in condizione di disabilità e il 51 per cento della spesa per i ricoveri è attribuita agli ultra 65enni. Così il Ministero della Salute ha messo a punto il Piano Nazionale della cronicità. Secondo gli esperti riuniti a Roma al convegno "Il paziente al centro - La gestione integrata della cronicità", la strada non è semplice. Prendiamo ad esempio il diabete, che in Italia colpisce circa 3.600.000 persone e che entro il 2035 sfiorerà in Europa il tetto dei 70 milioni di pazienti. Nel nostro Paese solo 1 paziente su 3 ha un adeguato controllo mentre gli altri rischiano le complicanze della malattia. «Il Piano Nazionale Diabete, che prevede la gestione integrata del paziente diabetico, è stato approvato da tutte le Regioni, ma solo alcune lo hanno applicato: dove ciò accade aumenta la sopravvivenza» commenta Giorgio Sesti, presidente della Società italiana diabetologia. Attenzione però. «Oggi la prescrizione dei farmaci innovativi è riservata solo allo specialista che si occupa di diabete» dice Domenico Mannino, presidente dell'Associazione Medici Diabetologi. «I nuovi farmaci sono soggetti al Piano terapeutico, che mira a contenere la spesa farmaceutica, ma così si nega a molti pazienti l'accesso alle terapie più efficaci, con conseguente aumento della spesa per il trattamento delle complicanze. Ed è impossibile per il medico di medicina generale avere a disposizione tutto l'armamentario terapeutico per la corretta gestione del diabetico».

Farmacista33

Ipotiroidismo, levotiroxina italiana in forma liquida sbarca in Usa

tags: [Ipotiroidismo](#), [United States Food and Drug Administration](#), [Levotiroxina](#)

Una conferma dagli Usa per la levotiroxina in formulazione liquida: l'Fda ne ha approvato la commercializzazione. «Per una volta il percorso è invertito - commenta **Andrea Lenzi**, Presidente della Società Italiana di Endocrinologia -: normalmente l'Fda è la prima a registrare i nuovi farmaci, seguita dall'Ema in Europa e poi dall'Aifa in Italia. Noi abbiamo iniziato ad avere a disposizione il farmaco nel 2012 e gli endocrinologi italiani lo hanno immediatamente assimilato e utilizzato mentre adesso, dopo 4 anni, arriva negli Stati Uniti». La levotiroxina rappresenta il terzo farmaco più prescritto al mondo e, ad eccezione dell'Italia dove è disponibile la formulazione liquida e quella in capsule molli, è commercializzato come compresse. Il principale limite di quest'ultima formulazione è però rappresentato dalla necessità di rispettare degli intervalli di tempo fra l'assunzione del farmaco e quella del cibo per garantirne l'assorbimento. Anche un recente studio multicentrico condotto dai giovani endocrinologi della Sei in oltre 1000 pazienti ipotiroidici di nuova diagnosi ha confermato come a interferire con l'assorbimento del farmaco e, quindi, con l'efficacia della terapia siano proprio gli errori di assunzione della levotiroxina compiuti dai pazienti, in primo luogo il mancato rispetto del digiuno, gli orari sbagliati, la concomitante assunzione di farmaci o alimenti. Ma non è solo il fatto di poter ridurre la durata del digiuno fra l'assunzione della levotiroxina e la prima colazione il vantaggio della formulazione liquida.

«La facilità di assunzione consente di superare tutta una serie di problematiche nei bambini che nascono con ipotiroidismo congenito - ricorda **Vincenzo Toscano**, **Presidente dell'Associazione Medici Diabetologi** -. Altre considerazioni sono relative ai pazienti affetti da ipotiroidismo che sono ospedalizzati. Per esempio nel contesto della rianimazione, nel caso di pazienti che non possono essere alimentati e in cui comunque la tiroxina deve essere somministrata perché l'ipotiroidismo non aiuta certo l'outcome della patologia di base. Qui la tiroxina liquida è assolutamente più efficace e rapida. Ci sono poi i pazienti dopo chirurgia bariatrica dove il farmaco si è dimostrato efficace nel raggiungimento del target».

