

RESEARCH ARTICLE

Il progetto Selfie (SELF assessment per l'appropriatezza terapeutica nel paziente diabetico) 2.0: proposte per migliorare l'approccio all'intensificazione terapeutica nel paziente con diabete di tipo 2 con inadeguato controllo metabolico

The SELFIE 2.0 project (SELF assessment for the therapeutic appropriateness in people with diabetes): proposals to improve the approach to therapeutic intensification in patients with type 2 diabetes with inadequate metabolic control



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation M.C. Rossi, A.C. Bossi, A. Nicolucci (AMD) (2020). The SELFIE 2.0 project (SELF assessment for the therapeutic appropriateness in people with diabetes): proposals to improve the approach to therapeutic intensification in patients with type 2 diabetes with inadequate metabolic control. JAMD Vol. 23/1

DOI 10.36171/jamd20.23.1.03

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received January, 2020

Accepted February, 2020

Published April, 2020

Copyright © 2020 Rossi et al. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding This research is supported by funding from Alfa Sigma SpA, Pomezia (RM). The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

M.C. Rossi¹, A.C. Bossi², A. Nicolucci¹

¹ Coresearch – Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology, Pescara. ² UOC Malattie Endocrine e Centro Regionale per il Diabete Mellito, ASST Bergamo Ovest

Corresponding author: rossi@coresearch.it

SELFIE Study Group

Tutor: A. Nicolucci, M.C. Rossi, CORESEARCH – Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology, Pescara; A.C. Bossi, ASST Bergamo Ovest, Treviglio (Bergamo).

Expert board: A. Lesina, E. Mè, E. Fraticelli, F. Brogna, A. Ozzello (Torino, 23 Novembre 2018); V. Di Blasi, A. Del Buono, M. Laudato, G.o Sodo (Caserta, 18 Ottobre 2018); E. Torre, M. Battistini, M. Talco, A. Cichero, A. Rebora (Genova, 8 Novembre 2018); P. Di Perna, M. Cassone Faldetta, M. Camaioni, D. Giannini, R. Pisano (Roma, 24 Novembre 2018); D. Lauro, A. Andreandì, M. Cerilli, S. Balducci (Roma, 26 Ottobre 2018); I. Nosari, L. Zenoni, M. Buizza, F. Querci, A. Belviso (Bergamo, 9 Ottobre 2018); S. De Riu, M. Corigliano, A. Vetrano, S. Masi, C. Martino (Napoli, 17 Ottobre 2018); M. Carpentieri, B. Brunato, P. Guidi, P. Li Volsi, C. Miranda (Codroipo, 27 Novembre 2018); D. Sardi, S. Cozzolino, S. Deiana, A. Prinzi, A. Cusceddu (Cagliari, 26 Novembre 2018); L. Baruffaldi, F. Bertuzzi, G. Carranno, E. Masiello, S. Testero (Milano, 14 Dicembre 2018).

Provider ECM: A. Grossi, G. Giacobbe, LinkforMed, Milano.

Abstract

The SELFIE project (SELF assessment for therapeutic appropriateness in people with diabetes) was designed to collect the perceptions and opinions of 60 diabetologists in 12 territorial meetings. The objective was to launch the debate between experts through a structured discussion procedure to identify the main “barriers to intensification” of diabetes treatment (first phase) and the “possible solutions” (second phase). The discussion took into account that DPP4-inhibitors prescription still requires a “therapeutic schedule” in Italy. So, the specific barriers of 8 different profiles (phenotypes) of patients with inadequate metabolic control, classified in terms of age, renal function

and treatment with one or more glucose-lowering drugs were highlighted.

This article summarizes the results of the second phase. Optimizing / simplifying drug therapy, establishing a therapeutic alliance with the patient, involving a caregiver to act on motivation / communication with the patient, improving organizational aspects, reducing bureaucracy and stimulating the doctor's attitude to change are the key points that emerged as crucial for overcoming clinical inertia. Implementation of these solutions based on their applicability to the different phenotypes was debated through standardized discussion procedures.

Implementing these solutions, monitoring their adoption and measuring the results obtained in the short- and long term, simultaneously focusing on the training of patients and healthcare professionals, is a challenge for the entire diabetes community, to improve the care provided and the clinical outcomes.

KEY WORDS type 2 diabetes; glycemic targets; therapeutic inertia; DPP-IV inhibitors; professional education.

