

# Autocontrollo: *la rivoluzione continua*



*Da venticinque anni, in modo sempre più affidabile, comodo e veloce, le persone con diabete possono controllare dove e quando vogliono la loro glicemia. Questo ha permesso di impostare su basi nuove la terapia, il rapporto fra persona con diabete e Team e di arrivare a una vera autogestione.*

Una piccola rivoluzione avviene ogni settimana, ogni giorno, ogni poche ore. Si tratta dell'autocontrollo domiciliare della glicemia. «Al suo apparire circa venticinque anni or sono, l'autocontrollo della glicemia ha rivoluzionato l'approccio all'assistenza diabetologica», afferma Massimo Massi Benedetti; «si tratta di un processo lungo che per molti versi è ancora in corso». *Modus* riassume questo processo insieme al professore dell'Università di Perugia, vicepresidente della International Diabetes Federation, consulente della Organizzazione Mondiale della Sanità, instancabile 'lobbyista' per gli interessi delle persone con diabete presso governi e istituzioni come il Parlamento e la Commissione europea.

**Aumentano le evidenze scientifiche sull'importanza dell'autocontrollo della glicemia nelle forme di diabete non trattate con insulina. L'autocontrollo continua a dare frutti?**

Certamente. I lettori della glicemia hanno avuto e hanno un impatto profondo, hanno cambiato il modo di fare diabetologia in tutto

il mondo e in maniera irreversibile. Ma questo è avvenuto attraverso varie tappe. E sta continuando tuttora con un'accettazione sempre maggiore del loro ruolo in tutte le forme di diabete, per motivi diversi, con schemi diversi.

**Lei ha iniziato a occuparsi di diabete trent'anni fa. Come era 'prima' dell'autocontrollo?**

'Prima' il diabetologo lavorava... alla cieca. Se il paziente non era ospedalizzato si valutava la presenza di glucosio nelle urine e si misurava la glicemia a digiuno il giorno della visita. Il che non serviva – e non serve – a nulla. Il fatto stesso di recarsi in ambulatorio ha reso poco indicativa quella giornata. Per queste ragioni negli anni '70 la diabetologia chiese alle aziende di produrre strumenti che consentissero ai pazienti di misurare in casa loro la glicemia. E questi strumenti arrivarono. Furono i pazienti per primi ad accorgersi che queste glicemie potevano insegnare loro qualcosa.

**Insomma furono i pazienti a cogliere la potenzialità educativa dell'autocontrollo?**

Esatto, furono loro a imparare, a chiedere di

saperne di più. Le Associazioni fra pazienti ben aiutati da medici e infermieri fecero molto in questo senso. A quel punto un numero sempre maggiore di diabetologi capì che si poteva fare perno sull'autocontrollo per trasformare radicalmente il modo di fare diabetologia. Iniziarono a insegnare alle persone con diabete, dapprima solo a quelle con diabete di tipo 1, non solo a usare l'autocontrollo per capire cosa era successo nel loro organismo ma anche a intervenire sulla glicemia modificando la terapia: qualche unità di insulina in più o in meno soprattutto, con l'arrivo delle ultrarapide, che consentono di correggere con precisione l'iperglicemia.

#### **Questo è normale oggi...**

Finalmente seguiamo il diabete in una maniera adeguata. Il diabetologo si riserva le scelte strategiche sullo schema terapeutico e l'impostazione del dialogo con il paziente; l'infermiere e la dietista seguono la formazione. E il paziente è sul campo a interpretare lo schema adattandolo a se stesso, perché solo lui conosce – se è formato a farlo e se dispone dei dati – come reagisce il suo organismo. È la vera autogestione del diabete. A questo si aggiunge il ruolo dell'autocontrollo nella diagnosi delle ipoglicemie.

#### **Questo vale anche per le persone che non fanno insulina?**

Io ho una opinione chiara in proposito. L'autocontrollo della glicemia è necessario anche nel diabete non trattato con insulina. Certo questa necessità nasce da motivi in parte diversi. Dico in parte perché – per dire una cosa di cui si parla ancora poco – l'ipoglicemia è un problema serio anche nel paziente che non fa insulina, soprattutto nell'anziano.

