



RASSEGNA STAMPA SCENARIO DIABETOLOGIA

Aggiornamento
30 gennaio 2017

ValueRelations[®]

Sommario

TESTATA	TITOLO	DATA
DIABETOLOGIA33	<i>Neuropatia diabetica, aggiornamenti nel Position Statement dell'Ada</i>	23/01/2017
CORRIERE.IT	<i>Prevenire il diabete in ufficio Il «coach» insegna lo stile di vita</i>	25/01/2017
CORRIERE DELLA SERA	<i>Percorsi di diagnosi e cura ancora poco messi in pratica</i>	29/01/2017

Neuropatia diabetica, aggiornamenti nel Position Statement dell'Ada

tags: [Neuropatie diabetiche](#), [ada](#), [Simona Frontoni](#)

È stato appena pubblicato, a distanza di oltre 10 anni dal precedente, il nuovo Position Statement dell'Ada (American Diabetes Association) sulla neuropatia diabetica (Np), un ampio documento che affronta i differenti aspetti di una frequente complicanza del diabete. Abbiamo chiesto un commento sul testo a **Simona Frontoni**, docente di Diabetologia all'Università di Roma "Tor vergata" e direttore dell'Unità Operativa di Endocrinologia e Metabolismo Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina.

Prof.ssa Frontoni, come mai è passato tanto tempo per avere questo primo update?

Non è agevole rispondere. È certo che la Np non sempre viene ricercata e correttamente affrontata nell'ambito della gestione clinica, probabilmente perché per molti anni non c'è stata una standardizzazione adeguata degli strumenti diagnostici e questo ha portato a difficoltà nell'effettuare una diagnosi clinica precisa. D'altra parte gli strumenti terapeutici non sono così numerosi e per molto tempo non abbiamo avuto nemmeno strumenti per trattare il dolore neuropatico (Dn) che è una complicanza molto frequente. Oggi sicuramente possiamo contare su qualche farmaco nuovo sia per quanto riguarda la progressione della neuropatia sia, in particolare, per quanto riguarda la forma dolorosa. Ciò ha posto di nuovo attenzione a questa "cenerentola" delle complicanze del diabete.

Quali argomenti sono affrontati nel Position Paper dell'Ada?

Sono sicuramente molti e non è possibile esaminarli tutti. Credo però che l'aspetto più importante sia proprio quello di dare alla Nd la stessa dignità delle altre complicanze e quindi è previsto uno screening della Np in tutti i pazienti con diabete di tipo 2 alla diagnosi, e in tutti i pazienti con diabete di tipo 1, dopo 5 anni di durata di malattia: penso sia una raccomandazione molto importante. Un altro aspetto rilevante e innovativo è legato al riconoscimento del DN, quindi alla sua corretta diagnosi e alle indicazioni terapeutiche per trattarlo.

Quali sono gli aspetti-chiave della diagnosi di Nd?

L'aspetto diagnostico è fondamentale e si può distinguere in due momenti: il primo è quello dello screening, effettuabile con l'uso di questionari che possono essere somministrati al paziente permettendo di riconoscere la presenza di questa complicanza. Si tratta di questionari validati, in qualche caso tradotti in italiano, alcuni dei quali sono specificamente orientati al riconoscimento del Dn. Si procede, poi, all'esame ispettivo e al test del monofilamento (per la valutazione della percezione sensoriale). Infine, per la diagnosi di neuropatia autonoma (Na), si eseguono le prove cardiovascolari che sono generalmente disponibili presso i centri di terzo livello.

E per quanto riguarda il trattamento?