Riassunto

Le opzioni terapeutiche per la cura del diabete di tipo 2 sono ormai numerose, ma la maggior parte delle prescrizioni si concentra ancora sulle classi di farmaci più consolidate (metformina, secretagoghi ed insulina). Le nuove classi di farmaci, con particolare focus sugli inibitori del DPP-IV, possono presentare un profilo di efficacia e sicurezza migliore rispetto ai farmaci più tradizionali, in quanto consentono il raggiungimento degli obiettivi terapeutici prefissati con un minore rischio di ipoglicemie e senza aumento di peso. Tuttavia, i nuovi farmaci (prescrivibili con piano terapeutico AIFA) sono sottoutilizzati ed esistono forti disomogeneità territoriali. Inoltre, è ben noto il problema dell'inerzia terapeutica, ovvero un'eccessiva attesa all'intensificazione del trattamento in presenza di controllo metabolico inadeguato.

Il progetto SELFIE (SELF assessment per l'appropriatezza terapeutica nel paziente diabetico) è nato per raccogliere le percezioni e le opinioni di 60 diabetologi in 12 meeting territoriali. L'obiettivo era favorire il confronto tra esperti attraverso una procedura di discussione strutturata per identificare le principali "barriere all'intensificazione" (prima fase) e le "possibili soluzioni" (seconda fase). La discussione teneva conto delle barriere specifiche di 8 diversi profili (fenotipi) dei pazienti con inadeguato controllo metabolico, caratterizzati in base ad età, funzionalità renale e trattamento con mono o politerapia.

Il presente articolo riassume i risultati del report della seconda fase. Ottimizzare/semplificare la terapia farmacologica, stabilire un'alleanza terapeutica con il paziente, coinvolgere un caregiver, agire sulla motivazione / comunicazione con il paziente, migliorare gli aspetti organizzativi, ampliare / rivedere / abolire il piano terapeutico e stimolare l'attitudine del medico al cambiamento sono i punti chiave emersi come cruciali per il superamento dell'inerzia clinica. Con la discussione strutturata sono state anche codificate proposte su come implementare queste soluzioni ed è stato dibattuto quale sia la loro applicabilità in base al fenotipo considerato.

Implementare queste soluzioni, monitorare la loro adozione e misurare i risultati ottenuti sul breve e sul medio-lungo periodo, puntando simultaneamente sulla formazione dei pazienti e degli operatori sanitari, è una sfida per l'intera comunità diabetologica, per migliorare le prestazioni erogate e gli esiti dell'assistenza.

PAROLE CHIAVE diabete mellito tipo 2; target glicemici; inerzia terapeutica; inibitori DPP-4; formazione sanitaria.

Introduzione

Il progetto Selfie 2.0 (SELF assessment per l'appropriatezza terapeutica nel paziente diabetico) è stato lanciato nel 2018 con lo scopo di raccogliere le opinioni dei diabetologi esperti riguardo la necessità, evidenziata dalla letteratura scientifica, di migliorare l'approccio all'intensificazione terapeutica nel paziente con diabete di tipo 2 (T2DM) con inadeguato controllo metabolico.

Quello che infatti emerge dai dati esistenti è che le classi di farmaci ipoglicemizzanti più innovative (ancora soggette a piano prescrittivo AIFA), tra cui i DPP4-inibitori, nonostante siano caratterizzate da un miglior profilo di sicurezza (minore ipoglicemia e non aumento di peso) rispetto alle storiche opzioni di cura (sulfaniluree, insulina), sono ancora sottoutilizzate. Più in dettaglio si assiste ad un aumento nel tempo della percentuale di pazienti con T2DM trattati con dipeptidil-peptidasi IV (DPP-IV) inibitori, glucagon-like peptide (GLP-1) agonisti e co-trasportatore sodio-glucosio di tipo 2 (SGLT2) inibitori, ma ancora ampia resta la quota di soggetti trattati con secretagoghi^(1, 2).

Si evidenzia inoltre un problema generale di eccessiva attesa prima che si proponga una modifica farmacologica ("inerzia terapeutica"), sebbene sia ampiamente riconosciuto come un intervento pre-

Tabella 1 | Gli 8 fenotipi considerati nel progetto SELFIE.

