

**Tabella 2.** Treatment intensification: reasons for physician reluctance to intensify treatment and actions taken.

Reasons for reluctance of physician to intensify regimen (%)	
Patient reluctance to intensify treatment	16.4
Fear of hypoglycaemic attacks	3.7
Fear of side effects such as gastrointestinal effects and oedema	2.8
Fear of potential interactions between medications	1.2
Fear of weight gain	1.6
Cost	0.1
Actions taken (%)*	
Patient education	52.9
Increasing dose of current antidiabetes treatment	22.6
Add oral antidiabetes agent	10.0
Referral to a diabetologist	9.2
None	7.0
Initiate treatment with insulin	2.6

\* Sum of percentages is >100% as physicians were allowed to enter more than one response for each patient.

## Commento

I risultati devono essere letti considerando che in Francia è già stato dimostrato con l'ENTRED STUDY<sup>(2)</sup> un basso utilizzo della terapia insulinica e una minore tendenza all'utilizzo di un farmaco iniettabile, con una maggiore attenzione ai programmi di educazione.

Inoltre, i pazienti erano esclusivamente in carico della primary care. Gli autori, tuttavia, affermano che il contributo degli specialisti non avrebbe modificato i risultati, vista una comune condivisione dei protocolli terapeutici e dei comportamenti.

**Messaggio chiave.** È importante non stigmatizzare ma piuttosto capire le ragioni del medico e del paziente per una mancata osservanza delle linee guida.

Le linee guida possono non essere adeguate per i pazienti più anziani e non avere indicazioni specifiche per attuare una prevenzione del rischio cardiovascolare.

Il lavoro rappresenta un'importante occasione per riflettere quanto oltre i programmi di educazione terapeutica sia fondamentale spostarsi dal concetto semplicistico di un trattamento aggressivo per abbassare la glicemia, ad un trattamento più adatto (terapia personalizzata) al come, dove e quando dell'individuo,

## BIBLIOGRAFIA

- Bradley C, de Pablos-Velasco P, Parhofer KG, Eschwege E, Gonder-Frederick L, Simon D. PANORAMA: A European study to evaluate quality of life and treatment satisfaction

- in patients with type-2 diabetes mellitus-Study design. Prim Care Diabetes 2011;5:231-9.
- Fagot-Campagna A, Fosse S, Roudier C, Romon I, Penfornis A, Lecomte P. Caractéristiques, risque vasculaire et complications chez les personnes diabétiques en France métropolitaine: d'importantes évolutions entre Entred 2001 et Entred 2007. Bull Epidemiol Hebd 2009;42-43:450-5.



## Subito la vaccinazione per l'epatite B alla diagnosi di diabete mellito

Another shot to protect people with diabetes: add hepatitis B vaccination to the checklist

A cura di  
Giuseppe Marelli, Desio

**Messaggio chiave.** Le persone con diabete sono esposte ad un rischio aggiuntivo di trasmissione di malattie infettive legato all'utilizzo di aghi per la somministrazione dell'insulina e degli strumenti per l'auto-monitoraggio glicemico. L'uso di strumenti sicuri come gli aghi da insulina più corti, strumenti pungidito con protezione e in genere di materiali ad alta sicurezza rendono conto di una riduzione di tale rischio.

Tutte le persone con diabete di età compresa tra 19-60 anni devono essere vaccinate contro l'epatite B subito alla diagnosi di diabete.

L'editoriale pubblicato su Diabetes Care nel maggio 2012 da M.Sue Kirkman e William Schaffner dal titolo "Another shot to protect people with diabetes: add hepatitis B vaccination to the checklist" affronta il tema della vaccinazione per l'epatite B nei diabetici (1).

La cura del diabete prevede numerosi interventi che riguardano il management della pluri-terapia, il controllo del compenso metabolico, della dislipidemia, della pressione arteriosa, la prevenzione delle complicanze e l'adesione ad un corretto stile di vita.

Nel 2011 l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ha raccomandato di vaccinare tutti i pazienti diabetici nella fascia d'età compresa tra 19 e 60 anni contro l'epatite B il più presto possibile dalla diagnosi di diabete mentre risulta meno utile per i soggetti sopra i 60 anni se presente un rischio di inadeguata risposta immunitaria.

L'epatite B può causare un'infezione acuta del fegato ed è associata ad un aumento della morbilità e occasionalmente anche a mortalità.

Spesso il diabete non viene riconosciuto come potenziale fattore di rischio per le infezioni mentre l'epatite B è altamente trasmissibile e le particelle infettanti sono stabile per lungo tempo sulle superfici delle lan-

cette e degli strumenti per il controllo domiciliare delle glicemie. Anche le piccole quantità di sangue residue sulle penne per insulina sono sufficienti per la trasmissione del virus.

Dati epidemiologici americani ci dicono che l'epatite acuta è 2 volte più frequente negli adulti con diabete rispetto ai soggetti senza diabete. La presenza di HBeAg dell'epatite B, suggerisce un'infezione corrente o passata ed è più alta del 60% negli adulti con diabete rispetto a quelli senza diabete.

Queste nuove raccomandazioni riguardanti la vaccinazione contro l'epatite B serve a ricordare ai clinici che la persona con diabete presenta un alto rischio di contrarre l'infezione da virus epatitico B.

Pertanto, gli adulti con diabete dovrebbero essere informati sul rischio di contrarre tale infezione e sulla necessità di vaccinarsi..

Il diabetologo e il team diabetologico, oltre a ricercare e ottimizzare il miglior controllo metabolico deve attivarsi per una adeguata attività di prevenzione delle malattie infettive derivanti dalle modalità improprie di utilizzo dei devices per la determinazione della glicemia e per la somministrazione della terapia insulinica.

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Kirman MS, Shaffner W. Another shot to protect people with diabetes: add hepatitis B vaccination to the checklist. *Diabetes Care* 2012; 35; 941-2.

