

## Diabetologia misurata (più equa, più sobria, più giusta ... più slow)

**Maria Franca Mulas<sup>1</sup>**

*Gruppo a progetto Diabetologia Misurata:*

*Maria Franca Mulas<sup>1</sup>*

*Marina Cossu<sup>2</sup>*

*Regina Dagan<sup>2</sup>*

*Franco Gregorio<sup>2</sup>*

*Luca Monge<sup>2</sup>*

*Sarah Big<sup>3</sup>*

*Antonio Bonaldi<sup>3</sup>*

*Alberto De Michel<sup>3</sup>*

*Marcello Grussu<sup>3</sup>*

*Giuliana La Penna*

*per il CDN<sup>3</sup>*

<sup>1</sup> Coordinatrice Gruppo Diabetologia Misurata; <sup>2</sup> Componenti Gruppo Diabetologia Misurata; <sup>3</sup> Consulenti Gruppo Diabetologia Misurata

Negli ultimi anni in Italia si è realizzato un quadro normativo e si è posta attenzione alle norme di buona pratica clinica nella logica di coniugare la qualità delle cure con l'esponenziale incremento del consumo di risorse e con l'andamento sempre più costoso della tecnologia sanitaria. Il filo conduttore continua a essere la sostenibilità dei modelli concettuali di riferimento con la crisi economica in atto, con i modelli organizzativi tradizionali, con i trend demografici ed epidemiologici di questi decenni. La sostenibilità si può definire come la capacità di soddisfare le esigenze presenti, senza compromettere alle future generazioni di soddisfare le loro; in medicina può essere riferita a una sanità capace di lottare contro la parcellizzazione, gli sprechi, l'inappropriatezza, la demotivazione, il disincanto, il *burn-out*. La garanzia per ottenere un favorevole rapporto costo/efficacia della spesa sanitaria è l'aumento del valore della spesa attraverso il miglioramento della qualità delle cure. È opinione di molti autori che l'aumento delle capacità del sistema sanitario di convertire le risorse in valore, la riduzione degli sprechi e l'aumento dell'efficienza dei servizi faciliti la sostenibilità della sanità pubblica. Nel corso del tempo l'idea della medicina si è evoluta, si è trasformata da attività centrata sul medico, sul paziente e sull'alleanza medico-paziente <sup>1</sup>. Nel corso dei secoli fattori esterni al mondo sanitario hanno modificato politiche, pianificazioni, sistemi informativi e gestione delle conoscenze, formazione, risorse, ricerca, processi, risultati e qualità. È certo che per rendere l'assistenza sostenibile tutti gli attori devono rendere le organizzazioni sanitarie realmente un sistema. La Conferenza Stato-Regioni <sup>2</sup>, nell'intesa sul nuovo Patto per la Salute <sup>3</sup> per gli anni 2014-2016, sottoscritto nella seduta del 10 luglio 2014, afferma una serie di riferimenti strategici d'indirizzo che vale la pena richiamare. Si riafferma la necessità di un deciso potenziamento della governance della sanità nel primario scopo di assicurare equità, universalità e uniforme e appropriata fruibilità dei LEA. Il Patto considera la salute un valore economico e sociale piuttosto che un fardello per i conti dell'amministrazione pubblica. Ne consegue l'affermazione che il sistema sanitario è un'entità di sviluppo che deve interagire e integrarsi con gli altri soggetti del sistema di governo dei territori e con le altre amministrazioni. Per affrontare questo non rinviabile impegno il mondo della diabetologia dovrà sviluppare certamente il sapere e le prassi tecnico-scientifiche, ma soprattutto quelle della *clinical governance*. AMD e tutti i diabetologi a livello nazionale o locale hanno il dovere di offrire proposte e attuare comportamenti che rendano sostenibile il modello teorico del *Chronic Care*. In questo solco, che anche AMD con il lavoro di questi anni ha contribuito a tracciare, si sviluppa il progetto NICE ([http://www.aemmedi.it/pages/informazioni/progetto\\_nice\\_amd/](http://www.aemmedi.it/pages/informazioni/progetto_nice_amd/)). L'acronimo NICE nasce durante una riunione alla quale hanno partecipato tra gli altri, i diversi coordinatori dei gruppi "Outpatient", "Inpatient", "Appropriatezza, terapia personalizzata", "Comunicazione", "Clinical Governance". In seguito sono stati definiti la strategia e gli obiettivi che avrebbero legato i diversi gruppi. I coordinatori dei gruppi si sono accordati per descrivere proposte tecniche e organizzative competenti, trasparenti, fondate su dati, relativamente al setting di cura ambulatoriale e di ricovero ospedaliero, alla pratica del monitoraggio domiciliare della glicemia, alla terapia. Nel corso della discussione è nato il bisogno di avere un gruppo di lavoro che agisse in modo trasversale nei gruppi NICE. L'idea è di condividere la corrispondenza delle soluzioni da loro proposte con le caratteristiche della medicina slow, che è rispettosa, sobria e giusta, mantenendo sempre un indirizzo generale di misurabilità e sostenibilità. In particolare l'intendimento del Gruppo che si è chiamato "Diabetologia Misurata" è lo sviluppo di un'assistenza diabetologica sostenibile con proposte organizzative

