Il dr. Domenico Cucinotta dichiara di aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti dalle seguenti Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche:

- Eli Lilly
- NovoNordisk
- Sanofi



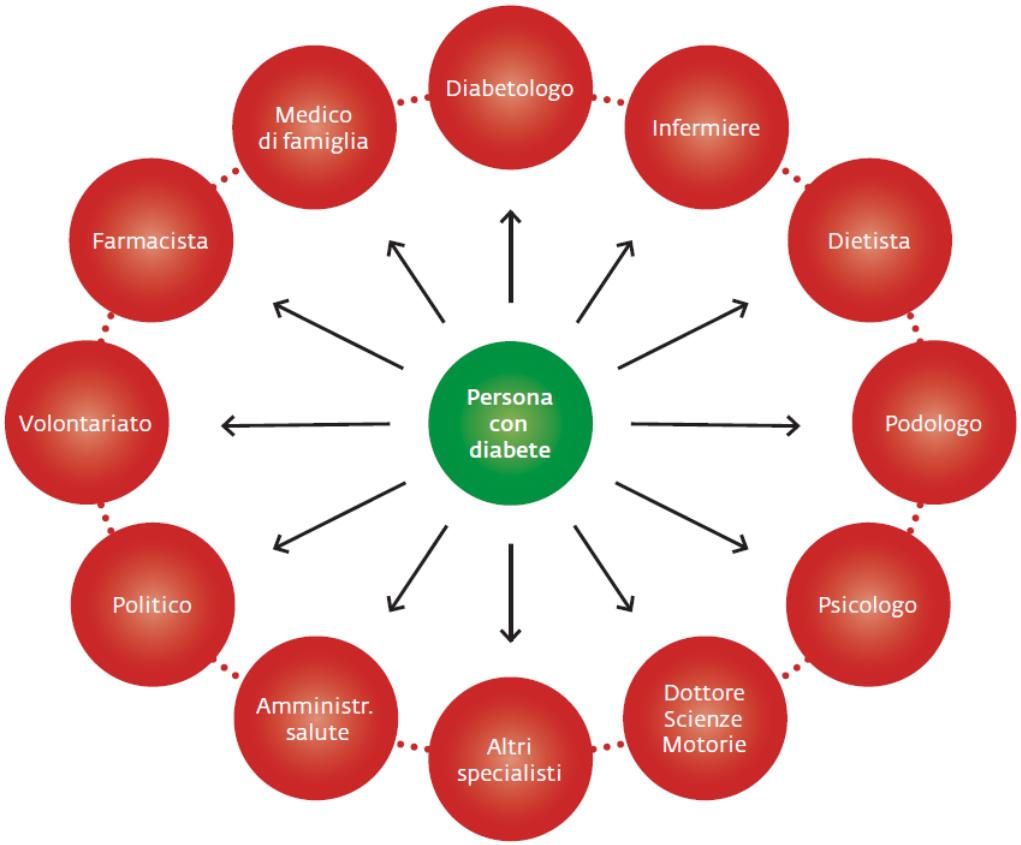
PERCORSI MULTIDISCIPLINARI

Il paziente adulto all'esordio

Domenico Cucinotta (Messina)

Il diabete in Italia

a cura di Enzo Bonora e Giorgio Sesti



Percorsi multidisciplinari o multiconfusionari?

Outlook

- Chi?
- Cosa?
- Chi fa cosa?

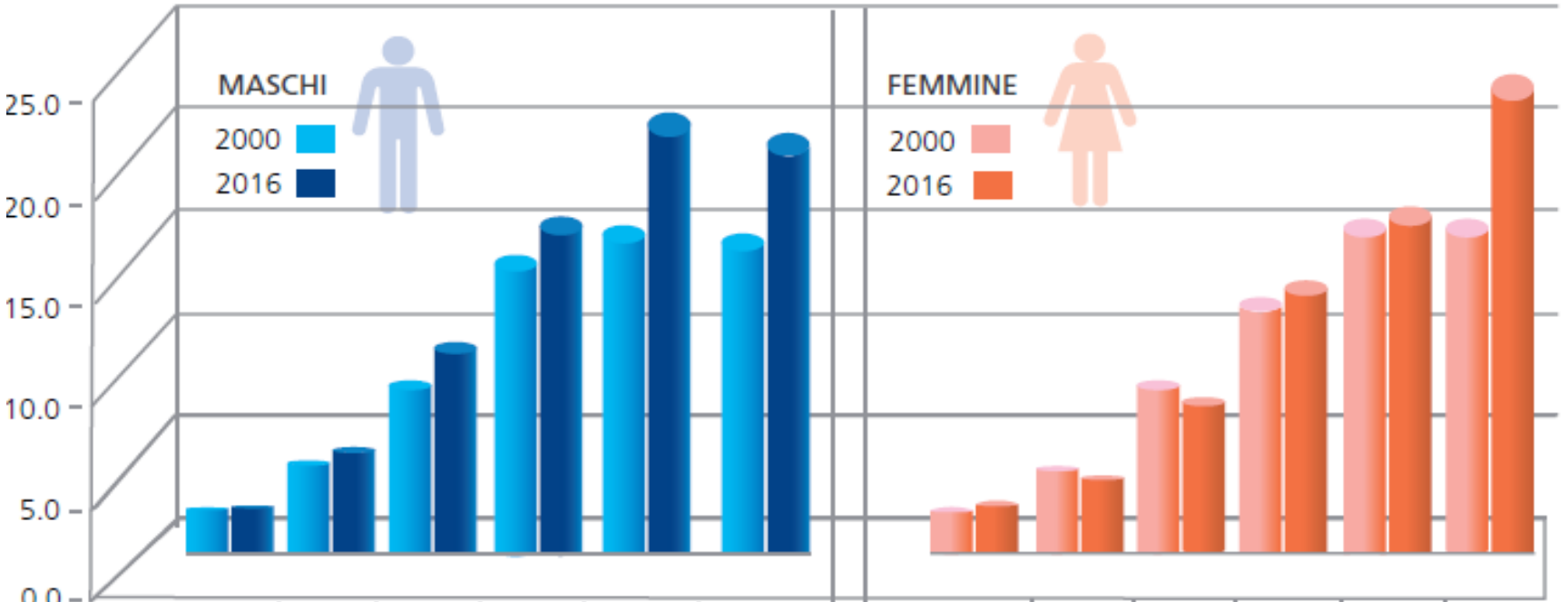
Chi?


