

Chi andrebbe in guerra con le cartucce bagnate?



S. Gentile

s.gentile1949@gmail.com

Dipartimento Medico-Chirurgico di Internistica Clinica e Sperimentale, Seconda Università di Napoli

Parole chiave: Diabete, Appropriatazza, Lipodistrofie, Tecnica iniettiva

Keywords: Diabetes, Appropriateness, Lipodystrophy, Injection technique

Il Giornale di AMD, 2015;18:244-245

Sì, siamo in guerra! I diabetologi sono in guerra e devono difendere la propria specificità contro il sistema che tende a soverchiarli. Altre branche della medicina e non solo... si appropriano *impropriamente* di competenze specifiche, l'onda crescente ed in continuo aumento dei casi di diabete richiede risorse sempre meno disponibili, il sistema tende a tagliare risorse e tagliare e tagliare in modo orizzontale, nelle stanze dei bottoni si scavalcano competenze, appropriatezza, personalizzazione, termini incomprensibili ad orecchie sorde e *che non vogliono capire e sentire*.

A tutto questo si aggiunge il gran numero di diabetici non a target. Gli Annali lo confermano e circa il 50% degli insulino-trattati viaggia su valori di glicata inaccettabili e per anni. Lo so, mi potreste rispondere che il trattamento insulinico è difficile da accettare per i diabetici e complesso da monitorare per i diabetologi, che c'è poco tempo e troppo pochi momenti di condivisione, che l'educazione è difficile e poco o nulla pagata, che le cose da fare negli striminziti pochi minuti che il sistema ci obbliga a dedicare ai nostri pazienti sono tante e che non sempre si può controllarle tutte e così via. Sta di fatto che se un marziano ci guardasse da un telescopio e vedesse quanto sofisticate sono le insuline oggi disponibili, quanto tecnologici sono diventati gli strumenti per l'iniezione ed il monitoraggio della glicemia, si meraviglierebbe molto dello scarso impatto che tutto questo ha sul controllo glicemico e, soprattutto, sulla salute ed il benessere dei *nostri* pazienti.

È come avere un fucile di ultima generazione e cartucce super-sofisticate in grado di assicurare prestazioni inimmaginabili e poi andare in guerra con le cartucce bagnate!

La metafora a mio parere calza a pennello con quanto accade nel mondo – non solo in Italia – ai diabetici. Sono fresco degli stimoli culturali ed emotivi di un convegno internazionale sulle tecniche iniettive e sulle conseguenze derivanti da errori di somministrazione e quindi in posizione privilegiata per poter fare una sintesi e riportarvi impressioni e dati. Non siamo solo noi italiani ad avere problemi. Nel mondo la media di lipodistrofie cutanee dovute ad errori di tecnica iniettiva è di oltre il 60%!

Significa che più di un paziente su due presenta questa alterazione della pelle e ne paga le conseguenze. Infatti, vi è una correlazione altamente significativa tra

presenza di lipoipertrofie (LH) e glicata > 8%, ampia variabilità glicemica, alta frequenza di ipoglicemie inspiegabili ed imprevedibili⁽¹⁾, così come la frequenza di ricorso al pronto soccorso per ipoglicemie gravi è significativamente maggiore in presenza di LH⁽²⁾. Ed il conto è salato sia in termini economici (ogni accesso costa al sistema almeno 800 euro) che per le conseguenze che un evento sconvolgente come un'ipoglicemia severa e la paura che ne consegue hanno sulla qualità di vita e sulla futura aderenza alla terapia di ogni paziente. Sì, perché per paura dell'ipoglicemia i pazienti tendono da quel momento in poi a ridurre o a saltare le dosi di insulina, specie quelle serali!

Sebbene siamo in buona compagnia, dobbiamo però fare i conti con la nostra realtà. Intendo dire che i dati della survey lanciata da AMD nel 2014 sulle lipodistrofie⁽³⁾ impietosamente mettono a nudo la realtà perché solo 69 tra diabetologi e infermieri OSDI hanno partecipato alla raccolta dati, rispetto a tutti i soci AMD e OSDI! Ma questo non basta, dei partecipanti solo pochi hanno fornito i dati richiesti, vale a dire 20 schede di diabetici insulino-trattati, mentre pochi hanno invece contribuito con oltre 100 schede-pazienti. Come dimostrano questi dati, l'interesse al problema è estremamente marginale, sebbene operiamo in un mondo specialistico e sappiamo che la farmacocinetica e farmacodinamica dell'insulina siano fondamentali per raggiungere i target. Un esempio su tutti può meglio rendere l'idea: se glargine viene iniettata con ago lungo o facendo una plica cutanea in modo sbagliato, questa ha un'elevata probabilità di finire nel tessuto muscolare e non nel grasso sottocutaneo, con il risultato di venire trasformata da basale in rapida e le conseguenze le potete ben immaginare. Quindi, se non intervengono gli esperti del settore a prevenire o limitare gli errori dei pazienti all'atto dell'iniezione, potrebbe accadere che il nostro amico marziano tirato in ballo prima possa pensare che le lipoipertrofie siano il sito preferenziale per iniettare l'insulina...

