

■ DIABETOLOGIA

Autocontrollo glicemico e strategie di cure complesse

■ Elisabetta Torretta

I destinatari delle "Raccomandazioni per l'autocontrollo della glicemia nel paziente diabetico" sono il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, in particolare le Aziende Sanitarie, le Strutture di Diabetologia, i Servizi di Medicina di Laboratorio, nonché l'industria dei diagnostici. La finalità è quella di favorire l'impiego di strumenti e di procedure idonei ad ottenere risultati sicuri e a ridurre il potenziale rischio connesso ad un non appropriato autocontrollo glicemico nel paziente diabetico (www.aemmedi.it).

L'autocontrollo è da intendersi come un vero e proprio strumento terapeutico da prescrivere secondo precise indicazioni e modalità e con la scelta degli strumenti ritenuti più idonei da parte del diabetologo e/o del Mmg dove sia stato istituito un regime di assistenza integrata; tale prescrizione deve in ogni caso essere preceduta da un addestramento pratico strutturato da parte del personale sanitario ed accompagnata da un sistema di distribuzione capillare assimilabile, per efficienza, a quello dei farmaci.

Nell'ambito di una strategia di cura complessa, l'autocontrollo glicemico si associa ad un miglioramento del controllo metabolico e le infor-

mazioni fornite sia dall'autocontrollo glicemico che dall'emoglobina glicata (HbA1c) sono gli strumenti migliori per stimarne il livello. Tale pratica, inoltre, rappresenta la modalità più efficace per il controllo dell'iperglicemia post-prandiale e, quindi, per l'adozione della terapia più appropriata e personalizzata del singolo paziente. Infatti, l'iperglicemia post-prandiale è fattore importante per il raggiungimento dei target desiderati di emoglobina glicata, indice del grado di variabilità glicemica, nonché riconosciuto fattore di rischio indipendente di patologia cardiovascolare.

Nel diabete di tipo 1, la maggior parte degli studi clinici ha evidenziato il ruolo centrale dell'autocontrollo nel raggiungimento di un buon controllo glicemico. È pratica clinica ormai radicata consigliare a questo tipo di paziente il controllo della glicemia prima di ogni iniezione di insulina in modo tale da aggiustarne il dosaggio, sia in base al valore della glicemia che al contenuto di carboidrati del pasto successivo. Inoltre l'autocontrollo permette in questi pazienti di adeguare la dose di insulina in rapporto all'attività fisica e di ridurre il rischio di ipoglicemia; pertanto tale pratica rappresenta una

componente essenziale dell'auto-gestione quotidiana di questi pazienti. È infatti possibile ridurre il rischio di complicanze microangiopatiche, evidenza che è verosimilmente trasferibile anche al diabete di tipo 2 insulino-trattato.

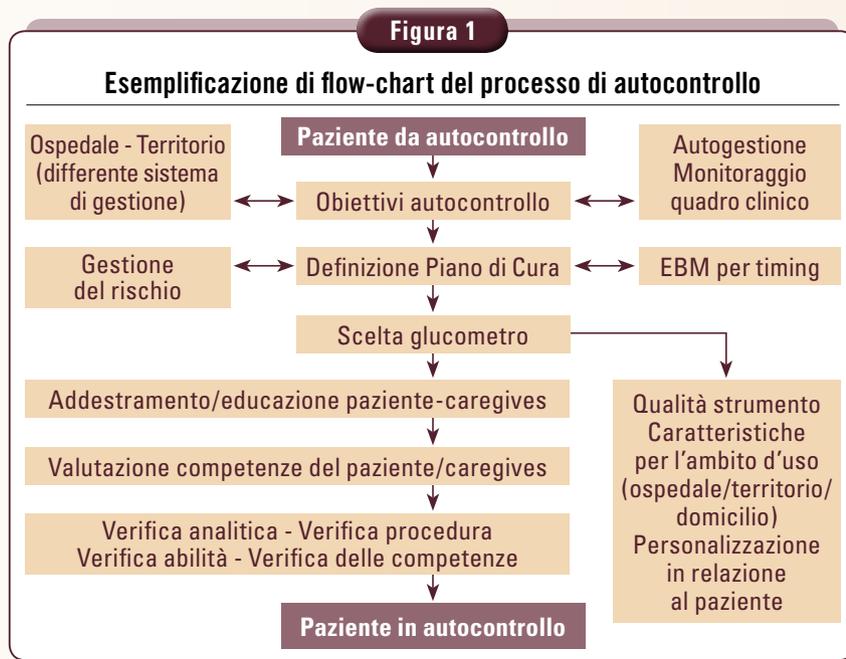
Per quanto riguarda il ruolo dell'autocontrollo nel diabete tipo 2 non insulino-trattato le numerose metanalisi e revisioni pubblicate fino al 2010 sull'argomento hanno sottolineato la difficoltà di stabilire con chiarezza il suo ruolo e la sua efficacia nel migliorare il controllo glicemico nel diabete di tipo 2 in terapia con anti-diabetici orali o con sola dieta.