Fenotipo	Caratteristiche
F1	HbA1c 7.0-9.0 Età <75 GFR <50 Monoterapia
F2	HbA1c 7.0-9.0 Età <75 GFR <50 Politerapia
F3	HbA1c 7.0-9.0 Età ≥75 GFR <50 Monoterapia
F4	HbA1c 7.0-9.0 Età ≥75 GFR <50 Politerapia
F5	HbA1c 7.5-9.0 Età <75 GFR ≥50 Monoterapia
F6	HbA1c 7.5-9.0 Età <75 GFR ≥50 Politerapia
F7	HbA1c 7.0-9.0 Età ≥75 GFR ≥50 Monoterapia
F8	HbA1c 7.0-9.0 Età ≥75 GFR ≥50 Politerapia

coce ed efficace sia alla base della prevenzione delle complicanze a lungo termine⁽³⁾.

La prima fase del progetto SELFIE condotta nel 2016-2017 aveva permesso di raccogliere le percezioni e le opinioni di 60 diabetologi in 12 meeting territoriali. L'obiettivo era favorire il confronto tra esperti attraverso una procedura di discussione strutturata per identificare le principali "barriere all'intensificazione". La discussione teneva conto delle barriere specifiche di 8 diversi profili (fenotipi) dei pazienti con inadeguato controllo metabolico, caratterizzati in base ad età, funzionalità renale e trattamento con mono o politerapia (Tabella 1). Il risultato finale è stato un documento che raccoglieva la scala di priorità delle barriere da affrontare per tipologia di paziente. Il report è pubblicato sul Giornale AMD⁽⁴⁾. Sostanzialmente, nel report venivano evidenziati i seguenti aspetti fondamentali.

1. Secondo la percezione dei diabetologi esperti coinvolti, in tutti i fenotipi considerati in base all'età (maggiore o inferiore a 75 anni) e al livello di filtrato glomerulare (maggiore o inferiore a 50 ml/min * 1,73 m²), da un quinto a circa un terzo

dei pazienti presenta livelli di HbA1c compresi tra 7.0% e 9.0%; quindi, proporzioni tutt'altro che trascurabili di pazienti che, sulla base del target personalizzato da raggiungere, potrebbero verosimilmente necessitare di una revisione della terapia.

2. Complessivamente, le aree prioritarie di intervento identificate ("barriere all'intensificazione"), erano connesse agli aspetti clinici o psicosociali del paziente, a problemi del medico ed ai limiti del sistema organizzativo (si rimanda alla pubblicazione specifica per maggiori dettagli).
3. Tali barriere, come limite all'intensificazione precoce della terapia, avevano un peso diverso in base al fenotipo considerato.

Alla luce di queste premesse, il progetto SELFIE 2.0, intendeva rappresentare il naturale seguito dell'esperienza maturata nella prima fase per:

- promuovere il confronto tra esperti, sulla base della propria esperienza clinica, per l'identificazione delle principali soluzioni alle barriere emerse nella prima fase;
- stilare un documento condiviso che favorisca un approccio proattivo nella ricerca dei pazienti in cui è necessario ottimizzare la terapia.

Materiali e metodi

Nel secondo ciclo di incontri SELFIE tenutosi tra ottobre e dicembre 2018 in varie sedi italiane è stata prevista la partecipazione di 50 esperti (10 gruppi da 5 componenti).

Le barriere emerse nella prima fase sono state ulteriormente sintetizzate e raggruppate in sei macroaree di intervento, così come mostrato nella tabella 2. Nel corso del meeting, con un approccio strutturato, per ciascuna barriera, venivano eseguiti:

- Proposta di soluzioni per il superamento della barriera
- Votazione delle soluzioni proposte (in base a criteri di rilevanza e applicabilità)
- Votazione dell'applicabilità ai diversi fenotipi delle tre soluzioni che ottenevano il punteggio più elevato.

In ciascuna riunione, dopo l'identificazione delle prime tre soluzioni più rilevanti per ciascuna barriera, è stata votata l'applicabilità di tali soluzioni all'interno di ciascun fenotipo. Tali dati sono stati elaborati a valle degli incontri, a seguito di un processo di ricodifica delle soluzioni emerse. Per la ricodifica, analogamente a quanto fatto nella prima fase degli incontri SELFIE, è stato fatto un lavoro di standardizzazione e omogeneizzazione delle proposte emerse dai componenti del

Tabella 2 | Le barriere sulle quali agire per migliorare l'approccio all'intensificazione terapeutica.

