

# Prima analisi delle risposte al questionario sulle attitudini dei medici alla presa in carico di pazienti con diagnosi recente di diabete di tipo 2

## Trattamento, priorità e difficoltà

Giorda CB<sup>1</sup>, Suraci C<sup>2</sup>, Mulas MF<sup>3</sup>, Aiello A<sup>4</sup>, Di Benedetto A<sup>5</sup>, Foglini P<sup>6</sup>, Rossi MC<sup>7</sup>, Caldieri G<sup>7</sup>, Nicolucci A<sup>7</sup>, Gentile S<sup>8</sup>

CDN di AMD

www.aemmedi.it

<sup>1</sup> Metabolic and Diabetes Unit, ASL TO5, Regione Piemonte, Chieri

<sup>2</sup> U.O di Dietologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche, Ospedale "Sandro Pertini" Roma

<sup>3</sup> U.O. di Diabetologia e Malattie del Metabolismo, Ospedale "San Martino" ASL 5 Oristano

<sup>4</sup> U. O. Endocrinologia-Diabetologia ASREM, Presidio Ospedaliero Campobasso

<sup>5</sup> Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica, Università di Messina

<sup>6</sup> U.O Diabetologia, Malattie Metaboliche e Nutrizione Clinica, Ospedale "A. Murri", Fermo

<sup>7</sup> Consorzio Mario Negri Sud, S. Maria Imbaro, Chieti, Italy

<sup>8</sup> Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Seconda Università di Napoli

**Parole chiave:** indicatori di qualità di assistenza, organizzazione dell'assistenza, percorso diagnostico-terapeutico, gestione integrata, team diabetologico

**Key words:** quality of diabetes care indicators, organization of care, clinical pathway, chronic health model disease management, diabetes team

Il Giornale di AMD, 2010;13:129-135

### Riassunto

Le prime fasi della malattia, nel diabete mellito tipo 2, sono cruciali per il futuro controllo metabolico e per la prevenzione delle complicanze micro e macrovascolari. Nell'ambito delle iniziative del progetto SUBITO!, è stato effettuato un questionario anonimo on line per valutare i comportamenti degli specialisti italiani su tale argomento. L'obiettivo è stato quello di valutare le priorità e le difficoltà alla presa in carico di pazienti con dia-

gnosi recente di T2DM. Hanno risposto 611 medici di area metabolica, circa un quarto degli specialisti che in Italia si occupano del diabete. La distribuzione dei partecipanti è stata: 39,3% (Nord), 16,7% (Centro) e 44% (Sud). In tema di trattamento emerge l'opinione di trattare con metformina a dosi adeguate anche in caso di compenso scadente (HbA1c > 8,5%) persistente da mesi. In questi pazienti la insulinizzazione precoce è proposta solo da un quarto degli intervistati. Sostanzialmente poco sentite sono le limitazioni del rischio di ipoglicemia e di aumento di peso del paziente che, invece, ultimamente vengono spesso sottolineate dall'industria come elementi a favore di nuovi agenti terapeutici. Dall'analisi di questi dati non emergono differenze nell'impostazione del trattamento farmacologico e nel peso dato all'educazione del paziente. Il tempo di controllo più lungo, > di 12 mesi, è più frequente tra i medici del nord. La mancanza di tempo e la mancanza di personale sono le difficoltà maggiori riscontrate. Questa indagine ha evidenziato come l'organizzazione in team, prevalentemente ospedaliera, con presenza di figure professionali non mediche, ed integrazione con il MMG sia predominante nel Nord mentre al Sud sembra prevalere il modello organizzativo del medico territoriale con limitata disponibilità di altri operatori professionali di supporto.

### Summary

The therapeutic approach to the early stage of type 2 Diabetes mellitus (DMT2) is crucial for the prevention of micro- and macrovascular complications. In the framework of the "SUBITO Project by AMD", an on line anonymous questionnaire was carried out to gather information to evaluate of behavior of Italian diabetologists about this topic. The main objective was to understand the priorities and the difficulties of the diabetologists in respect of patients with a recent diagnosis of DMT2. One-quarter of the Italian diabetes physicians (611) accepted to answer the questionnaire: 1) 39,3% from Northern Italy; 2) 16,7 % from Middle; 3) 44 % from Southern. Most of the physicians interviewed declared to treat patient with an adequate dose of metformin even in case of poor compensation (HbA1c > 8,5 %). In the latter case, only one quarter of the physician specialist prefer an early insulin use. Most of the interviewed physicians revealed to be not really focused on the hypoglycemic risk and on the weight gain of the patients during the early stages of the disease even if several pharmaceutical companies points out these two elements to propose new treatments. All the physicians generally agreed

with the same pharmacological treatments approach and they were aware of the importance of the patients life style education. Longer diabetes controls, more than 12 months, are more frequent between the physicians from Northern Italy.