ITALIAN
DIABETES & OBESITY
BAROMETER REPORT
Facts and Figures
about obesity diabetes
type 2 in Italy 2017
ITALIAN DIABETES MONITOR
Editors in chief:
Renato Lauro
Giuseppe Novelli
ITALIAN DIABETES & OBESITY
BAROMETER REPORT
Coordinator:
Domenico Cucinotta

3 MILIONI E 200 MILA PERSONE CON DIABETE (5,3% della popolazione italiana – 3,8% nel 2000)

11th Italian Diabetes & Obesity Barometer Report

Prevalenza del diabete* per sesso e classi di età

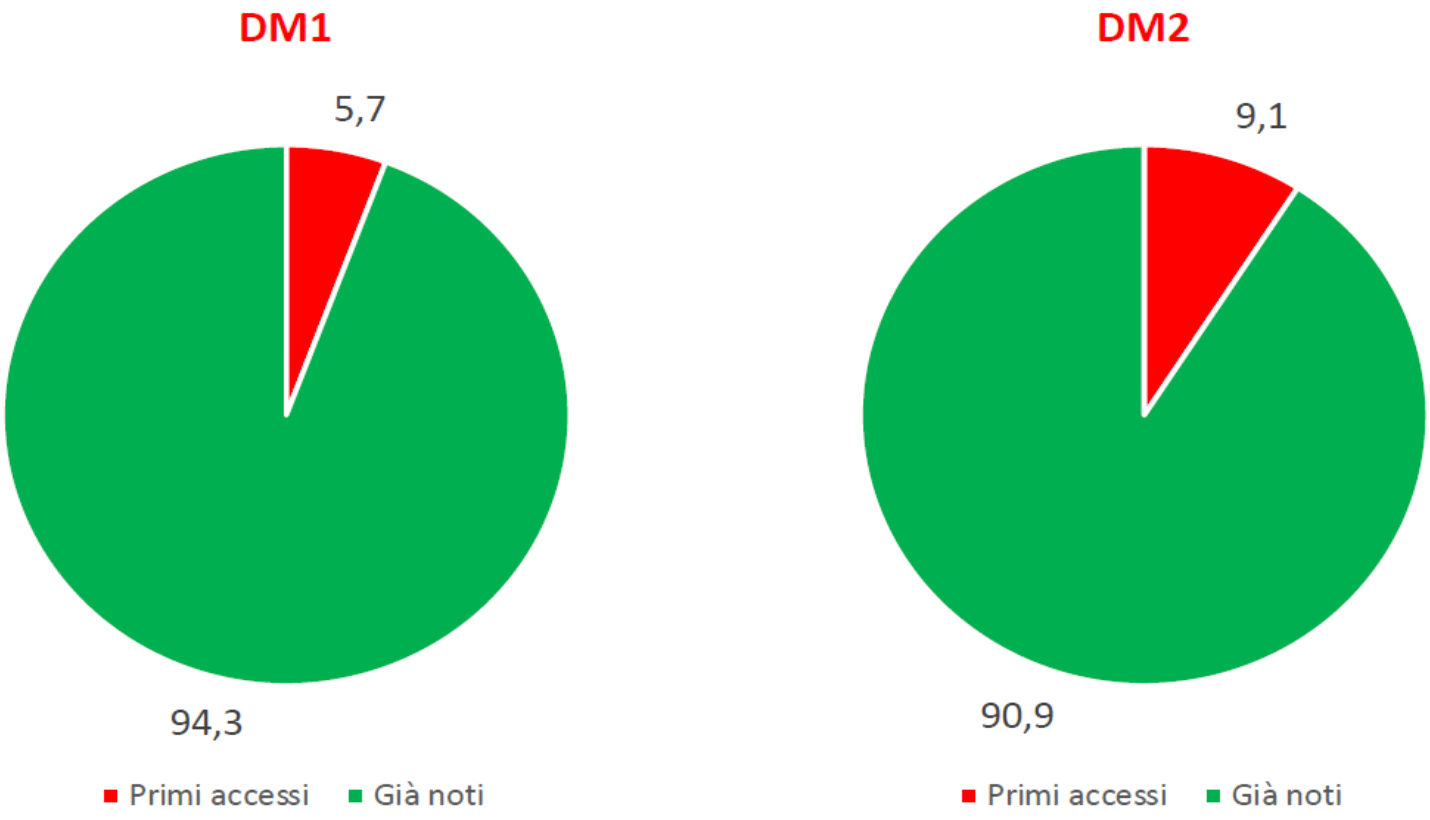


	Fino a 44	45-54	55-64	65-74	75-79	80 e oltre
2000	0.5	2.9	6.8	13.2	14.9	14.4
2016	0.6	3.5	8.8	15,2	20.4	19.4

	Fino a 44	45-54	55-64	65-74	75-79	80 e oltre
2000	0,4	2,6	6,7	11,0	15,0	14,9
2016	0,7	2,1	5,9	11,9	15,3	21,9

* Riferita alle persone che dichiarano di essere affette da diabete

Primi accessi (%)



All’incirca 300.000 nuove diagnosi (primi accessi)/anno

Tabella 1 ◆ Numero di centri ospedalieri e territoriali per la cura del diabete nelle Regioni italiane.

Regione	Nr abitanti°	Provincie/ Città Metropolitane	Nr centri Ospedale	Nr centri Territorio	Centri Convenzionati
Sicilia	5.092080	9	50	48	4
Sardegna	1.663.286	8	28	16	--
Calabria	1.976.631	5	13	16	1
Puglia	4.090.105	6	29	63	3^
Basilicata	576.619	2	3	2	--
Molise	313.348	2	4	1	--
Campania	5.861.529	5	30	76	15
Abruzzo	1.331.574	4	20	7	--
Umbria	894.762	2	9	10	--
Lazio	5.892.425	5	66	39	10^
Toscana	3.752.654	10	45	7	--
Marche	1.550.796	5	9	2	1^
Emilia-Romagna	4.450.508	9	53	29	3^
Liguria	1.583.263	4	20	16	3
Piemonte	4.424.467	8	46	53	--
Valle d'Aosta	128.298	1	1	3	--
Lombardia	10.002.615	12	107	25	22^
Veneto	4.927.596	7	47	10	--
Trentino - Alto Adige	1.055.934	2	11	3	--
Friuli - Venezia Giulia	1.227.122	4	13	10	1^

° dati ISTAT aggiornati al 01/01/2015; ^ il numero include gli IRCCS.