È importante ribadire un concetto ormai consolidato, cioè che la Nd risponde molto bene all'intervento sullo stile di vita ovvero: diminuzione del peso, riduzione dei fattori di rischio, corretta alimentazione, attività fisica e abolizione del fumo. Ci sono inoltre trattamenti che a lungo termine possono dare benefici, in particolare l'utilizzo dell'acido alfa-lipoico ha dimostrato, a specifici dosaggi per un certo periodo di trattamento, di poter determinare un impatto positivo sull'evoluzione della NP. Esiste poi l'aspetto del Dn che deve essere opportunamente riconosciuto e trattato. Oggi abbiamo a disposizione diverse classi di farmaci, in grado di agire in maniera specifica sul Dn. Vi sono, infine, diversi approcci terapeutici che agiscono sui sintomi associati alla Na e che, evidentemente, vengono impiegati nelle diverse situazioni. È infine importante sottolineare che, seppure i dati siano abbastanza variabili, in parte perché la valutazione è stata poco standardizzata, in casistiche italiane la prevalenza di Na in pazienti con diabete di lunga durata è molto elevata, raggiungendo il 50%.

Diabetes Care, 2017;40(1):136-54. doi: 10.2337/dc16-2042

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27999003>

CORRIERE DELLA SERA

Prevenire il diabete in ufficio

Il «coach» insegna lo stile di vita

Un programma di intervento sul posto di lavoro è molto efficace: cruciale la perdita

di peso, ma per dimagrire bisogna «concentrarsi» soprattutto il primo mese di Elena Meli

(Getty Images)

Se la glicemia nel sangue comincia ad aumentare e il rischio di ammalarsi di diabete si fa concreto, evitare il peggio potrebbe essere semplice come andare al lavoro ogni mattina. A patto che in ufficio sia stato avviato un programma strutturato di prevenzione della malattia: nulla di complicato, basta un incontro a settimana con un “coach” che aiuti a tenere fede alle buone intenzioni in materia di alimentazione corretta e attività fisica adeguata. Lo ha dimostrato uno studio condotto da Carla Miller, nutrizionista dell'università dell'Ohio a Columbus, negli Stati Uniti, che ha coinvolto una settantina di impiegati con pre-diabete, ovvero in una condizione di iperglicemia non ancora sfociata nella malattia vera e propria.

Intervento strutturato

Per l'esperimento, i cui risultati sono stati pubblicati su [*Preventing Chronic Disease*](#) la rivista del *Centers for Diseases Control and Prevention* statunitense, Miller ha suddiviso i partecipanti in due gruppi: il primo ha seguito un intervento strutturato di 16 settimane, il secondo gruppo ha ricevuto semplicemente un libriccino per imparare da soli le strategie per perdere peso, dopo un'unica sessione con un dietista sui principi generali del dimagrimento. Il programma del primo gruppo era comunque molto semplice: una volta a settimana, in pausa pranzo o subito dopo l'orario di lavoro, dieci o quindici volontari alla volta incontravano un “coach” per un incontro focalizzato sul dimagrimento. Obiettivo, ridurre l'introito calorico e di grassi e aumentare l'attività fisica. «Gli adulti passano una gran quantità di tempo sul posto di lavoro - osserva Miller -. Sfruttare l'ufficio per proporre strategie di prevenzione non è soltanto fattibile, è anche efficace».

CORRIERE DELLA SERA

Buoni risultati

Alla fine dei quattro mesi, infatti, i partecipanti al gruppo di intervento avevano perso in media il 5.5 per cento del loro peso contro appena lo 0.5 per cento dei controlli; la glicemia a digiuno si era ridotta del doppio rispetto a quella di chi non aveva partecipato alle sessioni di gruppo con il coach. L'obiettivo era la perdita del 7 per cento del peso in sedici settimane ed è stato raggiunto da un terzo dei volontari assegnati alle sessioni di gruppo e solo dal 2.6 per cento dei controlli. «Per ogni punto percentuale di peso perso cala del 10 per cento il rischio di sviluppare diabete: il dimagrimento resta il cardine nella prevenzione del diabete e quanto più gli impiegati frequentavano il corso di gruppo con il coach, tanto più erano evidenti i risultati positivi - sottolinea Miller -. Una quota maggiore di soggetti seguiti dal coach ha visto scendere la glicemia a livelli pressoché normali, ha aumentato l'apporto di fibre riducendo quello di grassi e ha incrementato l'attività fisica fino a 150 minuti settimanali durante il periodo di intervento. Purtroppo tutti sono tornati sedentari nel giro di tre mesi dal termine della sperimentazione; i benefici sul peso e sulla dieta invece sono rimasti intatti».

