



VOLUME 28 | NUMERO 4 | 2025

APPROFONDIMENTO

Tutto quello che avreste voluto sapere sulla gestione dell'insulina settimanale nella persona con diabete ospedalizzata



IDELSON-GNOCCHI

APPROFONDIMENTO

Tutto quello che avreste voluto sapere sulla gestione dell'insulina settimanale nella persona con diabete ospedalizzata

Riccardo Candido¹, Raffaella Buzzetti², Gianluca Perseghin³, Concetta Irace⁴, Edoardo Mannucci⁵, Giorgio Sesti⁶, Ada Maffettone⁷, Roberto Trevisan⁸, Francesca Porcellati⁹, Salvatore Corrao¹⁰, Paolo Di Bartolo¹¹

¹Università degli Studi di Trieste. ²Università La Sapienza di Roma. ³Università degli Studi di Milano Bicocca. ⁴Università degli Studi Magna Graecia, Catanzaro. ⁵Università degli Studi di Firenze. ⁶Università La Sapienza di Roma. ⁷Medicina Generale PO "San Luca" Vallo della Lucania – ASL Salerno. ⁸Università degli Studi di Milano Bicocca. ⁹Università degli Studi di Perugia. ¹⁰Università degli Studi di Palermo. ¹¹Università degli Studi di Bologna.

1. Principi di terapia insulinica nel paziente ricoverato. Linee guida italiane, documenti societari nazionali e standard di cura ADA

- In caso di diabete in pazienti ospedalizzati si raccomanda la revisione della terapia farmacologica del diabete da parte dello specialista
- In caso di diabete o iperglicemia da stress, l'insulina dovrebbe essere iniziata o intensificata nell'eventualità di iperglicemia persistente a partire da una soglia di ≥ 180 mg/dL ($\geq 10,0$ mmol/L) (confermata in due occasioni entro 24 ore) per la maggior parte degli individui non critici (quelli non in terapia intensiva).
- Una volta avviata la terapia, si raccomanda un obiettivo glicemico di 140–180 mg/dL (7,8–10,0 mmol/L) per la maggior parte degli individui critici (quelli in terapia intensiva) con iperglicemia.
- Per gli individui non critici (quelli non in terapia intensiva), si raccomanda un obiettivo glicemico di 100–180 mg/dL (5,6–10,0 mmol/L) se può essere raggiunto senza ipoglicemia significativa.
- L'insulina basale o uno schema Basal Bolus è il trattamento raccomandato per gli individui ospedalizzati non critici con scarsa o assente assunzione orale.

- Uno schema di insulina con componente basale, prandiale e correttiva è il trattamento preferenziale per la maggior parte degli individui ospedalizzati non critici con un adeguato apporto nutrizionale.
- Per la maggior parte degli individui, l'uso esclusivo di insulina correttiva o supplementare senza insulina basale (precedentemente chiamato sliding scale) in un contesto ospedaliero non è raccomandato.
- Per le persone con diabete tipo 2 ospedalizzate con insufficienza cardiaca, si raccomanda di iniziare o continuare l'uso di un inibitore del cotrasportatore sodio-glucosio 2 durante l'ospedalizzazione e al momento della dimissione, se non ci sono controindicazioni e dopo il recupero dalla malattia acuta.
- Per gli individui che ricevono nutrizione enterale o parenterale e che necessitano di insulina, le prescrizioni insuliniche dovrebbero includere la copertura dei fabbisogni basali, prandiali e correttivi.
- È essenziale che le persone con diabete tipo 1 continuino a ricevere insulina basale anche se si interrompono i pasti.
- Nei pazienti in nutrizione enterale e parenterale che ricevono insulina basale si dovrebbe continuare con la propria dose di basale, mentre la dose di insulina per la componente nutrizionale giornaliera può essere calcolata come 1 unità di insulina per ogni 10–15 g di carboidrati nelle formule enterali e parenterali.
- Nella transizione dall'ospedale all'ambiente ambulatoriale: un piano di dimissione strutturato dovrebbe essere personalizzato sulla base delle caratteristiche individuali.
- Evitare la glicosuria secondaria ad iperglicemia per prevenire il catabolismo eccessivo e la conseguente perdita di calorie.