Totale: 1103

SID: Il diabete in Italia, 2016

Cosa?



3. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: *Standards of Medical Care in Diabetes—2018*

American Diabetes Association

Diabetes Care 2018;41(Suppl. 1):S28–S37 | https://doi.org/10.2337/dc18-S003

		INITIAL VISIT
PAST MEDICAL AND FAMILY HISTORY	**Diabetes history** ▪ Characteristics at onset (e.g., age, symptoms) ▪ Review of previous treatment regimens and response ▪ Assess frequency/cause/severity of past hospitalizations	 ✓ ✓ ✓
	Family history ▪ Family history of diabetes in a first-degree relative ▪ Family history of autoimmune disorder	 ✓ ✓
	Personal history of complications and common comorbidities ▪ Macrovascular and microvascular ▪ Common comorbidities ▪ Presence of hemoglobinopathies or anemias ▪ High blood pressure or abnormal lipids ▪ Last dental visit ▪ Last dilated eye exam ▪ Visits to specialists	 ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
	Interval history ▪ Changes in medical/family history since last visit	
SOCIAL HISTORY	**Assess lifestyle and behavior patterns** ▪ Eating patterns and weight history ▪ Sleep behaviors and physical activity ▪ Familiarity with carbohydrate counting in type 1 diabetes ▪ Tobacco, alcohol, and substance use ▪ Identify existing social supports	 ✓ ✓ ✓ ✓ ✓
	Interval history ▪ Changes in social history since last visit	

MEDICATIONS AND VACCINATIONS	▪ Medication-taking behavior ▪ Medication intolerance or side effects ▪ Complementary and alternative medicine use ▪ Vaccination history and needs	✓ ✓ ✓ ✓
TECHNOLOGY USE	▪ Assess use of health apps, online education, patient portals, etc. ▪ Glucose monitoring (meter/CGM): results and data use ▪ Review insulin pump settings	✓ ✓ ✓
SCREENING	**Psychosocial conditions** ▪ Screen for depression, anxiety, and disordered eating; refer for further assessment or intervention if warranted ▪ Consider assessment for cognitive impairment*	✓ ✓
	Diabetes self-management education and support ▪ History of dietitian/diabetes educator visits ▪ Screen for barriers to diabetes self-management ▪ Refer or offer local resources and support as needed	✓ ✓ ✓
	Hypoglycemia ▪ Timing of episodes, awareness, frequency and causes	✓
	Pregnancy planning ▪ For women with childbearing capacity, review contraceptive needs and preconception planning	✓

PHYSICAL EXAMINATION	▪ Height, weight, and BMI; growth/pubertal development in children and adolescents	✓
	▪ Blood pressure determination	✓
	▪ Orthostatic blood pressure measures (when indicated)	✓
	▪ Fundoscopic examination (refer to eye specialist)	✓
	▪ Thyroid palpation	✓
	▪ Skin examination (e.g., acanthosis nigricans, insulin injection or insertion sites, lipodystrophy)	✓
	▪ Comprehensive foot examination	
	• Visual inspection (e.g., skin integrity, callous formation, foot deformity or ulcer, toenails)	✓
	• Screen for PAD (pedal pulses; refer for ABI if diminished)	✓
	• Determination of temperature, vibration or pinprick sensation, and 10-g monofilament exam	✓
LABORATORY EVALUATION	▪ A1C, if the results are not available within the past 3 months	✓
	▪ If not performed/available within the past year	
	• Lipid profile, including total, LDL, and HDL cholesterol and triglycerides[#]	✓
	• Liver function tests[#]	✓
	• Spot urinary albumin-to-creatinine ratio	✓
	• Serum creatinine and estimated glomerular filtration rate[†]	✓
	• Thyroid-stimulating hormone in patients with type 1 diabetes[#]	✓
	• Vitamin B12 if on metformin (when indicated)	✓
	• Serum potassium levels in patients on ACE inhibitors, ARBs, or diuretics[†]	✓
ASSESSMENT AND PLAN	**Goal setting**	
	▪ Set A1C/blood glucose target and monitoring frequency	✓
	▪ If hypertension diagnosed, establish blood pressure goal	✓
	▪ Incorporate new members to the care team as needed	✓
	▪ Diabetes education and self-management support needs	✓
	Cardiovascular risk assessment and staging of CKD	
	▪ History of ASCVD	✓
	▪ Presence of ASCVD risk factors (see Table 9.2)	✓
	▪ Staging of CKD (see Table 10.1)[†]	✓
	Therapeutic treatment plan	
	▪ Lifestyle management	✓
	▪ Pharmacologic therapy	✓
	▪ Referrals to specialists (including dietitian and diabetes educator) as needed	✓
	▪ Use of glucose monitoring and insulin delivery devices	✓

Il libro dei sogni?

AMD
ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI
1974
ANNO DI FONDAZIONE

SID
Società Italiana di Diabetologia

STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DIABETE MELLITO

2018

Tabella 4.A1. Valutazione iniziale del paziente diabetico.

ANAMNESI FAMILIARE

- Familiarità per diabete, obesità, ipertensione arteriosa, dislipidemia, malattie cardiovascolari, altre malattie endocrine
- Presenza di diabete in almeno tre generazioni di soggetti nel pedigree familiare (ereditarietà autosomica dominante)

ANAMNESI FISIOLOGICA

- Attività fisica praticata
- Attività lavorativa (con particolare riferimento a soggetti turnisti e stress lavorativo)
- Stile di vita e fattori culturali, psicosociali, educativi ed economici che possono influenzare la gestione del diabete
- Utilizzo di tabacco, alcolici, sostanze stupefacenti
- Valutazione delle abitudini alimentari e dello stato nutrizionale, anamnesi ponderale, crescita e sviluppo in bambini e adolescenti
- Contraccezione, anamnesi sessuale e della riproduzione

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

- Storia e terapia di altre patologie, incluse quelle endocrine, i disturbi del comportamento alimentare e i trapianti
- Fattori di rischio cardiovascolare: fumo, ipertensione, obesità, dislipidemia
- Valori precedenti di glicemia e HbA1c
- Frequenza, gravità e cause di complicanze acute, come chetoacidosi e ipoglicemia
- Valutazione in dettaglio dei precedenti programmi terapeutici, della dieta prescritta, del grado di educazione all'autogestione del diabete e dell'approccio verso la malattia

