

Le news sugli argomenti di questo numero

a cura di Marco Gallo

mgallo4@molinette.piemonte.it

SCDU Endocrinologia Oncologica
Ospedale Molinette, Torino

Il Giornale di AMD, 2011;14:70



*Rubrica di
commento agli articoli
della letteratura scientifica
che si riferiscono a temi
trattati in questo fascicolo*

*Le News sono tratte
da quelle pubblicate
bisettimanalmente sul sito
www.infodiabetes.it di AMD*

Efficacia dell'automonitoraggio glicemico strutturato nel diabete di tipo 2: studio STeP

Aprile 2011 – Come noto, esistono pochi studi che documentino l'utilità dell'automonitoraggio glicemico nelle persone con diabete di tipo 2 non trattate con insulina: un aspetto cruciale, in un'epoca nella quale la crescente diffusione della patologia e la contemporanea necessità di razionalizzare le spese della sua gestione richiedono evidenze di efficacia che ne giustifichino l'utilizzo. Un elemento più volte sottolineato è il fatto che, nella maggior parte dei casi, le rilevazioni glicemiche non vengono adeguatamente utilizzate per modificare l'alimentazione, l'attività fisica o la terapia farmacologica. Tale problema riguarda certamente l'attività clinica, ma spesso ha connotato anche il disegno degli studi clinici che si sono poi rivelati deludenti nei loro esiti. Il paziente è in grado di eseguire un adeguato automonitoraggio? Qual è la frequenza ideale dei controlli, anche in relazione alle limitazioni imposte dai rimborsi dei vari sistemi sanitari o assicurativi? Chi lo effettua possiede la convinzione sufficiente per apportare le opportune modifiche al proprio stile di vita o al proprio regime terapeutico (in caso di risultati insoddisfacenti), anche qualora ciò comporti l'introduzione dell'insulina? E per quanto riguarda chi lo ha in cura, vi sono risorse sufficienti (in termini di tempo e di energie) per un'accurata valutazione dei profili registrati? Sono alcune delle domande che rendono complicato fornire dati conclusivi su questo argomento.

Alcune risposte giungono dallo studio STeP (Structured Testing Program), i cui risultati sono stati da poco pubblicati dal Dott. William H. Polonsky (San Diego, California - USA) e coll. su *Diabetes Care* (1). Nell'ambito di questo trial, condotto per 12 mesi presso 34 centri statunitensi, 483 soggetti con diabete di tipo 2 (HbA1c media: 8,9%) sono stati randomizzati tra un gruppo di controllo attivo, che prevedeva l'educazione dei soggetti a utilizzare il proprio glucometro sulla base delle informazioni ricevute dal Curante, e un gruppo di autocontrollo strutturato, nel quale pazienti e medici condividevano la trascrizione dei valori misurati su un registro cartaceo organizzato in modo da agevolare l'analisi dei risultati e dei pattern delle glicemie; questi individui dovevano effettuare, per 3 giorni consecutivi, un profilo costituito da 7 rilevazioni glicemiche (a digiuno, prima e 2 ore dopo i 3 pasti principali), nei giorni immediatamente precedenti la visita di controllo. Il grado di coinvolgimento dei pazienti era particolarmente elevato, prevedendo la loro educazione a interpretare i

pattern glicemici osservati per modificare il grado di attività fisica, le dimensioni delle porzioni e la composizione dei pasti. Nel corso delle visite, poi, venivano concordate le opportune variazioni allo schema farmacologico. I risultati mostrano una riduzione dei livelli di HbA1c (endpoint principale dello studio) già dello 0,9% nel gruppo di controllo attivo, potenziata ulteriormente di 0,3-0,5 punti percentuali (a seconda della tecnica statistica utilizzata) nei pazienti dell'automonitoraggio strutturato ($p = 0,04$ all'analisi in "intention-to-treat"; $p < 0,003$ a quella per protocollo, più adatta a valutare i soggetti effettivamente aderenti allo schema consigliato). Come prevedibile, un numero significativamente maggiore di soggetti del gruppo dell'autocontrollo strutturato ha ricevuto indicazioni ad apportare modificazioni alla propria terapia, indipendentemente dai livelli basali di emoglobina glicata (76 vs. 28%; $p < 0,0001$); entrambi i gruppi, inoltre, hanno mostrato un miglioramento significativo del grado di benessere soggettivo ($p < 0,0001$), imputabile certamente alla soddisfazione derivante dal vedere i propri sforzi premiati (e quindi da una maggiore responsabilizzazione). Il consumo di strisce reattive, infine, non è risultato superiore a quello standard, prevedendo unicamente una maggior razionalizzazione del loro impiego.

Come ben sottolineato dal Dott. Irl B. Irsch, nell'editoriale di accompagnamento all'articolo (2), la buona notizia deriva dalla prova che la collaborazione tra un paziente ben motivato e un Clinico coinvolto e interessato può portare a risultati altamente soddisfacenti, con il solo ausilio delle terapie disponibili e di uno strumento cartaceo, e quindi alla portata di tutti. Quella cattiva, dal fatto che si continuano a dedicare tempo, energie e denaro per valutare l'impatto dell'automonitoraggio sulla gestione del diabete di tipo 2, mentre si sottovaluta cronicamente (nella routine clinica, lontana dalle condizioni sperimentali) come poter migliorare i nostri sistemi assistenziali in modo da permettere al medico di dedicare le necessarie risorse di tempo e di infrastrutture all'analisi dei risultati, in quest'epoca di efficientismo clinico e di ricerca di incrementi della produttività. Tra le possibili soluzioni avanzate, un maggiore utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla tecnologia per l'educazione e l'assistenza ai pazienti (web e applicazioni degli smart-phone), ma anche delle visite di gruppo, degli educatori diabetologici e delle collaborazioni "tra pari" dei pazienti stessi.

1. *Diabetes Care*. 2011;34(2):262-267.
2. *Diabetes Care*. 2011;34(2):527-528.