



RASSEGNA STAMPA **AMD**

Aggiornamento

10 aprile 2017

ValueRelations®

Sommario

| TESTATA | TITOLO | DATA |
|----------------|--|-------------|
| Diabete Oggi | <i>Un problema taciuto</i> | 31/3/17 |
| Diabete Oggi | <i>Farle nel modo corretto</i> | 31/3/17 |
| Impresa Sanità | <i>Progetto DIA&INT: misurato l'impatto delle prestazioni diabetologiche sulla salute dei pazienti</i> | 5/4/17 |
| Diabetologia33 | <i>Dispositivi per automonitoraggio, pazienti e diabetologi contrari a gare d'acquisto</i> | 3/4/17 |

lo mi curo *disfunzione erettile*

Un problema taciuto

*Nonostante sia molto diffusa tra chi ha il diabete di tipo 2,
della disfunzione erettile si parla poco anche durante
le visite in ambulatorio.*



© 2017

C’è sicuramente disagio e imbarazzo dietro alla scelta di non affrontare quella che può essere una delle conseguenze del diabete di tipo 2. Anche per questo motivo la fondazione **ADDF Associazione Medici Diabetologi** ha condotto uno studio osservazionale sul tema, denominato "Subito DE - Valutazione della prevalenza e della gravità della disfunzione erettile, dell'ipogonadismo e della loro associazione con i fattori di rischio cardiovascolari e con il grado di depressione in soggetti con diabete di tipo 2 di recente diagnosi". Abbiamo intervistato a tal proposito il dottor **Domenico Cucinotta**, co-autore dello studio, per conoscere i risultati del trial e fare in modo che il problema emerga in superficie.

Qual è la frequenza della disfunzione erettile nelle persone con diabete? C'è una differenza tra diabete di tipo 2 e diabete di tipo 1?

I dati ad oggi disponibili in Italia indicano una prevalenza della disfunzione erettile (DE) negli uomini con diabete pari a circa il 25-30% nel tipo 1 e al 35-40% nel tipo 2.

La disfunzione erettile ha una maggiore diffusione nelle persone con diabete rispetto al resto della popolazione? Se sì, perché?

La DE interessa all'incirca il 10-15% di tutti gli uomini: la maggiore prevalenza nel diabete è dovuta all'iperglicemia e alle sue



conseguenze, sia in termini di danno vascolare e neurologico che psicologico (depressione).

Lo studio osservazionale Subito DE, di cui lei è co-autore, è il primo del genere in Italia?

No, già negli anni '90 erano stati effettuati studi di tipo epidemiologico, ma questo è il primo che è stato condotto in maniera prospettica, cioè la popolazione è stata seguita nel tempo per vedere l'evoluzione della DE.

Qual era lo scopo dello studio?

Lo scopo era quello di aggiornare i

dati sulla prevalenza della DE e di osservarne il comportamento nel tempo, anche in considerazione del fatto che oggi sono disponibili trattamenti farmacologici diversi e più efficaci rispetto al passato.

Come si è svolto lo studio e quanto tempo è durato?

Lo studio è stato condotto in 27 centri diabetologici italiani su un totale di 1.500 soggetti con diabete di tipo 2 di recente insorgenza; di questi, ben il 43,3% riferiva di soffrire di una qualche forma di DE. Oltre ad una maggiore prevalenza delle complicanze croniche del diabete nei soggetti con DE, rispetto a quelli che

Io mi curo disfunzione erettile

non la avevano, quasi la metà aveva anche livelli ridotti di testosterone e il 20% circa soffriva di depressione. I pazienti sono stati rivalutati dopo 30 mesi e si è visto che coloro i quali avevano ricevuto un adeguato supporto psicologico e un valido trattamento farmacologico avevano un importante miglioramento della funzione sessuale, oltre che dei sintomi depressivi.

Sono emersi risultati interessanti, non solo in termini di incidenza della DE ma anche di possibili terapie e la loro efficacia?