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

- Età di insorgenza
- Sintomi in relazione alla diagnosi di diabete
- Sintomi riferibili a patologie che possono causare diabete secondario (per es.: emocromatosi, malattie pancreatiche)
- Trattamento attuale del diabete: farmaci, piano alimentare, autocontrollo
- Controllo metabolico mantenuto senza insulina per oltre 2 anni
- Infezioni precedenti o attuali, a carico di cute, piedi, denti o apparato genitourinario
- Sintomi o trattamenti in atto delle complicanze del diabete, a carico di: occhi, reni, nervi periferici, apparato genitourinario (incluse le patologie sessuali), vescica, funzione gastrointestinale (inclusa la malattia celiaca nel diabete tipo 1), cuore, apparato cardiovascolare, piedi
- Utilizzo di farmaci che possano interferire con i livelli glicemici
- Valutazione dei disturbi dell'umore

ESAME OBIETTIVO

- Altezza e peso (in relazione con i parametri normali per età nel bambino e nell'adolescente)
- Circonferenza addominale
- Maturazione sessuale (se in peripubertà)
- Pressione arteriosa in clino- e ortostatismo (confronto con i parametri normali per l'età nel bambino e nell'adolescente)
- Esame oftalmoscopico del fundus
- Esame del cavo orale
- Palpazione tiroidea
- Semeiotica cardiaca e polmonare
- Palpazione addominale (per evidenziare epatomegalia)
- Valutazione dei polsi con palpazione e auscultazione per la ricerca di eventuali soffi vascolari
- Esame dei piedi
- Esame della cute (in particolare nei siti di iniezione insulinica)
- Esame neurologico con valutazione dei riflessi osteotendinei e delle soglie sensitive della percezione pressoria, vibratile, termica e dolorifica

ESAMI DI LABORATORIO

- Glicemia a digiuno e HbA1c
- Profilo lipidico a digiuno, comprendente colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi e colesterolo LDL
- Test di funzionalità epatica ed eventuali approfondimenti nel sospetto di steatosi o epatite
- Microalbuminuria in tutti i casi di diabete tipo 2 e nei tipo 1 con durata di malattia >5 anni
- Creatininemia (nel bambino solo in presenza di proteinuria) e stima della filtrazione glomerulare
- Nel diabete tipo 1 alla diagnosi: screening di tiroidite autoimmune e malattia celiaca: TSH, FT4, anticorpi antitiroide, EMA o antitransglutaminasi*, IgA
- Autoanticorpi anti-insulina, e/o anti-GAD e/o anti-IA2 e/o anti-ZnT8 se necessario per la corretta classificazione del tipo di diabete
- Esame delle urine per valutare chetonuria, proteinuria e sedimento

La parola magica: *gestione integrata!*

AMD
Associazione Medici Diabetologi

SIMG
Società Italiana di Medicina Generale

SID
Società Italiana di Diabetologia

L'ASSISTENZA AL PAZIENTE DIABETICO: RACCOMANDAZIONI CLINICHE ED ORGANIZZATIVE DI AMD-SID-SIMG

2001

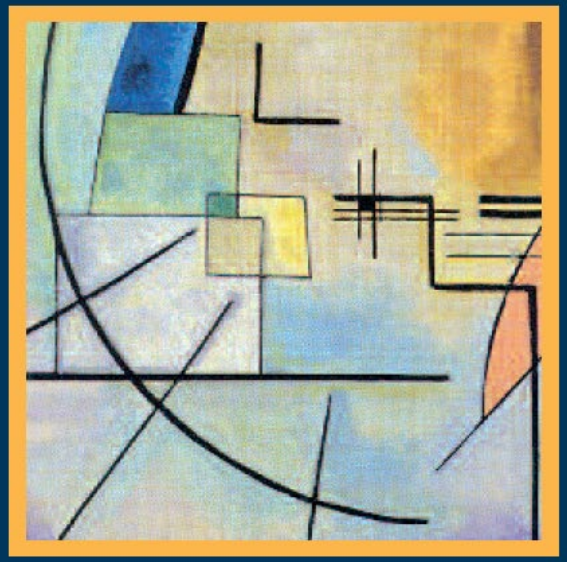
Dall'assistenza integrata al team diabetologico e al Disease Management della malattia diabetica

PROGETTO IGEA

GESTIONE INTEGRATA

del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto

Documento di indirizzo



Il Pensiero Scientifico Editore

2008

AMD
ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI
1974
ANNO DI FONDAZIONE



SIMG
Società Italiana di Medicina Generale

SID

DOCUMENTO DI INDIRIZZO POLITICO E STRATEGICO PER LA BUONA ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE

Questo documento nasce dalla storica collaborazione tra la diabetologia e la medicina generale iniziata negli anni '90, e orientata a creare le condizioni necessarie per migliorare la qualità dell'assistenza alle persone con diabete integrando i diversi livelli assistenziali.

2010



Diabete mellito di tipo 2 – Classi di intensità di cura (AMD-SID-SIMG 2010)

Classe 2 pazienti che presentano una complicanza acuta in atto e che necessitano di un intervento specialistico urgente, anche in regime di ricovero, ma che non sono in immediato pericolo di vita e\o di disabilità (es: piede in gangrena, dialisi, angioplastica, grave scompenso metabolico senza coma, recente e grave episodio di ipoglicemia con perdita di coscienza ma successivo recupero, paziente diabetico ricoverato in reparto non di terapia intensiva, ecc);

Non idoneo alla gestione integrata - Da rivedere a breve termine

Classe 3 pazienti che richiedono un intervento specialistico o multidisciplinare non urgente, ma comunque indifferibile :

- diabetico di nuova diagnosi per il quale è necessaria la definizione diagnostica e\o l'inquadramento terapeutico e\o un intervento di educazione terapeutica strutturata (vedi documento Allegato 1);
- diabete in gravidanza (diabete gestazionale e gravidanza in diabetica nota);
- paziente con complicanza acuta in atto (es: ulcera piede senza infezione, retinopatia proliferante (PDR), controllo metabolico molto instabile);
- pazienti diabetici da sottoporre allo screening annuale delle complicanze micro e macrovascolari.

Idoneo alla gestione integrata - Da rivedere presso la struttura specialistica dopo 15-30 giorni

Classe 4 pazienti diabetici con compenso metabolico instabile; non a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare; ad alto rischio di evoluzione rapida verso una qualsiasi complicanza; pazienti che hanno avuto un evento cardiovascolare recente; piede diabetico senza ulcera.