Un altro capitolo è quello delle interazioni con altri farmaci. In particolare, preparati di uso molto comune, come gli inibitori di pompa e gli antiacidi, non sembrano interferire con l'assorbimento della formulazione liquida di levotiroxina. «Bisogna considerare che anche gli inibitori di pompa vanno assunti a digiuno - aggiunge il presidente Ame -. Sia gli inibitori di pompa, sia gli antiacidi creano un ambiente in cui la compressa si assorbe con molta difficoltà; avere la possibilità di utilizzare una soluzione liquida fa superare anche questo handicap». Un commento sullo sbarco della nuova formulazione negli Stati Uniti arriva anche da uno dei più prestigiosi endocrinologi americani, Leonard Wartofsky, Past President dell'American Thyroid Association. «L'Fda ha dichiarato la levotiroxina un farmaco dallo stretto indice terapeutico - sottolinea l'esperto -, a indicare che i pazienti devono essere titolati e mantenuti a una dose precisa. Di conseguenza, un assorbimento efficiente e una precisa bioequivalenza sono fattori critici».

Allarme diabete: tre milioni e mezzo di italiani hanno bisogno del dottore



Salute

Solo 1 paziente su 3 ha un adeguato controllo. Il Piano nazionale cronicità indica la strada ma serve la regia del medico di medicina generale

di Irma D'Aria

Scompenso, insufficienza respiratoria, diabete, obesità, depressione, demenza, ipertensione e ipercolesterolemia colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni. Sono le malattie croniche che insorgono gradualmente, giorno dopo giorno, scatenate da cause molteplici e non sempre identificabili. Richiedono assistenza sanitaria a lungo termine, con cure continue. Sono responsabili dell'86% di tutti i decessi, con una spesa sanitaria di 700 miliardi di euro e si calcola che nel 2020 rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. L'Italia, con una percentuale di "over 65" sul totale della popolazione pari al 21,2%, è in prima linea. Attualmente circa due milioni 600 mila anziani vivono in condizione di disabilità e il 51% della spesa per i ricoveri ospedalieri è attribuita alla fascia di età over 65. Numeri dietro i quali ci sono i nostri genitori, i nonni e tutte le persone avanti negli anni che gravano molto spesso sulle famiglie in cerca di soluzioni assistenziali. Se ne è parlato oggi al convegno istituzionale "Il paziente al centro - La gestione integrata della cronicità", organizzato con il contributo non condizionante di Msd nell'ambito del progetto #Insiemeperilcuore.

Il Piano nazionale della cronicità. Spostare l'assistenza dall'ospedale al territorio. E' la strategia individuata nel Piano Nazionale della Cronicità del ministero della Salute per affrontare l'emergenza di una popolazione che invecchia e ha bisogno di assistenza. Il Piano individua l'ospedale come snodo di alta specializzazione e prevede l'integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche, la continuità assistenziale per supportare il paziente in ogni fase, il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri – anche attraverso l'uso di "tecnoassistenza". "Il Piano intende fornire indicazioni per migliorare l'organizzazione, pur nel rispetto dell'autonomia regionale, in quanto oggi si riscontra una insufficiente risposta nell'assistenza territoriale per i soggetti affetti da patologia cronica che hanno scarsa necessità di accessi ospedalieri, ma richiedono adeguati interventi di tipo ambulatoriale, domiciliare, residenziale" spiega Paola Pisanti, direzione generale della Programmazione Sanitaria, ministero della Salute. "La carenza nell'organizzazione dell'assistenza territoriale è dimostrata dal numero eccessivo di ricoveri in strutture ospedaliere, con notevoli costi diretti e indiretti per i singoli e per la comunità".



