

## Subito News

### Inerzia clinica

*Possibile causa del fallimento della terapia insulinica sul miglioramento degli outcome cardiovascolari riportato dagli studi osservazionali*

A cura di Maria Franca Mulas  
U.O. Diabetologia  
e Malattie Metaboliche  
Ospedale San Martino Oristano  
mariafranca.mulas@tiscali.it



La lettera di Carlo Giorda pubblicata su *Diabetes Research and Clinical Practice (Diabetes Research and Clinical Practice 2010. Available online)*, fa riflettere sui cambiamenti nelle scelte terapeutiche del diabete tipo 2 e sul fallito tentativo della terapia insulinica di migliorare gli outcome cardiovascolari.

Numerosi studi RCT (UKPDS, DCCT, DCCT/EDIC, Steno2) hanno dimostrato il forte legame tra compenso glicometabolico, stress vascolari, processo aterosclerotico e una maggiore protezione dalle complicanze cardiovascolari se gli obiettivi metabolici vengono raggiunti precocemente dopo la diagnosi. La ricerca di base ha infatti dimostrato in maniera consistente che lo stress ossidativo, determinato da elevate e continue esposizioni ad alti livelli di glucosio, provoca danni cellulari irreversibili. Studi epidemiologici e trials clinici sostengono in maniera forte l'ipotesi che il controllo metabolico migliora in maniera determinante la qualità di vita riducendo la morbilità e la mortalità.

Nonostante queste evidenze, esiste un gap tra le raccomandazioni delle linee guida che suggeriscono di mantenere i livelli di HbA1c più vicini possibile ai livelli

normali e la pratica clinica. Infatti, ci sono molti esempi di pazienti lasciati in uno stato di scompenso cronico in cui la terapia insulinica viene intrapresa per valori di HbA1c > 9% senza opportuna titolazione successiva. Questo mancato adeguamento con intensificazione della terapia insulinica quando i target terapeutici non sono raggiunti in un periodo di tempo determinato è definita "inerzia clinica".

L'inerzia clinica è influenzata da fattori legati al medico, al paziente e al sistema organizzativo.

Secondo il modello di P. O'Connor (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20513/>) i medici contribuiscono all'inerzia clinica per il 50%, i pazienti per il 30%, il sistema organizzativo **per il 20%**.

Una delle ragioni possibili ragioni di questo atteggiamento **di attesa** del medico, proposte nell'articolo, potrebbe essere il risultato di studi osservazionali che dimostrano l'associazione della terapia insulinica con outcome cardiovascolari negativi.

In realtà, è possibile che i soggetti valutati in tali studi vengano trattati con terapia insulinica solo dopo che una lunga storia di iperglicemia ha determinato un effetto metabolico negativo ("memoria metabolica"). L'insulina pertanto non è stata prescritta in modo inappropriato, bensì tardivo, e il mancato successo della terapia insulinica potrebbe essere determinato da un ritardato inizio rispetto ai target raccomandati.

La comprensione dell'inerzia clinica e lo sviluppo di tecniche che ne permettano la valutazione, quali strategie di reminders e feedback di performance per assicurare il giusto intervento terapeutico, sono necessari per garantire un miglior controllo della malattia nel tempo; ciò potrebbe comportare "un minor rischio di complicanze e riduzione dei costi sia assistenziali sia in termini di salute e qualità della vita".

### Messaggio chiave

L'approccio *terapeutico con insulina* al diabete deve essere intensivo e precoce.

## Call to action

*“la strada giusta non è fare scendere l'emoglobina glicata quando si è già assestata su valori scadenti, ma intervenire tempestivamente e intensivamente alla diagnosi/presa in carico, per raggiungere già nei primi mesi il target di buon compenso creando in questo modo una memoria metabolica positiva”.*

*AMD si impegna a fare crescere la competenza clinica e organizzativa necessaria a ottenere il compenso ottimale, attraverso la migliore terapia farmacologica, l'educazione dei pazienti e l'utilizzo di indicatori di performance dei Servizi di diabetologia italiani.*

**Progetto Subito AMD**

## BIBLIOGRAFIA

1. Phillips L.S et al Clinical inertia. Ann Intern. Med 2001 nov 6:135 (9). 825-834
2. P.J.O'Connor. Improving Diabetes care by combating clinical inertia. Health Serv.Res 2005 december: 40 (6 Pt)1854-1861
3. P.J. O'Connor. Clinical Inertia and Outpatient Medical Errors
4. C.G. Giorda. Could clinical inertia in part explain the unexpected association of insulin therapy with poorer cardiovascular outcomes in observational studies on diabetes? Diab Res Clin Pract 82010).

L'immagine di copertina è tratta dalla mostra fotografica *Con gli occhi di un bambino* presentata nell'aprile del 2008 al Palazzo della Cancelleria, a Roma.

*Un viaggio negli angoli più remoti della Terra, tra popolazioni immortalate da fotografi di fama internazionale, oggi sfruttate dagli interessi delle multinazionali e colpite ogni giorno nel loro patrimonio più grande, il territorio. Proprio in quegli angoli della terra giungono, grazie anche al sostegno dell'Otto per Mille, molti sacerdoti a portare aiuto concreto e a coltivare semi di speranza. La novità della mostra che presentiamo è il ribaltamento dello sguardo: non fotografi esperti, ma sono proprio i bambini a fissare i volti, le abitudini, la povertà e le speranze. Tra gli indios Yanomami dell'Amazzonia, gli abitanti della valle nepalese del Mustang, tra gli autoctoni delle isole Trobriand in Papua Nuova Guinea e quelli delle leggendarie Montagne Nuba, in Sudan: un reportage realizzato con macchinette usa e getta, nel corso di 24 ore, senza studi né preparazione, solo attraverso gli occhi di un bambino.*

Per gentile concessione della Fondazione Ente dello Spettacolo