Sì, perché si è dimostrato non solo che la sua diffusione è molto maggiore di quanto si pensava ma anche che un trattamento combinato che unisce il supporto psicologico al buon compenso del diabete e al corretto uso di farmaci per la DE, è altamente efficace.

La comparsa di questa patologia è legata all'età del paziente e/o alla durata del diabete?

Sì, questi sono 2 tra i fattori più strettamente associati alla comparsa di DE.

Se il diabete è considerato un fattore di rischio per la DE, ci sono delle strategie di prevenzione da mettere in atto o dei campanelli d'allarme di cui tener conto al momento della diagnosi di diabete?

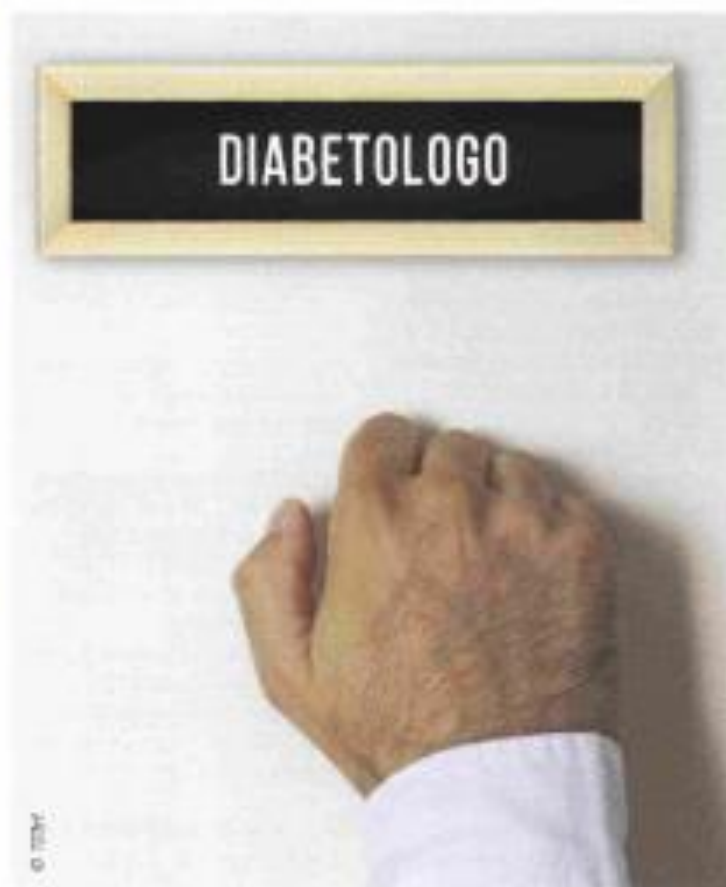
È molto importante che ogni medico che ha in cura un uomo con diabete chieda notizie sulla eventuale presenza di DE (basta una semplice

domanda: "Lei ha problemi nei rapporti sessuali?"); questo consente una diagnosi precoce ed un intervento che, se fatto subito, è altamente efficace.

Della disfunzione erettile legata al diabete si parla poco: il motivo è dovuto al pudore dei pazienti su un tema che suscita un certo imbarazzo oppure è una complicanza ritenuta dai medici poco importante rispetto ad

altre più gravi, come la nefropatia o il piede diabetico?

Tutte e due le spiegazioni sono valide: se da un lato il paziente ha pudore, dall'altro il medico spesso sottovaluta il problema e questo è ancor più grave se si considera che invece la DE non è una complicanza di scarsa importanza (si sa ad esempio che essa è spesso associata ad un maggior rischio di infarto e ictus) e che oggi può essere diagnosticata facilmente e trattata efficacemente.



Io mi curo iniezioni

Con la consulenza del dottor **Raffaele Scalpone**

Farle nel modo corretto

L'efficacia della terapia dipende anche da come ci si inietta l'insulina: per questo i medici tornano a fornire le indicazioni per eseguire le iniezioni in modo appropriato.



Negli Stati Uniti la Mayo Clinic ha pubblicato, a fine 2016, 4 documenti che si concentrano sulla corretta tecnica iniettiva dell'insulina. Sono il frutto del lavoro di 150 esperti provenienti da tutto il mondo, che hanno affrontato il tema sotto diversi aspetti.