L'esplosione del diabete. E' una delle malattie croniche a più rapida crescita, che in Italia colpisce circa 3.600.000 di persone e che entro il 2035 sfiorerà in Europa il tetto dei 70 milioni di pazienti, contro gli attuali 52 milioni. Dei pazienti italiani, solo 1 su 3 ha un adeguato controllo del diabete mentre gli altri vanno incontro alle complicanze della malattia: si stima che il 50% dei pazienti muoia a causa di malattie cardiovascolari, il 10-20% per insufficienza renale, mentre il 10% subisce un danno visivo. Tra le persone anziane con diabete di tipo 2 gli eventi cardiovascolari legati alle complicanze della malattia sono la principale causa di mortalità: il 70% dei decessi in questa fascia d'età è dovuto ad un evento cardiovascolare, soprattutto infarti e ictus. Altissimo l'impatto economico per il Sistema sanitario nazionale, con costi complessivi, diretti e indiretti, stimati in 20,3 miliardi di euro l'anno. "La malattia diabetica ha un impatto drammatico sia dal punto di vista sociale che economico; inoltre, a differenza di quel che sta accadendo per le patologie oncologiche e per quella cardiovascolare, dove si registra un calo dei decessi, nel diabete la mortalità è in aumento" spiega Giorgio Sesti, presidente della Società italiana di diabetologia. "Il Piano Nazionale Diabete, che prevede la gestione integrata del paziente diabetico, è stato approvato da tutte le Regioni, ma solo alcune lo hanno effettivamente applicato: i dati disponibili dimostrano che laddove viene attivata la gestione integrata, coinvolgendo il Centro per la cura del diabete la sopravvivenza dei pazienti aumenta, in quanto il paziente non viene perso al follow-up".

Sindromi Coronariche Acute. Un altro fronte aperto della cronicità riguarda le persone colpite da Sindromi Coronariche Acute che, una volta superata la fase acuta dell'infarto, diventano a tutti gli effetti pazienti cronici a rischio cardiovascolare elevato. Ogni anno in Italia si registrano più di 135.000 eventi coronarici acuti, dei quali un terzo risultano fatali. Nei primi due anni successivi all'infarto la probabilità di essere nuovamente ricoverati è superiore al 60% dei casi e il 30% di questi è dovuto ad una nuova sindrome coronarica acuta. Nel primo anno dopo l'evento coronarico acuto la mortalità extra-ospedaliera raggiunge il 12%, e di questa il 10% è dovuta a recidiva di infarto miocardico. Una delle cause delle recidive è il mancato raggiungimento dei target terapeutici nel controllo del colesterolo Ldl, dovuto anche alla mancata aderenza alla terapia, ridotta del 24% già a 12 mesi dall'evento. Le statine prescritte a dosaggi elevati, infatti, possono indurre effetti collaterali rilevanti contribuendo alla sospensione volontaria della terapia da parte del paziente. Per superare questa criticità sarebbe opportuna un'adeguata sensibilizzazione del paziente da parte del medico di famiglia e una sua presa in carico già al momento della dimissione dall'ospedale, per impostare e concordare la strategia terapeutica più efficace e meglio tollerata.

Medici di base, figli di un Dio minore? Soprattutto gli anziani quando hanno un problema di salute si rivolgono prima di tutto al medico di famiglia che conosce la loro storia e che, quindi ha un ruolo cruciale nella gestione del paziente cronico.



Purtroppo, in caso di diabete, il medico non può fare molto se non limitarsi a prescrivere la classica metformina o le sulfoniluree che, secondo i dati della letteratura scientifica, potrebbero aumentare il rischio cardiovascolare e la mortalità rispetto ai farmaci di più nuova generazione come per esempio i DPP-4 inibitori. Il paradosso è che questi farmaci, nonostante il comprovato profilo di efficacia e sicurezza, possono essere prescritti soltanto dallo specialista diabetologo, negando così l'accesso alla terapia per un numero elevato di pazienti o affollando inutilmente i centri di diabetologia per la loro prescrizione. "I nuovi farmaci sono soggetti al Piano terapeutico e così, pur essendo efficaci, anche rispetto alle complicanze del diabete, e sicuri dal punto di vista cardiovascolare rispetto ai farmaci di vecchia generazione, non vengono utilizzati nella misura opportuna" dichiara **Domenico Mannino, presidente eletto Associazione Medici Diabetologi**. "L'obiettivo del Piano terapeutico è contenere la spesa farmaceutica, ma in questo modo si nega a molti pazienti l'accesso alle terapie più efficaci, con conseguente aumento della spesa per il trattamento delle complicanze. L'impossibilità da parte del medico di base di avere a disposizione tutto l'armamentario terapeutico disponibile per la corretta gestione del diabete apre una questione innanzitutto di appropriatezza prescrittiva a beneficio del sistema sanitario ma soprattutto etica nei confronti delle persone con diabete".