Barriera	Sintesi dei risultati della prima fase del progetto SELFIE	N° fenotipi in cui è emersa come rilevante
Scarsa compliance	La mancanza di educazione terapeutica e la difficoltà di garantire un'adeguata compliance sono emerse come una delle barriere principali alla intensificazione terapeutica	8/8
Rischio ipoglicemia	Difficoltà, soprattutto legate ai criteri di rimborsabilità, nel prescrivere farmaci con basso profilo di rischio di ipoglicemie. Il problema è ancora più accentuato nei pazienti già pluritrattati o con funzionalità renale compromessa	7/8
Comorbidità/fragilità	La presenza di plurimorbidità o di fragilità induce il clinico ad accettare target meno stringenti, soprattutto in un'ottica di evitare i rischi connessi alla intensificazione terapeutica.	6/8
Difficoltà gestione politerapia (medico)	La gestione di terapie complesse, che includono spesso numerosi farmaci oltre quelli per il diabete, rende difficoltosa la intensificazione terapeutica a causa del rischio di sommazione degli effetti collaterali e del rischio di interazione fra farmaci. All'aumentare del numero di farmaci per il diabete si riduce inoltre il ventaglio di opzioni disponibili, anche per i vincoli di prescrivibilità che impediscono l'utilizzo di diverse associazioni fra nuovi farmaci.	4/8
Difficoltà gestione politerapia (paziente)	La difficoltà ad adattare il trattamento alla vita quotidiana, l'impatto delle politerapie sulla qualità di vita e la difficoltà di gestione di schemi complessi sono alla base di una scarsa accettazione e compliance da parte del paziente.	4/8
Inerzia clinica	Il medico tende a temporeggiare perché non ha tempo a sufficienza per una valutazione globale del paziente sul bilancio rischio/beneficio dell'intensificazione, perché punta molto sul cambiamento nello stile di vita che spesso non avviene, perché non dispone di risorse adeguate per l'educazione terapeutica, perché aspetti organizzativi subottimali limitano alcune decisioni (necessità di follow-up ravvicinati, limiti di rimborsabilità, ecc...).	4/8

board, attraverso la creazione di una library. La “library delle soluzioni” ha permesso quindi di raggruppare le soluzioni proposte. Il passo finale del processo è consistito nello sviluppo di algoritmi decisionali/operativi per un approccio proattivo all'intensificazione. Tutta questa attività, assieme ad una raccolta di casi clinici dal mondo reale, ha condotto alla definizione di algoritmi decisionali per indirizzare il clinico nell'identificazione proattiva dei sottogruppi di pazienti con maggiore necessità di intervento e di applicazione di strategie *ad hoc* per l'ottimizzazione terapeutica.

Risultati

Per ogni barriera, sulla base delle ricodifiche effettuate, sono stati ricalcolati i punteggi globali e identificate le principali aree di azione, con spunti operativi e indicazioni sull'applicabilità della soluzione specifica in base al fenotipo. Per ciascuna delle 6 barriere all'intensificazione terapeutica sulle quali è stata incentrata l'attività di discussione, sono emerse da 4 a 6 soluzioni, con punteggio di rilevanza diverso in base alla barriera e applicabilità variabile

in base al fenotipo considerato. Il quadro completo delle soluzioni emerse è in tabella 3.

In sintesi, ottimizzare/semplificare la terapia farmacologica, utilizzando farmaci sicuri, a basso di rischio di ipoglicemia, con pochi effetti collaterali, con benefici aggiuntivi extraglicemici e magari disponibili in associazioni precostituite che consentano di minimizzare il numero di farmaci totali assunti quotidianamente dal paziente, rappresenta una soluzione proposta in modo trasversale per tutte le barriere, dall'aderenza, alla gestione della fragilità/rischio di ipoglicemia, alle difficoltà di gestione di terapie complesse sia dal punto di vista del medico che del paziente. Questa soluzione è applicabile e auspicabile in tutti i fenotipi considerati e risulta necessaria soprattutto nei pazienti anziani fragili. Quindi una prima importante sfida emersa tra i partecipanti è la revisione della terapia in tutti i soggetti in cui il target non viene raggiunto, soprattutto nei pazienti fragili dal punto di vista clinico e/o psicosociale.

