

NAPOLI, 17-20 maggio 2017

XXI CONGRESSO
NAZIONALE

AMD

AMD

ASSOCIAZIONE
MEDICI
DIABETOLOGI

1974
ANNO DI FONDAZIONE



PER UNA DIABETOLOGIA PREDITTIVA, PREVENTIVA, PERSONALIZZATA E PARTECIPATIVA

TITOLO RELAZIONE: I NUOVI STANDARD DI CURA PER IL DIABETE (DIAGNOSI E FOLLOW-UP DEL DM2: LE NOVITA' E LA COSTRUZIONE DELLA RETE DI CURA INTORNO AL PAZIENTE)

NOME RELATORE: PIERO GRILLI

AFFILIAZIONE: PRESIDENTE SIMG PERUGIA

Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016



Gli Standard italiani per la cura del diabete mellito, costituiscono un consolidato riferimento clinico non solo per la comunità diabetologica , ma anche per la Medicina Generale

Dr Piero Grilli

Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016



- 1. Diagnosi**
- 2. Screening**
- 3. Follow-up**
- 4. Rete di cura**

Dr Piero Grilli

DIAGNOSI

assenza di novità rispetto agli standard

2014



In *presenza* di sintomi tipici della malattia (poliuria, polidipsia e calo ponderale), la diagnosi di diabete è posta con il riscontro, anche in una sola occasione di: glicemia casuale ≥ 200 mg/dl (indipendentemente dall'assunzione di cibo).

(Livello della prova III, Forza della raccomandazione A)

Dr Piero Grilli

DIAGNOSI

assenza di novità rispetto agli standard 2014



In *assenza* dei sintomi tipici della malattia la diagnosi di diabete deve essere posta con il riscontro, confermato in almeno due diverse occasioni di:

glicemia a digiuno ≥ 126 mg/dl (per digiuno si intende almeno 8 ore di astensione dal cibo)

oppure glicemia ≥ 200 mg/dl 2 ore dopo carico orale di glucosio (eseguito con 75 g)

oppure $HbA_{1c} \geq 48$ mmol/mol (6,5%) (a condizione che il dosaggio dell' HbA_{1c} sia standardizzato, allineato IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) e che si tenga conto dei fattori che possono interferire con il dosaggio).

(Livello della prova III, Forza della raccomandazione A)

SCREENING PUNTUALIZZAZIONI



Necessità di individuare i casi di diabete misconosciuto, che rappresentano verosimilmente circa un terzo dei casi complessivi di diabete.

Per quanto riguarda i test da utilizzare per lo screening, alla glicemia plasmatica a digiuno o alla glicemia a 2 ore durante OGTT, tradizionalmente considerati, si è aggiunta negli ultimi anni la misura dell'emoglobina glicata.

SCREENING

QUESTIONARI AUTOCOMPILATI

da segnalare il Diabetes Risk Score, applicato alla popolazione finlandese. Lo studio IGLOO, condotto in Italia su 1377 soggetti di età 55-75 anni, ha confermato l'applicabilità di tale strumento alla popolazione italiana con uno o più fattori di rischio cardiovascolare (sensibilità 86%, potere predittivo negativo 93%). In questo studio, l'utilizzo dello score come test iniziale, seguito da glicemia a digiuno solo nei soggetti con score >9 e da OGTT in quelli con glicemia a digiuno compresa tra 100 e 125 mg/dl ha consentito l'identificazione dell'83% dei casi di diabete e del 57% dei casi di IGT (glicemia a digiuno eseguita nel 64% dei soggetti e OGTT nel 38%)

Tabella 4. Soggetti ad alto rischio di diabete

BMI ≥ 25 kg/m² (≥ 23 kg/m² negli asiatici americani) e una o più tra le seguenti condizioni:

> o = 23 kg/m² negli asiatici americani

- inattività fisica;
- familiarità di primo grado per diabete tipo 2 (genitori, fratelli);
- appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio;
- ipertensione arteriosa ($\geq 140/90$ mmHg) o terapia antipertensiva in atto;
- bassi livelli di colesterolo HDL (< 35 mg/dl) e/o elevati valori di trigliceridi (> 250 mg/dl);
- nella donna: parto di un neonato di peso > 4 kg o pregresso diabete gestazionale;
- sindrome dell'ovaio policistico o altre condizioni di insulino-resistenza come l'*acanthosis nigricans*;
- evidenza clinica di malattie cardiovascolari;
- HbA_{1c} ≥ 39 mmol/mol (5,7%), IGT o IFG in un precedente test di screening;
- soggetti sottoposti a radioterapia addominale (es. linfonodi paraaortici, TBI - *total body irradiation*) per tumore trattato in età evolutiva.

