

## COMMENTO ALLE LINEE GUIDA ICSI - Diagnosi e gestione del diabete di tipo 2 dell'adulto

Responsabile Editoriale  
Vincenzo Toscano

Sempre più negli ultimi tempi si è enfatizzato il concetto di un'assistenza diabetologica centrata sul paziente. Nell'aprile 2012 l'ICSI (Institute for Clinical System Improvement) ha pubblicato un documento che ne sottolinea l'importanza e basandosi su studi più recenti definisce gli obiettivi glicemici, lipidici e di pressione arteriosa full text disponibile all'indirizzo:

[http://www.icsi.org/guidelines\\_and\\_more/glosprot/otherhealthcareconditions/diabetesmellitustype2/diabetesmellitustype2managementof6.html](http://www.icsi.org/guidelines_and_more/glosprot/otherhealthcareconditions/diabetesmellitustype2/diabetesmellitustype2managementof6.html)

Vengono proposti due valori di **HbA<sub>1c</sub>** da raggiungere:

- < 7% per quei soggetti che hanno una breve durata di malattia, assenza di comorbidità e di complicanze (va tenuto presente che questo obiettivo può essere raggiunto a scapito di un aumento degli episodi di ipoglicemia e del peso corporeo);
- < 8% per i soggetti con precedenti episodi di ipoglicemia grave, aspettativa di vita limitata, deficit cognitivi, complicanze in stadio avanzato.

La **strategia terapeutica** prevede:

- 1) un intervento sullo **stile di vita** (corretta alimentazione, costante attività fisica, abolizione del fumo di sigaretta) e per questo viene dato ampio risalto all'aspetto educativo e all'autocontrollo glicemico;
- 2) contestualmente va prescritta una **terapia farmacologica** e come farmaco di prima scelta, se non ci sono controindicazioni, viene consigliata la metformina; quando questa è controindicata, il farmaco di seconda scelta è una sulfonilurea, meglio se a breve emivita;
- 3) in seguito sono possibili tutte le altre opzioni terapeutiche, tenendo presente le caratteristiche delle molecole, della praticità di somministrazione, del profilo di sicurezza e dei costi.

La **terapia insulinica** è prevista:

- in prima battuta in presenza di sintomi severi della malattia, per glicemia > 300 mg/dL, HbA<sub>1c</sub> > 10% o presenza di chetoni nelle urine;
- in seconda battuta, quando non si sono raggiunti gli obiettivi glicemici. In tale caso si può iniziare con una terapia multi-iniettiva calcolata in base al peso del soggetto: 0.3 U/Kg, suddividendo il 50% della dose come insulina basale (glargine o detemir) e il restante ai pasti principali; possibili anche due somministrazioni di insulina premiscelate ed una somministrazione di insulina basale calcolata a 0.1 U/Kg.

Altro aspetto peculiare, per prevenire le complicanze cardiovascolari, è la raccomandazione di un approccio multifattoriale, che oltre agli obiettivi glicemici tenga conto di quelli lipidici e di pressione arteriosa. Anche in questo caso vengono distinte due tipologie di pazienti:

- senza complicanze cardiovascolari deve perseguire un obiettivo di LDL-Colesterolo < 100 mg/dL e di pressione arteriosa < 140/90 mmHg;
- con complicanze cardiovascolari deve perseguire obiettivi più ambiziosi: LDL-Colesterolo < 70 mg/dL e pressione arteriosa < 140/90 mmHg (se presenti complicanze oculari e/o renali gli obiettivi pressori sono inferiori in base alle condizioni generali del paziente).

La strategia terapeutica prevede un corretto stile di vita e poi:

- per la dislipidemia utilizzo di una statina;
- per l'ipertensione il farmaco di prima scelta è un ACE-inibitore o un sartano (quando il primo è controindicato), a cui si può associare un calcio-antagonista, un  $\beta$ -bloccante e un diuretico.

Le linee guida ICSI non sono molto diverse dalle recenti revisioni effettuate dall'ADA e dall'IDF, da quelle italiane della AMD-SID e dalle recenti raccomandazioni AMD. Un limite di tutte queste linee guida è quello di essere "salomoniche": infatti lasciano spazio per tutte le classi di farmaci, perpetuando così quella discrezionalità terapeutica che tutti vorremmo se non eliminare almeno ridurre.