Mani legate per il medico di base anche sul fronte delle malattie coronariche. "Di fatto, per ora i medici di medicina generale non sono messi nelle condizioni di poter attuare pienamente quanto previsto dalle linee guida e sono pressati dai vincoli amministrativi" dichiara Fiorenzo Corti, vice segretario nazionale della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale. "Ci sono norme che fanno apparire il medico di famiglia come il figlio di un Dio minore. Ad esempio, quella che gli vieta di prescrivere i farmaci sottoposti a Piano Terapeutico, come quelli per lo scompenso cardiaco o gli anticoagulanti. La conseguenza è che i medici di medicina generale diventano dei meri trascrittori senza possibilità di avere un'adeguata informazione e conoscenza di queste molecole".

Una rete tecnologica e umana. Le nuove tecnologie sono e saranno sempre più assolutamente necessarie per una migliore gestione della cronicità e per la continuità assistenziale. "Gli ospedali diventeranno dei Centri ad alta tecnologia e di somministrazione di cura ad alta complessità ed impatto economico" spiega Massimo Casciello, della direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del ministero della Salute. Le tecnologie digitali avranno sempre più il ruolo di aiutare le diverse figure sanitarie, evitando ricoveri ospedalieri per eventi che possono essere gestiti anche a casa. "La digitalizzazione sanitaria usufruirà ad esempio di sensori applicati al paziente che comunicheranno una serie di dati ai professionisti della salute, che avranno il compito di raccogliarli ed elaborarli per evidenziare eventuali problematiche, come falle nell'aderenza alla terapia. I pazienti infatti, oltre alla tecnologia, hanno anche bisogno di assistenza sociale e psicologica, specialmente se sono soli, se hanno demenze o problemi di salute mentale". Dunque una 'rete tecnologica e umana'.

Diabete e parodontite: un legame a doppio filo

Un documento congiunto di parodontologi e **diabetologi** pone l'attenzione sulle relazioni tra le due patologie e fornisce indicazioni pratiche. È fondamentale un approccio multidisciplinare che tenga conto dei rischi incrociati delle rispettive patologie

La ricerca scientifica sul diabete è continuamente impegnata a definirne nel dettaglio tutti i meccanismi patogenetici, così come quella farmacologica è concentrata nell'individuazione delle terapie con maggiore efficacia e minime controindicazioni.

La ricerca, inoltre, ha definitivamente chiarito i rapporti di interdipendenza esistenti tra diabete e parodontite, i quali appaiono già evidenti nella pratica clinica. Oltre alla maggiore predisposizione del paziente diabetico allo sviluppo della patologia parodontale, è risultata altresì vera la reciprocità della relazione, e cioè che la presenza della parodontite a sua volta aumenta il rischio di insorgenza del diabete.

Diabete e parodontite: il documento condiviso

Nasce con l'intento di voler promuovere informazioni aggiornate relative alle correlazioni tra le due patologie, unitamente a indicazioni ri-



volte a odontoiatri e **diabetologi**, per un corretto approccio al paziente, il recente documento congiunto elaborato da **Associazione medici diabetologi (Amid)**, Società italiana di diabetologia (Sid) e Società italiana di parodontologia e implantologia (Sidp). L'elaborazione è a opera di un panel multidisciplinare di professionisti di alto profilo: Antonio Carrassi (professore ordinario di malattie odontostomatologiche, università di Milano), Filippo Graziani (professore associato di malattie odontostomatologiche, università di Pisa), Luca Lione (diabetologo, Asl di Savona), Livio Luzi (professore ordinario di endocrinologia, università di Milano), Anna Solini (ricercatrice universitaria presso il diparti-

di Luca Vanni

GLI ANTIOSSIDANTI, ALLEATI CONTRO DIABETE E PARODONTITE

Il diabete è una patologia cronica che richiede interventi continui per prevenire o ridurre le complicanze cardiovascolari, neurologiche, oculari, renali e dentali ad essa collegate. La miglior prevenzione, secondo gli esperti, non può fare a meno di uno stile di vita sano e di una corretta igiene orale.