Safe Uniform Behavioral and drug Intensive Treatment for Optimal control

## Premessa e rationale

Nel diabete di tipo 2 le prime fasi della malattia sono cruciali per il futuro controllo metabolico della malattia e per la prevenzione delle complicanze micro e macrovascolari (1,2). Tutte le linee Guida e le raccomandazioni più recenti (3) sottolineano l'importanza di un rapido ed efficace raggiungimento dei target glicemici al momento della diagnosi.

Inoltre, alcune evidenze recenti consiglierebbero l'uso temporaneo di insulina soprattutto nei pazienti in peggior compenso metabolico (4,5).

Per valutare i comportamenti degli specialisti italiani su tale argomento, nell'ambito delle iniziative del progetto SUBITO! , è stato effettuato un questionario anonimo on line mantenuto accessibile per 2 mesi.

L'obiettivo della ricerca è stato quello di valutare attitudini al trattamento, le priorità e le difficoltà alla presa in carico di pazienti con diagnosi recente T2DM

## Materiali e metodi

Il Questionario proponeva 2 casi clinici esemplari con 4 domande collegate e 2 domande su priorità e criticità. I 2 casi e le domande sono riportate nella tabella dei risultati. Il form per la risposta on line è stato accessibile per 2 mesi sul sito dell'Associazione Medici Diabetologi, anonimo e senza limitazioni all'accesso. È stata fatta una campagna informativa, oltre che con SMS ed e-mail, con segnalazioni in meeting e congressi per promuoverne la compilazione.

## Risultati

Hanno risposto 611 medici di area metabolica, stimabili in un quarto degli specialisti che in Italia si occupano di diabete. La maggioranza dei medici era di sesso maschile (59,4%) e l'età media è risultata di 51.1 ± 7.7 anni. La rappresentanza dell'intero territorio nazionale delle risposte è

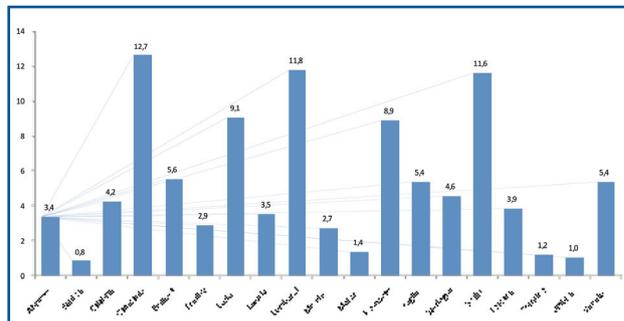
stata ottimale in quanto sono pervenute risposte da tutte le regioni con una buona rispondenza tra popolazione della regione e percentuale di risposte pervenute.

Su 611 ID registrati, 593 (97.1%) sono risultati associati a partecipanti che hanno completato il questionario.

L'età media degli intervistati è di 51.1±7.7 anni.

La popolazione degli intervistati è costituita prevalentemente da persone di sesso maschile (59,4%).

La percentuale di partecipanti per regione è riportata nel grafico. Sono rappresentate 19/20 regioni italiane.

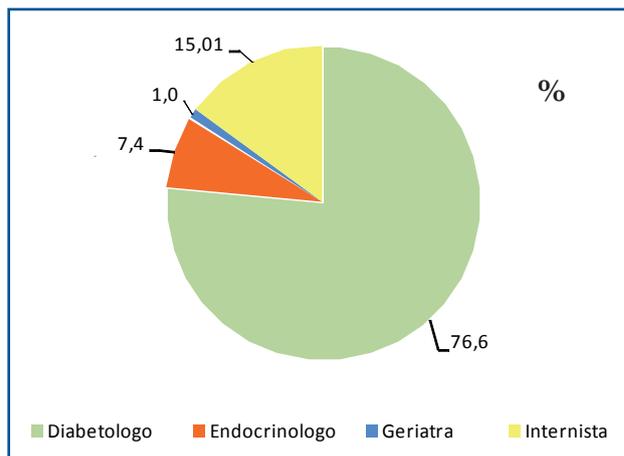


Le macroaree sono state definite utilizzando la seguente classificazione:

