

## Il documento AMD-SID-SIMG sull'assistenza al diabete



**S. Gentile**  
sandro.gentile@gmail.com

Direttore CSR AMD

**Parole chiave:** diabete mellito, cure primarie, servizi di Diabetologia, disease management  
**Key words:** diabetes mellitus, primary care, secondary care, disease management



Video di approfondimento

Il Giornale di AMD, 2012;15:5-8

### Riassunto

La diffusione del diabete aumenta in modo epidemico e ciò richiede azioni concrete basate sulle evidenze scientifiche. Precocità di diagnosi, piani di cura e di prevenzione delle complicanze sempre più efficaci, terapie aggressive e personalizzate sono gli interventi richiesti a medici di medicina generale e diabetologi per una gestione integrata e appropriata. Diabetologi e Medici di famiglia hanno da tempo prodotto un documento operativo per la cura del diabete, recentemente recepito dal Ministero della salute. Molti sforzi sono ancora necessari per passare dal documento all'implementazione.

### Summary

The diabetes pandemic needs evidence based actions such as a global prevention and an early and appropriate treatment addressed to achieve an efficacious disease management. Diabetologists and general practitioners just produced a practical guideline on diabetes care, recently approved by Italian National Health Care Ministry, but is actually needed a large diffusion and a clinical implementation of the document.

L'esplosione epidemia del diabete è nota da tempo, come una calamità legata all'aumento dell'obesità, della sedentarietà e all'abbandono di abitudini alimentari che hanno accompagnato l'uomo fin dall'antichità.

I dati ISTAT 2010 ci danno chiara evidenza (Fig. 1 e 2) della crescita del diabete in Italia nell'ultimo

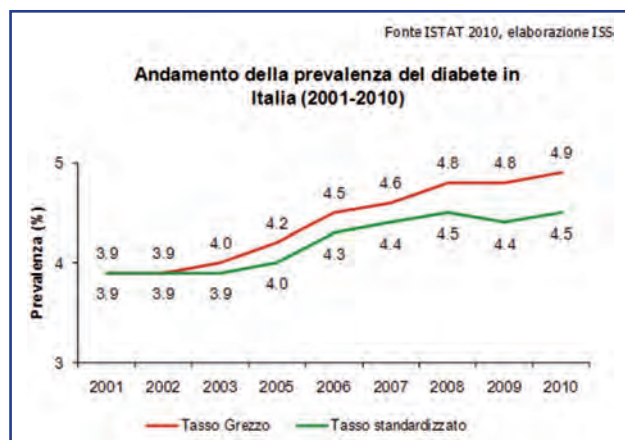


Figura 1. Andamento della prevalenza del diabete in Italia negli anni 2001-2010 (ISTAT 2010).

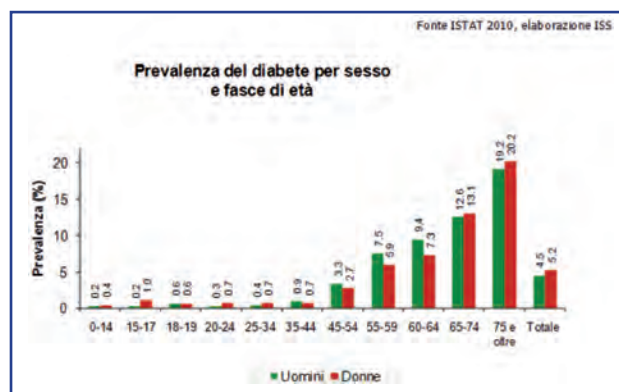


Figura 2. Prevalenza del diabete per sesso e per fasce di età (ISTAT 2010).