#### **Perché è serio?**

Prima di tutto perché è difficile da diagnosticare. Nell'anziano l'ipoglicemia e anche l'iperglicemia si manifestano in forme che possono essere scambiate facilmente per 'vecchiaia'. Un figlio ha bisogno di una striscia per capire se la mamma anziana con diabete di tipo 2, che una sera appare un po' assonnata, ha la glicemia a 50 o magari a 400, o è davvero assopita.

#### **Ma capita di rado che una persona non insulinodipendente abbia serie conseguenze per un'ipoglicemia...**

Lei dice? In senso stretto ha ragione. La persona con diabete di tipo 2 va di rado in coma ipoglicemico, ma corre gravissimi rischi per la reazione vigorosa del suo organismo all'ipoglicemia, si tratta di una 'iniezione' di adrenalina, cortisone e altri ormoni che alzano la pressione, la glicemia e danno una 'botta' al cuore. Questo stress può essere la 'goccia che fa traboccare il vaso' e porta un paziente a rischio verso un infarto o un ictus. Quanto spesso accade? Non lo sapremo mai perché quando l'evento vascolare si verifica l'ipoglicemia è già termi-

“ Io ho un'opinione chiara: l'autocontrollo della glicemia è necessario anche nel diabete non trattato con insulina. ”



Massimo Massi Benedetti, diabetologo molto attivo nelle Associazioni internazionali, è docente di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo in vari corsi di laurea e specializzazioni della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Perugia. Nell'ambito di quello che è stato definito "Movimento di Saint Vincent" Massi Benedetti ha ricoperto ruoli internazionali quale presidente europeo della International Diabetes Federation e consulente della Organizzazione Mondiale della Sanità.

nata. In ogni caso l'obiettivo più importante dell'autocontrollo nel paziente non insulinodipendente è proprio l'educazione. La persona con diabete che sa controllare la sua glicemia e lo fa in modo intelligente impara a capire come reagisce a certi stimoli.

La sua terapia prevede solo attenzione all'alimentazione ed esercizio fisico? Benissimo, ma se voglio andare oltre l'approccio prescrittivo devo convincere il paziente che quel piatto invece dell'altro, quella attività invece della sedentarietà, hanno effetti misurabili sul suo diabete. E se non ho l'autocontrollo come faccio?

**Insomma l'autocontrollo è necessario anche nel paziente di tipo 2. Indipendentemente dalla terapia seguita? E quante volte al giorno o alla settimana?**

Vorrei essere chiaro su questi punti. L'autocontrollo è necessario se è finalizzato all'auto-gestione del diabete e quindi se è affiancato dalla necessaria educazione. Autocontrollo, educazione e autogestione sono tre elementi necessari o comunque molto importanti nell'assistenza a ogni forma di diabete. Non c'è un livello sotto il quale il paziente può anche non conoscere se stesso e la sua condizione. Quanto alla frequenza, credo che sia un problema di qualità, direi quasi di 'intelligenza'.

**Mi spieghi meglio...**

Sette glicemie alla settimana, tutte fatte la mattina a digiuno, non servono a nulla. Io credo poco anche agli schemi a scacchiera nei quali martedì misuro la glicemia prima di pranzo e mercoledì quella dopo pranzo. Non serve molto. Per imparare devo conoscere la situazione prima e dopo l'intervento che voglio valutare. Io sono piuttosto per fare delle 'coppie': prima e dopo un pasto, prima e dopo un certo intervento. Non necessariamente tutti i

giorni. È una questione di appropriatezza, non di quantità. I controlli vanno fatti inoltre in tutte le situazioni potenzialmente critiche o quando il paziente sente qualche cosa di strano. Insomma un utilizzo magari non intensivo, ma cosciente e mirato dell'autocontrollo sia per presidiare potenziali rischi sia per capire di più su se stessi, perché il paziente riceva stimolo, motivazione e indirizzo al lavoro di autogestione che sta facendo.

