



NICE:
dove siamo
un anno dopo?

9/10 marzo 2015
NH Firenze Hotel
piazza Vittorio Veneto, 4 - 50123 Firenze



Gruppo Terapia Iniettiva

Attività 2013-2014

10 marzo 2015

Sandro Gentile
Coordinatore Gruppo Inter-Societario AMD-OSDI
Terapia Iniettiva



Gruppo Inter-Societario AMD-OSDI sulle Tecniche iniettive

Coordinatore

Sandro Gentile (AMD)

Consulenti esterni

Luigi Gentile (AMD)

Annalisa Giancaterini (AMD)

Patrizio Tatti (AMD)

Laura Tonutti (AMD)

Referente CDN AMD

Vincenzo Armentano

Componenti

Lia Cucco (OSDI)

Nicoletta De Rosa (AMD)

Giorgio Grassi (AMD)

Carlo Lalli (AMD)

Giovanni Lo Grasso (OSDI)

Teresa Anna Maria Marcone (AMD)

Maurizio Sudano (AMD)



Lia
Cucco



Nicoletta
De Rosa



Giorgio
Grassi



Carlo
Lalli



Giovanni
Lo Grasso



Teresa Anna Maria
Marcone



Maurizio
Sudano



Luigi
Gentile



Annalisa
Giancaterini



Patrizio
Tatti



Laura
Tonutti



Vincenzo
Armentano



Sandro
Gentile

GRUPPO TERAPIA INIETTIVA

Evoluzione di un Percorso

1. Mandato della Presidenza 2011-2013 ad ottobre 2012 ad un **gruppo di esperti** di realizzare FAD sulle tecniche iniettive: Gentile S, Gentile L, Tonutti L, Visalli N
2. **Costituzione Gruppo Terapia Iniettiva AMD** 12 dicembre 2012
Mandato:
 - proseguire esperienza FAD
 - Raccomandazioni sulle tecniche iniettive e rischio infettivo, uso di devices
 - paragrafo Standard
 - addendum per Algoritmo AMD
 - Azione sui Farmacisti con nuova FAD
3. **Conferma del Gruppo ed allargamento dei componenti** della Presidenza 2013-2015: nomina del 2 agosto 2013
4. Evoluzione a **Gruppo Inter-societario AMD-OSDI**: dicembre 2013
5. **Tavolo di lavoro AMD-OSDI-SID** per la stesura di un documento sintetico su tecniche iniettive e sicurezza: richiesta invita al CDN del 9 marzo 2015

ATTIVITÀ

- 1. FAD sulla corretta tecnica iniettiva (seconda edizione + FAD Farmacisti)**
- 2. Consensus su tecniche iniettive AMD-OSDI**
- 3. Versione sintetica per l'algoritmo AMD**
- 4. Paragrafo per gli Standard di Cura AMD-SID 2014-2015**
- 5. Elaborazione di un pacchetto base sul rischio/sicurezza su devices in Ospedale**
- 6. Survey nazionale su tecnica iniettiva e relazioni con il compenso**
- 7. Concorso fotografico e Poster Educativo**
- 8. Tavolo di lavoro AMD-OSDI-SID: documento sintetico su tecniche iniettive e sicurezza**

AMD

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974

ANNO DI FONDAZIONE

FAD



In collaborazione con

Programma terminato. L'accesso è consentito solo agli utenti già registrati, che hanno completato il corso, per scaricare il proprio certificato ECM-FAD

"Prove di dialogo" tra pelle e insulina

Nuovo utente

Primo accesso? [Clicca qui per registrati](#)

Area Login

Username

Password

[Password dimenticata?](#)

Eroga 2 crediti ECM

● **Indicazioni EMC-FAD per questo programma**

Programma FAD realizzato grazie ad un contributo educativo non condizionante di:

BD Medical - Diabetes care



HELP DESK

Per informazioni

AMD (Provider ECM n. 572)
Tel. 06.7000599 - Fax 06.7000499
Dal lunedì al venerdì, ore 9-13.30 / 14-17.30
email: ecm@aemmedi.it

Supporto tecnico

Infomedica: info@infomedica.com
Tel. 011.859990 - Fax 011.859890
Dal lunedì al venerdì,
ore 9-12.30 / 14.30-17.30