**CORRISPONDENZA**

MARIA FRANCA MULAS

mfranca.mulas@gmail.com

e tecniche competenti, responsabili, trasparenti fondate sui dati, pertanto misurabili, ma nel contempo anche misurate. In un tempo storico di sempre maggior contingentazione delle risorse disponibili il professionista ha l'obbligo di ripensare all'appropriatezza di tutte le sue pratiche cliniche. Il crescente peso assistenziale del diabete, l'offerta di sempre nuovi e più costosi farmaci e device rende questa revisione non più prorogabile. Abbiamo così pensato di proporre pratiche certamente "discutibili" per stimolare una discussione all'interno della diabetologia. In quest'ottica il gruppo "Diabetologia misurata" ([http://www.aemmedi.it/pages/informazioni/diabetologia\\_misurata/](http://www.aemmedi.it/pages/informazioni/diabetologia_misurata/)) ha sostenuto l'adesione di AMD al movimento scientifico "Slow Medicine, fare di più non significa fare meglio" proposto dalla società italiana di *Slow Medicine* <http://www.slowmedicine.it/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/la-storia-di-choosing-wisely.html>, in cui stanno confluendo molte società scientifiche italiane, che ispirandosi al progetto *Choosing Wisely* (<http://www.choosingwisely.org/>), prevede che l'identificazione di cinque pratiche ad alto rischio di in appropriatezza. La prospettiva che il gruppo si è data è descritta dagli obiettivi specifici di questo gruppo AMD sono a) riportare i prodotti del gruppo NICE (modelli formativi e assistenziali, progetti, documenti, ricerca clinica, sperimentazione sul campo, ecc.) nella cornice dei requisiti della sostenibilità; b) far acquisire, e applicare, ai diabetologi gli strumenti per allineare le prassi alla dimensione della sostenibilità; c) fornire ai diabetologi una competenza argomentativa per affrontare il tema di un'organizzazione diabetologica sostenibile con le Direzioni Sanitaria e Generale. L'ambizione è di formare una classe di diabetologi con una "competence in sostenibilità delle organizzazioni sanitarie". In altri termini, il gruppo dovrà essere di supporto culturale, perché il diabetologo impari a lavorare sempre in un'ottica di sistema, secondo logiche di responsabilità, ruolo, competenza, prassi operative, con dinamiche di alleanza e utilizzo dei dati per la valutazione della sostenibilità dei processi. In questa ottica è stato elaborato un documento che contiene le prime 5 pratiche diabetologiche ad alto rischio di in appropriatezza. I diabetologi del gruppo insieme ai loro consulenti, tra cui Antonio Bonaldi, presidente di *Slow Medicine*, e in collaborazione con i gruppi AMD "Outpatient" e "Inpatient" hanno condiviso in un forum comune cinque o più aree di maggiore in appropriatezza, sostenute dalla letteratura di riferimento, secondo il format "Slow Medicine". Sono state descritte in totale quindici pratiche cliniche che sono state valutate con il metodo della "scelta pesata". In questo modo è stata costruita una graduatoria che ha permesso di identificare le cinque a maggior rischio. Queste pratiche sono espresse in un linguaggio medico; la seconda parte del lavoro prevede un confronto con le associazioni dei pazienti diabetici per una "traduzione" del testo in un linguaggio più laico del testo, e una guida per i pazienti che faciliti la comprensione dei motivi per cui una pratica è stata giudicata in appropriatezza. Non è casuale che un rappresentante dei pazienti, faccia stabilmente parte di Diabetologia Misurata. È il primo passo. Siamo consapevoli che ci saranno discussioni sulle scelte operate, per questo invitiamo i diabetologi a proporre le loro pratiche ad alto rischio d'in appropriatezza, che, se corredate da un'adeguata bibliografia, saranno esamina-

