



# Il passaggio all'insulina

Come un grande fiume, il corso della vita a volte è lento, a volte interrotto da cascate: questi 'salti' sono il primo giorno di scuola o di lavoro, il matrimonio, la pensione.

In queste occasioni le abitudini cambiano. «Chiedersi "era meglio prima?" viene spontaneo, ma arrovellarsi non serve a molto», nota Daniela Bruttomesso, dirigente medico presso la Cattedra di Malattie del Metabolismo dell'Università di Padova; «bisogna piuttosto cercare l'atteggiamento che permette di gestire al meglio la nuova situazione».

Uno dei cambiamenti che il paziente diabetico può incontrare sulla sua strada è il passaggio dalla terapia con ipoglicemizzanti a quella con l'insulina.

Un passaggio che si rende necessario quando la terapia iniziale (pillole, dieta ed esercizio fisico) si dimostra insufficiente a mantenere l'equilibrio glicemico.

Dal punto di vista del paziente, il passaggio è difficile. È inutile negarlo. L'insulina è una proteina che il nostro organismo produce in condizioni normali; un farmaco fisiologico, naturale. Purtroppo, però, non può essere presa per bocca (altrimenti gli enzimi contenuti nello stomaco la renderebbero inutilizzabile) ma va iniettata sottocute e deve essere mantenuta a una temperatura compresa fra i 2 e i 20 gradi. Con il passaggio all'insulina, per il paziente di tipo 2 entrano nuove abitudini nella routine giornaliera: alle iniezioni, generalmente tre o quattro al giorno, si aggiunge la necessità di controllare la glicemia. La persona con il diabete conosce per la prima volta un fatto paradossalmente opposto a quello dell'iperglicemia: il rischio di una crisi ipoglicemica.

«Sottovalutare questi aspetti è inutile, così come è inutile 'imporre' al paziente il passaggio all'insulina» nota Donatella Bloise, Diabetologa, Membro del Coordinamento del GISED (Gruppo Italiano di Studio per l'Educazione sul Diabete).

Dopotutto la persona con il diabete e il Team

IL PASSAGGIO DA UNA TERAPIA A BASE DI IPOGLICEMIZZANTI ALL'INSULINA È PSICOLOGICAMENTE DIFFICILE E COMPORTA NUOVE ATTENZIONI, MA CONSENTE DI RAGGIUNGERE OTTIMI LIVELLI DI CONTROLLO E OFFRE ALCUNI MARGINI DI LIBERTÀ A CHI IMPARA A GESTIRSI.

diabetologico hanno gli stessi obiettivi: uno di questi è il miglioramento del profilo glicemico. «Se la terapia con ipoglicemizzanti non si dimostra sufficiente il paziente motivato a curarsi è il primo a sentire un senso di frustrazione. In questi casi è lui stesso a chiedere al medico una cura più efficace» ricorda la Bloise.

Anche per questa ragione il 'passaggio' non viene attuato da un giorno all'altro: generalmente il medico preannuncia l'ipotesi con anticipo, un po' per dar tempo al paziente di adattarsi all'idea, un po' per rivalutare la situazione, dal momento che spesso esiste la possibilità che una attenzione maggiore alla dieta e un esercizio fisico più vicino a quello consigliato riescano a ottenere dei risultati che prima non erano stati raggiunti» spiega la Bruttomesso. Laddove gli ipoglicemizzanti non funzionano, l'insulina può dimostrarsi una soluzione efficace; la quantità giornaliera viene distribuita in 3 o 4 iniezioni. Insuline diverse esprimono i loro effetti in tempi differenti: le rapide e ultrarapide immediatamente dopo la somministrazione e per breve tempo; le lente e ultralente, invece, hanno effetto almeno 90 minuti dopo l'iniezione e per molte ore.

«Dosando l'insulina correttamente è possibile 'mimare' il funzionamento del pancreas sano, in modo da ottenere un profilo glicemico vicino, soprattutto nei momenti critici del dopo pasto, a quello ideale» afferma Donatella Bloise.

I risultati si vedono: pazienti che, nonostante le pillole e le diete, trovavano sul display del loro reflattometro valori di 200 o 300, riscontrano, magari per la prima volta da quando hanno iniziato l'autocontrollo, glicemie normali.