[Archivio 2012](#)

Provider ECM:
AMD (n. 572)
Viale delle Milizie, 96 - 00192 Roma - Tel. 06.7000599 - Fax 06.7000499
email: ecm@aemmedi.it - www.aemmedi.it

Powered by Infomedica
(Provider ECM: n. 3)

La Farmacia del Diabete
Tecniche iniettive - Prevenzione delle lesioni del piede

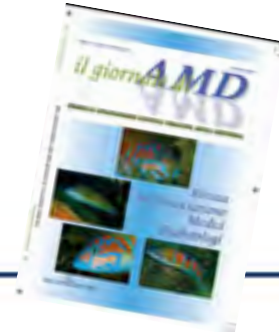
PRESENTAZIONE DEL PERCORSO FAD

The logo for the Associazione Medici Diabetologi (AMD) features the letters 'AMD' in a large, bold, blue sans-serif font.

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974

ANNO DI FONDAZIONE



Consensus AMD-OSDI

Il Giornale di AMD 2014;17:176-181

Consensus AMD-OSDI sulle Tecniche iniettive nel soggetto diabetico

A cura del Gruppo Inter-Societario AMD-OSDI sulle Tecniche iniettive



segreteria@aemmedi.it - www.osdi.it

Parole chiave: Iniezioni di insulina, Diabete mellito, Raccomandazioni, Lipoipertrofia

Key words: Insulin injections, Diabetes mellitus, Recommendations, Lipohypertrophy

Il Giornale di AMD, 2014;17:176-181

Tecnica iniettiva

Raccomandazioni

1. Una corretta tecnica di iniezione è essenziale per garantire un'ottimale azione dell'insulina e degli altri farmaci iniettabili per la cura del diabete.
La corretta tecnica iniettiva prevede la scelta dell'ago, la rotazione delle sedi di iniezione, la manipolazione e la conservazione dell'insulina, la procedura con cui si inserisce l'ago nella cute, la durata dell'iniezione con l'uso di penne, la manipolazione della cute prima e dopo l'iniezione.
(Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)
2. L'insulina deve essere iniettata nel tessuto sottocutaneo integro, evitando l'iniezione intramuscolare, che invece comporta un assorbimento più rapido e il rischio di ipoglicemia.
(Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)
3. L'azione dell'insulina non è influenzata dalla profondità a cui viene iniettata nell'ambito del tessuto sottocutaneo.
(Livello della prova V, Forza della raccomandazione B)
4. La rotazione delle sedi di iniezione su ampie superfici, il non riutilizzo dello stesso ago più volte, la tecnica del pizzicotto e l'angolazione dell'ago a 45° rispetto alla cute - se si utilizzano aghi di lunghezza superiore ai 6 mm - sono fattori essenziali per garantire un assorbimento ottimale dell'insulina ed evitare lesioni cutanee.
(Livello di prova II, Forza della raccomandazione A)
5. Uno schema di rotazione di comprovata efficacia consiste nel suddividere il sito di iniezione in quadranti, iniettando l'insulina con una sequenza di punture regolarmente distanziate tra loro di circa 2 cm all'interno di ciascun quadrante, al fine di evitare traumi ripetuti nella stessa sede.
(Livello di prova I, Forza della raccomandazione A)
6. Gli analoghi rapidi dell'insulina possono essere iniettati in qualunque sito di iniezione, perché il loro assorbimento non è sito-dipendente. Invece l'insulina umana regolare va preferenzialmente iniettata sull'addome, perché in tale sede il suo assorbimento è più rapido e stabile.
(Livello di prova I, Forza della raccomandazione A)
7. La mancata rotazione delle sedi di iniezione, il riutilizzo più volte dello stesso ago e l'uso di alcune preparazioni insuliniche può provocare la formazione di aree di lipodistrofia.
(Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)
8. La scelta della lunghezza dell'ago da iniezione (per penna o siringa) è cruciale per garantire un assorbimento ottimale dell'insulina.
(Livello della prova III, Forza della raccomandazione B)
9. Le iniezioni praticate con aghi più corti e più sottili causano minore dolore e disagio nei pazienti e ne garantiscono una migliore accettazione ed aderenza alla terapia.
(Livello della prova II, Forza della raccomandazione A)
10. L'iniezione con la penna e l'uso di aghi più corti e più sottili garantisce un assorbimento ottimale dell'insulina anche in soggetti magri e in bambini, è più facile da praticare e da insegnare, non necessita della tecnica del pizzicotto (o della plica), causa minore paura e dolore e garantisce una migliore accettazione ed aderenza alla terapia.
(Livello della prova II, Forza della raccomandazione A)
11. L'iniezione di insulina in aree lipodistrofiche ne modifica la farmacocinetica e la farmacodinamica, provocando assorbimento variabile ed imprevedibile ed influenzando il compenso glicemico.
(Livello della prova II, Forza della raccomandazione B)
12. Nel passaggio dall'iniezione da una zona lipodistrofica ad una zona sana le dosi di insulina vanno solitamente ridotte perché ne migliora l'assorbimento.
La riduzione della dose insulinica varia da individuo ad individuo e deve essere guidata da un'intensificazione dell'automonitoraggio glicemico.
(Livello della prova II, Forza della Raccomandazione A)
13. È necessaria un'adeguata azione educativa da parte del team curante per tutti i pazienti che iniziano la terapia iniettiva per la cura del diabete.
(Livello della prova II, Forza della raccomandazione A)
14. L'ispezione e la palpazione delle sedi di iniezione va effettuata sistematicamente in tutti i pazienti diabetici in terapia iniettiva e va sistematicamente rinforzata l'azione educativa sulla corretta tecnica iniettiva e sull'autopalpazione delle sedi di iniezione.
(Livello della prova II, Forza della raccomandazione A)