decennio e mostrano come la frequenza della malattia sia distribuita in modo disomogeneo sul territorio nazionale (Fig. 3). Il sistema di cura italiano si fonda essenzialmente su tre livelli, Medici di Medicina Generale (MMG), Servizi di Diabetologia (SD, in ospedale o sul territorio) e Ospedali (O) e in base alla modifica del Titolo V della Costituzione l'assistenza è regionalizzata. Tuttavia, esiste una realtà epidemiologica molto diversa da regione a regione<sup>(1)</sup> con notevoli conseguenze pratiche. Un MMG assiste in media 72 diabetici ogni 1000 assistiti in Molise mentre ne segue 28/1000 a Bolzano. Dalla banca dati **Health Search** della Medicina Generale<sup>(2)</sup> si ricava che i diabetici nel 2009 hanno avuto una media di contatti con il proprio MMG (*visita a cui segue un intervento prescrittivo o diagnostico*) di 7,53, contro la media generale di 7,1, con punte molto diverse tra le varie regioni. Viceversa, **Annali AMD-2010**, il data base dell'Associazione Medici Diabetologi, che raccoglie informazioni su circa mezzo milione di diabetici seguiti presso la Rete dei Servizi di Diabetologia italiani (1/6 dell'intera popolazione di diabetici)<sup>(3)</sup> segnala che nel 2009 vi sono stati 451.859 accessi presso i 251 Servizi di Diabetologia (1/3 di tutti i SD) che hanno raccolto e analizzato i dati, di cui 46.513 ne hanno varcato la soglia per la prima volta (11,2%) (Fig. 4), caratterizzati da una storia di diabete nota da meno di 2 anni nel 57%

Figura 3. Prevalenza del Diabete nelle regioni italiane (ISTAT 2010).

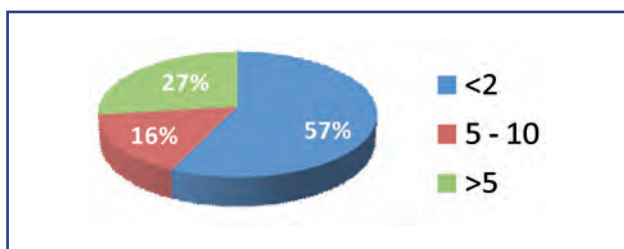
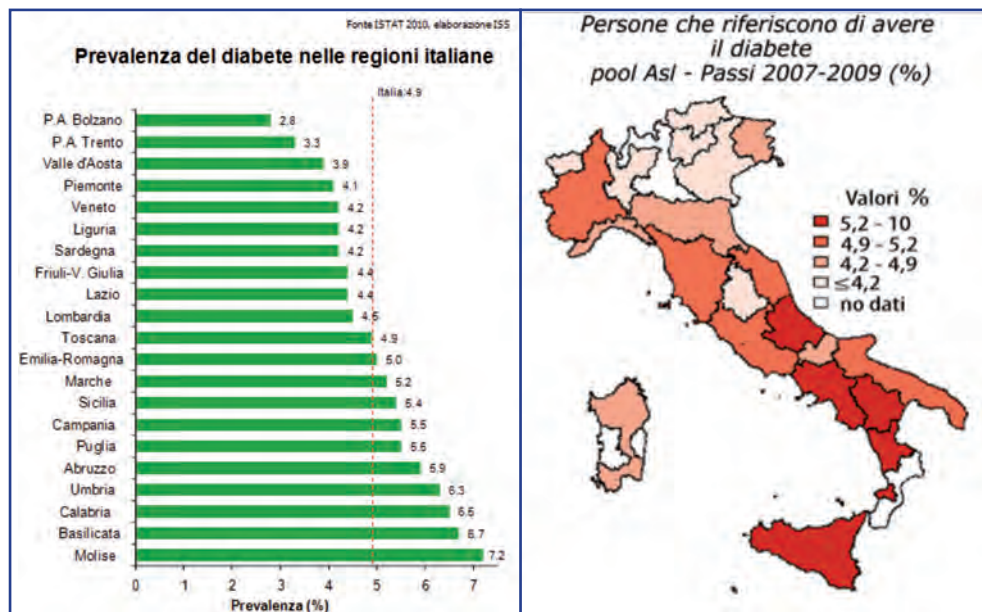


Figura 4. Anni di durata del diabete al momento del primo accesso presso un Servizio di Diabetologia. Nei pazienti inviati precocemente dopo la diagnosi (durata diabete < 2 anni): 38% dei casi presenta HbA1c >8.0%; 12% richiede il ricorso della terapia insulinica già alla prima visita; tutti presentano un elevato rischio cardiovascolare<sup>(3)</sup>.