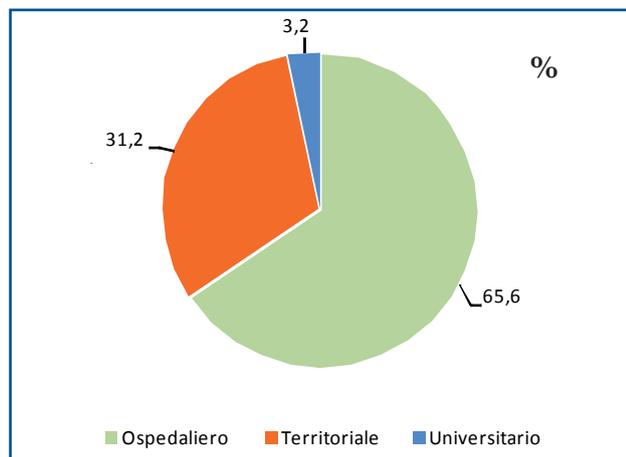
- **Nord:** Piemonte, Liguria, Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna;
- **Centro:** Toscana, Lazio, Umbria, Marche;
- **Sud e Isole:** Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna.

La distribuzione dei partecipanti per macroarea è stata: 39,3% (Nord), 16,7% (Centro) e 44% (Sud).

Il 51,1% dei soggetti ha dichiarato di essere responsabile (apicale) (ma è probabile che in molti casi sia l'unico medico della struttura) del servizio. La collocazione nell'ambito del SSN e la specializzazione di riferimento sono riportate nelle tabelle sottostanti.



Distribuzione percentuale della collocazione dei partecipanti nell'ambito del SSN.



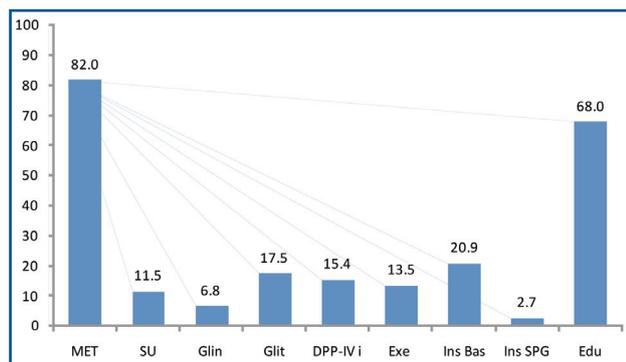
Distribuzione percentuale delle specializzazioni dei medici partecipanti.

La disponibilità di medici, infermieri e dietisti nei centri (mediana e range interquartile) è stata misurata sulla sottopopolazione degli apicali (N=303) per avere valori non inficiati dall'impossibilità di distinguere gli intervistati provenienti dallo stesso centro.

Medici	Infermieri	Dietisti
2.0 (1-4)	2.0 (1-4)	0.0 (0-1)

**Caso A.** Prendi in carico un paziente di 62 anni con BMI 28,3; HbA1c 8,6%; glicemia 220 mg/dl; con diabete noto da un anno, trattato con associazione preconstituita glibenclamide + metformina (2,5 + 400 mg) 1 c x 2. Non complicanze, altri parametri nella norma. Qual è la scelta terapeutica che metti in atto?

Utilizzo delle singole classi di farmaci riportate singolarmente indipendentemente da associazioni



Met= metformina; SU= Sulfanilurea; Glin= Glinide; Glit= Glitazone; DPP-IV i= inibitori del DPP-IV; Exe= Exenatide; Ins Bas= Insulina Basale; Ins SPG= Insulina secondo profilo glicemico; Edu= Intervento educativo su alimentazione e attività fisica

**Tabella 1.** Confronto tra le caratteristiche degli intervistati che hanno indicato una preferenza diversa rispetto alla metformina rispetto a quelli che hanno scelto tale farmaco:

