



RASSEGNA STAMPA **AMD**

Aggiornamento
23 dicembre 2016

ValueRelations[®]

Sommario

TESTATA	TITOLO	DATA
MEDICINA DOCTOR	<i>Fattori predittivi di malattia renale nel DMT2</i>	20/12/2016
DOCTOR33	<i>L'identikit delle attività del diabetologo: il progetto Dia and Int</i>	21/12/2016
ILPAESENUOVO.IT	<i>Diabete in Puglia: l'identikit del paziente in un'indagine Eurisko</i>	20/12/2016
DIABETOLOGIA33	<i>Monografia degli Annali Amd su automonitoraggio, novità nella valutazione del compenso</i>	21/12/2016

■ NEFROLOGIA

Fattori predittivi di malattia renale nel DMT2

L'identificazione di predittori clinici per lo sviluppo della malattia renale cronica è una criticità nella gestione dei diabetici. Studi italiani, nello specifico dei ricercatori del "Gruppo Annali" dell'Associazione Medici Diabetologi, hanno identificato i fattori di rischio specifici delle due manifestazioni di danno renale: sesso femminile e trigliceridi sono predittori più potenti di riduzione del filtrato glomerulare (FG). Sesso maschile, alti livelli di emoglobina glicosilata e bassi livelli di C-HDL sono i predittori più significativi di albuminuria. Un altro elemento è che il raggiungimento e il mantenimento di ottimali valori di pressione arteriosa sono in grado di impattare favorevolmente sulla prognosi renale di questi pazienti.

► Danno renale: fattori di rischio specifici

Su quali variabili cliniche concentrare l'intervento preventivo o terapeutico è stato l'obiettivo dello studio prospettico, condotto grazie all'analisi del database degli Annali AMD, su 27.029 pazienti con DMT2.

"I risultati hanno mostrato che il

33% dei pazienti (senza manifestazioni di danno renale al baseline), dopo 4 anni ha sviluppato la complicanza, il 10% con riduzione del filtrato glomerulare, il 18% con albuminuria e il 4.5% con entrambe le manifestazioni - ha illustrato **Salvatore De Cosmo**, Responsabile SC di Medicina Interna-Endocrinologia dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (FG), tra gli autori dello studio. A parte un set di fattori di rischio condiviso dalla riduzione del FG e dall'albuminuria (età, incremento di peso corporeo, dislipidemia, intensità del trattamento antipertensivo e ipoglicemizzante), vi sono fattori di rischio peculiari per la singola manifestazione di danno renale. Il sesso femminile e i livelli dei TG erano predittori più potenti di riduzione del FG, mentre il sesso maschile, più alti livelli di HbA1 e più bassi livelli di C-HDL erano predittori più potenti di albuminuria. Queste nuove evidenze suggeriscono che riduzione del FG e albuminuria individuano due differenti meccanismi patogenetici, e quindi il controllo di queste due condizioni necessita di due approcci differenti e possibilmente complementari".

► PA: mantenimento di ottimali valori

È risaputo che la terapia antipertensiva è in grado di ritardare lo sviluppo e la progressione della complicanza renale del diabete, ma non erano disponibili dati sull'incidenza di malattia renale cronica derivanti da ampie casistiche di pratica clinica.

"Anche questo studio è stato condotto nel corso di 4 anni di follow-up in pazienti diabetici e ipertesi (12.995) afferenti ai centri antidiabetici AMD" - chiarisce **Roberto Pontremoli**, IRCCS AOU San Martino-IST di Genova. Nello studio è stato valutato l'andamento della funzione renale in base al controllo pressorio nel tempo. È stato dimostrato come i pazienti che non riuscivano a mantenere valori di PA entro 140/85 mmHg avessero un rischio aumentato di sviluppare malattia renale cronica e mostrassero una maggiore riduzione dei valori di filtrato glomerulare e un aumento dell'albuminuria rispetto ai pazienti con buon controllo pressorio. Questi risultati sono di notevole importanza pratica perché dimostrano che il raggiungimento e il mantenimento di ottimali valori di PA, è in grado di impattare favorevolmente sulla prognosi renale dei pazienti affetti da DMT2 e ipertensione".