Idoneo alla gestione integrata - Da rivedere presso la struttura specialistica dopo 30-60 giorni

Classe 5 Pazienti diabetici stabili, in buon compenso metabolico (HbA1c<7,0%) ed a target per i vari fattori di rischio cardiovascolare, senza complicanze evolutive in atto.

Idoneo alla gestione integrata - Da rivedere presso la struttura specialistica dopo 6-12 mesi

Tabella 4.O1 Modalità organizzative per la gestione integrata del diabete tipo 2 nell'adulto

• Il paziente è inviato al Centro diabetologico per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della malattia, che comprende la chiara indicazione degli obiettivi da raggiungere, dei mezzi adeguati allo scopo e delle motivazioni che rendono necessario un follow-up per tutta la vita.
• Il paziente viene seguito in modo attivo, secondo una medicina di iniziativa, da parte del proprio MMG, al fine di garantire il raggiungimento e il mantenimento degli obiettivi stabiliti.
• Il paziente effettua una visita generale almeno ogni 6 mesi presso l'MMG.
• Il paziente effettua una valutazione complessiva presso la struttura diabetologica almeno una volta l'anno, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto e stabile e non sono presenti gravi complicanze.
• Il paziente accede, inoltre, al Centro diabetologico per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità.

MMG, medico di medicina generale.

Allegato 1

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana

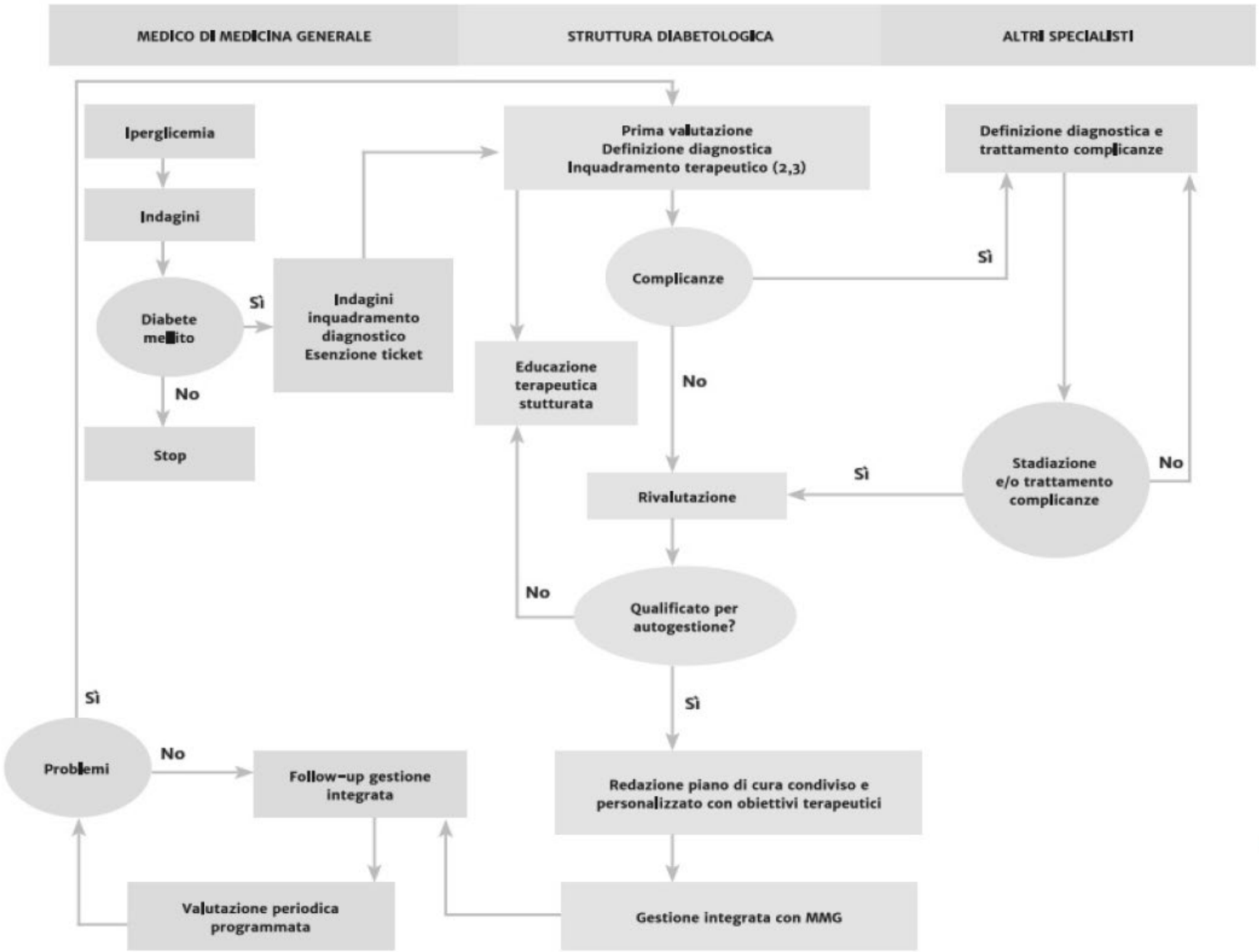
ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Servizio 8 – "Programmazione territoriale ed integrazione socio-sanitaria"

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la Gestione Integrata delle Persone con Diabete Mellito dell'Età Adulta

Floow chart gestione integrata Diabete tipo 2



7.6 Percorso assistenziale e organizzativo in persone con Diabete Mellito

PRIMA VALUTAZIONE E IMPOSTAZIONE DELLA CURA DA PARTE DEL MMG: DIABETE NEODIAGNOSTICATO	Il MMG: • Prescrive le indagini per il 1° inquadramento diagnostico: • HbA1c, glicemia a digiuno. • Colesterolemia totale, HDL, Trigliceridemia, LDL. • Parametrici epatici. • Creatininemia. • Microalbuminuria nelle 24 ore o rapporto albumina/creatinina (A/C mg/gr) su urine del mattino. • ECG. • Fundus oculi. • Imposta il piano di cura mediante: • prescrizione personalizzata degli stili di vita; • prescrizione della terapia farmacologia (nel diabete tipo 2 in genere la metformina se non controindicata); • pianificazione del follow-up; • educazione sanitaria
INVIO AL CENTRO DIABETOLOGICO: DMT1 IN ETA' ADULTA O DMT2 NEODIAGNOSTICATO O DIABETE DELLE CLASSI DI INTENSITA' DI CURA 3 e 4	Il MMG in caso diabete di tipo 1 o tipo 2 all'esordio o diabete complicato invia il paziente al C.D. che effettua la prima valutazione di 2° livello. In base alle condizioni cliniche ed alle caratteristiche, il Centro diabetologico: • propone al MMG il follow-up del diabete tipo 2 non complicato; • approntа, in accordo con il MMG, il piano personalizzato per i diabetici tipo 1 in età adulta e/o Tipo 2 in trattamento insulinico e/o con complicanze e/o con controllo inadeguato.