Un importante contributo a questo lavoro è stato dato anche dai **diabetologi italiani** che, sotto le sigle dell'**AMD** - Associazione Medici

Diabetologi, **OSDI** - Operatori Sanitari di Diabetologia Italiana e **SID** - Società Italiana di Diabetologia hanno prodotto un documento con una serie di raccomandazioni, da cui abbiamo estrapolato in sintesi i consigli principali.

La stesura di questi documenti nasce dall'esigenza di impartire le giuste indicazioni ai pazienti, ai medici e agli operatori sanitari sul modo corretto di iniettare l'insulina: se buona parte dei diabetici di tipo 1 e 2 non raggiunge i target glicemici raccomandati (così come risulta da recenti ricerche), il motivo può esser



Il rischio di un'iniezione fatta male è un'ipoglicemia o la comparsa di lipodistrofie.



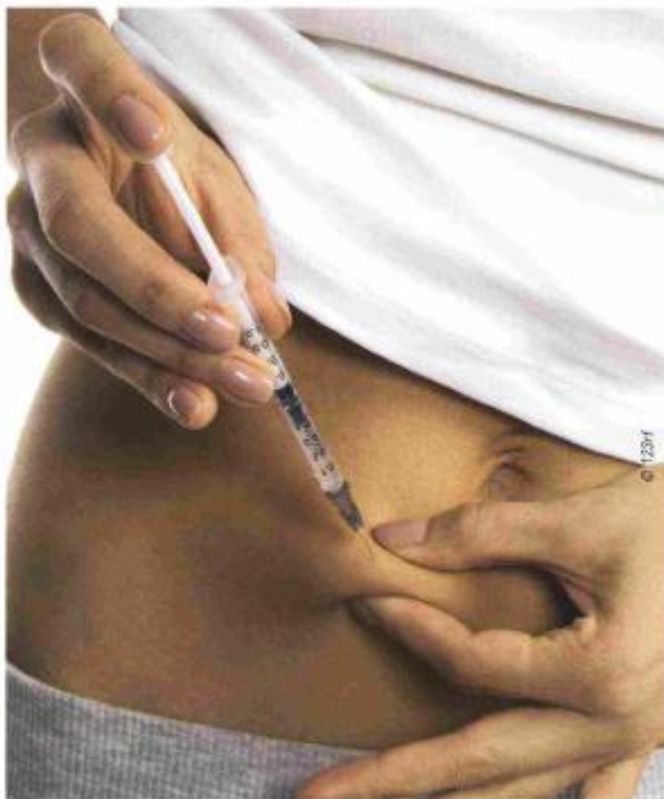
La tecnica del pizzicotto

Devi afferrare delicatamente la pelle come se dovessi pizzicarla, in modo da sollevarla: in questo punto di pelle sollevata devi inserire, poi l'ago per iniettare il farmaco.

Quando inizi ad iniettare l'insulina, rilascia la pelle (e ricorda di contare fino a 10 prima di estrarre l'ago, in modo da dare tempo al farmaco di distribuirsi lentamente nel tessuto). Non è necessario massaggiare la zona dopo aver eseguito l'iniezione.

La tecnica del pizzicotto va utilizzata soprattutto quando l'iniezione viene praticata con la siringa, perché al momento non sono disponibili per questo dispositivo aghi più corti di 8 mm per le siringhe da insulina, e quindi il rischio di iniezione intramuscolare è elevato (e questo è uno dei motivi per cui i **diabetologi** raccomandano l'uso della penna in chi segue una terapia insulinica intensiva).

È inoltre consigliata per persone molto magre o nei bambini piccoli.



dovuto anche alle modalità di somministrazione dell'insulina.

L'azione dell'insulina

Ma perché è tanto importante eseguire correttamente l'iniezione? Perché serve a garantire un'ottimale azione del farmaco (l'insulina o i nuovi farmaci iniettabili per la cura del diabete).