Bibliografia

- De Cosmo S et al. Predictors of chronic kidney disease in type 2 diabetes: A longitudinal study from the AMD Annals initiative. *Medicine* 2016; 95: e4007.
- De Cosmo S et al. Blood pressure status and the incidence of diabetic kidney disease in patients with hypertension and type 2 diabetes. *J Hypertension* 2016; 34: 2090-98.



L'identikit delle attività del diabetologo: il progetto Dia and Int

tags: [Amd - Associazione Medici Diabetologi](#), [Nicoletta Musacchio](#)

articoli correlati

Per la prima volta in Europa è stato definito con una valutazione obiettiva il profilo preciso del diabetologo, con l'applicazione di un metodo scientifico e non autoreferenziale. È il frutto di un progetto, denominato Dia&Int (Diabetes Intelligence), realizzato dall'Associazione Medici Diabetologi (Amd). Ne parliamo con **Nicoletta Musacchio**, presidente Amd.

Che cos'è il progetto DIA&INT?

È un progetto che ha lo scopo di evidenziare il valore che rappresenta lo specialista nel processo di cura del paziente diabetico e identificare la best practice per andare a definire e pesare le azioni virtuose e specifiche della specialità. L'obiettivo è quello di arrivare a definire un curriculum specifico del diabetologo che identifichi le attività riconosciute come chiaramente efficaci ed efficienti.

Quali metodi avete adottato?

Abbiamo implementato un progetto di Business Intelligence in collaborazione con MIX-x. In particolare, è stato utilizzato un metodo di analisi Sroi (Social Return Of Investment), che è un modello di analisi organizzativa riconosciuto a livello internazionale. Con lo Sroi si è in grado di misurare in modo oggettivo il valore generato dalle attività svolte da un'organizzazione e si utilizza per capire l'importanza di attività che non generano direttamente valore economico, come le attività sanitarie. Per prima cosa abbiamo individuato le 25 attività principali dell'assistenza diabetologica, tratte dagli Standard Italiani per la cura del diabete mellito e tutte supportate dalla letteratura in termini di efficacia e modalità attuativa. Abbiamo quindi attribuito un valore agli outcomes (tratti dal Piano Nazionale del Diabete e dal Manifesto dei Pazienti) e valutato l'impatto di ognuna delle attività su ciascuno di essi. Abbiamo quindi calcolato lo Sroi. In questo modo ogni attività professionale totalizza un "punteggio", che dipende dall'importanza dei risultati assistenziali che permette di conseguire, da quanto sia utile nell'ottenimento di ogni specifico risultato, da quanti risultati supporta e dal peso di ogni singolo risultato. È stato quindi possibile attribuire a ogni attività un punteggio e costruire così un ranking di priorità.

***Quali risultati sono emersi dallo studio?***

I risultati più rilevanti riguardano il ranking delle prime attività. Di grande rilevanza è la competenza scientifica, quindi la capacità di approccio biomedico, ma di altrettanto peso sono quelle di tipo educativo: tra queste la prima in assoluto è proprio la terapia educativa, poi la capacità di fare contratti di cura personalizzati, quindi l'autocontrollo strutturato. È dunque fortemente sottolineato il fatto che la patologia ha la necessità di un doppio approccio: da una parte rispondere ai bisogni di malattia, dall'altra rispondere ai bisogni della persona e quindi offrire al paziente il processo di empowerment.

Quali implicazioni pratiche emergono da questo progetto?

Attraverso Dia&Int, potranno essere meglio definite nelle loro peculiarità e competenze le necessità organizzative dei Servizi Diabetologici e la figura professionale del diabetologo, e quindi la sua posizione negli organigrammi e nelle organizzazioni strutturali aziendali. In tal modo sarà inoltre possibile, per i diabetologi, trattare con i decisori con il sostegno di dati solidi e provati per colmare il gap tra best practice e Lea. Al momento, infatti, esiste un forte scollamento tra il piano assistenziale, ben delineato nel Piano Nazionale del Diabete - che indica con chiarezza gli obiettivi da raggiungere e i ruoli professionali -, e appunto i Lea, che declinano e riconoscono le attività/prestazioni del medico diabetologo trascurandone molteplici aspetti e negandone molte specificità.