?

INDICAZIONI GENERALI
PER UNA EFFICACE COMUNICAZIONE TRA MMG E SPECIALISTA

- Sia il MMG che gli Specialisti esplicitano i loro orari e recapiti telefonici per facilitare contatti ed effettuare consulenze tra loro.
- Gli stessi MMG e gli specialisti esplicitano altresì l'indirizzo di posta elettronica da utilizzare per contatti/ consulenze.
- In situazioni particolari, quali le urgenze e comunque tutti gli accertamenti non programmati, è auspicabile la comunicazione diretta tra MMG e specialista.
- Un efficace sistema informativo è indispensabile per garantire la comunicazione, lo scambio di informazioni tra i diversi professionisti coinvolti nel processo assistenziale, in particolare tra diabetologo e medico di medicina generale.
- Adottare un sistema informativo che permettesse di mettere in comune, in maniera omogenea, in un unico database, tutti i dati clinici e gestionali, al fine di rendere veramente efficace il coordinamento tra i diversi operatori e quindi la continuità assistenziale

O. ASSISTENZA INTEGRATA DEL PAZIENTE CON DIABETE

Il disease-management della malattia diabetica permette di migliorare il compenso glicemico.

III A

Il raggiungimento degli obiettivi di cura della malattia diabetica richiede la partecipazione attiva, con il consenso informato, del paziente all'offerta di programmi di diagnosi e cura, realizzati sulla base di attività di dimostrata efficacia nell'ambito di percorsi assistenziali, in una rete integrata, pluridisciplinare e pluriprofessionale, organizzata e con l'adesione congiunta e responsabile del team diabetologico, del medico di medicina generale e più in generale della medicina territoriale. *III B*

È auspicabile un'adeguata informatizzazione delle strutture direttamente coinvolte nell'assistenza al paziente con diabete con modalità di archiviazione dei dati essenziali comune per formato e tracciato al fine di consentire una maggior condivisione dei dati e la formulazione e l'utilizzo di indicatori clinici. *VI B*

Le persone affette da diabete devono essere periodicamente sottoposte a visita presso i centri diabetologici allo scopo di ridurre il rischio di mortalità per tutte le cause. *III A*

Deve essere consultato un team o uno specialista diabetologo nel caso di diabete di nuova diagnosi, diabete insulino-trattato, cattivo controllo glicemico, gravidanza in donna con diabete noto o diabete gestazionale, presenza di complicanze acute o di complicanze croniche in evoluzione. *III B*

Bei paroli, bei frasi… (Nino Frassica, 1987 ca.)

Una voce diversa.....



Figura 8 Per tutte le questioni inerenti alla gestione del diabete quale è la figura o le figure alla quale fa riferimento

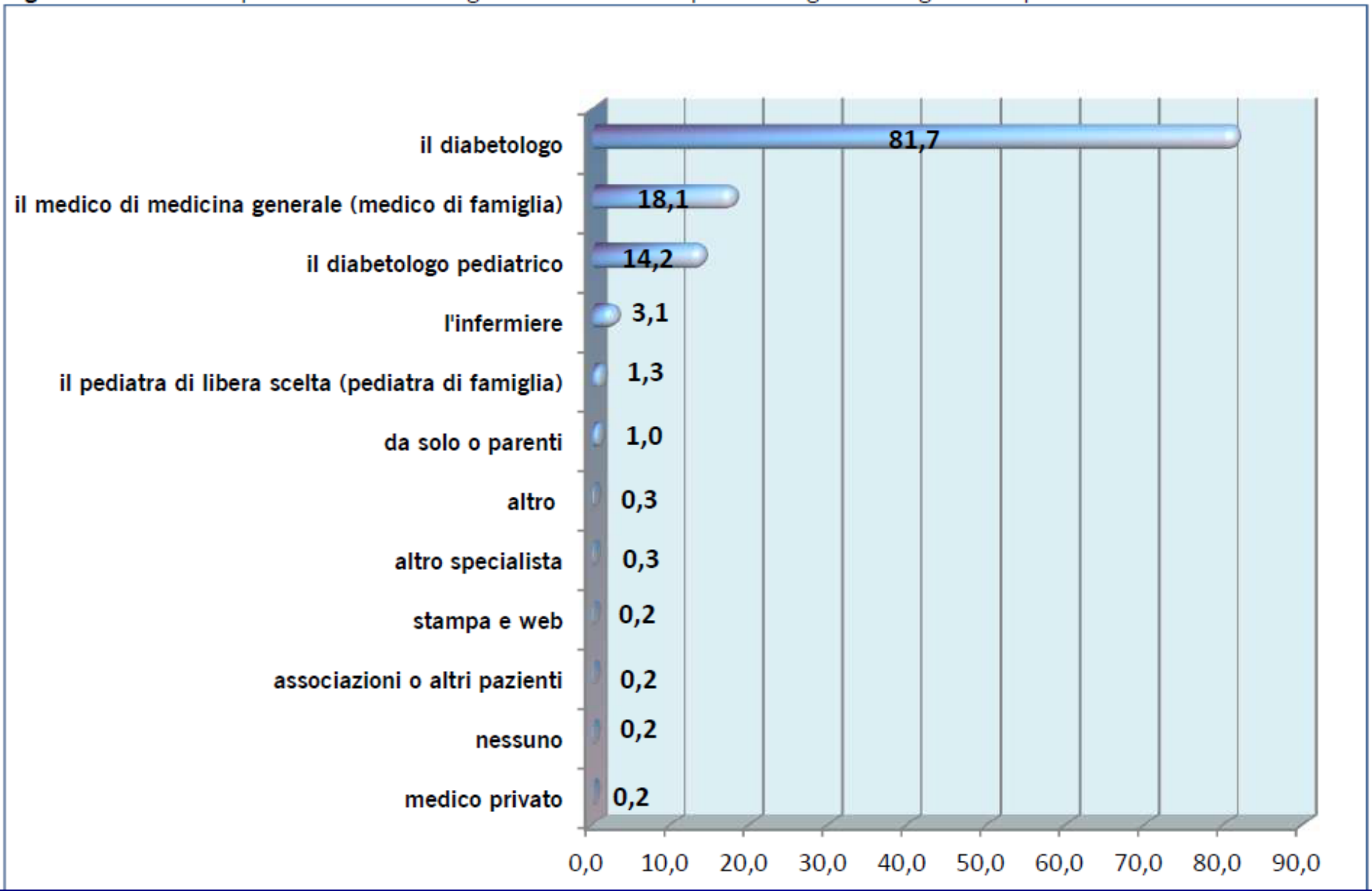


Figura 11 Esiste una forma di integrazione/raccordo fra lo specialista ed il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera scelta?