Referenze: Standards of Medical Care in Diabetes, 2025. Diabetes Care 48 (S1):S321–S334, 2025. Linea Guida della Società Italiana di Diabetologia (SID) e dell'Associazione dei Medici Diabetologi (AMD) La terapia del diabete mellito di tipo 2, 2022.

2. Evidenze attualmente disponibili sulle persone con diabete in trattamento con insulina settimanale Icodec e ospedalizzati durante gli studi clinici di fase 3

- Durante i trial randomizzati controllati (RCTs) di fase 3 (ONWARDS PROGRAMME) che hanno valutato efficacia e sicurezza dell'insulina icodec si sono registrati 160 ricoveri in ospedale. Da un'analisi post hoc effettuata su questi pazienti è emerso che durante l'ospedalizzazione l'86% dei pazienti proseguiva il trattamento senza interruzioni (durata media del ricovero 6 giorni e mezzo).
- Inoltre non sono emerse differenze significative né nei valori di HbA1c, né nel controllo glicemico. Non è stato rilevato, inoltre, un aumento del rischio di ipoglicemia o della durata dell'ipoglicemia durante il ricovero rispetto al periodo che ha preceduto il ricovero e rispetto ai valori riportati alla fine degli studi.
- Più dell'80% dei pazienti ha continuato la terapia con l'insulina settimanale icodec anche dopo la dimissione

Referenze: Philis-Tsimikas A et al. EASD 2023 Annual Meeting. SO-781

3. FAQ sulla gestione dell'insulina settimanale Icodec nella persona con diabete ricoverata. Manuale pratico

Attività programmata	
Ricovero breve (Day Hospital, Day Surgery):	<ul style="list-style-type: none"> – Non sospendere o modificare la dose settimanale di Icodec – Intensificare il monitoraggio glicemico
Procedure diagnostiche con preparazione nutrizionale	<ul style="list-style-type: none"> – Non sospendere Icodec – Considerare la riduzione della dose che precede la procedura in modo personalizzato – Intensificare il monitoraggio glicemico



Ricovero ordinario, ricovero programmato	<ul style="list-style-type: none"> – Non sospendere preventivamente o durante il ricovero la dose settimanale di icodec; – Considerare la riduzione della dose che precede il ricovero in modo personalizzato; – Titolazione (settimanale) in relazione agli obiettivi terapeutici (se fattibile in relazione alla durata del ricovero);
Ricovero ordinario, ricovero programmato	<ul style="list-style-type: none"> – Intensificare il monitoraggio della glicemia; – Obiettivi terapeutici come da attuali linee guida (personalizzati); – Considerare introduzione di analogo rapido prandiale in combinazione.

Attività non programmata	
Ricovero da PS in aree non critiche sia mediche che chirurgiche	Non sospendere
Ricovero da PS in area critica	Considerare la terapia insulinica per via endovenosa da modificare sulla base delle glicemie seguendo protocollo interno
Gestione dell'ipoglicemia	Come da regola del 15 o somministrazione glucosio ev
Obiettivi terapeutici	Come da attuali linee guida (personalizzati)
Switch da insulina settimanale Icodec ad insulina basale giornaliera	<p>A distanza di sette giorni dall'ultima somministrazione di insulina icodec qualora fosse necessario per ragioni nutrizionali durante il ricovero</p> <p>Negli RCT di fase 3 del programma di sviluppo clinico ONWARDS, è stata prevista una fase finale di follow up di 5 settimane durante il quale, i pazienti che erano nel braccio con insulina settimanale icodec, sospendevano la terapia con insulina settimanale per tornare alla terapia con un analogo basale giornaliero.</p>
Switch da insulina settimanale Icodec ad insulina basale giornaliera	Secondo il protocollo degli studi la terapia con analogo basale giornaliero poteva essere iniziata dopo 2 settimane dall'ultima somministrazione di icodec e in caso di scompenso (glicemia a digiuno superiore a 180 mg/dl) poteva essere cominciata fin da subito a discrezione dello sperimentatore.
Transizione dalla terapia insulinica endovenosa alla terapia sottocutanea	Con insulina basale giornaliera per una più rapida azione (considerare switch a settimanale al momento della dimissione).

Si ringrazia Novo Nordisk per il supporto non condizionante offerto a questo Approfondimento