Stabilire un'alleanza terapeutica con il paziente, migliorando l'erogazione degli interventi educativi per aumentare le conoscenze ed il coinvolgimento nel

Tabella 3 | Soluzioni per intensificazione della terapia in base alla presenza di...

Barriera	Soluzione	V o t o totale	Strumenti	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
SCARSA C O M - P L I A N C E	Migliorare l'ero-gazione degli interventi educativi per aumentare le conoscenze del paziente ed il suo coinvolgimento nel percorso di cura (alleanza terapeutica)	128	<ul style="list-style-type: none"> · Individuare priorità di educazione · Programmare interventi educativi individuali e di gruppo durante la vita del paziente · Formare adeguatamente già dal momento della diagnosi sui rischi delle complicanze · Spiegare gli obiettivi della terapia sulla base dei dati scientifici · Pianificare 2-3 incontri all'anno su SMBG · Omogeneizzare i messaggi educativi forniti dai componenti del team diabetologico · Fornire supporto psicologico ove necessario · Coinvolgere un familiare/caregiver in modo stabile nei percorsi educativi 	!	!			!	!		
	Migliorare gli aspetti organizzativi per aumentare il tempo da dedicare al paziente e garantire continuità assistenziale	127	<ul style="list-style-type: none"> · Aumentare durata media delle visite alla diagnosi e in fase di cambio terapia · Garantire ovunque sul territorio nazionale il riconoscimento delle sessioni educative come prestazioni del SSN · Migliorare l'organizzazione del team, riconoscendo il valore del ruolo dell' infermiere di diabetologia nei percorsi educativi 								
	Agire sulla motivazione / comunicazione con il paziente	113	<ul style="list-style-type: none"> · Spiegare i vantaggi della nuova terapia · Sdrammatizzare la situazione · Lavorare su empatia e fiducia · Migliorare la relazione anche con i caregivers · Individuare figure di riferimento stabili · Procedere per step 	!	!	!	!	!	!	!	!
	Semplificare la gestione della terapia	91	<ul style="list-style-type: none"> · Utilizzare farmaci sicuri, a basso di rischio di ipoglicemia, con pochi effetti collaterali · Utilizzare associazioni precostituite 								
	Stimolare l'attitudine del medico al cambiamento	30	<ul style="list-style-type: none"> · Porre maggiore attenzione all'importanza dell'intensificazione · Contrastare la propria rigidità · Ridurre le difficoltà nel creare un rapporto e una sinergia tra medico e paziente 	!	!	!					
RISCHIO IPOGLI-CEMIA	Ottimizzare la terapia farmacologica	164	<ul style="list-style-type: none"> · Usare farmaci sicuri ed efficaci · Verificare l'appropriatezza prescrittiva in base alle complicanze in atto · Ridurre l'uso delle sulfaniluree e valorizzare farmaci poco utilizzati (nuovi farmaci e pioglitazione) · Semplificare la terapia 	!		!		!		!	
	Migliorare l'ero-gazione degli interventi educativi per aumentare le conoscenze del paziente ed il suo coinvolgimento nel percorso di cura (alleanza terapeutica)	131	<ul style="list-style-type: none"> · Migliorare /rinforzare l'educazione terapeutica su: · Riconoscimento e gestione dell'ipoglicemia · Dieta e corretti stili di vita · Utilizzo appropriato e revisione dei dati del SMBG · Vincere la resistenza del paziente a cambiare terapie · Coinvolgere un familiare / caregiver stabile nei percorsi educativi · Lavorare in team per omogeneizzare i messaggi educativi 	!	!	!		!	!		
	Ampliare / rivedere / abolire il piano terapeutico e i criteri di rimborsabilità dei nuovi farmaci	89	<ul style="list-style-type: none"> · Lasciare maggiore libertà al medico nel personalizzare il limite di HbA1c per la prescrizione dei nuovi farmaci · Adeguare i criteri AIFA alle nuove evidenze scientifiche · Lasciare al medico la possibilità di risparmiare tempo sulla parte burocratica e aumentare il tempo dedicato al paziente · Modificare i criteri di rimborsabilità in base al rischio di fragilità · Estendere la possibilità del rinnovo del piano terapeutico al medico di medicina generale 								