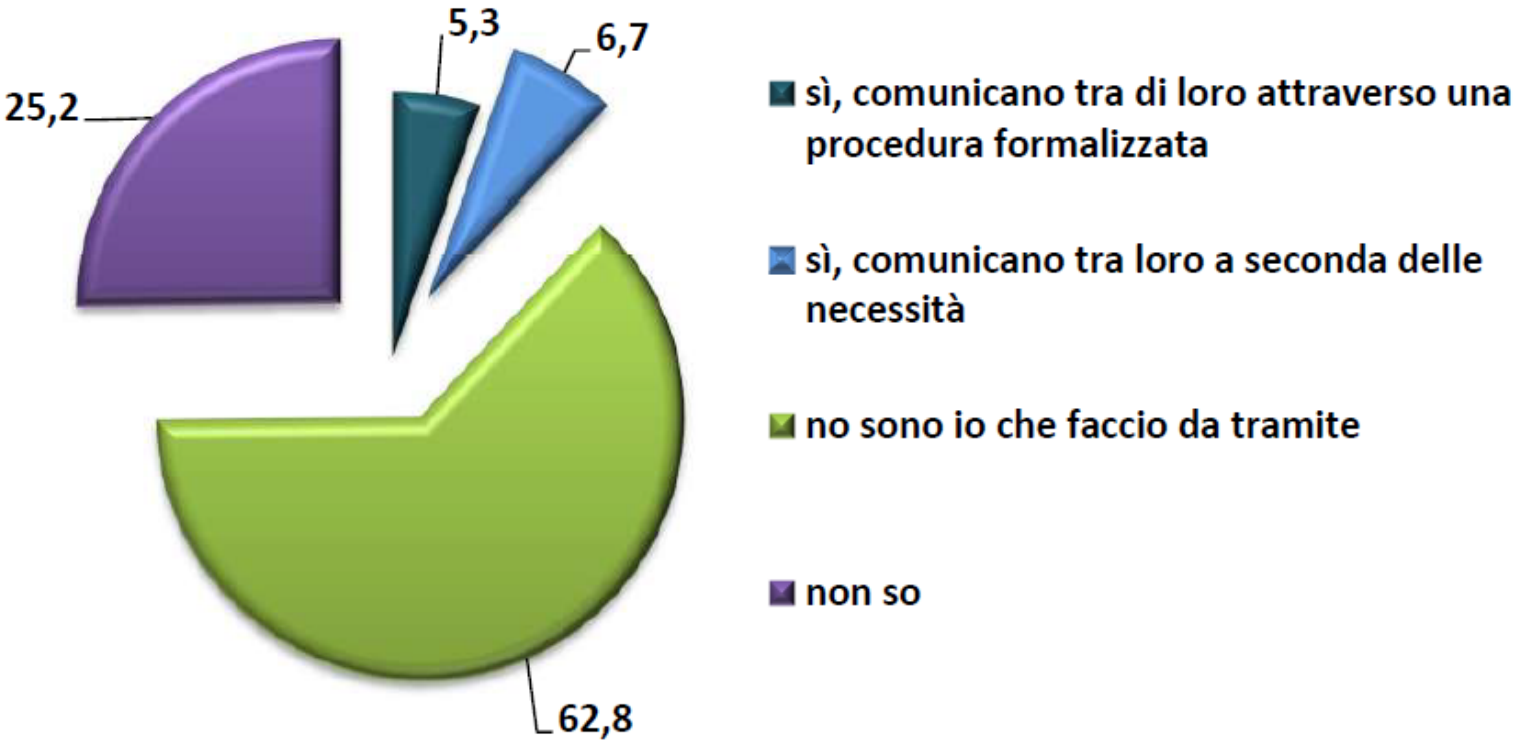
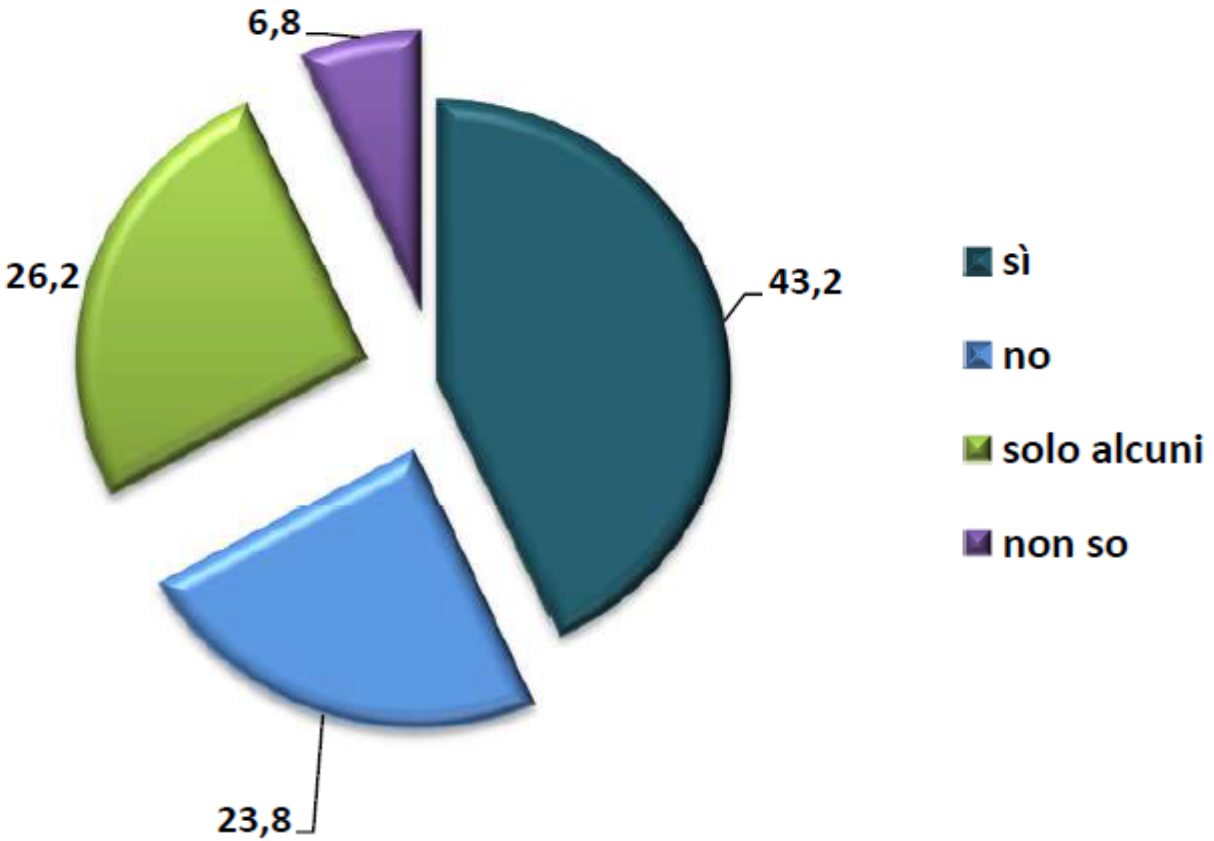