L'autocontrollo deve essere associato a un'educazione appropriata, soggetta a periodiche rivalutazioni, a una diversa scelta di stile di vita e a modifiche del trattamento farmacologico; in quasi tutti gli studi, invece, c'è un'evidente mancanza di informazioni quasi a testimoniare l'assenza di consapevolezza del ruolo che ha lo stile di vita.

Nuovi dati ottenuti da studi randomizzati hanno dimostrato che l'autocontrollo nei diabetici tipo 2 non in trattamento con insulina è efficace quando strutturato e frutto di uno specifico percorso educativo. In pazienti con diabete di tipo 2 e valori di HbA1c vicino al target ottimale stabilito, indipendentemente da altri fattori, l'uso intensivo e strutturato dell'autocontrollo ha permesso di ottimizzare la terapia del diabete, migliorare lo stile di vita e ridurre l'HbA1c senza aumentare la frequenza di ipoglicemie gravi ed il peso.

L'educazione del paziente comprende l'acquisizione delle abilità necessarie per effettuare la rilevazione della propria glicemia, per interpretare i risultati come base per intra-

prendere una azione, per fare collegamenti tra specifici comportamenti (alimentazione, esercizio fisico) e i risultati della misurazione glicemica, prendendo da questi la motivazione al cambiamento dei comportamenti. Il paziente deve essere in grado di mettere in atto autonomamente comportamenti correttivi, farmacologici e non, in risposta ai risultati delle misurazioni glicemiche, soprattutto per la prevenzione del rischio ipoglicemico. L'uso e la periodicità dell'autocontrollo glicemico devono essere stabiliti sulla base della terapia del diabete (livello di evidenza II, Forza della Raccomandazione B). La frequenza dell'autocontrollo deve essere adattata agli eventi intercorrenti ed intensificata in presenza di situazioni cliniche quali patologie intercorrenti ipoglicemie inavvertite, ipoglicemie notturne, variazioni della terapia ipoglicemizzante (livello di evidenza VI, Forza della Raccomandazione B). Il momento in cui la glicemia viene determinata, infatti, è importante: quelle dopo pranzo, dopo cena e al momento di coricarsi correlano di più con i livelli di HbA1c (livello di evidenza II, Forza della raccomandazione B), rispetto a quelle effettuate a digiuno. La misurazione della glicemia post-prandiale va effettuata tra i 60 e 120 minuti dall'inizio del pasto; il team di cura stabilirà l'intervallo più idoneo in relazione al quadro clinico del singolo paziente e agli obiettivi di trattamento da perseguire. Nell'ambito della strategia di cura del diabete, che seppur cronica non è malattia stabile, per raggiungere un obiettivo a lungo termine il cui esito è incerto, come la prevenzione di complicanze con il controllo della



glicemia, è necessario che venga seguito un metodo. Il paziente deve essere educato per attuare azioni integrate, preventive e correttive, al fine di raggiungere risultati definiti e condivisi nel Piano di Cura individuale. Si tratta di un vero "percorso di assistenza e cura": dalla fase di presa in carico del paziente da parte del team diabetologico, fino al momento in cui il paziente utilizza i presidi per l'autocontrollo ed adotta le azioni necessarie all'autogestione della malattia (figura 1). Il diabetologo certifica la diagnosi e autorizza la prestazione assistenziale, il team diabetologico qualificato si fa carico dell'addestramento-educazione del paziente ed eroga la prestazione nell'ambito dell'educazione terapeutica e secondo le indicazioni per la gestione del rischio clinico. Il diabetologo redige "il piano terapeutico" (definizione degli obiettivi

terapeutici, delle modalità e del timing dell'autocontrollo) e "prescrive", di concerto con il paziente, il dispositivo più appropriato al profilo, clinico e sociale del paziente, che effettua il monitoraggio della glicemia e le registrazioni secondo le indicazioni ricevute e adotta le azioni adeguate. Il team diabetologico, infine, verifica le abilità del paziente e l'efficacia della cura e si fa carico della formazione dei Mmg.

www.qr-link.it/video/0313



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code