Tanto per cominciare l'insulina deve essere iniettata nel tessuto sottocutaneo (che è lo strato tra derma e muscolo), evitando l'iniezione intramuscolare che, per via di un assorbimento più rapido, potrebbe causare un'ipoglicemia. La profondità di iniezione nel tessuto sottocutaneo non influenza invece l'azione dell'insulina,

Attenzione se passi da un ago lungo ad uno corto

I diabetologi sottolineano l'importanza di intensificare l'autocontrollo glicemico quando si passa dall'uso di aghi più lunghi ad aghi più corti e quando si inizia ad utilizzare aree di cute sana rispetto al precedente utilizzo di aree lipodistrofiche: l'assorbimento di insulina infatti, potrebbe essere diverso, e di conseguenza è necessario controllare più spesso la glicemia.

ma è fondamentale la scelta dell'ago più adatto per garantire un assorbimento ottimale del farmaco. È importante anche aspettare 10 secondi al termine dell'iniezione (quando il pistone è arrivato a fine corsa) prima di estrarre l'ago dalla cute.

Dove iniettare l'insulina

Gli analoghi ad azione rapida dell'insulina e gli analoghi basali possono essere iniettati in corrispondenza di qualsiasi punto del corpo, perché questo non influenza il loro assorbimento. L'insulina umana regolare, invece,



deve essere iniettata in corrispondenza dell'addome, perché qui il suo assorbimento è più rapido e costante (vedi anche il riquadro in questa pagina).

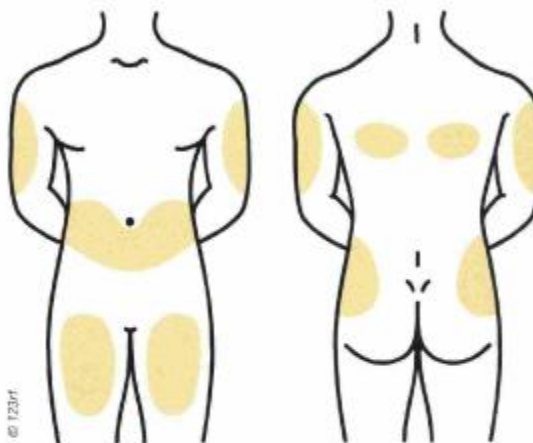
Come evitare le lipodistrofie

La formazione di lipodistrofie non è ancora del tutto chiara, ma vi contribuiscono il trauma ripetuto da iniezioni fatte in zone molto circoscritte, il riutilizzo dell'ago e anche alti dosaggi di insulina, che agirebbero sul tessuto adiposo come fattore di crescita.

In caso di lipodistrofie la pelle diventa dura e si nota la presenza di duroni o noduli; non sempre però sono visibili, ma solo nel tempo si può notare un rigonfiamento della pelle. Per questo occorre ispezionare e autopalpate le sedi di iniezione (anche il medico dovrebbe farlo ad ogni visita di controllo). Sono facilmente individuabili anche con la tecnica del pizzicotto.

Dove fare l'iniezione?

In genere si scelgono zone del corpo facilmente raggiungibili, perché la maggior parte delle persone adulte si inietta l'insulina da sola. Solitamente le iniezioni si praticano sulla parte alta esterna del braccio, sulla pancia, sui glutei o sulla coscia. La pancia è una delle zone consigliate perché facile da raggiungere e perché meno dolorosa; in più è adatta ad iniezioni di insulina ad azione rapida. Per le insuline ad azione lenta si può optare per i glutei. Da evitare zone della pelle arrossate, con cicatrici o lipodistrofie.



In breve: le basi per una corretta iniezione

- ❖ Scegli l'ago giusto
- ❖ Ruota le sedi di iniezione
- ❖ Manipola e conserva correttamente il farmaco
- ❖ Manipola in modo corretto la cute prima e dopo l'iniezione
- ❖ Inserisci l'ago nella cute nel modo giusto
- ❖ Rispetta la durata dell'iniezione

Per evitarle è essenziale ruotare le sedi di iniezione, non riutilizzare lo stesso ago più volte (fra tutti i pazienti che riutilizzano l'ago, il 70% sviluppa lipodistrofie), applicare la tecnica del pizzicotto e inserire l'ago con un'angolazione a 45° rispetto alla cute se si usano aghi lunghi più di 4 mm.