Diabete in Puglia: l'identikit del paziente in un'indagine Eurisko

Postato da: [adminil](#): dicembre 20, 2016In: [La nostra salute](#)[Nessun](#)

PUGLIA – Un'indagine di Gfk Eurisko fotografa la situazione in Puglia. Medici di famiglia tra i protagonisti della gestione clinica ma tutti chiedono una maggiore integrazione tra professionisti. Pazienti informati sulla malattia e abbastanza soddisfatti di medici, liste d'attesa e servizi.

La maggior parte delle persone con diabete di tipo 2 in trattamento insulinico in Puglia risulta consapevole, attiva e competente nella gestione della propria patologia per una misura percentuale sostanzialmente in linea al resto d'Italia. E il dato positivo si mantiene tale sia in termini di gradimento nei confronti di medici e servizi sia per la disponibilità e competenza dei medici curanti, anche se in una misura leggermente inferiore al resto d'Italia (69% contro il 75% della. Sebbene il medico di riferimento sia nella maggior parte dei casi (72% contro l'83% della media nazionale) il diabetologo venga considerato come il medico di riferimento, ben il 56% dei pazienti pugliesi ha sottolineato l'importanza del proprio medico di famiglia (contro il 41% del dato italiano) anche se, sostanzialmente, quasi esclusivamente in termini di "presenza" nella vita quotidiana del malato visto che è più che altro considerato come un "trascrittore" delle ricette dello specialista.

Sono questi alcuni tra i dati più evidenti dell'indagine condotta su scala nazionale da Gfk Eurisko e che, estrapolati a livello regionale, inquadrano la Puglia tra le regioni sostanzialmente in linea nella capacità dei pazienti di saper e poter gestire efficacemente la propria malattia anche se qualche problema emerge in termini di organizzazione dei servizi e reti di collaborazione tra professionisti sul territorio. La declinazione regionale della ricerca Gfk Eurisko è stata presentata nei giorni scorsi a Bari nel corso di un incontro tra esperti organizzato da Sics, **Società italiana di comunicazione scientifica e sanitaria** e realizzato con il sostegno non condizionante di **Sanofi**.

All'incontro hanno partecipato **Luigi Santoiemma**, Farmacologo e medico di medicina generale; **Pietro Montedoro**, Diabetologo Specialista Ambulatoriale dell'Associazione dei Medici Diabetologi (AMD); **Francesco Gentile**, Responsabile del Dipartimento di Diabetologia della Asl di Taranto e **Giuseppe Traversa**, Coordinatore regionale FAND in rappresentanza delle associazioni dei pazienti diabetici.

Secondo l'indagine, il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione della propria malattia ha effetti significativi sulla sua soddisfazione e sulla sua qualità di vita. Questo significa una migliore percezione dello stato di salute, un umore migliore, migliori relazioni sociali e familiari e migliori risultati in termini di buon controllo glicemico, minori ipoglicemie gravi, maggiore aderenza al trattamento e maggiore capacità di migliorare il proprio stile di vita.

I risultati dello studio condotto da GfK Eurisko su un campione nazionale di 500 pazienti con diabete di tipo 2 in trattamento con insulina confermano – anche a livello della Regione Puglia – l'importanza di una buona relazione tra medico e paziente nel favorire il coinvolgimento attivo della persona con diabete e nel migliorare i risultati della cura. Paziente che, in Veneto, si caratterizza per una condizione fisica sostanzialmente allineata con il resto d'Italia in termini di sovrappeso e obesità e, in tema di complicanze legate al diabete, registra un dato molto positivo per quanto riguarda le retinopatie che registrano un 9% contro il 20% del dato nazionale.

“Il medico – ha dichiarato **Isabella Cecchini**, Direttrice del Dipartimento di Ricerche sulla Salute di GfK Eurisko – ha un ruolo fondamentale nell'educare il paziente e renderlo consapevole dell'importanza della cura e di un corretto stile di vita. Tale consapevolezza migliora la soddisfazione del paziente attraverso un migliore controllo della malattia”.