«La letteratura scientifica – afferma **Jacopo Gualtieri**, odontoiatra specializzato in implantologia e rigenerazione ossea e membro della European Association for Osseointegration (Eao) – dimostra che gli antiossidanti sono degli ottimi alleati per combattere diabete e parodontite. In particolare il nostro organismo necessita quotidianamente di almeno 80-90 mg di vitamina C, quantitativo presente in un'arancia. Attenzione, infine, al fumo che, riscaldando la bocca, favo-

risce l'insorgenza di complicazioni e quindi, soprattutto nei pazienti diabetici, va sconsigliato fortemente».

La parodontite in pazienti con diabete non controllato può portare al rischio di perdita dei denti. È necessario, di conseguenza, che tutti i professionisti sanitari, **diabetologi**, nutrizionisti, dentisti e medici di base, collaborino insieme e siano coinvolti nel trattamento dei pazienti diabetici; non solo in merito alla cura delle malattie parodontali, ma soprattutto informando ed educando i pazienti, fin da piccoli, sull'importanza di una corretta igiene orale e di una sana alimentazione, sull'attenzione al peso corporeo e sulla necessità di un'attività fisica quotidiana: tutti elementi importanti per un buon controllo glicemico.

R.V.

mento di medicina clinica e sperimentale, università di Pisa), Maurizio Tonetti (odontoiatra, past president Sidp, European research group of periodontology, Genova).

«A queste evidenze – spiega il consiglio di presidenza della Società italiana di parodontologia e implantologia – conseguono importanti azioni da intraprendere nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura delle due patologie croniche, al fine da un lato di ridurre incidenza, gravità ed esiti infausti, e da un altro lato di contenere la spesa sia sociale che privata legata alla comparsa delle due patologie».

I meccanismi della relazione biunivoca

La correlazione esistente tra le due patologie risulta essere conclamata in base ai dati sperimentali raccolti: il soggetto che è affetto da una patologia possiede una particolare predisposizione all'insorgenza dell'altra. Il paziente diabetico ha la tendenza a sviluppare maggiormente la parodontite in seguito all'attacco dei batteri parodontopatogeni che provocano un'alterazione della flora batterica sottogengivale.

L'influenza della patologia diabetica si manifesta attraverso l'alterazione quantitativa e qualitativa del profilo citochinico del paziente, con un incremento delle citochine ematiche nel fluido del colletto gengivale.

La risposta immunitaria nella zona interessata appare deficitaria e la salute parodontale è in pericolo a causa dello stress cellulare, dell'alterazione della flora batterica, per la maggiore presenza di prodotti finali della glicosilazione avanzata (AGEs) e dei relativi recettori (RAGE). L'iperglicemia, poi, è strettamente correlata a un calo nella produzione del collagene dovuto a un aumento dell'attività di lisi dei legami peptidici di collagene da parte dei fibroblasti gengivali. Nei pazienti diabetici si può osservare, inoltre, una modificazione del metabolismo osseo a causa dell'accrescimento nel livello proteico di membrana RANKL: è questo innalzamento del numero di proteine la causa del riassorbimento dell'osso alveolare.

Controllo glicemico a rischio a causa dell'infiammazione

Come spiega il documento, la presenza di una parodontite grave porta ad aumento pari allo 0,14% dell'emoglobina glicata HbA1c a cui consegue un peggiore controllo glicemico. L'iperglicemia, mediata dall'infiammazione sistemica elevata del soggetto affetto da parodontite, è causata da un complesso meccanismo che comprende: elevata produzione di citochine, diminuzione nella produzione del monossido d'azoto nel tessuto endoteliale e alterazione nella sintesi e nell'accumulo dei lipidi che porta ad avere più acidi grassi liberi. Nei soggetti con diabete mellito 1 e parodontite viene ad evidenziarsi una maggiore insorgenza di complicanze renali e cardiovascolari; mentre coloro i quali sono affetti da diabete 2 associato a parodontite grave mostrano un rischio di decesso per fattori cardio-renali pari a 3,5 volte superiore rispetto ai soggetti sani dal punto di vista parodontale. L'esecuzione di una corretta terapia parodontale conduce a un decremento della HbA1c dello

0,4% con un conseguente controllo glicemico più agevole.