USO DI METFORMINA			
	SI	NO	p
Maschi (%)	60.1	56.1	0.44
Età media (±ds)	51.3 ± 7.6	50.2 ± 8.3	0.33
Area			
Nord (%)	40.5	33.6	0.38
Centro (%)	16.1	19.6	
Sud (%)	43.4	46.7	
Apicale del servizio (%)	51.0	51.4	0.94
Collocazione			
Ospedaliero (%)	66.5	61.7	0.13
Territoriale (%)	29.8	37.4	
Universitario (%)	3.7	0.9	
Specializzazione			
Diabetologo (%)	75.9	79.4	0.50
Endocrinologo (%)	7.2	8.4	
Geriatra (%)	1.2	0	
Internista (%)	15.6	12.1	

**Tabella 2.** Distribuzione di TUTTE le possibili combinazioni di trattamento indicate dagli intervistati per il caso A:

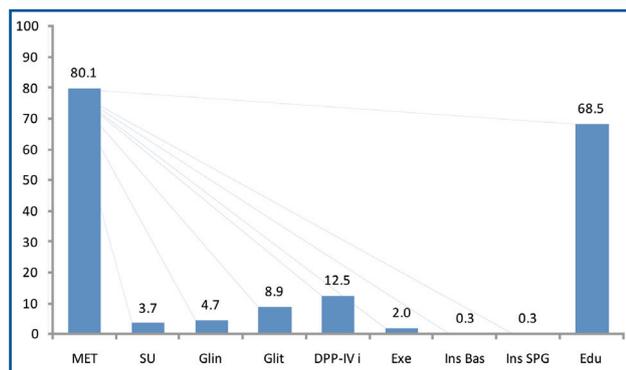
Associazione	N	%
Edu	5	0.84
Ins SPG	2	0.34
Ins SPG+ Edu	2	0.34
Ins bas	23	3.88
Ins bas + Edu	17	2.87
Ins bas + Ins SPG + Edu	3	0.51
Exe	12	2.02
Exe + Edu	10	1.69
DPP-IV i	8	1.35
DPP-IV i + Edu	3	0.51
DPP-IV i + Exe + Edu	1	0.17
Glitazonico	9	1.52
Glitazonico + Edu	5	0.84
Glitazonico + Ins bas + Edu	1	0.17
Glitazonico +Exe	1	0.17
Glitazonico + DPP-IV i + Exe	1	0.17
Glitazonico + DPP-IV i + Exe + Ins bas + Ins	1	0.17
SPG + Edu		
Glinide	1	0.17
SU	1	0.17
SU + Edu	1	0.17
Met	31	5.23
Met + Edu	104	17.54
Met + Ins SPG	2	0.34
Met + Ins SPG + Edu	5	0.84
Met + Ins bas	12	2.02
Met + Ins bas + Edu	46	7.76

Tabella 2. Segue

Associazione	N	%
Met + Exe	16	2.7
Met + Exe + Edu	27	4.55
Met + Exe + Ins SPG + Edu	1	0.17
Met + DPP-IV i	16	2.7
Met + DPP-IV i + Edu	47	7.93
Met + DPP-IV i + Ins bas + Edu	1	0.17
Met + Glit	17	2.87
Met + Glit + Edu	45	7.59
Met + Glit + Exe	1	0.17
Met + Glit + Exe + Edu	2	0.34
Met + Glit + DPP-IV i	3	0.51
Met + Glit + DPP-IV i + Edu	2	0.34
Met + Glit + DPP-IV i + Exe + Edu	2	0.34
Met + Glit + DPP-IV i + Exe + Ins bas + Edu	1	0.17
Met + Glin	4	0.67
Met + Glin + Edu	14	2.36
Met + Glin + Ins bas	2	0.34
Met + Glin + Ins bas + Edu	7	1.18
Met + Glin + Exe + Edu	3	0.51
Met + Glin + DPP-IV i	2	0.34
Met + Glin + DPP-IV i + Edu	1	0.17
Met + Glin + Glit	2	0.34
Met + Glin + Glit + Edu	4	0.67
Met + SU	14	2.36
Met + SU + Edu	32	5.4
Met + SU + Ins bas	5	0.84
Met + SU + Ins bas + Edu	5	0.84
Met + SU + Exe + Edu	1	0.17
Met + SU + DPP-IV i	1	0.17
Met + SU + DPP-IV i + Edu	1	0.17
Met + SU + Glit	4	0.67
Met + SU + Glit + Edu	3	0.51

Caso B. Prendi in carico un paziente di 62 anni con BMI 28,3; HbA1c 7,3%; glicemia 130mg/dl; con diabete noto da un anno, trattato con associazione precostituita glibenclamide + metformina (2,5 + 400 mg) 1 c x 2. Non complicanze, altri parametri nella norma. Qual è la scelta terapeutica che metti in atto in prima battuta?