Si gioca molto nel primo mese

Il primo mese sembra però quello che più decide il destino di chi si imbarca in un programma per dimagrire: «Chi nei primi trenta giorni ha perso almeno il 2.5 per cento del proprio peso ha raggiunto più spesso l'obiettivo del 5 per cento di dimagrimento e soprattutto ha mantenuto i risultati anche dopo il termine della sperimentazione. Il primo mese è il più critico e i nostri dati mostrano che un supporto professionale per correggere lo stile di vita è fondamentale per raggiungere gli obiettivi, oltre che per mantenerli nel tempo», conclude Miller.

24 gennaio 2017 (modifica il 24 gennaio 2017 | 15:42)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Percorsi di diagnosi e cura ancora poco messi in pratica

Dovrebbero facilitare l'assistenza ai pazienti con malattie complesse

All'oscuro

«Spesso nemmeno i pazienti sanno dell'esistenza di un percorso assistenziale per la malattia di cui soffrono», dice Tonino Aceti, di Tdm-Cittadinanzattiva. «Ma un paziente come fa a saperlo? «La Regione (o l'Asl) che ha attivato il Pdta per una patologia cronica deve informare i malati, in modo che possano segnalare eventuali disfunzioni nell'iter assistenziale — risponde Aceti —. Ne va anche della buona riuscita del percorso di cura».

M.G.F.



Per saperne di più

La ricerca del Forum Risk Management è consultabile all'indirizzo <http://www.forumriskmanagement.it>

Può capitare, a volte, che il proprio medico di famiglia o lo specialista ci mettano di fronte a una sigla: Pdta. Dietro l'acronimo che sta per "percorsi diagnostico terapeutici assistenziali" si nasconde un mondo (in parte) nuovo. Se vogliamo tradurlo in un concetto, si tratta di essere seguiti con un pacchetto "chiavi in mano" senza dovere sbattere la testa — da soli — da un ambulatorio a un ospedale e viceversa.

Sono i medici di famiglia, gli specialisti, gli infermieri e altre figure professionali a passarsi la "staffetta" a seconda delle esigenze: dalla prevenzione fino alla diagnosi, al trattamento e alla riabilitazione. I Pdta sono uno strumento pensato principalmente per chi soffre di una patologia cronica, che spesso richiede le cure di più dottori, trattamenti continui, controlli periodici.

Fin qui la teoria. Ma in pratica, questi percorsi dedicati riescono davvero a migliorare la qualità dell'assistenza e la vita dei malati? «Il paziente non è più costretto a "inseguire" i diversi operatori sanitari, a fare la spola da uno specialista all'altro, a doversi districare tra esami, ricette e lunghe attese — spiega Tonino Aceti, coordinatore del Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva —. Col Pdta, infatti, si fa chiarezza su chi-fa-cosa, come e quando nelle diverse fasi della malattia. Insomma, è la struttura del Servizio sanitario nazionale che prende in carico il malato».

I vantaggi? «Tra gli altri — sottolinea Aceti — si riducono i tempi per arrivare alla diagnosi, quindi si cominciano tempestivamente le terapie più appropriate. Si riducono, poi, anche i tempi di attesa».

Ma quanto sono diffusi i Pdta sul territorio? E, soprattutto, con quali risultati? A fare il punto sulla loro attuazione è

In Italia

La quota di cittadini che soffre di almeno una malattia cronica

39,1%



20,7%

La quota di cittadini che soffre di due o più patologie croniche

LE PATOLOGIE CRONICO-DEGENERATIVE SONO PIÙ FREQUENTI TRA GLI ADULTI

55-59 anni | oltre 65 anni

53%

85,3%

LE PRINCIPALI PATOLOGIE PER LE QUALI È UTILIZZATO UN PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE



Fonte: Laboratorio Pdta - Forum Risk Management in Sanità; Istat 2016

CdS

un recente Rapporto "Conoscere i Pdta", realizzato dal Laboratorio sui Pdta del "Forum risk management in sanità", che da oltre un decennio concorre a promuovere buone pratiche per la sicurezza dei cittadini. L'indagine registra

diverse esperienze di Pdta, utilizzati maggiormente per patologie croniche come il diabete, la Bpcp-broncopneumopatia cronica ostruttiva, lo scemenso cardiaco, l'ictus e diverse malattie oncologiche. Sono stati attivati anche Pdta