Oltre ad essere dolorose, le lipodistrofie riducono lo spazio per nuove iniezioni: inoltre, iniettare l'insulina in aree lipodistrofiche ne modifica l'assorbimento in modo variabile e imprevedibile,

provocando crisi ipoglicemiche anche gravi e influenzando il compenso glicemico.

Le iniezioni nei bambini

In età pediatrica l'ago più sicuro è il 4 mm x 32G (dove G sta per diametro dell'ago), al fine di minimizzare inavvertite iniezioni intramuscolari che possono provocare fenomeni di variabilità glicemica. Nei bambini compresi fra 2 e 6 anni l'ago andrebbe usato con la tecnica del pizzicotto (vedi riquadro).

Impresa Sanità

Progetto DIA&INT: misurato l'impatto delle prestazioni diabetologiche sulla salute dei pazienti

05-04-2017

Prima in Europa, l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) ha misurato con metodo scientifico – SROI (Social Return of Investment) – l'impatto delle prestazioni diabetologiche sulla salute dei pazienti in termini di outcome clinici ben definiti, a partire dagli Standard di cura condivisi dalla classe medica (AMD-SID). Obiettivo del progetto lanciato da AMD, dal nome "Diabetes & Intelligence" (DIA&INT), è comprendere l'effettiva utilità di ciascuna attività esercitata dal diabetologo – e quindi di ogni prestazione offerta ai pazienti – e supportare le Istituzioni preposte nella definizione, in prospettiva, di nuovi modelli assistenziali per la multi cronicità.

Dall'indagine, che ha coinvolto oltre duecento medici diabetologi aderenti alla società scientifica, è emerso che la "top 5" delle prestazioni e degli standard organizzativi più utili nel soddisfare il bisogno di salute della persona con diabete sono, in ordine di efficacia, la terapia educativa, la personalizzazione del piano terapeutico, la diagnosi e la valutazione biomedica, la concreta valutazione della fragilità del paziente, e ancora la garanzia dell'autocontrollo glicemico. Da notare che segue, al sesto posto, l'utilizzo della cartella clinica informatizzata.

Se è vero che le attività a impatto sociale possono indirettamente produrre risultati economici – per esempio, in ambito diabetologico, la riduzione delle complicanze contribuisce a ridurre la spesa per la loro gestione – è ancor più vero che si tratta di attività prettamente qualitative, caratterizzate da notevoli difficoltà di misurazione oggettiva del risultato.

*«La salute è fatta di tante componenti e di diverse variabili, e lo stesso, di conseguenza, può ripetersi per le prestazioni sanitarie» spiega **Nicoletta Musacchio, Presidente AMD**. «È una complessità, tipica dei servizi socio-sanitari, che rischia di generare confusione e di rendere difficilissima la valutazione degli approcci clinico-assistenziali che giovano davvero al paziente e al Servizio Sanitario. Ecco perché, occupandoci in prima linea di un problema articolato e vasto come il diabete, abbiamo scelto, con il progetto DIA&INT, di misurare con precisione il nostro risultato professionale, facendo ricorso a un approccio scientifico rigoroso, il metodo SROI-Social Return of Investment».*

Impresa Sanità

Si tratta di un modello di Analisi Organizzativa riconosciuto a livello internazionale, che serve a misurare in modo oggettivo il valore generato da attività che hanno obiettivi sociali e non economici. Aspetto che contraddistingue anche le prestazioni diabetologiche, che hanno obiettivi prettamente assistenziali. Il vantaggio del metodo SROI risiede nel fatto che – grazie a un livello di analisi molto dettagliato e a un forte coinvolgimento degli stakeholder nel processo di valutazione – permette di trasformare il dato qualitativo in score definiti, ossia in quantità misurabili.

