

## Automonitoraggio della glicemia nel diabete tipo 2 non in trattamento insulinico

**Biagio Giordano**

Medico di medicina generale, Taranto  
Responsabile Dipartimento  
di Gastroenterologia AIMEF

*Secondo un recente documento dell'International Diabetes Federation l'uso appropriato dell'automonitoraggio della glicemia nel diabete di tipo 2 non in trattamento insulinico è potenzialmente in grado di ottimizzare la gestione terapeutica della patologia e di migliorare sopravvivenza e qualità della vita. La condizione è che venga impiegato nell'ambito di un programma terapeutico-educativo del paziente*

**I**l diabete mellito è una patologia cronica caratterizzata da elevati costi sanitari, in quanto, essendo associata a complicanze maggiori, compromette sia la durata sia la qualità della vita dei soggetti affetti. Per questo motivo il diabete è stato riconosciuto dall'OMS come un grave problema di salute pubblica, la cui rilevanza è tra l'altro in rapida crescita, giacché da 246 milioni del 2007 gli adulti diabetici nel mondo sono destinati a diventare, nel 2025, ben 380 milioni.

Peraltro numerosi studi randomizzati controllati, condotti sia nel diabete tipo 1 sia nel tipo 2, hanno documentato come il trattamento aggressivo della iperglicemia riduca certamente e in maniera significativa lo sviluppo delle complicanze microvascolari e produca probabilmente un rallentamento della progressione delle complicanze macroangiopatiche nel lungo termine, a patto che adeguati valori di HbA1c vengano mantenuti precocemente nel corso della malattia.

Anche l'associazione tra controllo glicemico e qualità della vita dei diabetici è stata documentata dalla medicina basata sulle prove e pertanto l'automonitoraggio della glicemia o "self-monitoring of blood glucose" (SMBG) è fortemente raccomandato nei pazienti diabetici sia di tipo 1 sia di tipo 2 in trattamento insulinico, quale strumento per favorire il compenso metabolico. Analogo consenso non si registra invece per il monitoraggio nei diabetici di

tipo 2 che non siano trattati con insulina, a causa dei risultati contrastanti degli studi sino ad ora condotti in questa popolazione.

In attesa di nuovi dati che consentano di definire i vantaggi e il rapporto costo-beneficio dell'automonitoraggio glicemico, la Clinical Guidelines Taskforce dell'International Diabetes Federation (IDF) ha elaborato alcune raccomandazioni di comportamento clinico, allo scopo di guidare i pazienti diabetici di tipo 2 non insulinotrattati e i loro curanti all'uso appropriato di tale strumento di controllo metabolico ([www.idf.org](http://www.idf.org)).

### ■ Coinvolgimento di medici e pazienti

L'automonitoraggio della glicemia dovrebbe essere adottato all'interno del programma di cura soltanto quando i pazienti diabetici e i loro medici curanti abbiano competenze adeguate relativamente al suo impiego.

Il mantenimento della glicemia a valori tali da prevenire lo sviluppo e la progressione delle complicanze croniche comporta un delicato equilibrio tra apporto calorico, esercizio fisico e terapia farmacologica, in un continuo adattamento ai progressivi mutamenti metabolici determinati dalla patologia.

Il mantenimento di un tale equilibrio richiede, però, il coinvolgimento attivo dei soggetti diabetici e dei loro curanti e presuppone il possesso da parte degli uni e degli altri

della capacità da una parte di intervenire sullo stile di vita e dall'altra di produrre aggiustamenti posologici della terapia in base al profilo glicemico rilevato.

I pazienti dovrebbero pertanto essere in grado di rilevare accuratamente e registrare i valori di glicemia e gli eventi a essi correlati, di interpretare i risultati delle misurazioni e di intervenire di conseguenza e in modo efficace sul proprio stile di vita (regime alimentare e attività fisica).

I medici dovrebbero invece disporre delle letture rilevate e prescrivere gli opportuni aggiustamenti terapeutici finalizzati a correggere le alterazioni glicemiche (a digiuno e/o post-prandiali) eventualmente riscontrate.

Un intervento precoce e appropriato sulle escursioni glicemiche avrebbe modo di soppiantare quella "inerzia terapeutica" - intesa come ritardo nell'intraprendere o intensificare terapie farmacologiche - che ha dimostrato di contribuire allo scarso controllo metabolico dei pazienti con diabete tipo 2 trattati nel setting delle cure primarie.

### ■ Strumento del processo educativo

L'automonitoraggio dovrebbe essere preso in considerazione, al momento della diagnosi di diabete, oltre che come guida per gli aggiustamenti posologici della terapia, anche come strumento per promuovere nell'ambito del processo educativo del paziente la sua consapevolezza della malattia.

Numerosi studi hanno dimostrato come l'automonitoraggio, inserito nel complesso del regime terapeutico, sia in grado di aiutare i pazienti diabetici a comprendere la natura della loro malattia, nonché l'influenza su di essa e sui valori glicemici di fattori esterni, quali il tipo di alimentazione o l'intensità dell'attività fisica praticata, contribuendo così - in modo indiretto - al miglioramento del controllo metabolico.

