

Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza che dovrebbero essere discusse tra medici e pazienti

1	<p>Non utilizzare la terapia insulinica “al bisogno” (<i>sliding scale</i>) per il trattamento dell’iperglicemia nel paziente ricoverato in ospedale.</p> <p>L’uso di somministrare la terapia insulinica “al bisogno” (<i>sliding scale</i>), 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>
2	<p>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.</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>
3	<p>Non fare lo screening indiscriminato delle complicanze croniche del diabetico con modalità e tempi diversi da quelli indicati dalle linee guida nazionali.</p> <p>Della 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>Della POLINEUROPATIA DIABETICA Non eseguire un esame elettrofisiologico per lo screening della polineuropatia diabetica.</p> <p>Dell’ARTERIOPATIA PERIFERICA Non eseguire un esame ecocolodoppler per lo screening dell’arteriopatia periferica</p>

4	Non trattare in modo indiscriminato i pazienti diabetici con farmaci antiaggreganti piastrinici.
	La terapia antiaggregante con acido acetilsalicilico (75-160 mg/die) è indicata in prevenzione primaria solo nei pazienti diabetici con alto rischio cardiovascolare e nei pazienti diabetici con precedente evento cardiovascolare, cerebrovascolare o con arteriopatia ostruttiva cronica. La terapia antiaggregante con acido acetilsalicilico non è raccomandata nei diabetici a rischio cardiovascolare basso/moderato.
5	Non eseguire nei pazienti con diabete il dosaggio routinario di C-peptide ematico.
	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 farmacologia 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.

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 CDN per approvazione e divulgazione a tutta la Società scientifica.

Principali fonti bibliografiche

1	<ul style="list-style-type: none"> • Queale WS, Seidler AJ, Brancati FL. Glycemic control and sliding scale insulin use in medical inpatients with diabetes mellitus. Arch Intern Med 1997;157:545-552. • Baldwin D, Villanueva G, Mc Nutt R, Bhatnagar S. Eliminating inpatient sliding-scale insulin. Diabetes Care 2005;28:1008-1011. • Hirsch IB. Sliding scale insulin—time to stop sliding. JAMA. 2009;301:213-214. • 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). Diabetes Care. 2011;34:256-61 • 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). Diabetes Care. 2007;30:2181-6 • Beltramello GP, Manicardi V, Trevisan R. TRIALOGUE: Consensus AMD, SID, FADOI. Il Giornale di AMD 2012;15:93-100, • AMD-SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014. www.standarditaliani.it
2	<ul style="list-style-type: none"> • Davidson MB, Castellanos M, Kain D, Duran P. The effect of self monitoring of blood glucose concentrations on glycosylated hemoglobin levels in diabetic patients not taking insulin: a blinded, randomized trial. Am J Med.2005;118:422-5 • Farmer A, Wade A, Goyder E, et al. Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomized trial. BMJ. 2007;335:132-40. • O'Kane MJ, Bunting B, Copeland M, Coates VE; ESMON study group. Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomized controlled trial. BMJ. 2008;336:1174-7 • Polonsky WH, Fisher L, Schikman CH et al. Structured self-monitoring of blood glucose significantly reduces A1C levels in poorly controlled, non insulin treated type 2 diabetes: results from the Structured Testing Program study. Diabetes Care 2011;34:262-7 • Clar C, Barnard K, Cummins E, Royle P, Waugh N. Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: systematic review. Health Technol Assess 2010;14(12). • 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. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 1. Art. No.: CD005060. • Raccomandazioni per l'autocontrollo della glicemia nel paziente diabetico. AMD-SID Consensus autocontrollo 2013 • AMD-SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014. www.standarditaliani.it
3	<ul style="list-style-type: none"> • The Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC). ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J (2013) 34 (39): 3035-3087. • 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. Diabetes Care 2008;31:1679-1685 • American Diabetes Association. Peripheral arterial disease in people with diabetes. Diabetes Care 2003;26:3333 • Aspelund T, Thórnórisdóttir O, Ólafsdóttir E, et al. Individual risk assessment and information technology to optimise screening frequency for diabetic retinopathy. Diabetologia 2011;54:2525-2532 • Fedele D, Comi G, Coscelli C, et al. A multicenter study on the prevalence of diabetic neuropathy in Italy. Italian Diabetic Neuropathy Committee. Diabetes Care 1997;20:836-843 • Feldman EL, Stevens MJ, Thomas PK, et al. A practical two step quantitative clinical and electrophysiological assessment for the diagnosis and staging of diabetic neuropathy. Diabetes Care 1994;17:1281-1289 • Bril V, Perkinf B, Toth C for the Canadian Diabetes Association. Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Clinical practice guidelines. Neuropathy. Can J Diabetes 2013;37:S142-S144 • American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2014. Diabetes Care January 2014;37,Supplement 1:S14-S80. • AMD-SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014. www.standarditaliani.it

Gruppo di lavoro Nazionale

PROGETTO SLOW MEDICINE DIABETOLOGIA MISURATA

(più equa, più sobria, più giusta, più slow)

4	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • 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 • Pignone M, Alberts MJ, Colwell JA, et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with Diabetes: a position statement of the American Diabetes Association, a scientific statement of the American Heart Association and an expert consensus document of the American College of Cardiology Foundation. <i>Circulation</i> 2010;121:2694-2701 • Rosenzweig JL, Ferrannini E, Grundy SM, et al. Primary prevention of cardiovascular disease and type 2 diabetes in patients at metabolic risk: an endocrine society clinical practice guideline. <i>J Clin Endocrinol Metab</i> 2008;93:3671-3689 • American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2014. <i>Diabetes Care</i> January 2014;37,Supplement 1:S14-S80. • AMD-SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014. www.standarditaliani.it
5	<ul style="list-style-type: none"> • Faber OK, Binder C. C-Peptide, an index of insulin secretion. <i>Diabetes Metab Rev</i> 1986;2:331-45. • 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. • Marks V. Hypoglycemia: factitious and felonious. <i>Endocrinol Metab Clin North Am</i> 1999;28:579-601 • Limei Wang, Nicholas Fraser Lovejoy, BS and Denise L. Faustman. Persistence of Prolonged C-peptide Production in Type 1 Diabetes as Measured With an Ultrasensitive C-peptide Assay. <i>Diabetes Care</i>, 35:465-470 • Paolo Pozzilli, Itamar Raz, Dana Peled, et al. Evaluation of Long-Term Treatment Effect in a Type 1 Diabetes Intervention Trial: Differences After Stimulation With Glucagon or a Mixed Meal. <i>Diabetes Care</i> 2014;37:1384-1391 • AMD-SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014. www.standarditaliani.it

Presentazione del progetto a cura di Slow Medicine

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 e Slow Food Italia. Per ulteriori dettagli: 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. <http://www.aemmedi.it/>

Gruppo di lavoro Nazionale

PROGETTO SLOW MEDICINE DIABETOLOGIA MISURATA

(più equa, più sobria, più giusta, più slow)