dei casi e da 5 a 10 anni nel 27% dei casi. Ciò sta a significare che vi è un incremento di nuovi pazienti inviati ai diabetologi dell'11,2%, valore ancora superiore al tasso di crescita della malattia stimato dall' ISTAT. Tutto questo ha un impatto notevole anche in termini di ospedalizzazione, perché questi pazienti presentano un elevato potenziale di rischio di complicanze cardiovascolari, per il cattivo controllo metabolico o, più spesso, per la presenza di eventi cardiovascolari pregressi. Le complicanze del diabete hanno ricadute enormi in termini generali e di salute sull'intero sistema. I dati ISTAT 2009 su mortalità e morbilità collegate al diabete sono impressionanti: 70mila casi di infarto del miocardio, 18mila di ictus, 20mila di insufficienza renale, 5mila di amputazione degli arti inferiori, 18mila di morte. Le conseguenze economiche sono notevoli e sono ben evidenti nel Report *HealthSearch*. La spe-



Scarica  
Qualità delle  
cure,  
Database  
e Costi

sa pro-capite per un paziente affetto da DM2, assistito in è cresciuta del 54% tra il 2001 ed il 2009 essenzialmente in ragione delle complicanze del diabete. Gli individui di età compresa tra i 35 ed i 44 anni sono quelli per cui la spesa media è aumentata maggiormente (65%) mentre per la classe di età 75-84, caratterizzata dalla spesa media complessiva più elevata, con un incremento medio del 46%

e ciò deve far pensare anche ad un possibile anticipo dell'età in cui si manifestano le complicanze. Dal 2001 al 2009 la differenza tra la spesa complessiva per un paziente della classe di età 65-74 e quella di un paziente nella classe di età 35-44 è cresciuta da 250 a 370 euro, mentre il differenziale di spesa di un individuo della classe di età 65-74 rispetto ad uno della classe 45-54 è cresciuto da 173 euro del 2001 a 250 euro del 2009. L'andamento della spesa media rispetto al grado di severità clinica dimostra chiaramente che il costo di un paziente con DM2 è in larga parte spiegato dalla severità clinica. Rispetto ad un paziente senza eventi e senza complicanze il costo risulta infatti raddoppiato. Tutto questo darebbe un'importanza notevole alla diagnosi e al trattamento precoce, in linea con i dati della letteratura scientifica, sia per quel che riguarda il diabete mellito tipo 1 che per il tipo 2<sup>(4-10)</sup>. Inoltre, dati altrettanto solidi documentano che l'integrazione tra figure professionali con ruoli e competenze diverse come sono i MMG e i Diabetologi, possano e debbano collaborare con grande efficacia



Scarica  
Report  
Health  
Search



Scarica  
Linee Guida,  
Standard di  
cura e  
Documenti  
istituzionali

**Tabella 1.** Modalità organizzative e compiti dei professionisti coinvolti nella cura del diabete mellito<sup>(14)</sup>.

<p><b>Modalità organizzativa per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 nell'adulto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il paziente è inviato a Centro Diabetologico (CD) 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Il paziente effettua una visita generale almeno ogni sei mesi presso l'MMG.</li> <li>• 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.</li> <li>• Il paziente accede, inoltre, al CD per visite non programmate e/o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità.</li> </ul>
<p><b>Compiti del Centro Diabetologico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquadramento delle persone con diabete neodiagnosticato con formulazione del Piano di Cura personalizzato e condiviso con gli MMG.</li> <li>• Presa in carico, in collaborazione con gli MMG, delle persone con diabete.</li> <li>• Gestione clinica diretta, in collaborazione con gli MMG e gli altri specialisti, delle persone con: grave instabilità metabolica; complicanze croniche in fase evolutiva; trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina; diabete in gravidanza e diabete gestazionale.</li> <li>• Impostazione della terapia nutrizionale.</li> <li>• Effettuazione, in collaborazione con gli MMG, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete, rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.</li> <li>• Valutazione periodica, secondo il Piano di Cura adottato, dei pazienti diabetici di tipo 2 seguiti con il protocollo di gestione integrata, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.</li> <li>• Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con gli MMG di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.</li> <li>• Attività di aggiornamento rivolta agli MMG in campo diabetologico.</li> </ul>
<p><b>Compiti del Medico di Medicina Generale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti.</li> <li>• Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti.</li> <li>• Identificazione, tra i propri assistiti, delle donne con diabete gestazionale.</li> <li>• Presa in carico, in collaborazione con i CD, delle persone con diabete e condivisione del Piano di Cura personalizzato.</li> <li>• Valutazione periodica, mediante l'attuazione di una medicina di iniziativa, dei propri pazienti secondo il Piano di Cura adottato, finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.</li> <li>• Effettuazione, in collaborazione con il CD, di interventi di educazione sanitaria e counselling delle persone a rischio e delle persone con diabete rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.</li> <li>• Monitoraggio dei comportamenti alimentari secondo il Piano di Cura personalizzato.</li> <li>• Organizzazione dello studio (accessi, attrezzature, personale) per una gestione ottimale delle persone con diabete.</li> <li>• Raccolta dei dati clinici delle persone con diabete in maniera omogenea con il CD di riferimento, mediante cartelle cliniche preferibilmente in formato elettronico.</li> </ul>