## Le "prime" 5 pratiche inappropriate in diabetologia

**Sviluppo: ricercare contributi per bruciare l'inappropriatezza in diabetologia**

### COMPOSIZIONE DEL GRUPPO

**Coordinatrice:**  
Maria Franca Mulas

**Componenti:**  
Marina Cossu, Regina Dagini,  
Franco Gregorio, Luca Monge

**Consulenti:**  
Sarah Bigi, Antonio Bonaldi,  
Alberto De Micheli, Marcello Grusso,  
Giuliana La Penna (per il CDN)

Con la collaborazione di:  
Concetta Suraci, Gruppo Inpatient,  
e Mauro Ragonese, Gruppo Outpatient



te con gli stessi criteri adottati nella prima fase di lavoro. ([http://www.aemmedi.it/pages/informazioni/diabetologia\\_misurata/](http://www.aemmedi.it/pages/informazioni/diabetologia_misurata/)). Questo lavoro conferma l'attenzione di AMD per promuovere la massima attenzione a una pratica clinica più appropriata e a definire un profilo più moderno del diabetologo, che prevede la capacità di progettare, realizzare, valutare e proporre alle direzioni aziendali non solo l'efficacia clinica, ma anche l'efficienza di un



## Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Associazione Medici Diabetologi

<b>1</b>	<p><b>Non utilizzare la terapia insulinica “al bisogno” (sliding scale) per il trattamento dell’iperglicemia nel paziente ricoverato in ospedale.</b></p> <p>L'uso di somministrare la terapia insulinica “al bisogno” (sliding scale), cioè iniettare insulina a intervalli fissi (ogni 4-6 ore) solo se la glicemia supera una soglia prefissata, è tuttora diffuso anche nel nostro paese, ma è da considerarsi un metodo inadeguato e inefficace. Questo approccio, infatti, oltre a non affrontare il problema dell’insulinizzazione basale, non previene l’iperglicemia intervenendo solamente dopo il suo verificarsi e comporta un rischio di ipoglicemia successiva. La somministrazione della terapia insulinica al bisogno favorisce l’inerzia terapeutica e comporta il rilevante rischio determinato da una mancata programmazione terapeutica.</p>
<b>2</b>	<p><b>Non prescrivere di routine l’auto misurazione domiciliare quotidiana della glicemia nelle persone con diabete tipo 2 in trattamento con farmaci che non causano ipoglicemia.</b></p> <p>Nei pazienti con diabete tipo 2 in trattamento con farmaci che non causano ipoglicemia, una volta che l’obiettivo glicemico è raggiunto e i risultati di autocontrollo diventano abbastanza prevedibili, il monitoraggio quotidiano delle glicemie non aggiunge informazioni per mantenere il controllo glicemico, e, a volte può generare ansia. A questa condizione vi sono molte eccezioni, come, ad esempio, l’uso a scopo educativo, le malattie acute intercorrenti, il peggioramento del compenso glicemico, l’inserimento in terapia di farmaci iperglicemizzanti, dove l’autocontrollo è spesso transitoriamente indispensabile per raggiungere gli obiettivi prefissati.</p>
<b>3</b>	<p><b>Non fare lo screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali.</b></p> <p><b>RETINOPATIA DIABETICA</b> In assenza di retinopatia diabetica non ripetere l’esame del Fundus Oculi successivo alla diagnosi (il primo Fundus Oculi ha una temporeizzazione diversificata per il Diabete tipo 1 e il Diabete tipo 2) più spesso di una volta ogni 2 anni. Se la retinopatia è in progressione, l’esame dovrà essere eseguito più frequentemente.</p> <p><b>POLINEUROPATIA DIABETICA</b> Non eseguire un esame elettrofisiologico per lo screening della polineuropatia diabetica.</p> <p><b>ARTERIOPATIA PERIFERICA</b> Non eseguire un esame ecodoppler per lo screening dell’arteriopia periferica</p>
<b>4</b>	<p><b>Non trattare in modo indiscriminato i pazienti diabetici con farmaci antiaggreganti piastrinici.</b></p> <p>La terapia antiaggregante con acido acetilsalicilico (75-160 mg/die) è indicata nei pazienti diabetici con precedente evento cardiovascolare, cerebrovascolare o con arteriopia ostruttiva cronica e, in prevenzione primaria, solo nei pazienti diabetici con alto rischio cardiovascolare. La terapia antiaggregante con acido acetilsalicilico non è raccomandata nei diabetici a rischio cardiovascolare basso/moderato.</p>
<b>5</b>	<p><b>Non eseguire nei pazienti con diabete il dosaggio routinario di C-peptide ematico.</b></p> <p>Non è necessario il dosaggio di C-peptide ematico nella formulazione della diagnosi di diabete tipo 1 e tipo 2. La misurazione della risposta del C-peptide al glucagone o al pasto misto può aiutare nei rari casi in cui sia difficile differenziare la diagnosi tra diabete di tipo 1 e tipo 2. Tuttavia, anche in questa situazione clinica la risposta alla terapia farmacologica fornisce utili informazioni e la determinazione del C-peptide non è clinicamente necessaria. In rari casi, può essere utile misurare la concentrazione di C-peptide per fenotipizzare meglio il paziente con diabete e può essere utile, nel diabete di tipo 1 per l’inquadramento prognostico delle complicanze. La determinazione del C-peptide è essenziale nella valutazione di una possibile ipoglicemia auto procurata dovuta ad assunzione d’insulina non a scopi terapeutici.</p>