AMD

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974

ANNO DI FONDAZIONE



OSDI

Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani



[Password dimenticata?](#)

[Home](#)

[L'Associazione](#)

[Sezioni Regionali](#)

[Calendario](#)

[Biblioteca](#)

[Formazione](#)

[Soci](#)



OSDI 2015

**Hai rinnovato
l'iscrizione all'Associazione
Osdi per il 2015?**

Non dimenticarti, rinnova adesso

Stato ●

ECM

OSDI in data 20/02/2014 ha ottenuto l'Accreditamento Standard in qualità di Provider per la Formazione Continua in Medicina (ECM) - numero identificativo 883, validità 48 mesi.



Formazione

consulta tutti
i corsi OSDI...



In... Formazione

sfoglia
la rivista
ufficiale...



Soci

diventa socio
anche tu...



Calendario

- 13 marzo 2015 - Napoli, Starhotels Terminus

**Diabete di tipo 2 e adherence:
quale miglioramento per la
qualità della vita della persona
con diabete e quale
sostenibilità del sistema?**

- 20 - 21 marzo 2015 - Bardolino (VR), Hotel Caesius

**Dall'azione al risultato
assistenziale: come
documentare la cura**

Notizie

La Sanità è una e indivisibile

Appello ai Deputati sul diritto alla Salute nella Costituzione

Corso FAD "Trialogue in Practice"

La gestione del paziente iperglicemico: dalle raccomandazioni Trialogue alla pratica ...

Consensus 2014 AMD-OSDI sulle tecniche iniettive nel soggetto diabetico

A cura del Gruppo intersocietario AMD-OSDI sulle Tecniche iniettive

Convegno nazionale CNAI "Il ruolo degli infermieri a favore dell'alimentazione e della salute: alcune esperienze e dati italiani"

Bergamo, 9-10 ottobre 2014

Caro Collega,

-  Hai mai pensato che tanti dei tuoi pazienti potrebbero avere un cattivo compenso e non raggiungere gli obiettivi di cura a causa di una scorretta tecnica di iniezione dell' insulina?
-  Hai mai pensato che la variabilità glicemica del tuo paziente potrebbe dipendere dalla presenza di lipodistrofie cutanee?
-  Hai mai pensato che proprio la banale scelta di un ago da insulina tanto banale non sia, perché potrebbe causare ampia variabilità ed instabilità glicemica ed essere responsabile del mancato raggiungimento del target glicemico ?
-  Vuoi contribuire concretamente a migliorare le cure di tanti tuoi pazienti?
-  Vuoi contribuire a migliorare l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza diabetologica con pochissimo sforzo e grandi risultati?