	Migliorare la valutazione e la gestione della fragilità	53	<ul style="list-style-type: none"> · Migliorare l'attenzione all'insufficienza renale cronica quando si revisiona o prescrive una terapia · Adottare la massima attenzione al paziente anziano, trattandolo solo con farmaci strettamente necessari · Personalizzazione degli obiettivi glicemici e stretto monitoraggio dei profili glicemici 	!	!	!	!	!	!	!	!
	Stimolare l'attitudine del medico al cambiamento	34	<ul style="list-style-type: none"> · Superare la barriera del medico di modificare una terapia consolidata che aumenta il rischio di ipoglicemia quando l'HbA1c a target 	!	!	!	!		!	!	
	Migliorare gli aspetti organizzativi	14	<ul style="list-style-type: none"> · Permettere con maggiore facilità la rivalutazione a breve dei pazienti ad elevato rischio di ipoglicemia 					!			!
FRAGILITÀ	Ottimizzare la terapia farmacologica	162	<ul style="list-style-type: none"> · Evitare farmaci che aumentano il rischio di ipoglicemia · Semplificare il più possibile la terapia diabetologica e non (deprescription) · Mantenere l'aderenza delle prescrizioni alle linee guida (evidence-based prescription) · Prescrivere i farmaci più idonei in base alle complicanze · Utilizzare l'insulina solo se strettamente necessaria · Mirare a target personalizzati · Puntare sui benefici extraglicemici dei nuovi farmaci per il diabete 	!	!	!	!	!	!	!	!
	Coinvolgere in modo stabile un familiare o caregiver nel percorso educativo e terapeutico	146	<ul style="list-style-type: none"> · Coinvolgere il familiare e il caregiver nei percorsi educativi su gestione della terapia e uso corretto del SMBG · Motivare il familiare e il caregiver sull'importanza del raggiungimento degli obiettivi · Potenziare il supporto sociale e familiare / utilizzare i servizi sociali 			!					
	Ottimizzare l'approccio terapeutico globale	125	<ul style="list-style-type: none"> · Prestare massima attenzione al paziente anziano · Personalizzare il target glicemico e la terapia farmacologica · Tenere sotto controllo la variabilità glicemica · Migliorare anche i target extraglicemici (altre comorbidità) che peggiorano la fragilità 	!	!	!	!	!	!	!	!
	Migliorare gli aspetti organizzativi	49	<ul style="list-style-type: none"> · Valutare in modo più sistematico le comorbidità del paziente · Collaborare con altri specialisti per la condivisione dei dati (uso delle cartelle cliniche informatizzate) · Gestire in modo integrato le patologie croniche concomitanti · Maggiore formazione professionale 	!	!	!	!	!	!	!	!
POLITE-R A P I A (MEDICO)	Ottimizzare la terapia farmacologica	285	<ul style="list-style-type: none"> · Puntare sulla sicurezza dei farmaci in termini di ipoglicemie e rischio cardiovascolare <ul style="list-style-type: none"> - Semplificare la terapia: - Riducendo il più possibile il numero di farmaci prescritti («riconciliazione terapeutica») - Utilizzando associazioni precostituite - Utilizzando le formulazioni long-acting - Limitare uso di farmaci per via iniettiva - Migliorare l'aderenza al trattamento e al SMBG - Personalizzare gli obiettivi glicemici 	!	!	!	!	!	!	!	!
	Migliorare le conoscenze dei medici sulle interazioni tra farmaci	80	<ul style="list-style-type: none"> · Ricevere maggiore formazione sulle interazioni tra farmaci (necessità di maggiori evidenze scientifiche) · Utilizzare applicazioni per conoscere real-time le interazioni farmacologiche 	!	!	!	!	!	!	!	!