Ma quali sono, in concreto, i risultati clinici sui quali incidono positivamente le prestazioni inserite da AMD nella sua “top 5” scientificamente validata? L'indagine svolta attraverso l'iniziativa DIA&INT ha risposto anche a questa domanda: al primo posto si trova l'ottimizzazione del controllo metabolico, al secondo il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, seguono la riduzione delle ospedalizzazioni e degli accessi al pronto soccorso, la riduzione delle giornate di degenza dei pazienti eventualmente ospedalizzati, e in quinta piazza l'aumento dell'appropriatezza nell'utilizzo di tutte le tecnologie disponibili per le persone con diabete. *«Anche in questo caso»* precisa la Presidente Musacchio *«è di particolare interesse il rigore scientifico degli outcome clinici individuati, garantito dal metodo SROI, ma anche dal fatto che la nostra analisi propone una classifica degli obiettivi individuati dal Piano Nazionale per la malattia diabetica e dal Manifesto dei Pazienti, quindi risultati clinici già di per sé validati e di cruciale importanza»*.

Il sistema DIA&INT può anche essere considerato come un osservatorio dinamico in grado di comprendere e governare il cambiamento: *«Una volta definiti gli outcome e le azioni prioritarie che li determinano, sarà possibile individuare un modello ideale di attività che risponde ai bisogni di malattia e ai bisogni della persona con diabete. Il passo successivo sarà quello di mettere a confronto questa situazione 'ideale' con quella reale. Saremo quindi in grado di identificare e colmare gap o aree di scostamento tra il piano assistenziale delineato nel Piano Nazionale Diabete e il modus operandi del diabetologo, caratterizzato da specificità che, ad oggi, non sono ancora implementate uniformemente nei percorsi di cura, come pure negli organigrammi aziendali»*, conclude la Presidente Musacchio.

I risultati di DIA&INT - che si stanno arricchendo anche delle esperienze specifiche di infermieri e MMG - consentiranno ad AMD di fornire al Ministero della Salute strumenti concreti per l'implementazione del Chronic Care Model fondati su valori oggettivi e misurabili.

Dispositivi per automonitoraggio, pazienti e diabetologi contrari a gare d'acquisto

Nello scorso numero abbiamo pubblicato un'intervista nella quale venivano sottolineati i benefici economici apportati al Sistema sanitario nel momento in cui l'acquisto dei dispositivi per l'automonitoraggio della glicemia fosse effettuato con il sistema della gara, come riportato dal documento Mef/Istat. Sul punto, però, è in corso un acceso dibattito. Abbiamo chiesto le ragioni del dissenso a **Giovanni Lamenza**, presidente di Diabete Italia (consorzio che riunisce tutte le Società scientifiche, Associazioni di pazienti e operatori professionali del mondo del diabete) e **Nicoletta Musacchio**, presidente Amd (Associazione Medici Diabetologi) che rappresenta, insieme ad altre società, il braccio scientifico di Diabete Italia.

Dott. Lamenza, dal punto di vista dei pazienti, come è stato accolto il metodo delle gare?

In maniera assolutamente negativa. È un provvedimento che dà molta preoccupazione al mondo dei pazienti perché l'autocontrollo glicemico è un atto terapeutico al quale il paziente deve aderire ed è uno dei passaggi fondamentali del percorso di empowerment del paziente per curarsi bene, non sviluppare le complicanze e non essere un peso economico per la comunità negli anni a venire. Quindi l'utilizzo di uno strumento per l'automonitoraggio della glicemia che non è aderente alle caratteristiche e alle specificità di quel paziente potrebbe indurre quest'ultimo a una regressione nel suo autocontrollo (perché non ne ha compreso il funzionamento, non ci si trova bene, perché abituato a un altro strumento) ma soprattutto perché non è uno strumento che ha condiviso con il suo medico. Con il meccanismo delle gare, infatti, la scelta del migliore strumento non è fatta dal medico diabetologo ma da un economista o da responsabili dell'ufficio acquisti. In questo modo si va a limitare l'autonomia del medico di prescrivere lo strumento più adeguato per quel tipo di paziente e la libertà del paziente di poter usufruire del migliore strumento a lui più congeniale. Gli strumenti per la misurazione della glicemia, inoltre, sono composti da striscette e da tecnologie di lettura e gestione del dato che possono avere caratteristiche differenti, quali suggeritori di bolo, scarico automatico dei dati, aggregazione dei dati per una migliore interpretazione: quindi se le striscette hanno un costo basso e sono abbinata a una tecnologia di basso costo potrebbero portare a una cura di bassa efficacia.