Eppure non è la prima volta che sulle pagine di questo giornale viene affrontato questo tema⁽⁴⁻⁸⁾ e sul sito istituzionale (www.aemmedi.it) sono presenti molti materiali (slides, Documenti di Consenso e Linee Guida) prodotte dal Gruppo Inter-societario AMD-OSDI sulle Tecniche iniettive e sulla sicurezza delle iniezioni. Negli ultimi tre congressi nazionali (Roma 2013, Bave-

no 2014 e Genova 2015) è stata data molta importanza al tema delle raccomandazioni sulle tecniche iniettive a cui sono state dedicate intere sessioni con Tavole rotonde e relatori internazionali. Infine, sono ancora fresche di stampa le nuove Raccomandazioni per una corretta tecnica iniettiva e per la prevenzione delle lipodistrofie e del rischio di punture accidentali, appena pubblicate sul fascicolo 3 di questo Giornale e sul sito AMD⁽⁹⁾.

Mi auguro vivamente che tutto questo lavoro possa avere un ritorno in termini di crescita della *competence* delle équipes diabetologica che ciò possa contribuire a ridisegnare “al rialzo” la figura del diabetologo ed il riconoscimento della sua specifica funzione. Mi auguro ancora che attraverso queste brevi note si accenda una fiammella in ognuno di noi che lo porti ad operare in modo nuovo ed a sentirsi dire dai pazienti ai quali insegniamo come rimediare ai danni prodotti da scorrette tecniche iniettive “*dopo anni di diabete queste cose non me le aveva dette nessuno: è la prima volta che le sento e mi accorgo di scoprire come un nuovo mondo*”.

Conflitto di interessi: nessuno.

BIBLIOGRAFIA

1. Blanco M, Hernández MT, Strauss KW, Amaya M. Prevalence and risk factors of lipohypertrophy in insulin-in-
- jecting patients with diabetes. *Diabetes Metab* 39(5):445-53, 2013.
2. Tandon N, Kalra S, Balhara YP et al. Forum for Injection Technique (FIT), India: The Indian recommendations 2.0, for best practice in Insulin Injection Technique, 2015. *Indian J Endocrinol Metab* 19(3):317-31, 2015.
3. Report Survey Lipodistrofie del 10.09.2014 del Gruppo Inter-Societario AMD-OSDI sulle Tecniche iniettive http://www.aemmedi.it/files/Gruppi_intesocietari/Report_Survey_Lipodistrofie_10_09_2014.pdf.
4. Gentile S, Strollo F. Lesioni cutanee, terapia insulinica e compenso metabolico. *Il Giornale di AMD* 13:39-41, 2010.
5. Gentile S. Sicurezza e gestione del rischio delle iniezioni in diabetologia. *Il Giornale di AMD* 15:227-229, 2012.
6. Gentile S, Guarino G, Carbone L, Agrusta M, Strollo F. Alterazioni di cute e sottocute da somministrazione di insulina e fattori associati nel diabetico tipo 2 insulinotattato. *Il Giornale di AMD* 16:294-297, 2013.
7. Consensus 2014 AMD-OSDI sulle Tecniche iniettive nel soggetto diabetico A cura del Gruppo Inter-Societario AMD-OSDI sulle Tecniche iniettive. *Il Giornale di AMD* 17:176-181, 2014.
8. Documento di Consenso su Gestione e Utilizzo dei Sistemi Iniettivi dell'insulina in Ospedale a cura del Gruppo Inter-Societario AMD-OSDI sulle Tecniche Iniettive. *Il Giornale di AMD*, 18 (2S):4-20, 2015.
9. Raccomandazioni per una corretta tecnica iniettiva e per la prevenzione delle lipodistrofie e del rischio di punture accidentali. Tavolo di lavoro AMD-OSDI-SID. Gentile S, Giancaterini A (AMD); Cucco L, Lo Grasso G (OSDI); Porcellati F, Laviola G (SID). *Il Giornale di AMD* 18:209-217, 2015.