**Attenzione:** le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Gennaio 2015

modello organizzativo multidisciplinare in cui lo specialista sia corresponsabilizzato nella riduzione dei costi. L’eco mediatico <sup>4 5</sup> davvero sorprendente che ha avuto la pubblicazione delle cinque pratiche, di là del merito per cui, come detto, apriremo la discussione, deve far riflettere tutti i diabetologi, perché il cammino verso un’assistenza sanitaria sempre più appropriata e misurabile è irreversibile, pena la minaccia alla sostenibilità. Ci sarà sempre

più spesso chiesto il “conto”, la consuntivazione sia economica, sia clinica del nostro agire. Sarà sempre più forte la pressione con cui il sistema agirà sugli operatori sanitari. A questo fattore di cambiamento, potente nella sua coerenza, in un sistema sanitario sotto pressione per l’invecchiamento della popolazione e la contemporanea necessità di garantire cure e assistenza, per una diabetologia efficace, efficiente e sostenibile”aggiungeremo pub-

## Come si è giunti alla creazione della lista

L'Associazione Medici Diabetologi - AMD ha promosso il progetto NICE perché la diabetologia italiana lavori secondo modelli clinici di appropriatezza e sostenibilità. Il gruppo a progetto di "Diabetologia Misurata" ha avuto il mandato dal Consiglio Direttivo di elaborare proposte tecniche e organizzative competenti, trasparenti, fondate su dati per promuovere una diabetologia sostenibile. In una prima fase del lavoro, aderendo alla campagna "Choosing Wisely", con la collaborazione di Slow Medicine abbiamo identificato 5 pratiche inappropriate secondo il seguente percorso:

1. ogni componente del gruppo "Diabetologia Misurata" con la collaborazione dei coordinatori del gruppo in e outpatient ha identificato 4-5 pratiche;
2. sono state raccolte 15 proposte di pratiche inappropriate, 2 delle quali escluse in quanto simili;
3. con il metodo della scelta pesata ogni componente ha attribuito a ciascuna pratica un punteggio da 1 a 15 indicandone anche la rilevanza e l'applicabilità clinica;
4. ciascun componente ha utilizzato un format dedicato proposto da Slow Medicine;
5. i contributi sono stati reciprocamente discussi;
6. sono state selezionate le 5 pratiche che hanno ricevuto un maggiore punteggio e sono state proposte al CDN per approvazione e divulgazione a tutta la Società scientifica.