**Negli ultimi anni un numero sempre maggiore di studi conferma l'importanza dell'autocontrollo domiciliare della glicemia anche nei pazienti trattati con sensibilizzanti o in quelli non trattati. L'ultimo di questi studi, ROSSO (vedi box), ha scoperto nei pazienti che avevano fatto autocontrollo una incidenza minore di infarti, ictus e di gravi esiti di complicanze. Cosa ne pensa?**

ROSSO sicuramente ha il merito di prendere in considerazione, in un lungo arco di tempo, le variabili che davvero interessano al paziente, mentre altri studi misurano il successo della terapia solo in termini di emoglobina glicata. In compenso alcuni di questi studi rispettano le metodologie dell'*Evidence*

**ROSSO: CONTROLLARE LA GLICEMIA RIDURRE I RISCHI**

A tutte le persone con diabete, indipendentemente dalla terapia seguita, 'serve' controllare la glicemia. Cosa vuol dire 'serve'? Per un paziente la domanda è ovvia. Un intervento serve se riduce nettamente il rischio di avere un infarto o un ictus, di finire in dialisi, di perdere la vista o subire un'amputazione. Sorprendentemente la ricerca scientifica si muove in maniera diversa: l'efficacia di farmaci, schemi diagnostici o terapeutici sono misurati in termini di riflessi sull'emoglobina glicata.

ROSSO, uno studio di grandi proporzioni svolto in Germania, ha assunto il punto di vista della persona con diabete e dei suoi familiari. E i risultati sono stati superiori a ogni attesa. Lo studio ha seguito le cartelle cliniche di oltre 3200 persone con diabete di tipo 2 assistite da 192 medici di medicina generale tedeschi. Metà di loro avevano praticato l'autocontrollo della glicemia, l'altra metà no. Ebbene, nell'arco di sei anni, nel gruppo che usava le strisce i gravi episodi legati al diabete erano del 30% inferiori a quelli rilevati nel gruppo che non praticava l'autocontrollo.

Se guardiamo alla mortalità questa

era del 4,6% tra le persone che non avevano mai usato le strisce e del 2,7% (la metà) fra chi invece aveva praticato l'autocontrollo.

È interessante notare che, pur essendo più giovani, le persone che facevano autocontrollo avevano un diabete più scompensato. Avevano quindi più probabilità di sviluppare problemi.

Ancora più interessante il fatto che la netta riduzione di mortalità e di cecità, dialisi, amputazione è stata rilevata sia fra i pazienti trattati con insulina sia fra quelli trattati con altri farmaci o non trattati farmacologicamente.

Probabilmente è la prima volta che una semplice tecnica diagnostica è associata a risultati così netti, ma va considerato che l'autocontrollo domiciliare in sé è il perno di una vera autogestione del diabete, un ruolo attivo nei confronti della malattia e la capacità di effettuare scelte concrete per ottenere una vita sempre più sana.

Based Medicine mentre ROSSO non può farlo trattandosi di uno studio retrospettivo. **È un limite grave?**

No, esistono un sacco di cose vere che non sono dimostrabili seguendo le regole EBM. Diciamo che ROSSO porta un'altra 'prova' a favore di un concetto che per la maggior parte dei diabetologi è evidente. Ogni persona con diabete si avvantaggia della possibilità di controllare la sua glicemia, se è in grado di capire e utilizzare questo dato per prendere decisioni.

**Gli studi che hanno misurato l'effetto dell'autocontrollo in termini di glicata hanno rilevato piccoli miglioramenti. ROSSO riporta invece una riduzione di un terzo, perfino metà, nel numero di decessi, cecità, amputazioni e dialisi rilevate. Questo la stupisce?**

No. Io sono stato uno dei primi a sostenere che l'emoglobina glicata, per quanto utile, non ci racconta tutta la storia. Pensiamo ai microinfusori. Gli studi associano il passaggio al microinfusore con un miglioramento medio di 0,6-1% nella glicata. Ma l'esperienza dei pazienti e dei loro medici è tutta diversa. Vivono meglio, hanno un aspetto più salubre, molti parametri nella loro salute migliorano. Questi

elementi forse non sono catturati dal disegno degli studi, ma esistono.

**Proprio mentre le evidenze a favore dell'estensione dell'autocontrollo a tutti i diabetici aumentano, molte autorità sanitarie stanno 'tagliando' questo tipo di spesa...**

Oggi esiste in tutta Europa un consenso sulla importanza della triade autocontrollo - educazione - autogestione nell'assistenza a ogni forma di diabete. Gli ostacoli sono organizzativi - applicare a tutti i pazienti di un Centro l'approccio educativo che era riservato agli insulinottrattati richiede tempo - ed economici.