per i vantaggi di salute che ne derivano<sup>(11)</sup>. Nella regione Piemonte la condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici tra queste figure professionali in gestione integrata riduce il ricorso all'ospedalizzazione di circa il 50%, con riduzione anche dei casi di ricovero ripetuto in tempi ravvicinati, con evidente riduzione della spesa per degenza ospedaliera. Dell'esigenza di integrazione sono convinti sia i MMG che i Diabetologi, cosa che ha portato le rispettive Società Scientifiche AMD, SIMG e SID a redigere un protocollo operativo condiviso, di recente pubblicato sul Quaderno del Ministero della Salute numero 10, dedicato all'Appropriatezza per la gestione dell'Obesità e del Diabete Mellito<sup>(12)</sup>. La logica del documento è basata sul concetto della condivisione di obiettivi di salute per le persone diabetiche, in funzione delle caratteristiche di ciascun paziente, dei suoi bisogni e dello stato effettivo di salute. Classi di gravità della malattia, complessità dell'approccio medico, pianificazione condivisa fin dal primo momento della diagnosi tra

MMG e Diabetologi, piani di cura personalizzati sono le parole chiave del documento; quindi, non attribuzione asettica all'una o all'altra figura professionale per gravità di malattia ma precocità di approccio e pianificazione precoce e condivisa del piano di cura a tutto campo. Sono questi i principi su cui si basa l'obiettivo comune dei Medici di famiglia e degli Specialisti per una medicina più equa, efficace, precoce e al passo con la necessità di razionalizzazione e risparmio delle risorse, in pieno accordo anche con i dettami del Progetto Igea<sup>(13)</sup>. Lo stesso documento evidenzia come il MMG sia il primo attore in campo di prevenzione ed identificazione precoce del diabete. Senza questo impegno cruciale la storia naturale della malattia e il carico assistenziale che ne deriva vengono fortemente penalizzati. Il momento della diagnosi è cruciale per determinare la costruzione tempestiva di un piano di controlli e di cure da cui dipenderanno le complicanze e la vita stessa del diabetico (tabella 1). Una diagnosi precoce ed un trattamento

tempestivo ed efficace sono gli atti che condizionano la memoria metabolica di quella persona. Ciascun diabetico che verrà identificato precocemente e trattato adeguatamente avrà una prognosi migliore e peserà molto diversamente sui costi del sistema curante rispetto ad un altro non diagnosticato per anni e trattato meno efficacemente specie dei primi periodi di malattia<sup>(14)</sup>. Questi concetti che derivano dall'epidemiologia e dalla fisiopatologia sono stati da tempo messi a disposizione della pratica clinica e sia i Medici di Medicina Generale che i Diabetologi se ne vanno convincendo. Il risultato di questo convincimento è l'accordo strategico sulla gestione integrata che insieme hanno prodotto. Ora il passo successivo è quello della diffusione del documento e dell'implementazione, anche affrontando barriere burocratiche e gestionali e passando ad una reale concretizzazione sul campo, anche attraverso la condivisione dei numerosi dati che entrambe le categorie di professionisti hanno nei rispettivi data base.