Soggetti sottoposti a radioterapia addominale

In assenza del criterio precedente lo screening dovrebbe iniziare all'età di 45 anni.

Se il risultato è normale, lo screening dovrebbe essere ripetuto almeno con intervallo di 3 anni, considerando un test più frequente in relazione ai risultati iniziali (soggetti con disglucemia dovrebbero essere risottoposti a screening annualmente) e allo stato di rischio globale.

Ragazzi/e di età > 10 anni o all'inizio della pubertà se questa si verifica a un'età più giovane con sovrappeso (BMI $> 85^{\circ}$ percentile per età e sesso, peso per altezza $> 85^{\circ}$ percentile, o peso $> 120\%$ del peso ideale per l'altezza) e due dei seguenti fattori di rischio:

- familiarità di primo o secondo grado per diabete tipo 2;
- appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio;
- segni di insulino-resistenza o condizioni associate a insulino-resistenza (*acanthosis nigricans*, ipertensione, dislipidemia, sindrome dell'ovaio policistico, peso alla nascita basso per l'età gestazionale);
- storia materna di diabete o diabete gestazionale durante la gestazione.

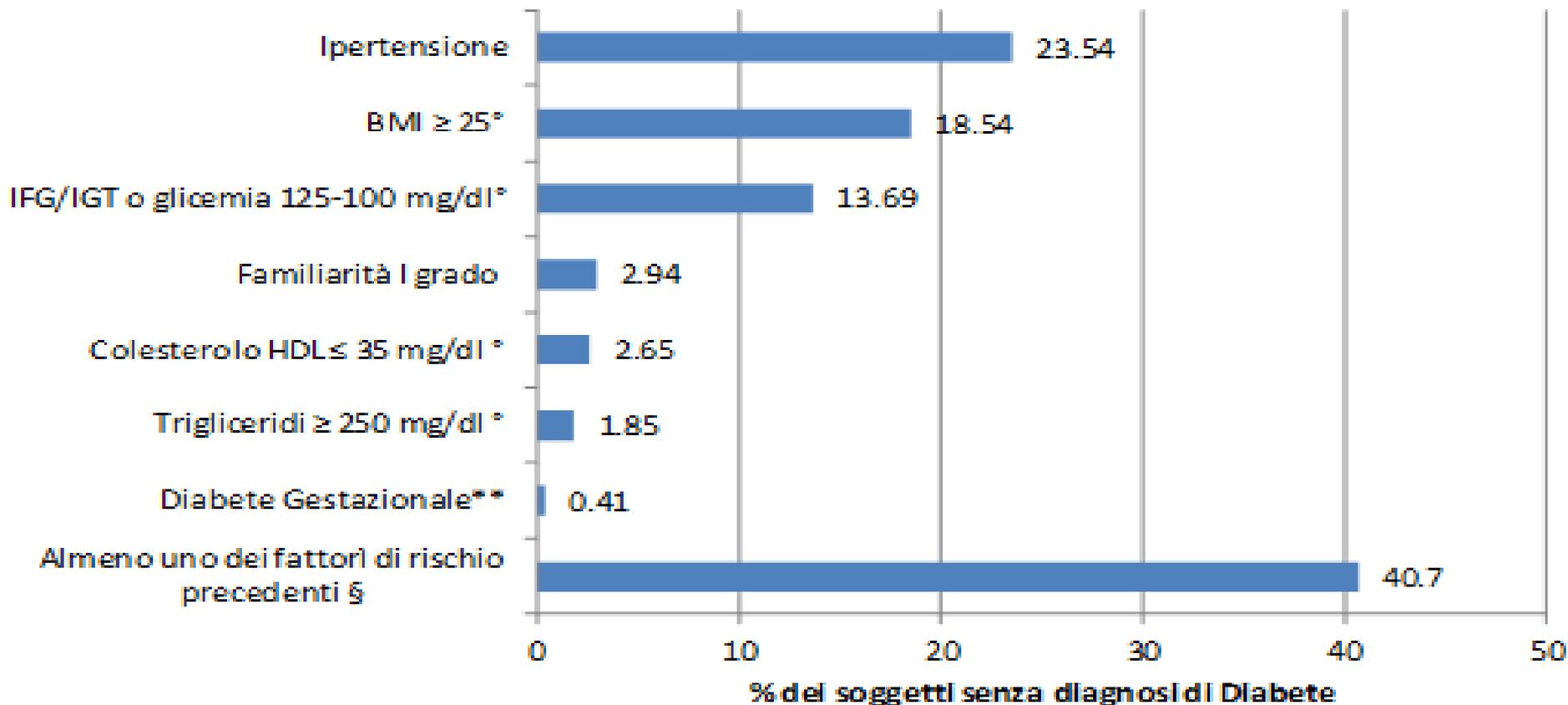
Frequenza dello screening: ogni 3 anni.

