

XXII Congresso Regionale AMD-SID Friuli Venezia Giulia

Appropriatezza e sostenibilità in Diabetologia

22 novembre 2014 - Tavagnacco (UD)



La gestione ambulatoriale del diabete gestazionale attraverso l'evoluzione dei criteri diagnostici e dell'approccio clinico. Analisi di 7 anni di esperienza

P. Bordin¹, L. Dotto¹, L. Battistella², A. Comici³, D. Felicetti¹, N. Pupin¹, E. Rosso¹, F. Zamparo¹, S. Zocchi¹, V. Moretti¹

¹ Ambulatorio Diabetologico della Medicina; ² Ginecologia; ³ Pediatria - Ospedale S. Antonio - S. Daniele del Friuli (UD)

Introduzione. La prevalenza del diabete gestazionale (GDM) varia dal 2 al 14% nelle casistiche. Dalla fine del 2005 è attivo un ambulatorio dedicato al GDM. La Consensus Italiana del 2010 prima e poi le Linee Guida del 2011 hanno introdotto importanti modifiche nello screening e diagnosi del GDM.

Materiali e metodi. Sono state analizzate le cartelle informatiche degli anni 2006-2012. La diagnosi di GDM veniva fatta con l'OGTT (minicurva da 50g di glucosio, poi eventualmente curva da 100 g) il prima possibile nelle pazienti ad alto rischio, alla 24-28a settimana nelle restanti. Dal 2010 sono stati adottati i nuovi criteri di diagnosi di GDM: unica glicemia a digiuno ≥ 92 mg/dl in qualsiasi momento o OGTT da 75g alla 24-28a settimana. Le linee guida del 2011 infine indicano come unico strumento di diagnosi del GDM la OGTT, alla 16-18a settimana nei soggetti ad alto rischio, alla 24-28a settimana in quelli a medio rischio. Abbiamo confrontato i gruppi delle pazienti seguiti prima del 2010, nel periodo 2010-2011, dopo il 2011.

Risultati. Nel periodo analizzato vi sono stati 7700 parti (circa 1100/anno) e sono state seguite dall'ambulatorio diabetologico 533 gestanti, età media $33.5 \pm 5a$, il 50% primipare, il 18% straniera, il 5% avevano un diabete pre-esistente. L'outcome ostetrico: è risultato analogo a quello delle gestanti non diabetiche, con tassi simili di taglio cesareo (18%) e macrosomia (13%).

Conclusioni. L'implementazione delle nuove linee guida nel 2010 ha più che raddoppiato le nostre pazienti, con analogo effetto sull'epidemiologia del GDM; molte diagnosi venivano fatte nel primo trimestre e vi era una presa in carico anticipata da parte dell'ambulatorio diabetologico. I criteri del 2011 portano a una situazione intermedia. Nel secondo e terzo gruppo vi è stato un maggior uso di insulina, in parte per gli obiettivi glicemici diventati più restrittivi. Il parto anticipato del secondo

Tabella 1.

Gruppo	2006-2009	2010-2011	2012
Prevalenza GDM (%)	5.5	12.2	7.3
Prima visita (settimane)	28	24	28
N° visite	5	5	4
BMI iniziale	25	27	26
BMI finale	29	30	30
Incremento ponderale (kg)	12	8	12
Terapia insulinica (%)	20	26	28
Età gestazionale al parto (sett+g)	39+3	37+5	38+5
OGTT post partum	18	25	41

gruppo riflette una modifica nella politica dei ginecologi, che inducono il parto alla 38a settimana nelle pazienti più a rischio: questo sta portando ad una riduzione dei nati macrosomici e del tasso dei cesarei. Incoraggia il trend in aumento delle pazienti che eseguono l'OGTT post partum, che risulta spesso patologica.

Restare coi piedi per terra: metodiche a confronto per identificare l'etiologia delle infezioni del piede diabetico

P. Bordin¹, R. Da Ros², F. Pistola³, D. Felicetti¹, E. Rosso¹, N. Pupin¹, F. Zamparo¹, G. Boezio³, V. Moretti¹

¹Ambulatorio Diabetologico, ospedale di S. Daniele del Friuli, ASS4 "Medio Friuli"; ²SOS Diabetologia, ospedale di Monfalcone, ASS2 "Isontina"; ³Laboratorio d'analisi, ospedale di S. Daniele del Friuli ASS4 "Medio Friuli"

Introduzione. Le lesioni del piede diabetico sono spesso infette e richiedono un approccio multidisciplinare (antibioticoterapia, pulizia locale, rivascularizzazione). Documentare il patogeno responsabile è difficile, perché le ulcere risultano colonizzate da microrganismi opportunisti, mentre solo un numero limitato di specie è coinvolto nelle infezioni profonde. Manca ancora un consenso sull'indagine microbiologica più appropriata.

Scopo dello studio è valutare la correlazione microbiologica fra campioni ottenuti da:

- Tampone superficiale dopo disinfezione
- Tampone profondo dopo cruentazione del tessuto e disinfezione
- Campione di tessuto inserito in terreno colturale dopo cruentazione e disinfezione

Queste procedure sono state eseguite in successione su pazienti con infezione clinicamente valutabile secondo criteri di arrossamento, edema, secrezione e odore.

