

Trial clinici come DCCT, UKPDS, ACCORD, ADVANCE e VADT hanno dimostrato che un trattamento intensivo può garantire un buon controllo glicemico e che questo può tradursi in un beneficio tangibile per il paziente, riducendo in modo sensibile l'insorgenza delle complicanze microvascolari del diabete. I risultati di questi studi sono alla base delle raccomandazioni delle linee guida. Tuttavia dagli studi osservazionali emerge una situazione molto diversa.

Gli studi presi in esame evidenziano come il raggiungimento degli obiettivi terapeutici nei pazienti diabetici sia ancora lontano dall'essere ottimale. Meno della metà dei pazienti soddisfa le raccomandazioni delle linee guida per quanto riguarda i valori di HbA1c e solo una frazione estremamente esigua dei soggetti affetti da diabete risulta a target anche per i valori pressori e il quadro lipidico. I dati delle casistiche seguite in senso longitudinale in vari Paesi, peraltro, mostrano qualche segno di miglioramento nel tempo.

Tali risultati scoraggianti trovano solo parziale spiegazione nell'insufficiente impegno da parte di medici e pazienti. L'inerzia clinica può essere ridotta introducendo corsi di formazione specifica sul diabete rivolti ai medici di medicina generale, meno inclini all'intensificazione della terapia rispetto agli specialisti. Verifiche periodiche dei risultati ottenuti tra i propri pazienti diabetici potrebbero aiutare i medici a essere maggiormente consapevoli del problema e costituire uno stimolo ad aumentare l'impegno terapeutico. La scarsa aderenza alla terapia può essere migliorata intervenendo sulla comunicazione medico-paziente: è necessario che i pazienti sviluppino piena coscienza della malattia e dei rischi a essa connessa, arrivando a comprendere l'importanza della terapia in un'ottica di prevenzione a lungo termine. Tali nozioni, tuttavia, non dovrebbero essere imposte dogmaticamente dal medico, ma piuttosto essere il risultato di interventi educativi strutturati e continuati nel tempo. È in particolare fondamentale intensificare l'intervento sullo stile di vita e sulle abitudini alimentari, senza limitarsi alla prescrizione rigida di una dieta, ma fornendo al paziente gli strumenti necessari a gestire autonomamente la propria alimentazione e la propria terapia. Lo studio ROMEO ha dimostrato chiaramente, proprio in Italia, le potenzialità di un simile approccio.

Inerzia clinica e scarsa aderenza alla terapia tuttavia non bastano a spiegare lo scarso raggiungimento degli obiettivi evidenziato nel corso di studi caratterizzati da trattamenti estremamente aggressivi e rigorosi come lo STENO-2 e l'UKPDS. Questo ridimensiona l'importanza di questi fattori e ricorda che la storia naturale del diabete di tipo 2 comprende un inesorabile peggioramento che le attuali terapie possono rallentare, ma non arrestare. L'adozione di trattamenti aggressivi inoltre può peggiorare il rapporto costo-benefici. Gli effetti collaterali e i costi delle terapie infatti aumentano enormemente a fronte di vantaggi spesso modesti: studi come ADVANCE e VADT hanno dimostrato come l'incidenza di complicanze macrovascolari non diminuisca in modo significativo e tutti gli studi citati in precedenza

mostrano che l'insorgenza di complicanze microvascolari è solo ritardata. D'altra parte studi come DCCT-EDIC e lo stesso UKPDS hanno evidenziato la persistenza dell'effetto protettivo dalle complicanze microvascolari anche a distanza di 10/15 anni dall'inizio del trattamento e come compaia un beneficio significativo anche per quanto riguarda quelle macrovascolari. La possibile esistenza di una "memoria metabolica" che ne mantiene i vantaggi anche a lungo termine ricorda come puntare al miglior controllo glicemico possibile fin dalla diagnosi possa effettivamente tradursi in un beneficio tangibile, che diventa sempre più importante col passare del tempo.

A. Piselli, M. Porta

Dipartimento di Medicina Interna, Università di Torino

Corrispondenza: prof. Massimo Porta, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Torino, corso AM Dogliotti 14, 10126 Torino e-mail: massimo.porta@unito.it

Adattato liberamente da [G It Diabetol Metab 2010;30:108-117](#)