Se la risposta è SI..... accogli la proposta del Gruppo Inter-Societario AMD-OSDI e partecipa alla Survey compilando un semplice questionario on-line (clicca qui per accedere ) , scaricabile anche in cartaceo per facilitare l'inserimento dei dati (clicca qui ).

Solo una manciata di minuti e i tuoi dati potranno essere uniti a quelli di tutti i partecipanti alla survey per l'elaborazione statistica e la pubblicazione su autorevole rivista, a firma di tutti.

Il Tuo contributo servirà quindi ad arricchire le conoscenze e a migliorare le competenze dei professionisti, valorizzando il ruolo della specialità e degli operatori e..... poi..... potrai partecipare anche ad un **Concorso Fotografico** !

Scopri di che cosa si tratta alla fine del questionario, dopo averlo compilato!

Nel ringraziarti per la Tua disponibilità, Ti forniamo alcuni strumenti che potranno esserTi utili per partecipare alla survey:

1. Questionario e Norme per la sua compilazione (clicca qui )
2. Documento di Consenso Informato del paziente (clicca qui )
3. Informativa per il Comitato Etico di Studio Osservazionale (clicca qui ).

Buona Survey!



Tavola Rotonda AMD-OSDI

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

Indagine Nazionale AMD sulle Lipodistrofie

Sandro Gentile

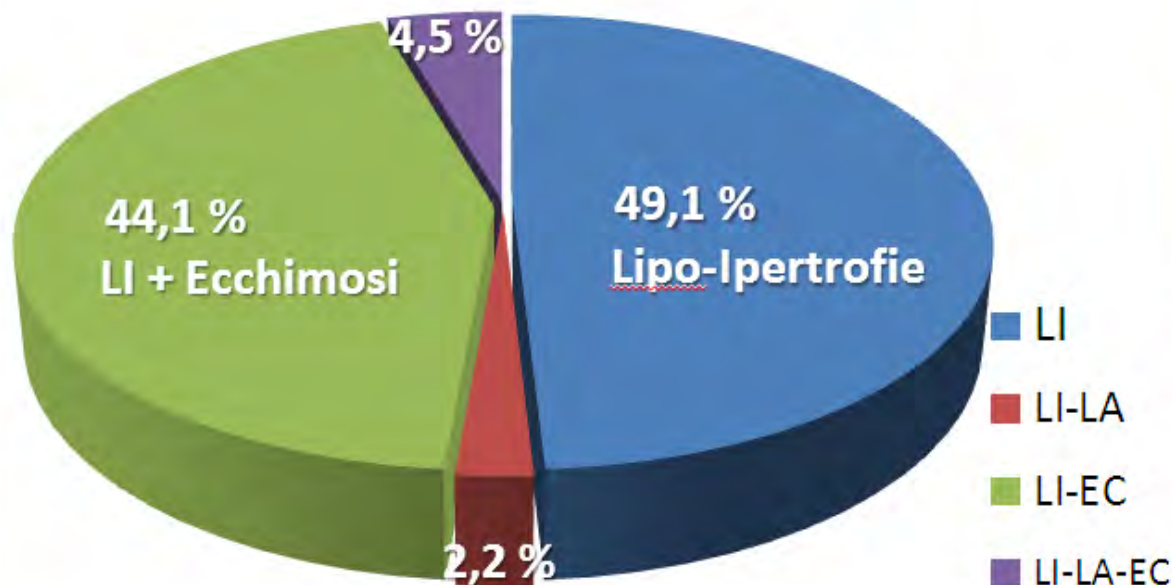
*Dipartimento di Medicina Clinica e
Sperimentale
Seconda Università di Napoli*



REGIONE	Casi Arruolati (n.)	Centri (n.)
Campania	266	15
Marche	239	3
Umbria	169	4
<u>Friuli-V.Giulia</u>	118	7
Piemonte	78	7
Lazio	70	4
Lombardia	35	6
Sardegna	26	4
Sicilia	26	2
Trentino	23	1
Puglia	17	2
Emilia-Romagna	12	6
Toscana	3	3
Abruzzo	1	1
Calabria	1	1
Veneto	1	1
Basilicata	0	0
	1.085	77
69 EDICLe 8 INFERMIERI		