	Migliorare l'ero-gazione degli in-terventi educativi per aumentare le conoscenze del paziente ed il suo coinvolgimento nel percorso di cura (alleanza te-rapeutica)	78	<ul style="list-style-type: none"> · Far comprendere correttamente i benefici e i rischi della terapia · Educare il paziente ed il caregiver in modo co-stante anche su dieta e SMBG · Lavorare in team · Personalizzare gli obiettivi 	!	!	!	!	!	!	!	!
	Ampliare / rive-dere / abolire il piano terapeutico e i criteri di rimborsabilità dei nuovi farmaci	31	<ul style="list-style-type: none"> · Lasciare maggiore libertà al medico nel perso-nalizzare il limite di HbA1c per la prescrizione dei nuovi farmaci · Adeguare i criteri AIFA alle nuove evidenze scientifiche 	!		!		!		!	
POLITE-R A P I A (PAZIEN-TE)	Semplificare la gestione della terapia	287	<ul style="list-style-type: none"> · Utilizzare solo i farmaci strettamente necessa-ri, specie negli anziani (deprescription) · Prescrivere schemi terapeutici che meglio possibile si adattano alle abitudini e ai ritmi quotidiani · Utilizzo ove possibile di associazioni precosti-tuite, farmaci long-acting, con schemi di som-ministrazione flessibili · Limitare l'uso del SMBG in modo da avere informazioni sui trend glicemici ma senza im-patto negativo sulla qualità di vita 	!	!	!	!	!	!	!	!
	Agire sulla moti-vazione / comu-nicazione con il paziente	85	<ul style="list-style-type: none"> · Aumentare la motivazione sia nel paziente che nel familiare / caregiver · Spiegare perché è importante migliorare il compenso glicemico · Spiegare i benefici e i rischi della terapia · Sdrammatizzare il compito a casa 	!	!	!	!	!	!	!	!
	Migliorare gli aspetti educa-tivi	80	<ul style="list-style-type: none"> · Addestrare correttamente il paziente alla ge-sterione della terapia · Verificare ad ogni visita il grado di appren-di-mento · Aiutare il paziente ad adattare la terapia all'at-tività quotidiana / lavorativa · Dare informazioni al familiare / caregiver su come supportare il paziente nella gestione quotidiana della terapia · Utilizzare supporti tecnologici (sistemi di re-minder o timer) 	!	!	!	!	!	!	!	!
	Migliorare gli aspetti organiz-zativi	31	<ul style="list-style-type: none"> · Permettere con maggiore facilità la rivaluta-zione a breve dei pazienti · Utilizzare strumenti tecnologici per aumenta-re efficienza gestionale 								
	Stimolare l'attu-dine del medico al cambiamento	11	<ul style="list-style-type: none"> · Aumentare la «plasticità» del medico verso il cambiamento 								
INERZIA CLINICA	Migliorare gli aspetti organiz-zativi	192	<ul style="list-style-type: none"> · Aumentare il tempo e la qualità della visita, ridurre il carico del numero delle visite · Potenziare il personale, rendere disponibile un team diabetologico in tutti i centri che va-lorizzi il ruolo dell'infermiere di diabetologia · Consentire percorsi assistenziali con visite se-quenziali in base alle necessità dei pazienti · Utilizzare la cartella clinica elettronica per consentire la revisione periodica della propria pratica (audit clinico per misurare la propria inerzia e migliorare) · Utilizzare sistemi di telemedicina riconosciuti per migliorare il follow-up del paziente e ga-rantire la continuità assistenziale · Snellire la burocrazia (abolire i piani terapeutici) per aumentare il tempo per la clinica 								

Stimolare l'attitudine del medico al cambiamento	138	<ul style="list-style-type: none"> · Aumentare la cultura del medico attraverso corsi di formazione · Rinforzare la motivazione del medico sull'importanza di contrastare l'inerzia · Non temporeggiare di fronte ad un paziente che necessita di revisione della terapia, ma porsi subito obiettivi realistici raggiungibili in tempi accettabili · Valutare il paziente in modo globale, non solo dal punto di vista della glicemia · Organizzare al meglio il lavoro in team, senza farsi demotivare dai problemi organizzativi 	!	!	!	!	!	!	!	!
Agire sulla motivazione / comunicazione con il paziente	68	<ul style="list-style-type: none"> · Mettere il paziente al centro della professione · Comunicare con empatia · Creare un rapporto di fiducia con il paziente · Personalizzare la terapia 	!	!	!	!	!	!	!	!
Semplificare la gestione della terapia	52	<ul style="list-style-type: none"> · Utilizzare farmaci sicuri e con benefici extraglicemici per: <ul style="list-style-type: none"> - Ridurre la paura dell'ipoglicemia - Ridurre il rischio cardiovascolare con ricadute prospettiche positive sul paziente e sul SSN 	!	!	!	!	!	!	!	!
Ampliare / rivedere / abolire il piano terapeutico e i criteri di rimborsabilità dei nuovi farmaci	43	<ul style="list-style-type: none"> · Lasciare maggiore libertà al medico per prescrizioni evidence-based · Aiutare il medico a risparmiare tempo durante la visita, con meno burocrazia e più attenzione alla clinica e all'educazione terapeutica 								