È importante individuare per tempo la patologia diabetica, la quale può rimanere asintomatica anche per lunghi periodi: risulta quindi evidente l'importanza di attuare efficaci programmi di screening con test semplici e relativamente poco costosi quali la misurazione della glicemia a digiuno e quella dell'emoglobina glicata (HbA1c).

Alterazione della glicemia a digiuno, HbA1c borderline associate a un indice di massa corporea superiore ai 25 kg/m² rappresentano fattori di rischio primari per l'insorgenza della patologia diabetica.

Il ruolo di **diabetologi e odontoiatri**

Anche la parodontite può restare asintomatica per lungo tempo e pertanto non essere di semplice intercettazione nelle fasi iniziali: per tali ragioni l'approccio diagnostico, da parte dell'odontoiatra, richiede un atteggiamento proattivo. Alla luce di quanto detto finora, è evidente quanto il diabetologo e l'odontoiatra debbano essere adeguatamente preparati in merito agli effetti negativi della presenza simultanea delle malattie, informando il paziente dei rischi corsi qualora non si sottoponesse alle opportune cure.

Alla visita diabetologica deve necessariamente accompagnarsi un'accurata ispezione del cavo orale per investigare la presenza di campanelli d'allarme quali: sanguinamento gengivale, recessione gengivale, alitosi, gonfiore o fastidio gengivale, ipersensibilità dentinale. Nel caso in cui il paziente mostri alcuni di questi sintomi, il diabetologo deve indirizzarlo da un odontoiatra per un'approfondita visita di controllo.

Ovviamente spetta anche all'odontoiatra fornire al paziente una corretta informazione per quanto riguarda il collegamento esistente tra le due patologie, soprattutto delle complicanze cardiache e renali in presenza di parodontite nel soggetto diabetico. Attraverso



la visita il professionista deve essere in grado di individuare possibili sintomi riconducibili al diabete (polidipsia, poliuria, calo ponderale ed astenia, infezioni genito-urinarie ricorrenti), indirizzando il paziente verso il proprio medico di famiglia al fine di sottoporsi a specifici accertamenti.

È opportuno che l'odontoiatra sia in grado di intercettare i possibili soggetti a rischio di diabete in base a diversi fattori quali indice di massa corporea ≥ 25 kg/m², età avanzata, inattività fisica, familiarità di primo grado per diabete tipo 2, ipertensione arteriosa e presenza di malattie cardiovascolari.

In conclusione

L'iperglicemia, ribadiscono gli esperti, non rappresenta una controindicazione per i trattamenti odontoiatrici, ma è importante che il dentista operi in sinergia con il diabetologo per pianificare una terapia che tenga conto delle molteplici variabili in gioco e dei possibili rischi. Un approccio multidisciplinare rappresenta il metodo corretto da seguire per evitare la comparsa di eventuali complicanze cliniche, e per contribuire quindi al contenimento delle spese socio-sanitarie, in continua crescita, addebitabili al diabete e alla malattia parodontale. ■

I pericoli delle diete “alla moda”

Chili di troppo? La colpa non è di intolleranze e allergie alimentari. Attenti alle diete miracolose. Il Position statement dei diabetologi e dei nutrizionisti italiani

Le intolleranze non possono causare sovrappeso. Il chiarimento arriva da: Società Italiana di Diabetologia (SID), Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI), Associazione Medici Diabetologi (AMD), Associazione Nazionale Dietisti (ANDID), Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU), Società Italiana di Nutrizione Pediatrica (SINUPE) e Società Italiana dell'Obesità (SIO) che hanno stilato un documento per mettere nero su bianco i veri legami esistenti tra allergie o intolleranze alimentari e obesità.

Oggi esiste una vera e propria diet-industry a cui, però, bisogna avvicinarsi con attenzione. “Il mercato dei prodotti ‘dietetici’ che promettono consistenti perdite di peso – ha spiegato la Società Italiana di Diabetologia - si è popolato di cose di dubbia efficacia e di diete prive di solide basi scientifiche”.

