

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

## Associazione Medici Diabetologi (AMD)

<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>RETINOPATIA DIABETICA In assenza di retinopatia diabetica non ripetere l’esame del Fundus Oculi successivo alla diagnosi (il primo Fundus Oculi ha una temporizzazione 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>POLINEUROPATIA DIABETICA Non eseguire un esame elettrofisiologico per lo screening della polineuropatia diabetica.</p> <p>ARTERIOPATIA PERIFERICA Non eseguire un esame ecocolodoppler per lo screening dell’arteriopatia 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 arteriopatia 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.

## 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 Consiglio Direttivo Nazionale 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, Olafsdóttir 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 GI 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. [www.aemmedi.it/](http://www.aemmedi.it/)