Risultati. Abbiamo raccolto campioni da 23 pazienti consecutivi (età media 70, durata media di malattia 20 anni, 21 maschi). La maggioranza dei soggetti ha evidenziato una positività polimicrobica, con una media di 2 germi diversi coltivati con ognuna delle tre modalità di campionatura. I campioni profondi hanno prodotto più frequentemente colture monomicrobiche rispetto al tampone superficiale (6/23 versus 3/23). Le differenze maggiori si hanno nei germi coltivati: lo *Staphylococcus aureus* è sempre il primo isolato (rispettivamente 11/23, 10/23 e 14/23), ma nei tamponi superficiali e profondi vi è a seguire un'ampia dispersione di germi, con prevalenza di abituali contaminanti, mentre nei campioni di tessuto si registra una prevalenza di germi tipicamente patogeni (*Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*). La positività di vari campioni di tessuto per più di 3 germi impone un approfondimento sulle modalità di prelievo (es. non passando per la ferita).

Conclusioni. Sono emerse significative differenze nella popolazione di germi isolati con le diverse modalità di prelievo, che possono guidare la strategia antibiotica. Il campione più informativo sembra quello biotico, che però richiede particolare attenzione nei vari passaggi esecutivi.

comprendente 4 intensità crescenti. Durante le prove, i volontari hanno indossato un cardiofrequenzimetro (Polar, Finlandia) e una maschera respiratoria (Quark b2, Cosmed, Italia). Sono stati calcolati i valori a stato stazionario di tutti i parametri e le velocità di ossidazione dei carboidrati.

Risultati. La frequenza cardiaca (f.c.) durante esercizio non era diversa nei 2 gruppi (pazienti vs. controlli), sia come valori assoluti (effetto gruppo, p=NS), sia come percentuale della riserva di f.c. (effetto gruppo, p=NS). Quest'ultima è risultata diversa tra i soggetti con diverso grado di allenamento (effetto allenamento, p<0.05). I volontari Sedentari e quelli Poco allenati avevano f.c. paragonabili. La velocità di ossidazione dei carboidrati non è risultata diversa nei pazienti e nei controlli (effetto gruppo, p=NS); a parità di intensità dell'esercizio, la velocità di ossidazione dei carboidrati dipende dal grado di allenamento (effetto allenamento, p<0.01), variando da 2.3 g/min nei soggetti Sedentari a 1.8 g/min nei soggetti Ben allenati (per una potenza di 100W).

Conclusioni. I risultati confermano che la velocità di ossidazione dei carboidrati nei pazienti affetti da diabete tipo 1 non è diversa da quella dei controlli. Complessivamente, i soggetti molto allenati hanno una ridotta velocità di ossidazione dei carboidrati rispetto ai soggetti sedentari e a quelli poco allenati.

Effetto del grado di allenamento sulla velocità di ossidazione dei carboidrati durante attività fisica

M.P. Francescato¹, A. Buoite Stella¹, L. Tonutti², S. Agus², R. Assaloni², C. Tortul², B. Brunato², E. Manca², G. Zanette², R. Candido², M. Geat¹

¹Dipartimento di Scienze Mediche e Biologiche, Università di Udine; ²Centri Diabetologici Regione FVG

Premessa. La stima della velocità di ossidazione dei carboidrati è una delle basi dell'algoritmo ECRES che stima la quantità di carboidrati necessari ad evitare squilibri glicemici durante esercizio nei pazienti tipo 1. Scopo del lavoro era studiare l'effetto del grado di allenamento sulla velocità di ossidazione dei carboidrati.

Materiali e metodi. Sono stati reclutati 27 pazienti (18M, 9F; 39±9 anni; HbA1c 6.9±1.0%) e 22 volontari sani (10M, 12F; 35±12 anni) con stesse caratteristiche antropometriche (massa: 68.6±11.5 kg; altezza: 173±8 cm; BMI: 22.8±2.9 kg/m²) che sono stati classificati in 4 categorie di grado di allenamento in base alle risposte date ad un questionario: Sedentari (n=12), Poco allenati (n=8), Ben allenati (n=16), Molto Allenati (n=13). I volontari hanno effettuato un esercizio di circa 25 min,

La transizione dell'adolescente con diabete di tipo 1 (DM1) dall'ambulatorio pediatrico al centro diabetologico dell'adulto

L. Grego¹, M. Zanatta¹, L. Tonutti², S. Agus², M.A. Pellegrini², G. Venturini², F. Vescini², M. Armellini², C. Sartori², G. Cricchiutti¹, F. Grimaldi²

¹Clinica Pediatrica; ²SOC di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo – Az. Ospedaliero Universitaria di Udine (AOUD)

Premessa e scopo dello studio. La transizione dalla pediatria al Servizio di diabetologia dell'adulto è un momento critico per l'adolescente con diabete, una sfida per gli operatori e l'organizzazione sanitaria.

