

1. La terapia insulinica non è semplice da confezionare e va personalizzata. Serve esperienza e conviene che sia impostata da un professionista del ramo anche perché oggi ci sono diversi tipi di insulina con caratteristiche diverse, perché le variabili da considerare sono molte e l'esperienza necessaria tantissima.

2. La terapia insulinica nel diabete tipo 2 ha come scopo la prevenzione delle complicanze mentre nel diabete tipo 1, oltre a prevenire le complicanze, serve ad evitare la morte.

Senza insulina nel tipo 1 c'è la morte in pochi giorni.

3. L'inizio della terapia insulinica nel diabete tipo 1 è quasi sempre emergenza per far vivere il paziente. L'inizio della terapia insulinica nel diabete tipo 2 è quasi sempre una opportunità per migliorare il controllo glicemico.

4. Nel diabete tipo 1 non c'è alternativa alla terapia insulinica. Nel diabete tipo 2 la terapia insulinica oggi ha molte alternative, anche se in non pochi casi è necessaria.

5. La terapia insulinica nel diabete tipo 2 è spesso condotta con la sola insulina lenta o ultralenta (basale). Nel diabete tipo 1 serve anche l'insulina rapida per i pasti (prandiale).

6. L'inizio della terapia insulinica nel diabete tipo 2 quasi sempre consiste nell'aggiungere insulina basale a farmaci non insulinici. Cioè 1 iniezione al giorno.

In certi casi il grado di scompenso è tale che si imposta uno schema con più iniezioni di insulina alla diagnosi o successivamente. In non pochi casi di diabete tipo 2 la terapia insulinica può essere semplificata (da più iniezioni a una sola iniezione) o sospesa, per essere sostituita da farmaci non insulinici.

7. L'inizio della terapia insulinica nel diabete tipo 1 prevede sempre 4 iniezioni, una di basale e 3 di prandiali (schema basal-bolus). Questa terapia non può essere sospesa ma può essere sostituita dalla terapia con microinfusore o, in casi selezionatissimi e ancora in via sperimentale, dal trapianto di pancreas o di isole pancreatiche.

8. La prospettiva, salvo casi particolari di diabete tipo 2, è di fare insulina per il resto della vita e non c'è fretta nel trovare immediatamente il controllo ottimale. Per questo motivo e per evitare ipoglicemie si procede con prudenza, aumentando progressivamente le dosi.

9. Nell'adulto con diabete tipo 2 una dose ragionevole di insulina basale per iniziare è di 0.15-0.30 unità per kg (dipende dalla glicemia media, dalla terapia concomitante, dall'obiettivo da raggiungere, ecc). Nel diabete tipo 1 in genere si inizia con dosi più basse (0.10-0.20 unità per kg). In entrambi i tipi di diabete si procederà poi ad aggiustare la dose ogni 3-4 giorni. La quantità di insulina basale a regime a volte diventa 3-5 volte più alta di quella iniziale (0.40-1.0 unità per kg).

10. Le dosi di insulina prandiale per iniziare variano da 0.05 a 0.15 unità per kg per ogni pasto, tenendo conto dei carboidrati dello schema alimentare (quantità, tipologia, ecc), dell'attività fisica, dei livelli di glicemia e degli obiettivi da raggiungere. Le dosi andranno poi aggiustate in base all'andamento delle glicemie. Anche in questo caso la dose di insulina prandiale a regime può salire di 3-5 volte (o più) rispetto a quella iniziale.

11. Idealmente tutti i diabetici tipo 1 e tutti i diabetici tipo 2 in trattamento con lo schema basal-bolus dovrebbero imparare la conta dei carboidrati ed essere istruiti a modulare la dose di insulina in funzione dei carboidrati del singolo pasto. Se non viene applicata la conta dei carboidrati almeno dovrebbe esserci molta riproducibilità nel contenuto dei carboidrati nei vari pasti (es. 50 g a colazione, 80 g a pranzo, 70 g a cena) e una capacità di operare aggiustamenti di minima delle dosi di insulina prandiale (1-2 unità in meno o in più del previsto a seconda della

glicemia prima del singolo pasto).

12. Tutti i pazienti in terapia insulinica dovrebbero avere grande abilità nella tecnica di iniettare l'insulina e un massimo scrupolo nel ruotare le zone di iniezione.

La terapia insulinica è faccenda per esperti. E i massimi esperti sono i diabetologi e le persone con diabete tipo 1 che hanno imparato a gestire con abilità la propria terapia.

Prescrivere l'insulina ad un diabetico non assomiglia per niente alle estrazioni del lotto. Di lotto non si muore, di iperglicemia e di ipoglicemia si può morire.

Prof. Enzo Bonora

Direttore UOC Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Metabolismo
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona