



con il Patrocinio del Ministero dell'Università e della Ricerca



Convegno Sport è Salute - 7^a edizione
Auditorium Fidia farmaceutici spa - Abano Terme - sabato 17 maggio 2008



EPIDEMIOLOGIA DEL DIABETE TIPO 1: I DATI DELL'ULSS 16 DI PADOVA Dal 2003 al 2007

PREMESSA

MALATTIA DIABETICA sfida per la medicina: e' una vera epidemia (OMS)

1985 diabetici nel mondo 30 milioni

1995 " " 135 milioni

2001 " " 177 milioni

2030 previsti 370 milioni

In aumento soprattutto il diabete tipo 2 correlato agli errati stili di vita

Segnalati sempre piu' spesso casi di diabete tipo 2 anche in adolescenti obesi (1) (2)

Previsto aumento dell'incidenza anche del diabete tipo 1 come di tutte le malattie autoimmunitarie

Per l'Europa occidentale previsto aumento del 36% dal 1994 al 2010

Nel mondo si stima che l'incidenza salira' del 3,4% ogni anno

ATLETI con DIABETE TIPO 1 VISITATI IN VIA DEI COLLI DAL 2003 AL 2007

	visite	I visite	atleti	M F	Sport	Idonei	Sospesi	Non idonei	Ricorsi
2003	4	2	3	2 1	v 1 c1 b1	3	0	0	
2004	10	3	8	5 3	v3 c2 hb1 t1 mot 1	5	2 *	1	1 accolto
2005	14**	3	11	7 4	v4 c5° t1 mot1	11	0	0	
2006	12	1	10	5 5	v5 c4 apk1°	10	0	0	
2007	10	2	10	7 3	v3 c5°° b1 apk1	9	1*	0	

v=volley c=calcio b=basket hb=pallamano ta=tiroseguo apk=artimarziali-
mot=mociclismo,motocross

- * dovute a ritardi nell'espletamento accertamenti
- ** una visita eseguita a Tencarola
- ° un calciatore e una atleta di arti marziali già idonei prima dell'insorgenza del diabete
- °° un calciatore idoneo anche per il golf

OSSERVAZIONI

Il numero di atleti con diabete tipo 1 visitati in 5 anni è modesto, sono infatti 12, ma pur essendo la validità dei certificati di 6 o al massimo 9 mesi le visite effettuate sono state 50 cioè inferiori alle 60 visite previste per 12 atleti agonisti con rinnovo della certificazione ogni 12 mesi. Questo è dovuto in parte a ritardi da parte degli atleti a presentarsi alla visita per il rinnovo della certificazione, in parte probabilmente ad abbandono della attività agonistica (non risulta infatti che si rivolgano a centri privati poiché manca la verifica amministrativa), ma è un punto non verificabile (atleti visitati in altre provincie o in Centri non collegati on-line).

Due atleti, un calciatore e una atleta di arti marziali si erano sottoposti a visite per agonismo prima che si manifestasse la malattia e , nel caso delle arti marziali, avendo escluso le complicanze dell'organo della vista, se ne è tenuto conto per il rinnovo della idoneità all'agonismo.

Le sospensioni erano dovute non a motivi clinici, ma a ritardi o mancata presentazione della relazione del diabetologo o di altri accertamenti richiesti.

L'atleta praticante motociclismo-motocross al momento della visita per il rinnovo della idoneità aveva 29 anni ed era diabetico T1 dall'età di 16. All'età di 23 anni, a seguito di infortunio, aveva subito un trauma addominale che richiese splenectomia e un pnx Dx. Per tale motivo è stata eseguita la spirometria, anche se non prevista, che è risultata nei limiti di norma. La visita cardiologia e il test cardiovascolare erano normali. La documentazione in relazione al DM evidenziava Hb A1c = 8,7 ed elettromiografia con le seguenti conclusioni “ segni di neuropatia di grado assai lieve, limitata al contingente di fibre motorie degli arti inferiori”. Tutti gli ulteriori accertamenti previsti per legge escludevano complicanze d'organo e disautonomie e il certificato del diabetologo concludeva trattarsi di malattia compensata. Il medico dello Sport in contrasto con il giudizio del diabetologo, lo ha giudicato invece non idoneo, anche se in buon compenso metabolico, per il tipo di sport, in ottemperanza alle direttive Regionali (1987 nota 32652/6165) . L'atleta ricorreva a norma art.6 DM 18/02/1982. La Commissione, prima di pronunciarsi, richiedeva un profilo glicemico ambulatoriale e concludeva con un giudizio finale favorevole alla concessione di idoneità all'agonismo del motociclismo-motocross. Per tale motivo, nel 2005, dopo rivalutazione sia diabetologica che medico sportiva l'atleta veniva giudicato idoneo al suddetto sport.

Negli anni successivi non risultano visite nel nostro centro né verifiche amministrative di eventuali idoneità in centri privati.

Un osservatorio privilegiato è il Centro Regionale di medicina dello Sport a Venezia dove afferiscono (o dovrebbero afferire) tutte le copie dei certificati di idoneità ad attività agonistica dei diabetici e potrebbe fornire una “fotografia” regionale del numero dei diabetici praticanti sport agonistici, del tipo di sport etc

CONCLUSIONI

Tutte le fonti più qualificate (ADS-ACSM) concordano nel ribadire che i diabetici, sia di tipo 1, e ancor più di tipo 2, dovrebbero praticare attività motoria come terzo cardine terapeutico accanto alla corretta alimentazione e alla terapia farmacologica. L'attività consigliata è quella aerobica

regolare, di intensita' medio-bassa, mentre discordi sono i pareri per attivita' con carichi massimali o comunque di entita' non sempre prevedibile, come spesso richiesto in molti sport agonistici nei quali l'equilibrio metabolico diventa piu' difficile. (3)

Tuttavia sempre piu' numerosi sono gli atleti con diabete tipo 1 che partecipano a competizioni di alto livello e non mancano i vincitori di medaglie olimpiche come ad es. Gary Hall Jr. medaglia d'oro olimpica per il nuoto nel 2000 a Sydney e nel 2004 ad Atene. (4).

E' auspicabile che i progressi sempre piu' significativi nella conoscenza e nella cura del Diabete tipo 1, rendano questi traguardi sempre piu' numerosi.

BIBLIOGRAFIA

- 1) American Diabetes Association. Type 2 diabetes in children and adolescents. *Diabetes Care* 2000;23 (3):381-9
- 2) Kaufman FR. Type 2 diabetes mellitus in children and youth: a new epidemic. *J. Pediatr endocrinol Metab* 2002; (suppl 2); 737-44
- 3) Toni S., Reali MF., Barni F., Lenzi L., Festini F.; Managing insulin therapy during exercise in Type 1 diabetes mellitus. *Acta Biomed* 2006; 77; Suppl. 1: 34-40
- 4) <http://www.cnn.com/2003/HEALTH/09/05/hln.bio.gary.hall/>