Come accennato l'indagine ha confermato come il diabetologo sia il medico di riferimento per il paziente (lo è per il 72% degli intervistati) ma il medico di medicina generale ha un ruolo più importante rispetto ad altre regioni. Viene infatti considerato tra i clinici di riferimento dal 56% dei pazienti intervistati contro il 41% della media nazionale. Leggermente più bassa rispetto al dato nazionale, 6% contro 8%, è inoltre la percentuale di pazienti che si rivolgono direttamente al privato.

Tutti i partecipanti al tavolo guardano però con estrema attenzione ai margini di miglioramento organizzativo che potrebbero conseguirsi in Puglia. Soprattutto in termini di rapporti tra medicina specialistica e medicina generale e del territorio.

Luigi Santoiemma, Farmacologo e medico di famiglia ha espresso soddisfazione nel “constatare come l'indagine abbia associato una gestione del paziente diabetico affidata in notevole misura al medico di medicina generale con degli esiti di consapevolezza della propria malattia elevati. Ci farebbe ancora più piacere” ha però sottolineato il clinico “se riuscissimo a portare avanti, sotto la guida istituzionale, insieme ai colleghi diabetologi ed endocrinologi, una strutturazione del percorso di presa in carico dei pazienti più definita. E cioè” ha spiegato Santoiemma “mettere in condizione i pazienti diabetici con bisogni noti e puntuali, di entrare in un percorso codificato secondo cui, in tutte le strutture specialistiche regionali, si abbia la certezza di uniformità di prestazioni”.

Risulta del tutto evidente, ha quindi sottolineato Santoiemma “che l'assistenza in Puglia soffra di una certa connotazione a macchia di leopardo. Vi sono zone di eccellenza sia di carattere ospedaliero sia nel territorio e altre zone dove certi bisogni non trovano risposta. Non la trovano in termini organizzativi, qualitativi e, a volte, in termini temporali con il risultato di liste di attesa insostenibili”. Di qui l'aspirazione e l'appello alle istituzioni di condividere dei percorsi organizzativi comuni nell'area del diabete e delle cronicità in generale.

Ed anche lo specialista diabetologo soffre per questa mancata uniformità di collegamento regionale con la medicina del territorio. A giudizio di **Francesco Gentile**, Responsabile della Diabetologia territoriale di Taranto “c’è ancora molta abitudine a lavorare da soli. In Puglia” ha spiegato “abbiamo una diabetologia, anche a livello distrettuale, molto capillare, ma oggi è fondamentale che questi colleghi possano riunirsi per condividere non solo i dati clinici ma anche le diverse esigenze assistenziali con endocrinologi, cardiologi, oculisti, etc. E tutti insieme poter avere un collegamento informatico con i medici di medicina generale e dunque con i pazienti stessi che possono davvero diventare veramente attori protagonisti della propria malattia”. In questa prospettiva, per esempio, un autocontrollo della glicemia, fatto da un anziano fragile o dal suo caregiver, potrebbe facilmente essere trasmesso agli specialisti, viaggiando sulle piattaforme informatiche che utilizziamo, affinché possa essere rapidamente contattato in caso di necessità.

Giuseppe Traversa, Coordinatore regionale FAND, ha quindi evidenziato alcune criticità ulteriori: “In primis l’attuazione, dopo averlo recepito, del Piano nazionale Diabete che in Puglia è sostanzialmente fermo. Esisteva inoltre” ha aggiunto “una commissione regionale sul Diabete ma sono ormai due anni che non si riunisce più. E non soltanto esistono difformità di assistenza a livello regionale ma anche all’interno di una stessa Asl: da chi riceve solo i sensori e non i trasmettitori ai ritardi nella consegna dei kit prescritti e certificati dalla stessa azienda sanitaria...”

Al mondo istituzionale” ha quindi concluso Traversa “chiediamo da un lato di non fare gare di acquisto utilizzando come unico parametro il prezzo più basso mettendo così a rischio la qualità del dispositivo medico che il diabetico utilizza e dall’altro di coinvolgere maggiormente le associazioni dei pazienti per ascoltare e comprendere le vere esigenze di chi vive quotidianamente la malattia sulla propria pelle”.