Utilizzo delle singole classi di farmaci riportate singolar-



mente indipendentemente da associazioni  
 Met= metformina; SU= Sulfanilurea; Glin= Glinide; Glit= Glitazone; DPP-IV i= inibitori del DPP-IV; Exe= Exenatide; Ins Bas= Insulina Basale; Ins SPG= Insulina secondo profilo glicemico; Edu

= Intervento educativo su alimentazione e attività fisica

Tabella 3. Confronto tra le caratteristiche degli intervistati che hanno indicato una preferenza diversa rispetto alla metformina rispetto a quelli che hanno scelto tale farmaco:

USO DI METFORMINA			
	SI	NO	p
Maschi (%)	58.3	63.6	0.30
Età media (±ds)	51.3 ± 7.6	50.3 ± 7.9	0.17
Area			
Nord (%)	39.2	39.8	0.98
Centro (%)	16.6	16.9	
Sud (%)	44.2	43.2	
Apicale del servizio (%)	54.1	39.0	0.003
Collocazione			
Ospedaliero (%)	65.7	65.3	0.88
Territoriale (%)	31.0	32.2	
Universitario (%)	3.3	2.5	
Specializzazione			
Diabetologo (%)	78.9	66.9	0.03
Endocrinologo (%)	6.3	11.9	
Geriatra (%)	1.1	0.9	
Internista (%)	13.7	20.3	

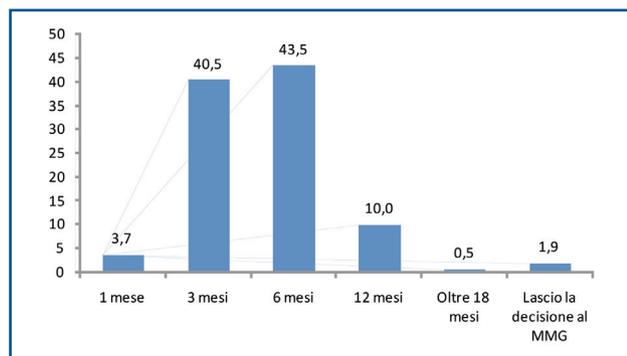
Tabella 4. Distribuzione di TUTTE le possibili combinazioni di trattamento indicate dagli intervistati per il caso B:

Associazione	N	%
Edu	81	13.66
Ins SPG	1	0.17
Ins SPG+ Edu	1	0.17
Exe	1	0.17
Exe + Edu	3	0.51
DPP-IV i	8	1.35
DPP-IV i + Edu	6	1.01
Glitazonico	7	1.18
Glitazonico + Edu	4	0.67
Glitazonico +Exe	1	0.17
Glinide	1	0.17
Glinide + Edu	1	0.17
SU	2	0.34
SU + Edu	1	0.17
Met	107	18.04
Met + Edu	223	37.61
Met + Ins bas + Edu	2	0.34
Met + Exe	1	0.17
Met + Exe + Edu	5	0.84
Met + DPP-IV i	26	4.38
Met + DPP-IV i + Edu	29	4.89
Met + Glit	13	2.19
Met + Glit + Edu	18	3.04
Met + Glit + Exe + Edu	1	0.17

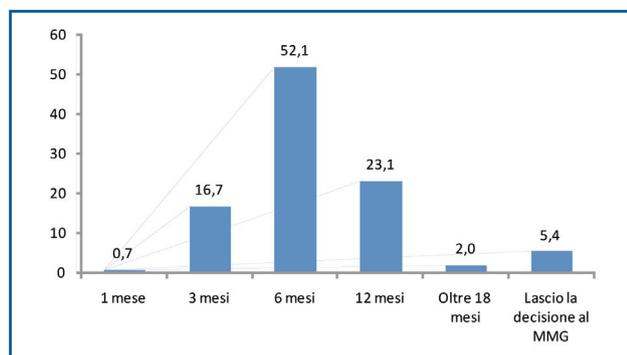
Tabella 4. Segue

Met + Glit + DPP-IV i	3	0.51
Met + Glit + DPP-IV i + Edu	2	0.34
Met + Glin	7	1.18
Met + Glin + Edu	16	2.7
Met + Glin + Glit	2	0.34
Met + Glin + Glit + Edu	1	0.17
Met + SU	7	1.18
Met + SU + Edu	11	1.85
Met + SU + Glit + Edu	1	0.17

**Domanda 1:** Se il paziente del caso A raggiunge un buon compenso (anche dopo più visite), dopo quanto tempo lo riprogrammi per un controllo in Diabetologia?