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Fasce d'età						
15-24	94	0,17	97	0,19	191	0,18
25-34	262	0,36	200	0,27	462	0,31
35-44	926	0,99	604	0,63	1530	0,80
45-54	2628	2,64	1644	1,58	4272	2,10
55-64	4067	5,02	2782	3,31	6849	4,15
65-74	4382	6,56	3384	4,73	7766	5,61
75-84	2488	5,92	2540	4,40	5028	5,04
>=85	516	3,81	808	2,80	1324	3,12
Area geografica						
Nord-Ovest	4480	3,18	3255	2,19	7735	2,67
Nord-Est	3559	3,63	2774	2,55	6333	3,07
Centro	1997	2,08	1499	1,41	3496	1,72
Sud/Isole	5327	2,78	4531	2,20	9858	2,48
TOTALE	15363	2,92	12059	2,12	27422	2,50

Tabella 1. Prevalenza (%) di IFG (alterata glicemia a digiuno) in assenza di diabete (ICD9 790.2/02, 790.2/03) al 31/12/2014 nella popolazione attiva del campione degli 800 medici Health Search – IMS HEALTH LPD. Distribuzione per sesso, fasce di età e area geografica

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Fasce d'età						
15-24	22	0,04	42	0,08	64	0,06
25-34	92	0,13	124	0,17	216	0,15
35-44	255	0,27	284	0,29	539	0,28
45-54	826	0,83	577	0,55	1403	0,69
55-64	1337	1,65	937	1,11	2274	1,38
65-74	1585	2,37	1205	1,68	2790	2,02
75-84	942	2,24	973	1,68	1915	1,92
>=85	230	1,70	344	1,19	574	1,35
Area geografica						
Nord-Ovest	1397	0,99	1134	0,76	2531	0,87
Nord-Est	1363	1,39	1078	0,99	2441	1,18
Centro	726	0,76	655	0,61	1381	0,68
Sud/Isole	1803	0,94	1619	0,77	3422	0,86
TOTALE	5289	1,01	4486	0,79	9775	0,89

Tabella 2. Prevalenza (%) di IGT (alterata tolleranza al glucosio) in assenza di diabete (ICD9 790.2/00, 790.2/01) al 31/12/2014 nella popolazione attiva del campione degli 800 medici Health Search – IMS HEALTH LPD. Distribuzione per sesso, fasce di età e area geografica



$^\circ$ accertamenti registrati negli ultimi cinque anni (valore dell'ultima registrazione)

** valutato tra le donne con età compresa tra 15 e 54 anni

§ escluso diabete gestazionale

Figura 1. Prevalenza (%) di fattori di rischio per diabete nella popolazione senza diagnosi di Diabete (ICD9 250.xx escluso 250.x1 e 250.x3) al 31/12/2014 in carico agli 800 medici Health Search – IMS HEALTH LPD

IMPORTANZA DEL FOLLOW-UP NELLE PATOLOGIE CRONICHE

Weingarten SR, Menning JM et Al.: Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness - which ones work? Meta-analysis of published reports. BMJ, vol 325, 26 October, 1-8, 2002

i pazienti diabetici che seguono un regolare programma di follow-up hanno un migliore controllo metabolico

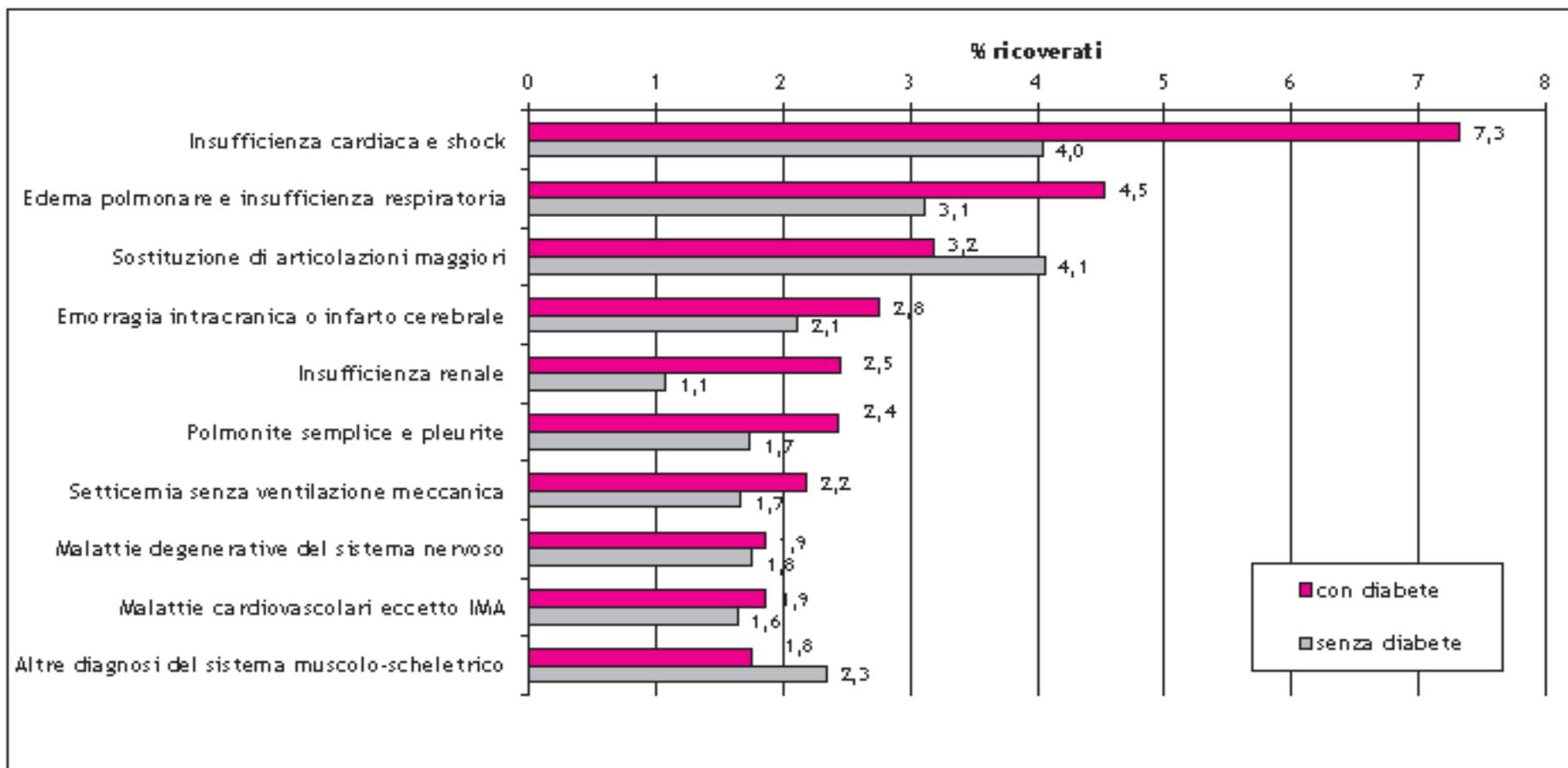
FOLLOW-UP



COME LA TERAPIA FARMACOLOGICA
ANCHE IL CONTROLLO CLINICO DEL
PAZIENTE CON DIABETE TIPO2 , DIPENDE
DALLA FENOTIPIZZAZIONE DEL SINGOLO
PAZIENTE (***COMPENSO GLICEMICO ,
COMORBIDITA', POLITERAPIA, ANNI
DALLA DIAGNOSI, ANZIANI, OBESITA',
.....***)

Grafico 29

Primi 10 DRG in caso di ricovero ordinario nei soggetti con e senza diabete
(% ricoverati/ totale ricoverati)