«Nessun medico chiederebbe al suo paziente un cambiamento importante come il pas-

saggio all'insulina, se non avesse la certezza, e noi l'abbiamo, confermata oltre ogni dubbio da decenni di studio e dalla nostra pratica di ogni giorno» tiene a sottolineare Daniela Bruttomesso, «che un buon equilibrio glicemico previene l'insorgenza delle complicanze o ne ritarda la progressione. È stato dimostrato che la riduzione del 10% del valore di emoglobina glicosilata [è un test che esprime una 'media' della situazione glicemica degli ultimi due mesi ndr] qualsiasi sia il valore di partenza, permette di ridurre del 25-40% il rischio di sviluppare complicanze a carico degli occhi, dei reni, dei nervi. Il buon controllo glicemico va quindi ricercato in tutti i pazienti, compresi i diabetici di tipo 2, ricorrendo, se necessario, alla terapia insulinica».



**D**aniela Bruttomesso, diabetologa, dirigente medico presso la Cattedra di Malattie del Metabolismo dell'Università di Padova.

“ *L'insulina rappresenta un modo diverso di affrontare il problema diabete, un modo che – più ancora della terapia con gli ipoglicemizzanti – richiede da parte del paziente un ruolo attivo, da protagonista.* ”

ma diabete, un modo che – più ancora della terapia con gli ipoglicemizzanti – richiede da parte del paziente un ruolo attivo, da protagonista» continua la diabetologa padovana. Un aspetto spesso sottovalutato del 'passaggio' è quello psicologico. «Con la terapia a base di dieta, esercizio fisico e ipoglicemizzanti, è facile che il paziente entri in una sorta di routine» ammette Carmela Capparro, dietista presso il Centro di Diabetologia del Policlinico Universitario di Padova. «La persona con il diabete adotta passivamente le indicazioni: prende le medicine, prova a ridurre la quantità di grassi e zuccheri e



**Donatella Bloise,**  
diabetologa, docente di  
Pedagogia applicata al  
Diploma Universitario  
in Podologia  
dell'Università di Roma  
"La Sapienza".

cerca di fare esercizio fisico. L'insulina rompe questa routine», nota la Capparotto e «spinge il paziente a reimpostare il suo rapporto con la malattia».

Il passaggio all'insulina è un'ottima occasione per fare il punto della situazione, e non solo dal punto di vista clinico. La persona con il diabete potrebbe, per esempio, domandarsi se davvero le attenzioni e i sacrifici chiesti dalla terapia sono del tutto inutili.

«Noi spingiamo i pazienti a elencare nel dettaglio i disagi e i problemi che la terapia, quale che sia, pone loro» sottolinea la Bloise. A volte il medico sembra si diverta a fare domande provocatorie, per esempio, a chiedere: «Ma davvero non le pesa rinunciare ai dolci? E quando va da amici e tutti mangiano piatti enormi di pasta a lei non secca dover rinunciare?» Non è sadismo e non si tratta nemmeno di 'domande trabocchetto' come qualcuno sospetta. «Il fatto è che le terapie, in particolare quelle che utilizzano l'insulina, permettono un ampio margine di flessibilità.

La terapia ideale non è quella che sta scritta sui libri, ma deve essere adattata alle esigenze della persona con il diabete» ricorda la Bloise che insegna Pedagogia applicata al Diploma Universitario in Podologia dell'Università di Roma "La Sapienza".

«L'insulina nelle persone con diabete di tipo 2 può essere somministrata secondo diversi schemi terapeutici, adattati all'andamento glicemico del singolo paziente» concorda

Daniela Bruttomesso. «Può essere indicato associare agli ipoglicemizzanti orali solo una-due iniezioni di insulina al giorno o può essere necessario passare alla sola terapia insulinica, somministrando tre-quattro iniezioni al giorno. In questo caso il paziente può godere di una certa flessibilità ai pasti. In effetti può, di volta in volta, non solo aggiustare la dose di insulina in base alla glicemia riscontrata prima di un pasto, ma può anche aumentare o ridurre la dose a seconda che preveda di assumere un pasto più o meno abbondante del solito. Con la terapia insulinica è possibile anche correggere eventuali errori dietetici». Se dopo pranzo la glicemia è davvero alta, si fa una iniezione di alcune unità di insulina extra e tutto torna a posto.

Naturalmente non è semplice. «Ben dosata l'insulina consente di affrontare e correggere molte situazioni, ma imparare a gestire tale terapia, soprattutto da adulti, non è facile; occorre essere disposti ad apprendere molte cose» ricorda la ricercatrice padovana.

Il primo passo è imparare a essere prudenti: non dimentichiamo che se si assume più insulina del dovuto, questa 'elimina' tutto il glucosio presente nel sangue, compresa la quantità necessaria al cor-

retto funzionamento del cervello. La mancanza di glucosio provoca lievi tremori e senso di disorientamento.