## Principali fonti bibliografiche

<b>1</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Umpierrez GE, Smiley D, Jacobs S, et al. M. Randomized study of basal-bolus insulin therapy in the inpatient management of patients with type 2 diabetes undergoing general surgery (RABBIT 2 surgery). <i>Diabetes Care</i>. 2011;34:256-61</li> <li>2. Umpierrez GE, Smiley D, Zisman A, et al. Randomized study of basal-bolus insulin therapy in the inpatient management of patients with type 2 diabetes (RABBIT 2 trial). <i>Diabetes Care</i>. 2007;30:2181-6</li> <li>3. AMD-SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014. <a href="http://www.standarditaliani.it">www.standarditaliani.it</a></li> </ol>
<b>2</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clar C, Barnard K, Cummins E, Royle P, Waugh N. Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: systematic review. <i>Health Technol Assess</i> 2010;14(12).</li> <li>2. Malanda UL, Welschen LMC, Riphagen II, et al. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2012, Issue 1. Art. No.: CD005060.</li> <li>3. AMD-SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014. <a href="http://www.standarditaliani.it">www.standarditaliani.it</a></li> </ol>
<b>3</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Boulton AJ, Armstrong DG, Albert SF, et al. American Diabetes Association; American Association of Clinical Endocrinologists. Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the task force of the foot care interest group of the American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. <i>Diabetes Care</i> 2008;31:1679-1685</li> <li>2. Aspelund T, Thornórisdóttir O, Ólafsdóttir E, et al. Individual risk assessment and information technology to optimise screening frequency for diabetic retinopathy. <i>Diabetologia</i> 2011, 54:2525-2532</li> <li>3. AMD-SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014. <a href="http://www.standarditaliani.it">www.standarditaliani.it</a></li> </ol>
<b>4</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belch J, MacCuish A, Campbell I, et al.; Prevention of Progression of Arterial Disease and Diabetes Study Group; Diabetes Registry Group; Royal College of Physicians Edinburgh. The prevention of progression of arterial disease and diabetes (POPADAD) trial: factorial randomised placebo controlled trial of aspirin and antioxidants in patients with diabetes and asymptomatic peripheral arterial disease. <i>BMJ</i> 2008;337:a1840</li> <li>2. De Berardis G, Sacco M, Strippoli GF, et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. <i>BMJ</i> 2009;339:b4531</li> <li>3. AMD-SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014. <a href="http://www.standarditaliani.it">www.standarditaliani.it</a></li> </ol>
<b>5</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sacks DB, Mark A, Bakris G et al. Guidelines and Recommendations for Laboratory Analysis in the Diagnosis and Management of Diabetes Mellitus. <i>Diabetes Care</i> 2011; 34: 61-99</li> <li>2. Robbins DC, Andersen L, Bowsher R, et al. Report of the American Diabetes Association's Task Force on standardization of the insulin assay. <i>Diabetes</i> 1996; 45:242-56.</li> <li>3. AMD-SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014. <a href="http://www.standarditaliani.it">www.standarditaliani.it</a></li> </ol>

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto "Fare di più non significa fare meglio", in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Società Scientifiche e Associazioni professionali sono invitate a individuare ognuna una lista di 5 esami diagnostici o trattamenti, di uso corrente nella pratica clinica, che secondo le conoscenze scientifiche disponibili non apportano benefici significativi ai pazienti ma possono, al contrario, esporli a rischi. Promuovono il progetto anche: FNOM-CeO, IPASVI, SIQuAS-VRQ, Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano e Slow Food Italia. Per ulteriori dettagli: [www.slowmedicine.it](http://www.slowmedicine.it)

L'Associazione Medici Diabetologi, AMD, fondata nel 1974, intende valorizzare in una visione sistemica ed etica il ruolo specifico ed unico del diabetologo e del "team dedicato" nel miglioramento continuo della cura alle persone con malattie metaboliche e/o diabete, attraverso la formazione, la ricerca, il governo clinico, l'autonomia professionale, il rapporto con le istituzioni, le altre società scientifiche, le associazioni professionali e dei pazienti. <http://www.aemmedi.it/>

blicistica, informazione, formazione secondo il tradizionale modello AMD.

### Bibliografia

- 1 Bardes CL. *Defining "Patient-Centered Medicine"*. *N Engl J Med* 2012;366:782-3.
- 2 Conferenza Stato Regioni: <http://www.regioni.it/>

[conferenze/2014/07/04/10072014-ordine-del-giorno-conferenza-stato-regioni-355411/](http://www.regioni.it/conferenze/2014/07/04/10072014-ordine-del-giorno-conferenza-stato-regioni-355411/).

- 3 Patto per la Salute: [http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/patto\\_salute/Conferenza\\_SR.pdf](http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/patto_salute/Conferenza_SR.pdf).
- 4 [http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=23976](http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=23976).
- 5 [http://www.aemmedi.it/files/Gruppi\\_a\\_Progetto/SlowMedicine/8\\_RASSEGNA-27-10-2014\\_.pdf](http://www.aemmedi.it/files/Gruppi_a_Progetto/SlowMedicine/8_RASSEGNA-27-10-2014_.pdf).