



Il diabete è il più importante fattore di rischio cardiovascolare e le cardiopatie sono la prima causa di morte tra i pazienti con diabete mellito.

Il diabete mellito provoca una disfunzione della parete dei vasi che porta a rapida progressione della malattia aterosclerotica.

I pazienti diabetici hanno, infatti, un aumentato rischio di malattia cardiovascolare, un aumento del rischio di aterosclerosi in altri distretti (carotidi, arti inferiori) e di malattia renale di origine vascolare.

Per questo è importante il controllo farmacologico della glicemia ma anche un corretto stile di vita: la prevenzione primaria nel diabetico è fondamentale.

Ma la principale novità che sarà discussa al **56° convegno nazionale di cardiologia, organizzato dalla fondazione De Gasperis**, è che cuore e reni si curano insieme. Addirittura con lo stesso farmaco, che è stato studiato per la terapia del diabete.

«Al convegno spiegheremo i meccanismi attraverso i quali il diabete può comportare la comparsa di complicanze cardiovascolari e di insufficienza renale e perché il cardiologo oggi è tanto attento alla presenza dei segni di disfunzione renale» spiega **Antonia Alberti, cardiologa del Niguarda Cardio Center di Milano**, che ha ripreso con intensità i controlli sui diabetici dopo le difficoltà dell'emergenza Covid 19, ricorrendo anche alla telemedicina.

La novità più recente sul piano farmacologico, che offre speranze concrete ai diabetici quanto ai cardiopatici, sono gli inibitori delle SGLT2 (glicofine) e gli agonisti del recettore di un ormone intestinale, il GLP1, che stimola la produzione di insulina.

“Agiscono sul controllo glicemico senza condurre all'ipoglicemia e migliorano la prognosi in modo significativo – conferma Alberti”

“I primi arrivano a ridurre del 38% la mortalità e del 35% lo scompenso cardiaco, così come nel 39% dei casi la comparsa o la progressione di nefropatia diabetica”.

“Anche la seconda molecola non comporta rischi di ipoglicemia e ha dimostrato di ridurre i gravi eventi avversi cardiaci e la progressione della nefropatia, con un effetto che si manifesta a partire dal primo anno di cura”.

“Per il primo farmaco si prediligono pazienti con scompenso cardiaco, per il secondo quelli che hanno già subito un infarto in assenza di scompenso. L'obiettivo è quello di personalizzare sempre di più la terapia per ottenere il massimo beneficio nel singolo paziente”.