

Buona pratica clinica e terapia iniettiva: una responsabilità di tutti gli operatori coinvolti nella cura*

Introduzione



S. Gentile

s.gentile1949@gmail.com

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Seconda Università di Napoli

Sebbene non vi siano dubbi sul fatto che l'insulina sia il farmaco più potente ed efficace per la cura del diabete⁽¹⁾ siamo ancora lontani dall'ottenere risultati soddisfacenti. Gli Annali AMD 2012⁽²⁾ riportano che solo il 23,2% dei diabetici tipo 1 raggiunge un target di glicata $\leq 7\%$, il 44,2% ha valori $>8\%$ ed il 19,7% $>9\%$ mentre nei soggetti tipo 2 il 43,8% raggiunge valori di glicata $\leq 7\%$, il 27,2% supera l'8%, mentre il valore di glicata di 9% viene superato dal 25,7% dei soggetti trattati con sola insulina e dal 27,7% di quelli in trattamento con ipoglicemizzanti orali e insulina, quasi a dimostrare che il solo trattamento non è sufficiente per raggiungere i target terapeutici.

Numerosi altri fattori giocano nella dinamica del percorso di cura, tra cui l'appropriatezza e la personalizzazione degli schemi terapeutici⁽³⁾, l'inerzia terapeutica dei prescrittori⁽⁴⁾ e l'aderenza dei pazienti⁽⁴⁾. Su molti di questi fattori giocano un'efficace organizzazione del team di cura⁽⁵⁾ e il coinvolgimento e l'empowerment del paziente. Il risultato finale dell'ottimizzazione di questi fattori dovrebbe teoricamente consentire di ottenere una cura migliore e più efficace in una percentuale di pazienti molto più alta di quella attuale.

Spesso poco considerata è la modalità con cui viene eseguita l'iniezione di insulina, con specifico riferimento allo strumento utilizzato, alle tecniche iniettive, al modo con cui viene conservata e manipolata l'insulina, per le quali sono invece disponibili raccomandazioni specifiche⁽⁶⁾. Molti dati della letteratura indicano che questo aspetto è cruciale sia per l'ottimizzazione della terapia insulinica che per ottenere un compenso metabolico ottimale⁽⁷⁾. Gli effetti metabolici di una scorretta tecnica iniettiva sono noti da tempo ma ancora poca sensibilità e poco tempo è dedicato dal team di cura, ad esempio, alla prevenzione delle lesioni cutanee come le lipodistrofie. Prova ne sia che la frequenza con cui le lipodistrofie sono rilevate in letteratura è molto variabile né esiste una metodologia standardizzata per il loro rilievo^(8,9).

La Tavola Rotonda congiunta AMD-OSDI tenuta durante il VII Convegno Nazionale della Fondazione

AMD "Buona pratica clinica e terapia iniettiva: una responsabilità di tutti gli operatori coinvolti nella cura" vuole affrontare tutti gli aspetti che riguardano le tecniche iniettive, dalla fisiopatologia alle ricadute cliniche, sia in termini di lesioni cutanee, sia di effetti sul compenso metabolico, sottolineando alcuni concetti chiave e cioè che non si può ottenere il massimo vantaggio dalla terapia insulinica senza un'adeguata, ripetuta e verificata azione educativa sulle tecniche iniettive, che non si può attuare una buona tecnica iniettiva senza personalizzare i *devices* e gli aghi utilizzati e, infine, non si può fare tutto ciò senza coinvolgere pienamente il paziente e senza convincere il team diabetologico che l'iniezione d'insulina è un aspetto assolutamente prioritario della terapia insulinica stessa.

Conflitto di interessi: nessuno.

BIBLIOGRAFIA

- Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014. http://www.aemmedi.it/pages/linee-guida_e_raccomandazioni/
- Gruppo Annali AMD. Annali AMD 2012. Il miglioramento attraverso la misura dell'assistenza alle persone con diabete. Kino Ed. Torino, 2013. <http://www.infodiabetes.it/files/ANNALI-AMD/2012/Annali%202012.pdf>
- Ceriello A, Gallo M, Armentano V, Perriello G, Gentile S, De Micheli A, on behalf of the Associazione Medici Diabetologi. Personalizing Treatment in Type 2 Diabetes: A Self-Monitoring of Blood Glucose Inclusive Innovative Approach. *Diabetes Technol Ther* 14(4):373-8, 2012.
- Gentile S a nome del Gruppo di Studio START DIAB. Lo studio START DIAB: descrizione del campione e trattamento all'arruolamento. *Il Giornale di AMD* 16:129-137, 2013.
- Strollo F, Guarino G, Marino G, Paolisso G, Gentile S. Different prevalence of metabolic control and chronic complication rate according to the time of referral to a diabetes care unit in the elderly. *Acta Diabetol* 51(3):447-53, 2014.
- Consensus AMD-OSDI sulle Tecniche iniettive nel soggetto diabetico A cura del Gruppo Inter-Societario AMD-OSDI sulle Tecniche iniettive. http://www.aemmedi.it/pages/linee-guida_e_raccomandazioni/
- Gentile S, Agrusta M, Guarino G, Carbone L, Cavallaro V, Carucci I, Strollo F. Metabolic consequences of incorrect insulin administration techniques in aging subjects with diabetes. *Acta Diabetol* 48(2):121-5, 2011.
- Blanco M, Hernández MT, Strauss KW, Amaya M. Prevalence and risk factors of lipohypertrophy in insulin-injecting patients with diabetes. *Diab Metab* 39(5): 445-63, 2013.
- Grassi G, Scuntero P, Trepiccioni R, Marubbi F, Strauss K. Optimizing insulin injection technique and its effect on blood glucose control. *J Clin Translational Endocrinol* 1: 145-150, 2014.

* Tavola rotonda tenutasi al VII Convegno Nazionale della Fondazione AMD, svoltosi a Baveno dal 23 al 25 ottobre 2014.