**Ma se l'autocontrollo scongiura interventi costosi, risparmia infarti e ictus, non costa di più ma di meno...**

Le malattie croniche mal si adattano a un paradigma centrato sulla malattia acuta.

**E allora?**

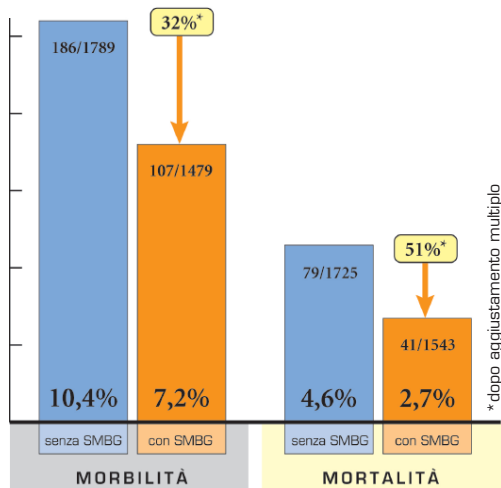
E allora a tutto quel mondo che si è creato intorno al diabete, quel tessuto di pazienti, Associazioni, medici infermieri e amministratori che ha, già in passato, aperto molte strade, tocca forse ora promuovere un nuovo approccio alla prevenzione secondaria. Il che vuol dire alla salute della popolazione.



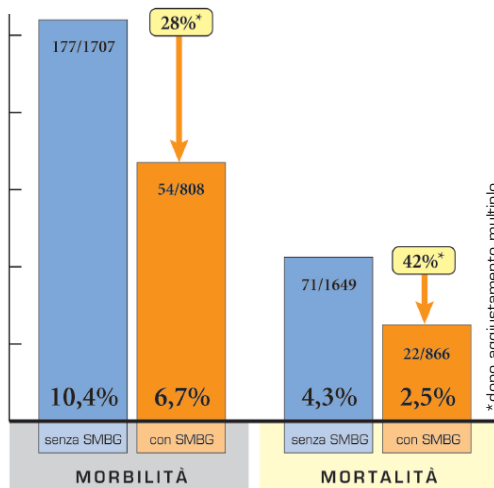
*Finalmente seguiamo il diabete in maniera adeguata. Il diabetologo si riserva le scelte strategiche sullo schema terapeutico, l'infermiere e la dietista seguono la formazione. E il paziente è sul campo a interpretare lo schema adattandolo a se stesso e alle situazioni.*



TOTALE DEI PAZIENTI



PAZIENTI NON INSULINODIPENDENTI



DUE GRUPPI A CONFRONTO

	senza SMBG	con SMBG
Età (anni)	64,0	60,5
BMI (kg/m²)	29,8	29,9
Pressione sistolica (mmHg)	150	148
Pressione diastolica (mmHg)	87	87
Colesterolo totale (mg/dl)	236,76	235,36
Colesterolo HDL (mg/dl)	47,76	47,86
Glicemia a digiuno (mg/dl)	155,92	181,11
Emoglobina glicata (%)	7,2	8,1

Nei pazienti che hanno adottato l'autocontrollo della glicemia la percentuale di eventi non fatali conseguenti al diabete è stata del **32%** inferiore rispetto ai pazienti che non lo praticavano.

Sempre sul totale dei pazienti, la mortalità per qualsiasi causa è risultata del **51%** inferiore tra coloro che utilizzavano l'autocontrollo domiciliare della glicemia.

Anche tra i pazienti non insulinodipendenti si è notato un 'risparmio' di eventi (per esempio infarti, amputazioni, dialisi e cecità) pari al **28%**.

La mortalità fra i pazienti non trattati con insulina è scesa del **42%**: un risultato assai significativo e non lontano da quello rilevato sul totale dei pazienti.

Tra i pazienti presi in esame dallo studio ROSSO, quelli che avevano praticato l'autocontrollo domiciliare della glicemia (gruppo SMGB) aveva età e caratteristiche metaboliche simili al gruppo 'di controllo' (non SMBG), ma avevano all'inizio un controllo glicemico peggiore. Eppure hanno subito un minore numero di eventi avversi.