Scarica  
Gestione  
Integrata

## BIBLIOGRAFIA

1. Piano Sanitario delle Linee Guida. [www.pnlg.it](http://www.pnlg.it)
2. HealthSearch. Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale. VI Report Health Search 2009-2010. Genomedics-Health Care Consultants, Firenze 2010. <http://www.health-search.it>
3. Annali AMD 2010. Infomedica Ed, Torino 2010. [www.aemmedi.it](http://www.aemmedi.it)
4. The Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group. Intensive Diabetes Treatment and Cardiovascular Disease in Patients with Type 1 Diabetes. *N Engl J Med* 2005; 353: 2643-53
5. Holman RR. Et al. 10-Year Follow-up of Intensive Glucose Control in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2008; 359: 1577-89
6. Gæde P. et al. Effect of a Multifactorial Intervention on Mortality in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2008; 358: 580-591
7. Ceriello A, Ihnat MA, Thorpe JE. Clinical review 2: The "metabolic memory": is more than just tight glucose control necessary to prevent diabetic complications?. *J Clin Endocr Metab* 2009, 94: 410-5
8. White NH et al. Prolonged effect of intensive therapy on the risk of retinopathy complications in patients with type 1 diabetes mellitus: 10 years after the Diabetes Control and Complications Trial. *Arch Ophthalmol* 2008, 126: 1707-15
9. Cleary PA et al. The effect of intensive glycemic treatment on coronary artery calcification in type 1 diabetic participants of the Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study. *Diabetes* 2006 Dec;55:3556-65
10. Valensi P et al. IMPROVE Study Group Expert Panel. Initiating insulin therapy with, or switching existing insulin therapy to, biphasic insulin aspart 30/70 (NovoMix 30) in routine care: safety and effectiveness in patients with type 2 diabetes in the IMPROVE observational study. *Int J ClinPract.* 2009 Mar;63:522-31
11. Spijkerman AM et al. Microvascular complications at time of diagnosis of type 2 diabetes are similar among diabetic patients detected by targeted screening and patients newly diagnosed in general practice: the hoorn screening study. *Diabetes Care* 2003;26:2604-8
12. Gnani R, Picariello R, la Karaghiosoff L, Costa G, Giorda CB. Determinants of quality in diabetes care process: The population-based Torino Study. *Diabetes Care* 2009; 32:1986-92
13. Appropriatelyzza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, la diagnosi e la terapia dell'obesità e del diabete mellito. Quaderni del Ministero della Salute. [www.quadernidellasalute.it/](http://www.quadernidellasalute.it/)
14. Progetto IGEA. Gestione Integrata del Diabete Mellito di tipo 2 dell'adulto. Documento di Indirizzo. Roma. Il Pensiero Scientifico Editore 2008. [Hptt://www.wpicwntro.iss.it/igea/doc\\_indirizzo.asp](http://www.wpicwntro.iss.it/igea/doc_indirizzo.asp)
15. GiordaCB. Could clinical inertia in part explain the unexpected association of insulin therapy with poorer cardiovascular outcomes in observational studies on diabetes? *Diab Res Clin Pract* 2011; 92:47-8.

Per chi non sia fornito di dispositivo adatto all'utilizzazione del QR code (smart phone, tablet, etc.), di seguito elenchiamo in chiaro i siti presso i quali attingere i documenti.

*Video di presentazione*

[www.igmultimedia.it/amd/video1.html](http://www.igmultimedia.it/amd/video1.html)

*Video di approfondimento*

[www.igmultimedia.it/amd/video2.html](http://www.igmultimedia.it/amd/video2.html)

*Report Health Search*

[www.igmultimedia.it/amd/health\\_search\\_report\\_2009\\_2010.pdf](http://www.igmultimedia.it/amd/health_search_report_2009_2010.pdf)

*Qualità delle cure, Database e Costi*

[www.igmultimedia.it/amd/qualita\\_delle\\_cure\\_database\\_costi.pdf](http://www.igmultimedia.it/amd/qualita_delle_cure_database_costi.pdf)

*Linee Guida, Standard di cura e Documenti istituzionali*

[www.igmultimedia.it/amd/linee\\_guida.pdf](http://www.igmultimedia.it/amd/linee_guida.pdf)

*Gestione Integrata*

[www.igmultimedia.it/amd/gestione\\_integrata.pdf](http://www.igmultimedia.it/amd/gestione_integrata.pdf)