	Cognome	Nome	Qualifica	Comune	Prov	Regione	Casi
1	Colarusso	Sara	Medico	Casoria	NA	Campania	20
2	De Rosa	Nicoletta	Medico	Casoria	NA	Campania	30
3	Gentile	Sandro	Medico	Napoli	NA	Campania	182
4	Tonutti	Laura	Medico	Udine	UD	Friuli-Venezia Giulia	75
5	Strollo	Felice	Medico	Roma	RM	Lazio	67
6	Maino	Silvia	Medico	Cusano Milanino	MI	Lombardia	25
7	Garrapa	Gabriella	Medico	Fano	PU	Marche	169
8	Sudano	Maurizio	Medico	Urbino	PU	Marche	40
9	Manfrini	Silvana	Medico	Senigallia	AN	Marche	20
10	Guida	Danila	Medico	Omegna	VB	Piemonte	23
11	Gentile	Luigi	Medico	Asti	AT	Piemonte	20
12	Lai	Marcella	Medico	Assemini	CA	Sardegna	20
13	Scarpitta	Antonietta maria	Medico	Marsala	TP	Sicilia	25
14	Speese	Katja	Infermiere	Rovereto	TN	Trentino-Alto Adige	21
15	Lalli	Carlo	Medico	Spoletto	PG	Umbria	55
16	Di Loreto	Chiara	Medico	Foligno	PG	Umbria	42
Totale casi							844

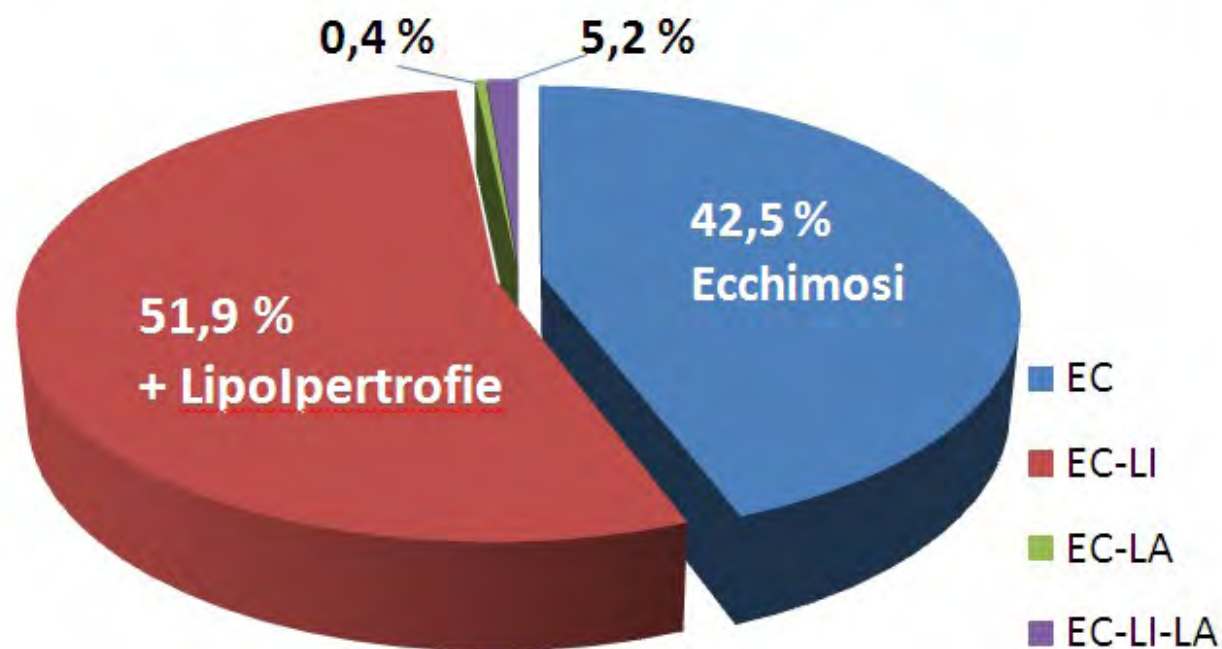
Totale Lipo-Ipertrofie n. 537 (49,4%)



LI = Lipo-Ipertrofie LA = Lipo-Atrofie EC = Ecchimosi LI-LA = LI+LA LI-EC=LI+EC LI-LA-EC = LI+LA+EC