**Domanda 2:** Se il paziente del caso B raggiunge un buon compenso (anche dopo più visite), dopo quanto tempo lo riprogrammi per un controllo in Diabetologia?



**Domanda 3:** Nel caso di un paziente che viene al Servizio per la prima volta, ordina (numerandole da 1 la più importante a 6 la meno importante) le priorità da gestire:

### Classifica della priorità

Valori medi più bassi indicano che la priorità è stata più spesso indicata nelle prime posizioni della graduatoria e, quindi, è percepita come più importante.

Priorità	Media+DS
Far comprendere la malattia	1.86±1.40
Ottimizzare HbA1c	2.88±1.33
Educare il paziente all'autogestione	3.07±1.68
Evitare aumento di peso	4.37±1.36
Evitare ipo-	4.40±1.32
Ottimizzare lipidi e pressione	4.42±1.30

**Relativamente alla domanda 3, avresti altra/e priorità da indicare? Se sì, indicala/e (testo libero):**

- 60 intervistati (10.1 %) ha indicato come altra priorità l'anamnesi e la programmazione di un regolare follow-up delle complicanze.
- Altre priorità segnalate al di fuori delle 6 priorità previste riguardavano: Coinvolgimento/comprendimento del contesto familiare; Coinvolgimento del MMG/definizione dei percorsi assistenziali; Fumo.
- 5 intervistati consideravano ugualmente prioritari i sei punti previsti.
- Solo un intervistato ha citato il concetto di "memoria metabolica" e l'importanza di un intervento tempestivo.

**Domanda 4:** Nel caso di un paziente che viene al Servizio per la prima volta, ordina (numerandole da 1 la più importante a 6 la meno importante) le criticità da gestire:

### Classifica delle criticità:

Valori medi più bassi indicano che la criticità è stata più spesso indicata nelle prime posizioni della graduatoria e, quindi, è percepita come più importante.

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

**Relativamente alla domanda 4, avresti altra/e priorità da indicare? Se sì, indicala/e (testo libero):**

- 22 intervistati (3.7 %) ha indicato come altra criticità la mancanza di spazi e materiali per l'ottimizzazione del processo assistenziale.
- 15 intervistati hanno identificato come critica la condivisione della gestione del paziente con altre figure mediche (MMG, cardiologo, ecc.).
- 11 intervistati (1.9 %) hanno indicato come altri punti critici in aggiunta a quelli proposti nel questionario : uno scarso riconoscimento economico per l'erogazione di alcune prestazioni (per esempio telemedicina e lavoro straordinario) e un'eccessiva interferenza della politica.
- 3 intervistati hanno evidenziato la difficoltà nella gestione dei pazienti stranieri e la necessità di un mediatore culturale.

### Differenze per macroarea

Come già evidenziato, su 593 partecipanti alla compilazione del questionario 233 (39.3%) erano del Nord, 99 (16.7%) erano del Centro e 261 (44%) erano del Sud e Isole.

**Tabella 5.** Caratteristiche degli intervistati per macroarea.

Caratteristiche	NORD	CENTRO	SUD	p
Maschi (%)	54.1	60.6	63.6	0.095
Età media ( $\pm$ ds)	50.5 + 8.2	51.5 + 7.5	51.5 + 7.4	0.44
Apicale del servizio (%)	43.4	40.4	62.1	<0.0001
Collocazione				
Ospedaliero (%)	83.7	69.7	47.9	<0.0001
Territoriale (%)	15.0	22.2	49.0	
Universitario (%)	1.3	8.1	3.1	
Medici (mediana + range interquartile)	3 (2-4)	4 (2-5)	3 (1-5)	<0.0001
Infermieri (mediana + range interquartile)	4 (2-6)	3 (2-6)	2 (1-4)	<0.0001
Dietisti (mediana + range interquartile)	1 (0-1)	1 (0-2)	0 (0-1)	<0.0001
Specializzazione				
Diabetologo (%)	75.1	71.7	79.7	0.0025
Endocrinologo (%)	3.9	9.1	10.0	
Geriatra (%)	2.2	0	0.3	
Internista (%)	18.9	19.2	10.0	

Con riferimento al caso A, la percentuale di intervistati che non ha scelto la metformina era il 15.5% al Nord, il 21.2% al Centro ed il 19.2% al Sud e Isole ( $p=0.3771$ ).

