

# 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

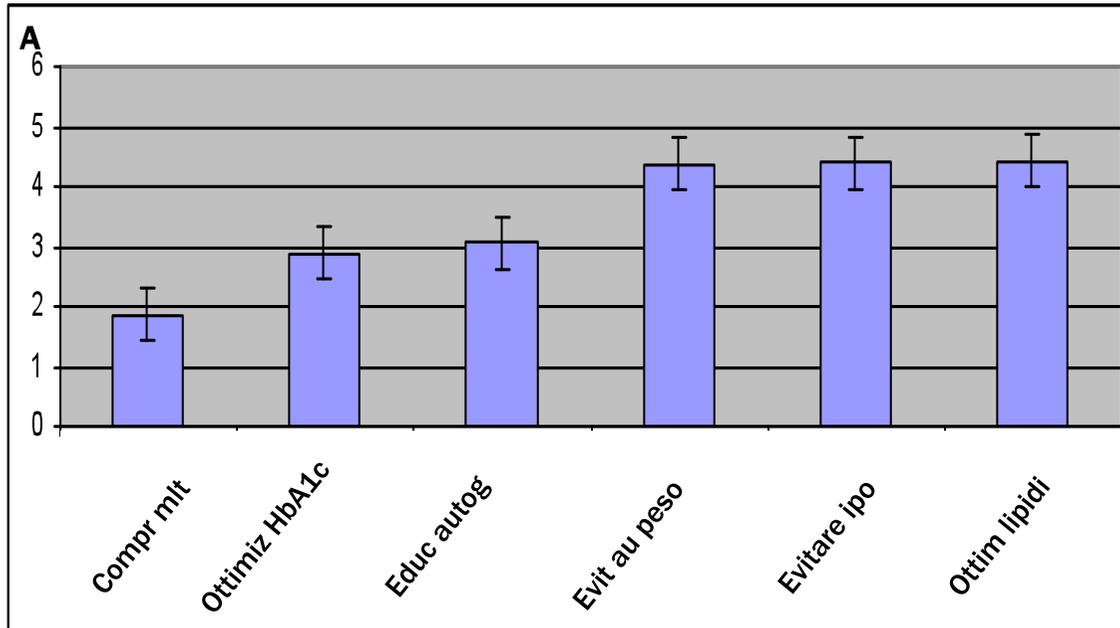
# 4.0 RISULTATI: trattamento farmaci

	<b>MET</b>	<b>SULF</b>	<b>INS</b>	<b>EDUC</b>
<b>CASO A</b>	<b>82</b>	<b>11.5</b>	<b>22.6</b>	<b>68</b>
<b>CASO B</b>	<b>80</b>	<b>3.7</b>	<b>0.6</b>	<b>68.5</b>

**Paziente con diagnosi di T2DM < 12 mesi : quale scelta terapeutica mettì 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**

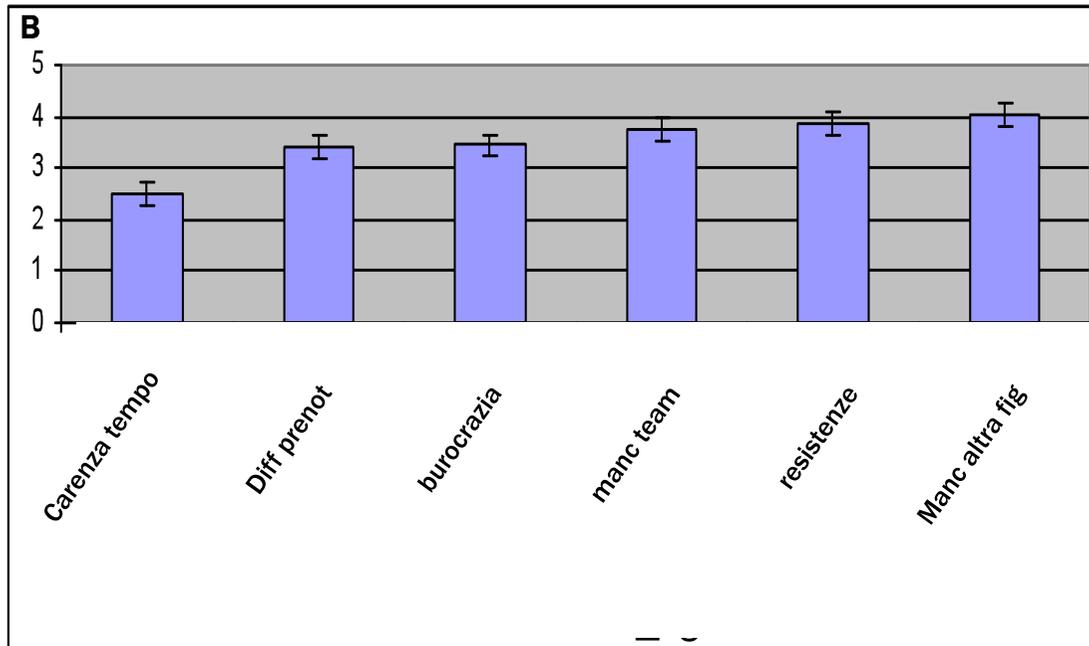
3. Educare il paziente all' autogestione **3.07±1.68**