**Le Lipo-Ipertrofie sono le lesioni cutanee da
Iniezione di Insulina più frequenti**

Totale Echimosi n.457 (42 %)



Lipo-Atrofie n. 41 (3,8%)

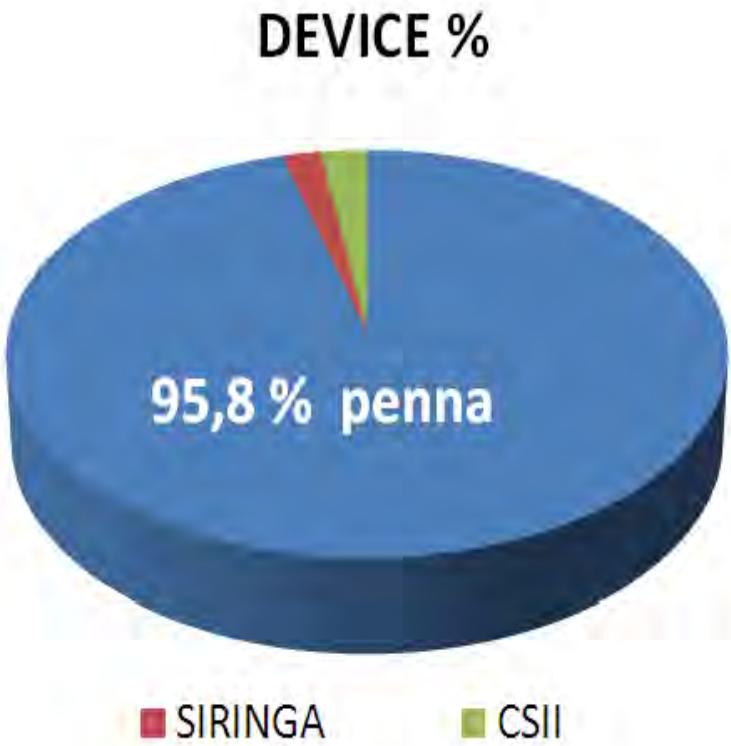


AREE DI SOFFERENZA TISSUTALE NELLE SEDI DI INIEZIONE

- Iniezioni ripetute
- Riutilizzo dello stesso ago fino a 5 volte
- Ago da 6 mm / 32G



LIPO-IPERTROFIA, LIPO-IPOTROFIA, ECCHIMOSI IN RELAZIONE AL SISTEMA INIETTIVO UTILIZZATO



	PENNA	SIRINGA	CSII
LIPO-IPERTROFIE <i>n. 537</i>	52,6%	42,1%	78,9%
LIPO-ATROFIE <i>n. 41</i>	4,0%	5,2%	0%
ECCHIMOSI <i>n. 456</i>	44,4%	52,6%	21,0%
TOTALE <i>n. 1034</i>	<i>n.996</i>	<i>n.19</i>	<i>n.19</i>

INSEGNAMENTI

Le lesioni cutanee da iniezione di insulina:

- Non vanno sottovalutate
- Vanno ricercate sempre e con metodologia adeguata
- Sono la conseguenza di carente azione educativa
- Causano cattivo controllo metabolico (Correlano con ipoglicemie e ampia variabilità glicemica)
- Provocano disagio e cattiva qualità di vita nei pazienti
- Sono causa di maggiori costi (Ipo severa = €1000; calo aderenza, più insulina)
- Sono correggibili !

1

Come è fatta la nostra pelle?



Derma ed epidermide (pelle) hanno uno spessore medio di 2mm indipendentemente da razza, sesso, peso.

Il sottocute invece ha uno spessore variabile in base a peso, sesso, età, zone del corpo.

L'INSULINA VA INIETTATA NEL SOTTOCUTE INTEGRO

2

Quale ago utilizzare?



Aghi da 4mm superano il derma e minimizzano il rischio di iniezioni intramuscolari, anche in persone magre, bambini e in qualunque sede di iniezione. Nella maggior parte dei casi, non è necessario sollevare una plica di pelle.



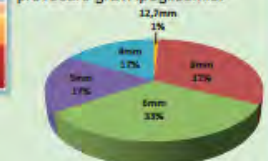
Se si usano aghi più lunghi, invece, è necessario sollevare una plica di pelle per evitare iniezioni intramuscolari.