“Non esiste alcuna legame – ha affermato la dottoressa **Rosalba Giacco**, redattrice del documento per la SID ed esperta di nutrizione – tra eventuali allergie alimentari e sovrappeso e non esistono prove scientifiche in grado di validare gli strumenti di ‘diagnosi’ spesso utilizzati per sostenere il nesso tra intolleranze e obesità. Tali metodologie diagnostiche, come ad esempio il dosaggio degli anticorpi IgG4 ‘alimento specifici’ – ha proseguito Rosalba Giacco – non sono infatti riconosciute dalla letteratura scientifica. La positività di questo test non indica infatti una condizione di allergia o intolleranza alimentare, ma una semplice risposta fisiologica del sistema immunita-

ASSOCIAZIONI E SOCIETÀ SCIENTIFICHE DI DIABETOLOGIA E NUTRIZIONE HANNO MESSO A PUNTO UNO POSITION STATEMENT PER CHIARIRE CHE L'OBESITÀ NON PUÒ ESSERE CORRELATA A INTOLLERANZE E ALLERGIE ALIMENTARI. GLI ESPERTI: “ATTENZIONE ALLE COSIDDETTE DIETE ALLA MODA, POSSONO FAR MALE ALLA SALUTE”

rio all'esposizione ai componenti presenti negli alimenti”.

Ma la Società Italiana di Diabetologia punta il dito anche contro le cosiddette **popular diets**, o ‘diete alla moda’, che promettono benefici poco credibili, anche utilizzando come testimonial personaggi del mondo dello spettacolo o dello sport. Si sono moltiplicati anche i test diagnostici di allergia o intolleranza alimentare eseguiti su vari campioni biologici, sangue, saliva, capelli, e proposti come in grado di individuare le cause del sovrappeso.

“La maggior parte di queste informazioni - ha accusato la società Italiana di Diabetologi- derivano da siti internet dedicati alle cosiddette medicine non convenzionali, ma non esistono rigorose evidenze scientifiche che supportino l'utilizzo di questi test per diagnosticare reazioni avverse agli alimenti o per predire eventuali future reazioni”.

Nel mirino degli esperti anche alcuni test quali quelli elettrodermici, la variazione della frequenza cardiaca, l'iridologia, solo per citarne alcuni, che non solo non sono specifici per la diagnosi di allergia e intolleranza alimentare, ma neppure per altri scopi diagnostici. “Per contrastare il sovrappeso – afferma il professor **Giorgio Sesti**, presidente della SID – c'è un solo modo: incrementare l'attività fisica e ridurre la quantità di calorie assunte con la dieta. La composizione in macronutrienti del-



la dieta ha un minore impatto sul calo ponderale ma è fondamentale per l'adesione nel lungo termine e, tra l'altro, contribuisce a rendere più salutare il modello alimentare. I risultati migliori si ottengono utilizzando modelli alimentari che hanno radici culturali/tradizionali nella dieta mediterranea, ovviamente tenendo conto delle necessità individuali”.

Lo studio, dunque, mira a fornire risposte chiare e scientificamente solide, per contrastare il rischio di informazioni parziali e spesso mosse



Per perdere peso bisogna cambiare lo stile di vita e credere poco a soluzioni miracolose



solo da interessi di mercato. Alla ricerca hanno contribuito anche la Società Italiana di Diabetologia (SID) insieme con l'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADD), l'Associazione Medici Diabetologi (AMD), l'Associazione Nazionale Dietisti (ANDID), la Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU), la Società Italiana di Nutrizione Pediatrica (SINUPE) e la Società Italiana dell'Obesità (SIO).

La conclusione a cui sono arrivati gli esperti è semplice: per perdere peso bisogna cambiare lo stile di vita e credere poco a soluzioni miracolose. L'attività fisica dev'essere costante: almeno 30 minuti per 5 giorni a settimana. Per aiutare i bambini in sovrappeso, invece, è necessario che il cambiamento comportamentale coinvolga l'intera famiglia.

Pensando al menù ideale, per non sbagliare basta tornare alle tradizioni: “La sana dieta mediterranea – hanno concluso gli esperti - resta sempre la risposta giusta e la migliore per uno stile di vita salutare”.