Dott.ssa Musacchio, perché sotto il profilo del diabetologo la modalità di acquisto tramite gara è inadatta?

Noi diabetologi siamo assolutamente d'accordo che l'automonitoraggio glicemico, rappresentando una voce di spesa importante, va in qualche modo gestita con una regolamentazione che deve però seguire criteri clinici ben definiti. Innanzitutto va precisato qual è l'obiettivo dell'autocontrollo della glicemia: educare il paziente a prevenire e gestire la variabilità glicemica, determinante importante per un più stabile controllo nel lungo periodo. I dati glicemici, pertanto, sono informazioni che interpretate correttamente permettono al paziente una partecipazione attiva alla cura. Se questo è dunque l'autocontrollo glicemico - di cui è specificata l'importanza in tutte le linee guida riconosciute internazionali e anche nel Piano nazionale del diabete - la modalità di acquisto tramite gara può anche garantire una buona tecnologia di base, ma quand'anche il capitolato venga preparato oculatamente, esso induce inevitabilmente una forte limitazione nella possibilità di scegliere, da parte dello specialista e del team diabetologico, nonché dello stesso paziente, tra i diversi dispositivi medici disponibili, quello che maggiormente si adatta al quadro clinico, psicologico e comportamentale di ogni singolo; inoltre non può certamente garantire, anzi, impedisce, o quanto meno ritarda, la possibilità di accedere alle importanti innovazioni tecnologiche oggi sempre più frequentemente a disposizione.

Dott. Lamenza, quali altre criticità vede con il meccanismo delle gare?

A ogni nuova gara il ricorso all'assegnazione a un fornitore induce costi indiretti legati all'addestramento a un eventuale nuovo apparecchio da parte del personale sanitario e del paziente, oltre allo smaltimento dei residui di magazzino. Ma soprattutto occorre sottolineare una cosa: il numero visualizzato con questo strumento serve al paziente per prendere una decisione terapeutica e stabilire qual è la dose corretta da iniettare di insulina. Inoltre da un punto di vista di corretta informazione non sembra opportuno abbinare in un'unica tabella strumenti per la cura alla stessa stregua di Pc, stampanti e mobili per arredo: nessuno di questi oggetti serve per prendere decisioni terapeutiche.

Dott. Musacchio, quali altre criticità principali vede per il clinico nel meccanismo della gara?

La clusterizzazione dei pazienti nelle gare, in genere, è fatta secondo una tipologia della terapia che non tiene assolutamente conto di altre caratteristiche, per esempio dei pazienti che non hanno la sensibilità all'ipoglicemia (e vi sono strumenti privi di allarme). In più le gare che hanno un inizio e una fine triennale bloccano il sistema, non garantendo a tutti - magari semplicemente perché si è clusterizzati in una certa tipologia - di accedere all'innovazione. Per cui, per i diabetologi, è fondamentale che il glucometro venga riconosciuto come un sistema di cura. Inoltre va sottolineato che i diabetologi da sempre formano i pazienti con una particolare attenzione all'autocontrollo proprio perché tale opera non significa un semplice addestramento all'utilizzo corretto di uno strumento ma all'interpretazione del dato fino a insegnare l'autogestione della terapia che è alla base dell'efficacia clinica e dell'aderenza alla cura. Troviamo quindi sconcertante quanto poco si valorizzi la specificità d'azione e l'alta competenza specialistica che i servizi diabetologici garantiscono, perché questo è il nucleo della nostra attività.