Buon esempio

Per il diabete funziona il dialogo continuo tra i professionisti

Una buona pratica diffusa nella maggior parte dei Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali predisposti per i pazienti diabetici è la condivisione e lo scambio continuo di informazioni tra i diversi professionisti coinvolti nelle cure, in primis medico di famiglia e diabetologo. «Nel caso del diabete — ricorda il presidente della Società italiana di diabetologia, Giorgio Sesti — percorsi dedicati per i pazienti sono già previsti dal "Piano nazionale sulla malattia diabetica" del Ministero della Salute e funzionano abbastanza in tutte le Regioni. Sin dal momento della diagnosi, il paziente viene

inserito in un processo di gestione integrata in cui medici di famiglia e centri di diabetologia attivano un percorso assistenziale in base ai suoi specifici bisogni e alla complessità della malattia». Dopo gli accertamenti di routine presso il centro diabetologico per controllare gli organi che potrebbero essere danneggiati dall'iperglicemia — in particolare, cuore, reni, occhi, piedi —, la gestione dei casi meno complessi viene affidata al medico di famiglia, se ci sono complicanze il paziente viene ripreso in carico dal centro di riferimento.

M.G.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

per chi soffre di demenze, di incontinenza urinaria, di disturbi del comportamento alimentare, di sensibilità chimica multipla ed altri ancora. Alcune Regioni, inoltre, hanno recepito i Pdta approvati dalla Conferenza Stato-Regioni per le malattie reumatiche infiammatorie e autoimmuni e per le malattie infiammatorie croniche dell'intestino, malattia di Crohn e colite ulcerosa.

Il problema, però, è che «in molti casi i percorsi rimangono ancora sulla carta — sottolinea il presidente della Fondazione "Sicurezza in sanità" Vasco Giannotti, che fa parte del comitato scientifico del Laboratorio sui Pdta —. Nello studio abbiamo raccolto le fonti normative regionali proprio per individuare i maggiori ostacoli nella loro attuazione e capire come superarli. E abbiamo scoperto che, anche nelle Regioni dove i Pdta sono stati introdotti con apposite delibere, non si è in realtà fatto ancora abbastanza per renderli operativi».

Tranne qualche eccezione (si veda articolo sotto), uno dei principali punti critici evidenziati dall'indagine è lo scarso flusso di informazioni per la gestione del percorso e la sua valutazione in termini di efficacia e di efficienza: in sei casi su dieci non viene utilizzato un sistema informativo integrato tra ospedale e territorio.

Rispetto agli indicatori presi in considerazione per valutare la qualità dei Pdta (numero dei pazienti presi in carico, ricoveri impropri evitati, soddisfazione degli assistiti), sono definiti in maniera variegata a seconda delle diverse realtà territoriali e regionali. Inoltre, manca un'adeguata informatizzazione dei servizi ed è ancora insufficiente l'inclusione nei percorsi di attività di prevenzione e riabilitazione.

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La novità

Adesso i Pdta sono «prescritti» anche dal Piano nazionale

L' inserimento della persona che soffre di malattia cronica in un Percorso diagnostico terapeutico assistenziale è tra le principali novità del primo "Piano nazionale della cronicità", approvato lo scorso settembre dalla Conferenza Stato-Regioni dopo anni di attesa. Il Piano segna una rivoluzione nell'approccio alla malattia cronica: il paziente non è più un utente passivo delle cure, ma deve collaborare attivamente alla gestione della sua condizione,

arrivando a definire insieme all'equipe il percorso di cura più adeguato. Un ruolo centrale è assegnato al medico di famiglia (o al pediatra). Per determinate malattie croniche, infine, il documento raccomanda l'applicazione di un Pdta a livello nazionale in modo da ridurre le attuali differenze territoriali e garantire a tutti i malati l'equità di accesso all'assistenza.

M.G.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA