

1.0 BACKGROUND

1.1

Studi clinici randomizzati (DCCT-EDIC, UKPDS, STENO2 2003) riportano una miglior prognosi nei pazienti che iniziano precocemente una terapia antidiabetica intensiva.

1.2

Prolungate esposizioni ad alte concentrazioni di glucosio determinano stress ossidativo e danno cellulare irreversibile.

1.3

Esistono evidenze cliniche a favore della teoria che gli stress vascolari persistono dopo normalizzazione della glicemia (memoria metabolica)

2. OBIETTIVO DELLA RICERCA

Valutare le opinioni dei medici diabetologi sul trattamento, priorità e difficoltà alla presa in carico di pazienti con diagnosi recente di Diabete tipo 2 del diabete

3.0 MATERIALI E METODI

3.1

La ricerca si è svolta diffondendo un questionario on line disponibile da *dicembre 2009 a febbraio 2010*.

3.2

I diabetologi sono stati invitati a rispondere a quesiti sul trattamento terapeutico, sulle priorità e sulle criticità nella presa in carico di pazienti con durata di malattia inferiore a 12 mesi , partendo da due casi clinici.

3.3

Le caratteristiche dei medici sono espresse come media \pm deviazione standard o %; le opinioni dei medici su priorità e criticità erano espresse come media dei ranghi \pm deviazione standard

3.0 MATERIALI E METODI

| paziente | età | BMI | HbA1c | glicemia | terapia | complicanze |
|----------|-----|------|-------|-----------|-------------------------------------|-------------|
| A | 62 | 28,3 | 8.6 | 220 mg/dl | Glibenclamide/ Met (2,5/400 x 2) | N |
| B | 62 | 28,3 | 7.3 | 130 mg/dl | Glibenclamide/ Met (2,5/400 x 2) | N |

Paziente con diagnosi di T2DM < 12 mesi: quale scelta terapeutica mettì in atto?

Tab.1

I due casi clinici esemplari ai quali erano collegate 4 domande su trattamento terapeutico e 2 domande su priorità e criticità.

Sono stati compilati 611 questionari, 593 elegibili

4.1

I partecipanti sono stati distinti per età, sesso, locazione e distribuzione geografica.

| Età (anni) | Sesso (Maschi%) | Area geografica (%) | | | Collocazione (%) | | | Disciplina (%) | | |
|---------------|--------------------|---------------------|--------|------|------------------|------------|------------|----------------|----------------|---------------------|
| | | Nord | Centro | Sud | Ospedale | territorio | Università | Diabetologia | Endocrinologia | Medicina Interna |
| 51.1±7.7 | 59.4 | 39.3 | 16.7 | 44.0 | 65.6 | 31.2 | 3.2 | 76.6 | 7.4 | 16.0 |

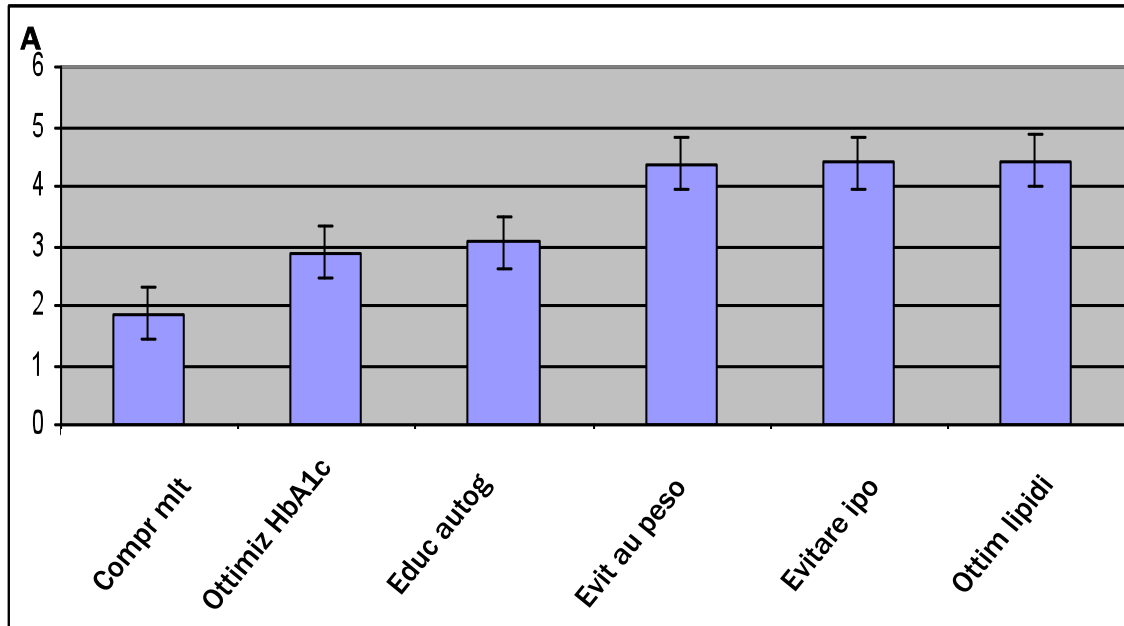
4.0 RISULTATI: trattamento farmaci

| | MET | SULF | INS | EDUC |
|---------------|-----|------|------|------|
| CASO A | 82 | 11.5 | 22.6 | 68 |
| CASO B | 80 | 3.7 | 0.6 | 68.5 |

Paziente con diagnosi di T2DM < 12 mesi : quale scelta terapeutica metti in atto?

Scelta terapeutica dei partecipanti (%)

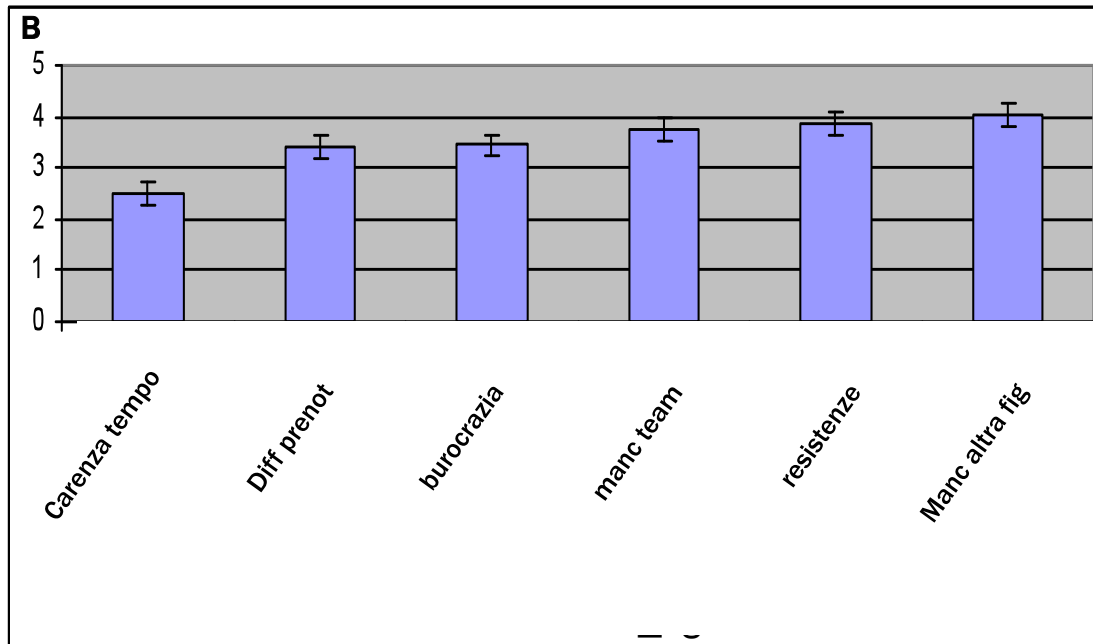
4.0 RISULTATI: Priorità



Domanda 6: Nel caso di un paziente che viene al Servizio per la prima volta, ordina numerandole da 1 (più importante) a 6 (meno importante) le priorità da gestire

| Priorità | Media±DS |
|--|-----------|
| 1. Far comprendere la malattia | 1.86±1.40 |
| 2. Ottimizzare HbA1c | 2.88±1.33 |
| 3. Educare il paziente all' autogestione | 3.07±1.68 |
| 4. Evitare aumento di peso | 4.37±1.36 |
| 5. Evitare ipoglicemie | 4.40±1.32 |
| 6. Ottimizzare lipidi e pressione | 4.42±1.30 |

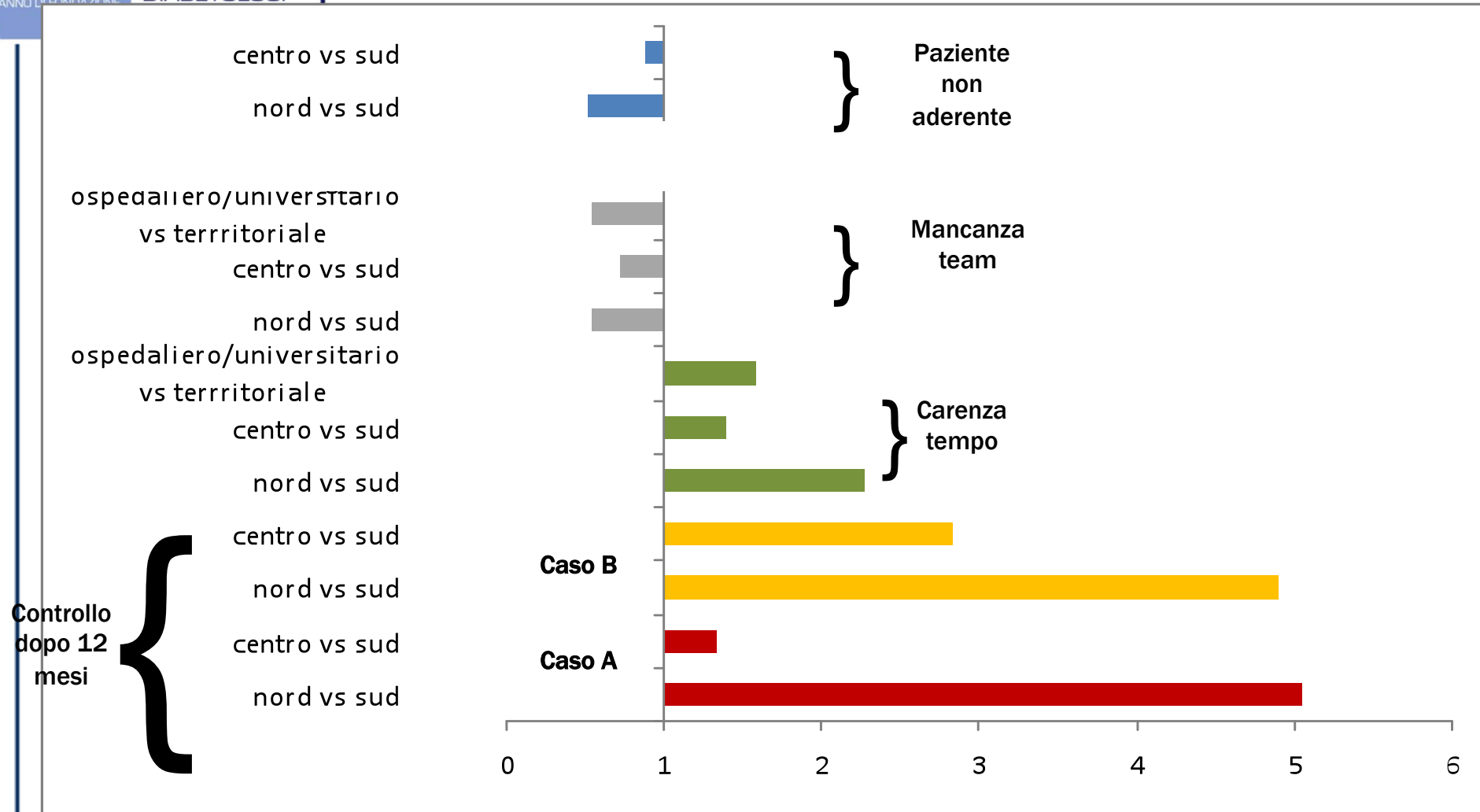
4.0 RISULTATI: criticità



Domanda 7: Nel caso di un paziente che viene al Servizio per la prima volta, ordina (numerandole da 1 (più importante) a 6 (meno importante) le criticità da gestire:

| Criticità | Media±DS |
|---|-----------|
| 1. Carenza di tempo | 2.52±1.64 |
| 2. Difficoltà nella prenotazione per controllo a breve termine | 3.41±1.73 |
| 3. Burocrazia (registrazioni, ricette, piani terapeutici) | 3.44±1.52 |
| 4. Mancanza (o scarsezza) di un team professionale nell'educare | 3.75±1.64 |
| 5. Resistenze e incomprensioni del paziente | 3.85±1.72 |
| 6. Mancanza (o scarsezza) di altra figura professionale nell'addestrare alla terapia e/o all'automonitoraggio | 4.03±1.57 |

4.0 RISULTATI: frequenze, priorità, criticità



Effetto della distribuzione geografica e dell'organizzazione dell'assistenza nella gestione del paziente diabetico alla presa in carico (analisi multivariata)

5.0 CONCLUSIONI

5.1

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO:

**la metformina è confermata come farmaco di prima scelta indipendentemente dal controllo metabolico
solo 1/4 dei medici utilizza l'insulina con HbA1c > 8.6%**

5.2

EDUCAZIONE TERAPEUTICA:

un intervento chiave per il raggiungimento del target di HbA1c e autogestione della malattia

5.0 CONCLUSIONI

5.3

CRITICITA':

la mancanza del team e la carenza di tempo

5.4

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI CONDIZIONA IL FOLLOW-UP DEL PAZIENTE:

Al Sud viene seguito dal centro diabetologico

Al Nord inviato più spesso alle cure primarie

5.0 CONCLUSIONI

5.5

Non vi sono grandi differenze ascrivibili al modello organizzativo nell'impostazione del trattamento farmacologico e nell'importanza data all'educazione