Diabetologia33

Monografia degli Annali Amd su automonitoraggio, novità nella valutazione del compenso

tags: [Automonitoraggio del glucosio nel sangue](#), [Amd - Associazione Medici Diabetologi](#)

È imminente la pubblicazione di una nuova monografia degli annali Amd (Associazione Medici Diabetologi) intitolata "Autocontrollo e fenotipo glicemico nel diabete di tipo 2", frutto di un'analisi condotta da Amd in collaborazione con Coresearch e Meteda. Ne parliamo con il curatore principale, **Paolo Di Bartolo**, Ravenna, responsabile iniziativa Annali Amd, finalizzata alla valutazione della qualità assistenza a favore delle persone con Diabete nei servizi specialistici Italiani.

Perché è nata l'esigenza di scrivere una monografia su questo tema?

Un uso corretto dei dati dell'automonitoraggio domiciliare della glicemia (Self-monitoring blood glucose - Smbg) è fondamentale per guidare le scelte terapeutiche e per educare il paziente all'autogestione del diabete. Finora non era però noto nella pratica clinica quanto fosse usato il Smbg, quanto variassero i profili glicemici del SMBG in relazione alle classi di trattamento del diabete di tipo 2 (Dm2), quali dimensioni del controllo glicemico (glicemia a digiuno - Fpg, o post-prandiale - Ppg) fossero maggiormente problematiche nelle diverse classi di trattamento. A queste domande potrà rispondere la nuova monografia.

Quale metodologia è stata impiegata per elaborare i dati?

Innanzitutto è stata condotta una web survey intitolata "Indagine sulle pratiche dei servizi di diabetologia inerenti il monitoraggio domiciliare della glicemia e la valutazione dell'adesione del paziente alla terapia", molto utile per ottenere informazioni sulle pratiche dei centri riguardanti la prescrizione dell'smbg nel Dm2 e l'uso della cartella clinica informatizzata per lo scarico e la revisione dei dati dei glucometri. In parallelo, sono stati identificati "nuovi indicatori di controllo glicemico" (per esempio: n. totale di Smbg test, n. di FPG precolazione, n. di Fpg test precolazione + prepranzo + precena) che, accanto ai classici indicatori basati sull'HbA1c da sempre usati negli Annali, hanno contribuito a dare informazioni sui livelli di compenso del diabete e sul fenotipo dei pazienti trattati con i diversi pattern farmacologici.

Diabetologia33

Quanti centri hanno partecipato nell'offerta dei dati?

I centri che hanno fornito i dati per questa nuova monografia sono stati selezionati sulla base delle risposte fornite alla web survey. In particolare, sono state utilizzate tre domande per cogliere l'attitudine dei centri a scaricare e revisionare regolarmente i dati dell'automonitoraggio utilizzando la cartella clinica informatizzata: a) revisiona abitualmente i dati dell'Smbg?; b) quale supporto preferisce per revisionare i dati dell'smbg? (risposta selezionata: Cartella clinica informatizzata); c) scarica abitualmente i dati del glucometro? Ai centri eleggibili è stato chiesto di: scaricare il File Dati Amd dal 1 gennaio 2007 alla data del download, effettuare il download delle glicemie scaricate sulla cartella clinica informatizzata MyStarConnect®, realizzata con il contributo non condizionato di Sanofi, con un software ad hoc nel medesimo periodo e inviare tutti i dati ad Amd. In totale sono stati 21 i centri che hanno contribuito, con i loro dati, alla creazione del database per questa analisi innovativa.

Qual è l'elemento di novità di questa monografia ai fini della pratica clinica diabetologica?

È la prima monografia nella storia degli Annali Amd che prende in considerazione non solo l'HbA1c ma anche le glicemie pre- e post-prandiali, per la valutazione del compenso glicemico. I dati così ottenuti, al di là del permettere di valutare nel *real life* le performance delle diverse classi terapeutiche in ogni dimensione del controllo glicemico, saranno la base delle attività formative di Amd per aumentare la cultura dell'uso strutturato del Smbg.