Il “!” indica un fenotipo in cui la soluzione è altamente applicabile e quindi particolarmente prioritaria (voto medio >=8).
 Abbreviazioni: SMBG (Self-monitoring of blood glucose): automonitoraggio glicemico domiciliare

percorso di cura, è riconosciuto come un passo fondamentale per migliorare l'aderenza al trattamento e la gestione del rischio di ipoglicemia. Chiaramente gli interventi educativi sono risultati più applicabili nei soggetti di età più giovane, ma il coinvolgimento di un caregiver è considerato un punto chiave per la gestione dell'inerzia clinica nel paziente anziano e dovrebbe diventare, secondo i partecipanti, un approccio sistematico.

Quando le risorse e gli strumenti per l'educazione terapeutica strutturata fossero inadeguati, è importante in ogni caso agire sulla motivazione/comunicazione con il paziente, spiegando in termini adeguati perché è importante migliorare il compenso glicemico, illustrando i benefici e i rischi della terapia e, interessante spunto di riflessione, imparando a “sdrammatizzare il compito a casa”, riducendo così il carico emotivo della malattia cronica. Scarsa compliance, difficoltà di gestione della politerapia da parte del paziente e inerzia clinica sono barriere che possono essere almeno parzialmente superate puntando su nuove modalità di comunicazione efficace con il paziente, sulle quali però molti operatori dichiarano di necessitare di maggiore formazione. Migliorare gli aspetti organizzativi è un punto chiave

per il superamento dell'inerzia clinica e lo è in modo trasversale in tutti i fenotipi considerati. Aumentare il tempo e la qualità delle visite, rendere disponibile un team diabetologico in tutti i centri in cui venga valorizzato il ruolo dell'infermiere di diabetologia, utilizzare tecnologie che agevolino il lavoro (cartelle cliniche elettroniche, sistemi di telemedicina, app sulle interazioni tra i farmaci) e snellire la burocrazia per aumentare il tempo da dedicare alla clinica sono considerate criticità paradigmatiche alla base dell'inerzia oggi registrata. La necessità di “ampliare / rivedere / abolire il piano terapeutico” è percepita come una soluzione prioritaria, per lasciare ai clinici la possibilità di prescrivere i nuovi farmaci in un'ottica di evidence-based medicine più che di rimborsabilità.

Infine, stimolare l'attitudine del medico al cambiamento, aumentandone la formazione e la motivazione sull'importanza di contrastare l'inerzia, la capacità di comunicare e di organizzare il lavoro in team, l'attitudine ad una valutazione globale, e non solo metabolica, della complessità/fragilità del paziente è un altro aspetto rilevante delle soluzioni proposte.

In aggiunta, la raccolta di casi clinici ha permesso di caratterizzare i pazienti dei diversi fenotipi anche in termini

ni di altre caratteristiche socio-demografiche e cliniche oltre ad età, HbA1c e funzionalità renale, di valutarne l'aderenza al trattamento e alla self-care e di caratterizzare le barriere effettivamente riscontrabili all'intensificazione terapeutica nella normale pratica clinica. Molto importante: non sono emerse da questa raccolta di informazioni su casi reali barriere aggiuntive rispetto a quelle emerse nella prima fase dai tavoli di discussione, validando il lavoro svolto nel ciclo di incontri.

Conclusioni

Il progetto SELFIE 2.0 ha permesso di formalizzare in un'analisi quali/quantitativa le barriere e le possibili soluzioni percepite dai diabetologi sul tema dell'inerzia terapeutica nel diabete di tipo 2, alla luce della disponibilità di nuove opzioni terapeutiche efficaci e sicure.

Da questa analisi sono emersi spunti culturali e proposte di soluzione. Implementare queste soluzioni, monitorare la loro adozione e misurare i risultati ottenuti sul breve e sul medio-lungo periodo, puntando simultaneamente sulla formazione dei pazienti e degli operatori sanitari, è una sfida per l'intera comunità diabetologica, per migliorare le prestazioni erogate e gli esiti dell'assistenza.

Bibliografia

1. Report ARNO Diabete (<http://arno.cineca.it/>).
2. Annali AMD 2018 (<http://aemmedi.it/annali-amd/>).
3. Diabetes Obes Metab. 2018;20:427-437.
4. JAMD | www.jamd.it | ISSN 2532-4799 (online) | ISSN 2036-363X (print) vol. 21-2.