3

Perché usare un ago corto?



Iniezioni intramuscolari sono pericolose, perché l'assorbimento dell'insulina è più veloce e può provocare gravi ipoglicemie.



In Italia, l'uso di aghi lunghi è ancora molto diffuso: oltre il 65% di aghi da 6 - 8 - 12,7mm. Aghi da 4mm arrivano correttamente nel tessuto sottocutaneo. Aghi più lunghi possono iniettare l'insulina nel muscolo e possono pungere le dita che sollevano la plica di pelle.

6

Come prevenire le lipodistrofie?



- 1) Utilizzare aghi corti (4mm): sono preferiti dai pazienti e consentono una efficace rotazione dei siti
- 2) Ruotare correttamente le sedi di iniezione
- 3) Non utilizzare gli aghi più di una volta



Ago nuovo



Ago riutilizzato

5

Hai mai notato lipodistrofie della pelle?



Prenditi cura della tua pelle

4

Perché la tecnica di iniezione è importante?

Una delle complicanze nella terapia iniettiva è lo sviluppo di lipodistrofie cutanee.



Sono addensamenti del tessuto sottocutaneo nelle sedi di iniezione, duro-elastici, quasi sempre ben evidenti al tatto oltre che alla vista.

Cause di lipodistrofia: alte dosi di insulina e lunga durata della terapia iniettiva, iniezioni ripetute sempre nelle stesse zone, riutilizzo dello stesso ago più volte.

Conseguenze: assorbimento di insulina ritardato e/o imprevedibile e cattivo compenso glicemico con ampia variabilità delle glicemie.

7

Come ruotare correttamente?



Utilizzare tutte le sedi di iniezione alternando lato destro e sinistro:

- Addome
- Braccia
- Cosce
- Glutei

La rotazione dei siti



Per evitare traumi ripetuti sempre nella stessa sede:

- suddividere ogni sede in quadranti
- seguire una sequenza di iniezioni regolarmente distribuite in ogni quadrante
- distanziare tra loro le iniezioni di 1 cm

8

Analoghi rapidi dell'insulina

Possono essere iniettati in qualunque sede di iniezione, perché il loro assorbimento non è sito-dipendente.