Con riferimento al caso B, la percentuale di intervistati che non ha scelto la metformina era il 20.2% al Nord, il 20.2% al Centro ed il 19.5% al Sud e Isole ( $p=0.9814$ ).

*Domanda 1:* Se il paziente del caso A raggiunge un buon compenso (anche dopo più visite), dopo quanto tempo lo riprogrammi per un controllo in Diabetologia? nella sottostante tabella è riportata una sottoanalisi per macroaree.

*Domanda 2:* Se il paziente del caso B raggiunge un buon compenso (anche dopo più visite), dopo quanto tempo lo riprogrammi per un controllo in Diabetologia? nella sottostante tabella è riportata una sottoanalisi per macroaree.

*Domanda 3:* Nella sottostante tabella è riportata la classifica (Media  $\pm$  DS) per macroarea delle 6 priorità indicate.

Priorità	Nord	Centro	Sud e Isole	p
Far comprendere la malattia	1.75 $\pm$ 1.23	2.04 $\pm$ 1.60	1.9 $\pm$ 1.46	0.61
Ottimizzare HbA1c	2.85 $\pm$ 1.30	2.82 $\pm$ 1.32	2.39 $\pm$ 1.35	0.61
Educare il paziente all'autogestione	3.12 $\pm$ 1.70	2.99 $\pm$ 1.70	3.05 $\pm$ 1.67	0.71
Ottimizzare lipidi e pressione	4.32 $\pm$ 1.29	4.32 $\pm$ 1.30	4.55 $\pm$ 1.31	0.08
Evitare ipo-	4.44 $\pm$ 1.32	4.39 $\pm$ 1.28	4.36 $\pm$ 1.34	0.81
Evitare aumento di peso	4.52 $\pm$ 1.34	4.24 $\pm$ 1.38	4.22 $\pm$ 1.36	0.04

La differenza tra intervistati delle diverse macroaree nei valori assegnati alle priorità è risultata essere significativa ( $p=0.04$ ) solo per la "Evitare aumento di peso". Tuttavia, è importante sottolineare che l'ordine assegnato è del tutto sovrapponibile per i primi tre temi proposti e le differenze sono minime per gli altri tre.

*Domanda 4*

Nella sottostante tabella è riportata la classifica (Media  $\pm$  DS) per macroarea delle 6 criticità indicate.

Criticità	Nord	Centro	Sud e Isole	p
Carenza di tempo	2.12 $\pm$ 1.39	2.76 $\pm$ 1.72	2.78 $\pm$ 1.75	<0.0001
Difficoltà nella prenotazione per controllo a breve termine	3.14 $\pm$ 1.70	3.23 $\pm$ 1.69	3.71 $\pm$ 1.73	0.0006
Burocrazia (registrazioni, ricette, piani terapeutici)	3.39 $\pm$ 1.49	3.29 $\pm$ 1.57	3.55 $\pm$ 1.52	0.2387
Mancanza (o scarsità) di un team professionale nell'educare	4.01 $\pm$ 1.60	3.91 $\pm$ 1.71	3.46 $\pm$ 1.60	0.0005
Resistenze e incomprensioni del paziente	4.03 $\pm$ 1.59	3.76 $\pm$ 1.76	3.74 $\pm$ 1.81	0.2314
Mancanza (o scarsità) di altra figura professionale nell'addestrare alla terapia e/o all'automonitoraggio	4.32 $\pm$ 1.48	4.05 $\pm$ 1.47	3.75 $\pm$ 1.63	0.0005

La differenza tra intervistati delle diverse macroaree è risultata essere significativa per le criticità "Carenza di tempo", "Difficoltà nella prenotazione per controllo a breve termine", "Mancanza (o scarsità) di altra figura professionale nell'addestrare alla terapia e/o all'automonitoraggio" e "Mancanza (o scarsità) di un team professionale nell'educare". Tuttavia è importante sottolineare che anche nel caso delle criticità l'ordine assegnato ai diversi temi non è molto dissimile nelle diverse aree, nonostante la diversa organizzazione dell'assistenza.