Correggerla è la cosa più semplice del mondo: basta assumere alla svelta una bevanda zuccherata o alcune zollette di zucchero, ma bisogna agire velocemente, prima che il tremore o il disorientamento rendano necessario un aiuto esterno. Grazie all'insulina, il Team, composto dal diabetologo, dalla dietista e dal paziente, dispone di un

“ Le terapie,  
in particolare quelle  
che utilizzano l'insulina,  
permettono un  
ampio margine di flessibilità.  
La 'ricetta' ideale non è  
quella che sta scritta  
sui libri,  
ma deve essere adattata  
alle esigenze  
della persona con  
il diabete. ”

certo margine di manovra che rimane, però, limitato da due aspetti che devono essere tenuti in considerazione. Primo, adeguare la terapia insulinica alle diverse situazioni che si pongono giorno per giorno non è cosa da poco. Occorre attenzione, conoscenze e molta esperienza.

«Si dice spesso che il paziente deve imparare a curare se stesso, ad autosorvegliarsi, ad aggiustare il trattamento. Deve quasi diventare il 'diabetologo' di se stesso. Ma per fare tutto questo il paziente deve poter ricevere una formazione adeguata e, soprattutto,

essere motivato ad apprendere» sottolinea Daniela Bruttomesso.

In secondo luogo, la persona con il diabete è spesso in sovrappeso, di frequente ha alti livelli di grassi nel sangue.

«L'insulina permette di mangiare di più, ma non fa certo dimagrire, anzi ottiene l'effetto opposto. Visto che il sovrappeso rappresenta un rischio almeno pari all'iperglicemia, il paziente deve comunque rimanere entro i limiti di una dieta che consenta di raggiungere o mantenere il peso corporeo ideale» ricorda Carmela Capparotto.

**A**ttaverso il 'gioco degli equivalenti' (foto in basso) progettato da un Team di diabetologi e dietisti e distribuito da Roche Diagnostics ai Centri che ne fanno richiesta, le persone con il diabete imparano, con il sistema degli 'scambi alimentari', a valutare l'effetto calorico e glicemico dei cibi.

## Tornare a scuola per essere più liberi

La persona con il diabete di tipo 2 con terapia insulinica non deve per forza trasformarsi in un diabetologo provetto. «La competenza è del Team e deve essere condivisa con il paziente, non semplicemente trasferita a lui» nota Daniela Bruttomesso. Ogni domenica si va a pranzo dal figlio? Nessun problema: con il diabetologo si preparerà uno schema che preveda il maggior fabbisogno di insulina in quella giornata. Dopotutto a una certa età è facile che si sviluppino delle abitudini.

Chi vuole invece sedere al posto di guida ed essere in grado di gestire situazioni impreviste (per esempio una festa di compleanno) deve mettere in conto un doppio training: da una parte sapere quanta insulina è necessaria per compensare un determinato apporto di zuccheri (per esempio una unità per ogni 10-15 grammi), dall'altra, cosa ancora più difficile, sapere quanti grammi di zuccheri sono 'nascosti' in un alimento o in un intero pasto.

«La didattica dell'alimentazione è ormai una scienza consolidata» spiega Carmela Capparotto «il primo passo consiste nell'insegnare a distinguere le grandi



categorie di alimenti: proteine, grassi, carboidrati complessi e semplici. Il secondo nel definire l'apporto calorico e glucidico degli alimenti».

«A questo training si accompagna la sperimentazione che ogni persona con il diabete può fare semplicemente misurando la glicemia prima dell'iniezione di insulina e due ore dopo il pasto. Se la glicemia è sensibilmente più alta o più bassa del dato iniziale, vuol dire che la dose non è adeguata alla quantità di zuccheri di quel pasto. Se invece è tornata al livello pre-pasto, allora la combinazione è vincente e va memorizzata per poterla utilizzare in una occasione analoga» nota Donatella Bloise.

«Così facendo, per prove, errori e riflessioni si arriva a 'farsi l'occhio' e prendere decisioni efficaci». «La persona con il diabete di tipo 2 che avvia una terapia con insulina deve iniziare una vera 'educazione alla libertà», continua Donatella Bloise. «Libertà e responsabilità sono due facce della stessa medaglia» conclude Daniela Bruttomesso, e la responsabilità presuppone la conoscenza e la capacità. Con il passaggio all'insulina la persona diventa al 100% protagonista del suo diabete».