### ■ Frequenza personalizzata

L'intensità dell'automonitoraggio (frequenza delle determinazioni glicemiche) dovrebbe essere personalizzata per ciascun soggetto avendo presenti due obiettivi: la soddisfazione da una parte delle esigenze di natura educativa o clinica (riconoscimento degli episodi di ipo e iperglicemia) del paziente e il controllo dall'altra degli effetti della terapia sul compenso metabolico.

L'estrema variabilità nella popolazione dei diabetici di tipo 2 di situazioni cliniche, regimi terapeutici e bisogni educativi, giustifica l'adozione di monitoraggi glicemici personalizzati in funzione dei bisogni di ciascun soggetto. La scelta del tipo di SMBG (intensità e frequenza) dovrà comunque sempre scaturire da una decisione condivisa tra il paziente e il suo medico curante.

Sebbene non esistano dati basati su prove di efficacia che sostengano la definizione di un unico programma standard di automonitoraggio, valido per tutti i diabetici tipo 2 non trattati con insulina, vi è generale accordo su alcuni aspetti del SMBG, quali per esempio l'inopportunità in questa popolazione di pazienti di un controllo quotidiano, prolungato nel tempo.

È invece riconosciuta come vantaggiosa l'adozione di monitoraggi intensivi concentrati in brevi periodi, per esempio al momento della diagnosi e quindi successivamente e periodicamente nel corso della malattia, allo scopo di individuare patterns glicemici rivelatori di un buon controllo quotidiano. Vi sono inoltre alcune situazioni in cui un monito-

raggio glicemico intensivo risulta, anche nei diabetici di tipo 2 non in trattamento insulinico, estremamente appropriato: la comparsa di infezioni o altri eventi stressanti (viaggi, ecc), una gravidanza, oppure ancora cambiamenti nello stile di vita (alimentazione ed esercizio fisico) possono intervenire a modificare l'equilibrio metabolico e quindi il profilo glicemico, suggerendo un più assiduo controllo della glicemia.

Una volta però che il controllo metabolico sia stato raggiunto e documentato, è ragionevole rivedere le caratteristiche (in termine d'intensità e frequenza) del SMBG.

Una determinazione glicemica pre e post-prandiale rilevata per due o tre volte la settimana può essere sufficiente a individuare eventuali situazioni problematiche.

Qualora poi si ottenga una condizione stabile di compenso, il monitoraggio glicemico può essere sospeso, ricordando però che, pur in situazioni di equilibrio, l'introduzione di un nuovo regime alimentare oppure un cambiamento nell'intensità dell'attività fisica, giustificano il SMBG.

### ■ Obiettivi condivisi tra medico e paziente

Gli obiettivi dell'impiego del SMBG dovrebbero essere concordati tra medico e paziente.

L'interazione tra medico e paziente diabetico può rappresentare una criticità ai fini del perseguimento degli obiettivi terapeutici.

Anche per quanto riguarda l'uso del SMBG gli obiettivi da raggiungere dovrebbe essere chiaramente defini-

ti e condivisi tra gli attori coinvolti (soggetti diabetici e loro curanti).

È importante che si trovi accordo sui target glicemici - a digiuno e post-prandiali - avendo presente che ottenere almeno il 50% delle rilevazioni nel range raccomandato dalle linee guida equivale in genere ad assicurarsi valori accettabili di emoglobina glicata (HbA1c), espressione questa di un buon compenso. È fondamentale inoltre che i pazienti coinvolti nell'automonitoraggio ricevano, già in occasione delle prime visite e nel corso dei successivi controlli, informazioni chiare sul proprio ruolo per quanto riguarda i cambiamenti dello stile di vita e gli aggiustamenti della terapia farmacologica.

### ■ Verifica dell'accuratezza

L'automonitoraggio glicemico dovrebbe prevedere la possibilità di verificare l'accuratezza delle misurazioni effettuate con il glucometro in dotazione.

Presupposto indispensabile dell'automonitoraggio glicemico è la qualità delle misurazioni, la cui verifica - nell'ambito del programma di gestione della patologia - dovrebbe essere raccomandata come procedura di routine.

Il test di valutazione delle prestazioni del glucometro dovrebbe essere di basso costo oltre che di rapida e semplice esecuzione. Inoltre, in un setting ideale, sia l'accuratezza dello strumento, sia il corretto utilizzo dello stesso da parte del paziente, dovrebbero essere periodicamente verificate da personale paramedico dedicato.

## Infobox

### Il controllo glicemico secondo le linee guida

Parametro	IDF (International Diabetes Federation)	ADA (American Diabetes Association)
• Glicemia a digiuno (mg/dl)	<110	<110
• Glicemia post-prandiale (mg/dl)	<140	<140
• Emoglobina glicata HbA1c (%)	<6.5	≤6.5