## Commenti e conclusioni finali

Nelle differenze tra macroaree questa indagine evidenzia come l'organizzazione in team, prevalentemente ospedaliera, con presenza di figure professionali non mediche, sia predominante nel Nord mentre al Sud sembra prevalere il modello organizzativo del medico territoriale con limitata disponibilità di altri operatori professionali di supporto. Molte delle differenze rilevate in questo questionario sono verosimilmente riconducibili a queste differenze organizzative.

In tema di trattamento emerge come attualmente predomini l'opinione di trattare con metformina a dosi adeguate anche in caso di compenso scadente ( $HbA1c > 8,5\%$ ) persistente da mesi. In questi pazienti, l'uso d'insulina per una rapida correzione è proposto solo da un quarto degli intervistati, percentuale non trascurabile, ma minoritaria. Il messaggio di insulinizzazione iniziale, per raggiungere rapidamente il target glicemico, ed eventualmente proseguire con ipoglicemizzanti orali, non è per ora accettato in modo maggioritario.

Tendono a ricontrollare il paziente con intervalli più lunghi (> 12 mesi) i medici del Nord e gli ospedalieri, sia per i pazienti più scompensati (caso A) sia per quelli in discreto controllo (caso B). L'influenza del modello organizzativo, la maggiore dimestichezza con programmi di cogestione con la Medicina Generale ha qui certamente un ruolo determinante.

Interessante è il rilievo che la conoscenza e l'accettazione della malattia e l'educazione del paziente sono riportate come priorità senza differenze per macroarea e per modello organizzativo. Tuttavia, quando si va all'analisi delle criticità, spicca come l'organizzazione territoriale del meridione sia quella che più avverte la mancanza di figure professionali non mediche di supporto per l'istruzione e l'educazione del paziente. Sostanzialmente poco sentite sono le limitazioni del rischio di ipoglicemia e di aumento di peso del paziente che, invece, ultimamente vengono spesso sottolineate dall'industria come elementi a favore di nuovi agenti terapeutici.

Tra le criticità, al primo posto si collocano quelle dovute alla mancanza di tempo, seguite da quelle ascrivibili alla mancanza del personale. Ultime e distaccate sono quelle attribuibili alle difficoltà di rapporto con il paziente che, evidentemente, non è sentito come un problema rilevante.

In sintesi il messaggio che si ricava da questa prima analisi è che non vi sono grandi differenze ascrivibili al modello organizzativo, o alla specializzazione, nell'impostazione del trattamento farmacologico e nel peso dato all'educazione del paziente. Per contro, nei tempi di riprenotazione e di conseguenza nell'affidamento concordato o "per necessità" del paziente alla medicina generale, è rilevabile l'influenza della diabetologia organizzata a livello ospedaliero più tipica del Nord.

Il vissuto della mancanza di team professionale di figure di supporto non medico emerge nettamente nell'organizzazione territoriale del Sud.

## BIBLIOGRAFIA

1. Nathan DM, Lachin J, Cleary P, Orchard T, Brillon DJ, Backlund JY, O'Leary DH, Genuth S; Diabetes Control and Complications Trial; Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *N Engl J Med*. 2005 Dec 22;353(25):2643-53.
2. Hollman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-Year Follow-up of Intensive Glucose Control in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2008; 359:1577-1589.
3. De Micheli A. Italian standards for diabetes mellitus 2007: executive summary Diabete Italia, AMD Associazione Medici Diabetologi, SID Società Italiana di Diabetologia. *Acta Diabetol* 2008;45:107-127
4. Weng J, Li Y, Xu W, Shi L, Zhang Q, Zhu D, Hu Y, Zhou Z, Yan X, Tian H, Ran X, Luo Z, Xian J, Yan L, Li F, Zeng L, Chen Y, Yang L, Yan S, Liu J, Li M, Fu Z, Cheng H. Effect of intensive insulin therapy on beta-cell function and glycaemic control in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a multicentre randomised parallel-group trial. *Lancet*. 2008 May 24;371(9626):1753-60.
5. Chen HS, Wu TE, Jap TS, Hsiao LC, Lee SH, Lin HD. Beneficial effects of insulin on glycemic control and beta-cell function in newly diagnosed type 2 diabetes with severe hyperglycemia after short-term intensive insulin therapy. *Diabetes Care*. 2008 Oct;31(10):1927-32. Epub 2008 Jun 12.