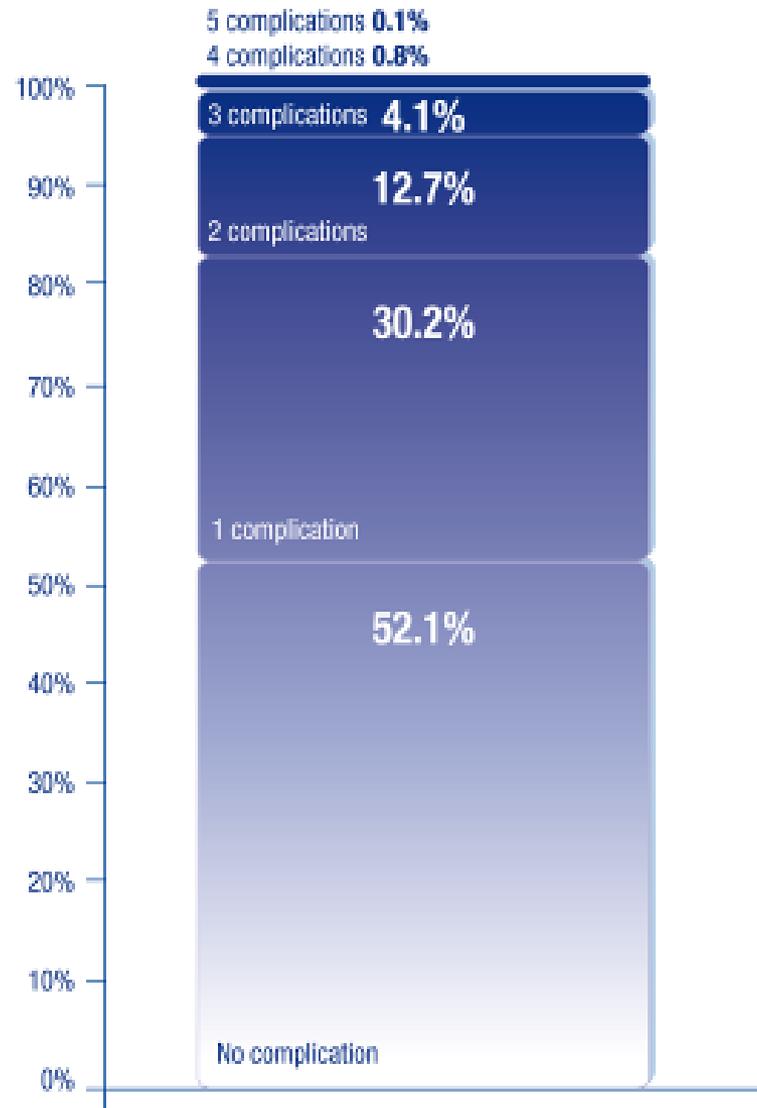
Il 50% circa dei pazienti diabetici ha complicanze multiple

**Prevalenza di complicanze multiple:
Micro e macro**

**Dati analizzati da 10,709 pazienti
con diabete tipo 1 e tipo 2**

5 complicanze più frequenti:

- Patologia coronarica (25%)
- Patologia cerebrovascolare (10%)
- Retinopatia/cataratta (2%)
- Piede diabetico* (18%)
- Nephropathy (2%)



* Nota: piede diabetico definito come malattia vascolare periferica, ulcera, o neuropatia
Morgan CL, et al. Diabet Med 2000;17:146-151.

Tabella 1 - Parametri di laboratorio routinari nel monitoraggio del diabete mellito e frequenza di determinazione

NAPOLI, 17-20 maggio 2017
XXI CONGRESSO NAZIONALE

AMD

Parametro	Frequenza della determinazione	Livello della prova e forza della raccomandazione
HbA1c	Almeno 2 volte all'anno in tutti; 4 volte all'anno nei soggetti in compenso precario o instabili o nei quali è stata modificata la terapia	Livello VI, forza B
Colesterolo LDL	Almeno una volta all'anno ma più frequentemente se l'obiettivo terapeutico non è stato raggiunto	Livello III, forza B
Colesterolo HDL	Almeno una volta all'anno ma più frequentemente se l'obiettivo terapeutico non è stato raggiunto	Livello III, forza B
Trigliceridi	Almeno una volta all'anno ma più frequentemente se l'obiettivo terapeutico non è stato raggiunto	Livello III, forza B
Creatinina per stimare la velocità di filtrazione glomerulare (eGFR)	Almeno una volta all'anno ma più frequentemente nei pazienti con microalbuminuria o nefropatia conclamata	Livello VI, forza B
Microalbuminuria	Almeno una volta all'anno dal momento della diagnosi nel diabete tipo 2 e dopo 5 anni di malattia nel diabete tipo 1.	Livello VI, forza B

FOLLOW-UP

viene riconfermato di abbandonare il termine di “microalbuminuria”, la richiesta corretta deve essere quindi: albumina nelle urine ed il campione idoneo l'urina della prima minzione del mattino

RETE DI CURA

Le persone affette da diabete devono ricevere le cure da parte del medico di medicina generale e del team diabetologico, coordinato da un medico diabetologo, comprendente medici, infermieri, dietisti, podologi, professionisti della salute mentale, in grado di mettere in atto un approccio integrato di gestione della malattia, idoneo al trattamento di una patologia cronica.

(Livello della prova VI, Forza della raccomandazione B)



SIMG
Società
Italiana
di Medicina
Generale



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.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