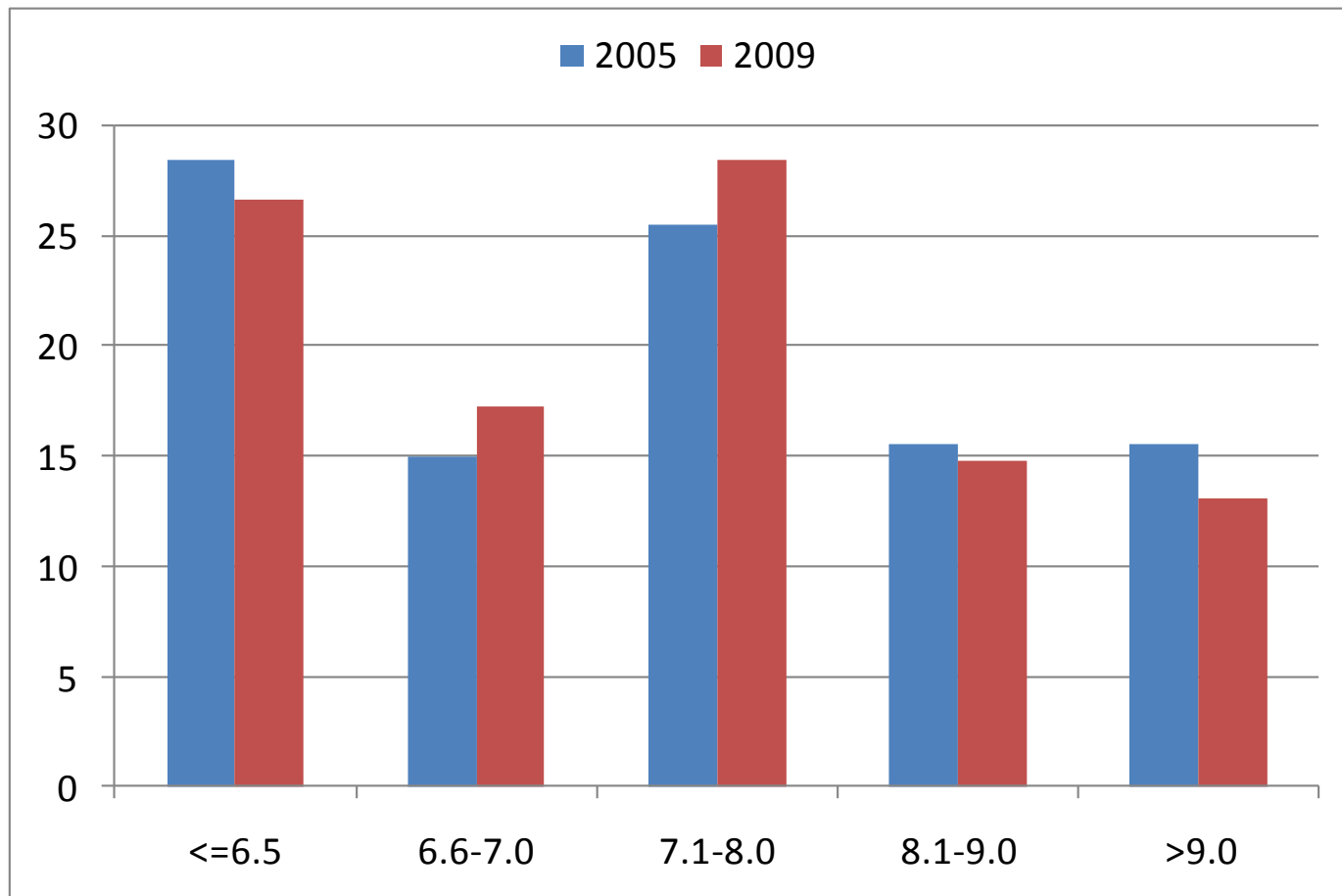


Insulina umana regolare

Va preferenzialmente iniettata nell'addome perché in tale sede il suo assorbimento è più rapido e stabile.

Va sempre osservato lo schema di rotazione delle sedi.

Distribuzione della popolazione per 5 classi di HbA1c



Nonostante complessivamente non si siano registrate modificazioni nei livelli medi di HbA1c nei due periodi a confronto, l'analisi in relazione alle classi di HbA1c offre importanti spunti di riflessione. Infatti, si evidenzia una riduzione della quota di pazienti con valori particolarmente elevati, associata ad una riduzione anche della percentuale di soggetti con valori $\leq 6.5\%$.

Di converso, risulta aumentata la quota di soggetti con valori compresi fra 6.6 e 8.0%.

DOCUMENTO DI CONSENSO SUI SISTEMI INIETTIVI DELL'INSULINA IN OSPEDALE



Presentazione del documento

Lo spirito con cui nasce questo documento di consenso è di fornire indicazioni e riferimenti di carattere clinico-operativo per l'uso dell'insulina in ospedale, ben sapendo che oltre alle norme generali nazionali, l'organizzazione delle cure in Italia risponde a 22 Sistemi Regionali dotati di autonomia legislativa in materia di organizzazione sanitaria e che il quadro viene ulteriormente a farsi ancor più complesso per decisioni organizzative delle singole Aziende.

*La metodologia seguita fa riferimento alle **evidenze della letteratura e alle norme di legge nazionali, con ampi riferimenti a disposizioni di indirizzo emanate da regioni che hanno una tradizionale posizione di riferimento.** Quindi rappresenta non un documento di valore assoluto ma un quadro di riferimento generale da adattare alla singole realtà territoriali ma con la presunzione di ricordare che esistono norme ed evidenze che impegnano il clinico oltre che il decisore a fare le scelte appropriate a tutela della salute dei pazienti e della salute e sicurezza degli operatori sanitari in ambiente ospedaliero, individuando i vari livelli di **responsabilità professionale e legale.***

TAVOLA ROTONDA
Diabete e Infezioni

**SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO DI
INIEZIONI IN DIABETOLOGIA**
Le Direttive Europee e il Documento WISE



Sandro Gentile
Seconda Università di Napoli





A VOI TUTTI

E

AI MIEI COMPAGNI DI VIAGGIO