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**

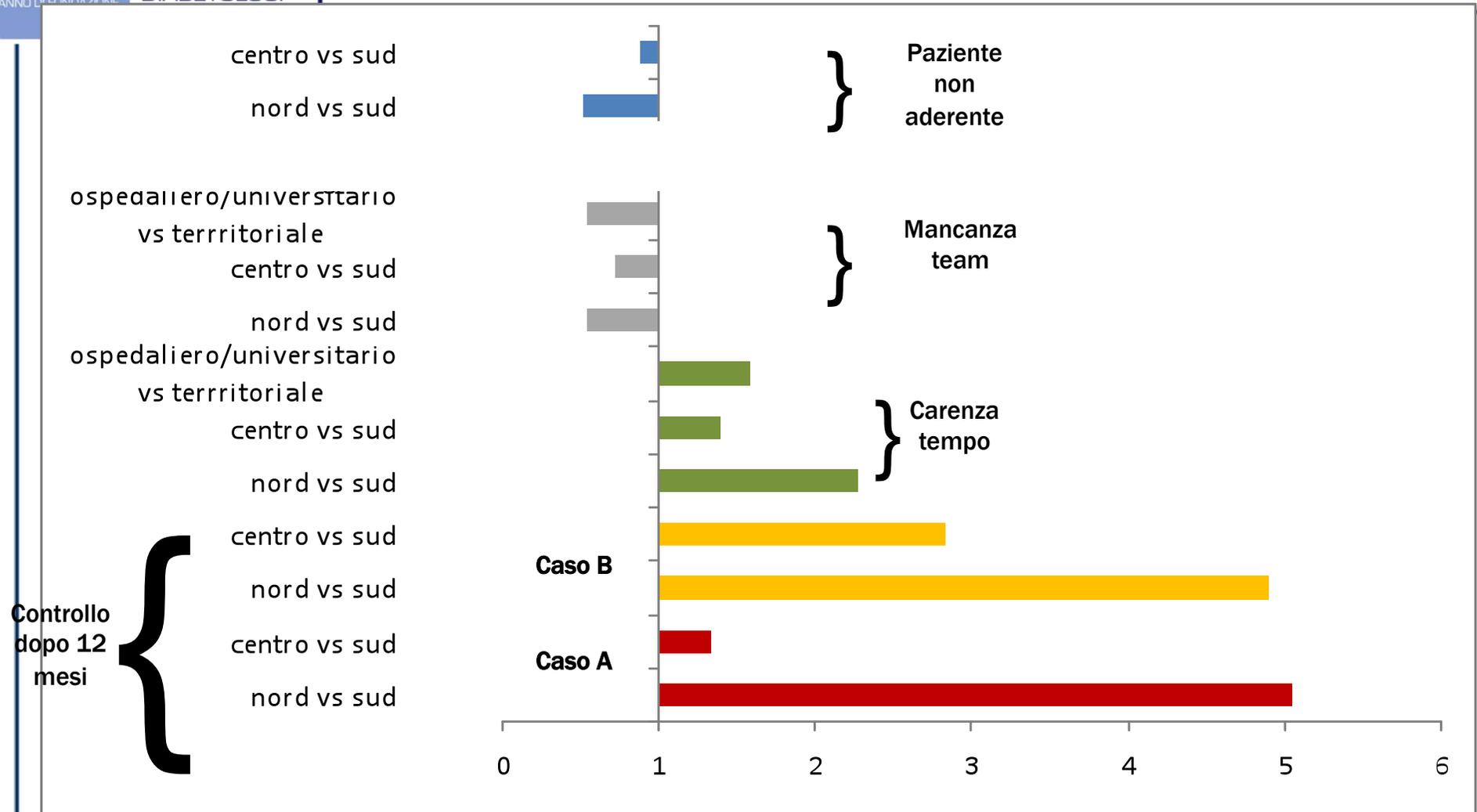
# 4.0 RISULTATI: criticità



**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



Controllo dopo 12 mesi

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**