Tabella 20 Le è stato comunicato di essere stato inserito in un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale)?

no	53%
Non so	35%
sì	12%

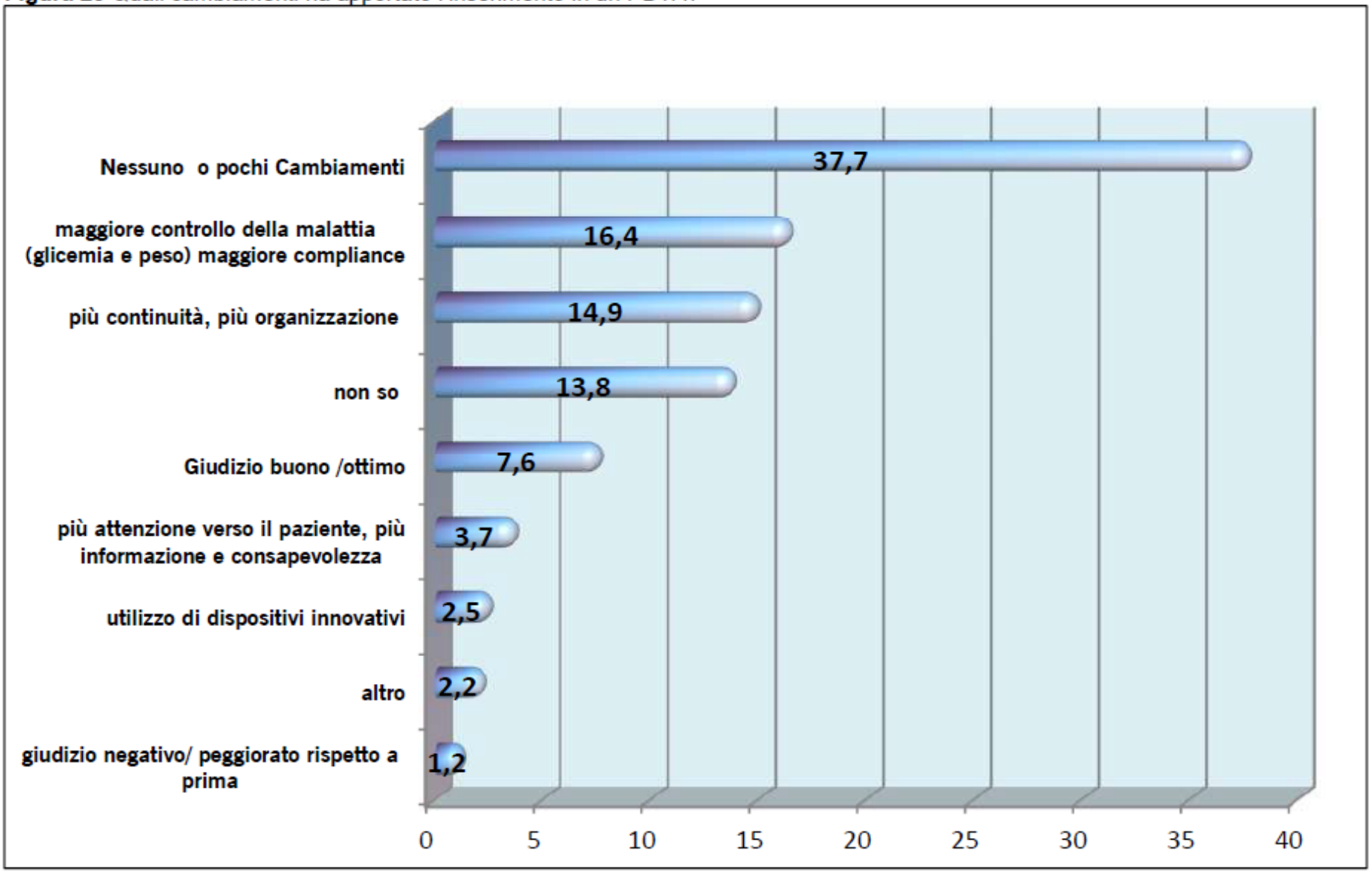
Fonte: *Primo Rapporto civico sul Piano Nazionale Diabete- Cittadinanzattiva*

Figura 27 I pazienti che hai in cura seguono un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) specifico per il diabete?



Fonte: *Primo Rapporto civico sul Piano Nazionale Diabete- Cittadinanzattiva*

Figura 28 Quali cambiamenti ha apportato l'inserimento in un PDTA?



Fonte: *Primo Rapporto civico sul Piano Nazionale Diabete- Cittadinanzattiva*

Il bicchiere è mezzo pieno o mezzo vuoto?




LASCIA PERDERE SE IL BICCHIERE E' MEZZO VUOTO O MEZZO PIENO...
TIENI D'OCCHIO LA BOTTIGLIA!
CAFEZ