Obiettivo dello studio è stato valutare l'impatto della transizione sul controllo metabolico, sul follow-up e sulle complicanze croniche nei ragazzi che hanno effettuato il passaggio dalle cure pediatriche a quelle della diabetologia dell'adulto nella Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine.

Metodi. Tutti i ragazzi con DM1 che hanno eseguito la transizione nel periodo 2003-2013 sono stati inclusi

in uno studio retrospettivo osservazionale. Sono stati analizzati dati clinici, età al trasferimento, intervallo tra l'ultima visita pediatrica e la prima nella diabetologia dell'adulto, frequenza dei controlli, HbA1c, BMI, insorgenza di nuove complicanze nel primo anno dopo il passaggio.

Risultati. Hanno effettuato la transizione 46 ragazzi, 20M e 26 F, con età al passaggio di $18,2 \pm 2,4$ anni ($M \pm DS$) e durata di malattia di $7,8 \pm 6$ anni ($M \pm DS$). L'intervallo tra l'ultima visita in pediatria e la prima nel centro dell'adulto è stato di $4,3 \pm 3,2$ mesi ($M \pm DS$). Il 98% dei pazienti ha eseguito regolarmente il follow-up nel primo anno. Nel centro dell'adulto il numero dei controlli è stato $4,1 \pm 2,0$ /anno rispetto a $3,8 \pm 0,7$ /anno in pediatria (p n.s.). L'HbA1c è aumentata solo nei maschi ($p < 0,05$). Il BMI è aumentato da $22,7 \pm 3,4$ ($M \pm DS$) a $23,6 \pm 3,4$ kg/m^2 ($M \pm DS$) ($p < 0,0001$). Non si sono manifestati nuovi casi di retinopatia o nefropatia.

Conclusioni. La transizione strutturata all'interno della stessa Azienda ha garantito la continuità delle cure. Il deterioramento del compenso metabolico di alcuni ragazzi era verosimilmente legato a problemi psicologici e sociali personali e del contesto familiare. Una organizzazione dell'accoglienza ottimizzata e la presenza di un supporto psico-sociale potrebbero migliorare la qualità dell'assistenza per i giovani nel periodo della transizione.

Conoscenze in tema di piede diabetico fra gli infermieri dell'Azienda Ospedaliero-universitaria di Udine. Un'indagine a campione

P.M. Miniussi¹, L. Caporale², S. Monticelli²

¹Azienda Ospedaliero-universitaria S. Maria della Misericordia di Udine, Ambulatorio per la cura del piede diabetico, S.O. Medicina interna di Cividale; ²Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Udine

Premessa. La gestione delle lesioni cutanee croniche, tra cui il piede diabetico, viene sempre più spesso demandata anche in ospedale al personale infermieristico. Non è però noto quale sia il suo livello di conoscenze in materia, premessa necessaria per una adeguata presa in carico di tali pazienti. Si è ritenuto perciò utile indagarlo con uno studio descrittivo, anche per valutare la necessità ed i contenuti di un eventuale programma di formazione specifica.

Scopo dello studio. Valutare il livello di conoscenze in tema di valutazione e cura del piede diabetico tra gli infermieri operanti nell'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine; ricercare eventuali differenze tra quanti si ipotizza siano frequentemente od occasionalmente a

contato con il piede diabetico e quanti lo sono raramente o mai; ricercare eventuali relazioni fra età, anzianità professionale e tipo di formazione e livello di conoscenze nel campo specifico.

Metodi. Ci si è serviti di un questionario strutturato a risposte multiple o aperte, anonimo, contenente 12 quesiti su aspetti anagrafici e professionali e 14 quesiti su aspetti teorico/pratici dell'assistenza al piede diabetico.

Il questionario è somministrato a 380 infermieri in servizio presso 20 strutture operative diverse dell'Ospedale di Udine (Anestesia e Rianimazione 1 e 2, Clinica di Anestesia e Rianimazione, Cardiocirurgia, Cardiologia, Pneumologia, Ortopedia, Clinica Ortopedica, Otorinolaringoiatria, Clinica Pediatrica, Clinica Medica, Medicina Interna 1 e 2, Clinica delle Malattie Infettive, Dermatologia, Diabetologia, Nefrologia, Post-acuti). La partecipazione allo studio è stata volontaria; 198 infermieri, pari al 52% degli interpellati, ha restituito il questionario compilato.

Risultati. Una maggioranza rilevante del personale aderente all'indagine ha dichiarato di curare raramente o mai persone con piede diabetico (80,30%) e di non aver mai partecipato ad attività di formazione e aggiornamento sull'argomento (73,20%); peraltro, solo il 43,40% reputa la sua conoscenza in materia non adeguata o insufficiente.

Nel complesso le risposte evidenziano notevoli carenze non solo su argomenti pertinenti al piede diabetico (caratteri della cute neuropatica, sede e trattamento delle ipercheratosi, significato della manovra "probe to bone", classificazione delle lesioni, caratteristiche delle ortesi ideali), ma anche su aspetti di carattere generale (sede di prelievo da una lesione aperta del campione per esame colturale, scelta del disinfettante). Sono risultate invece buone le percentuali di risposta corretta ai quesiti sui criteri di avvio immediato del paziente al Pronto Soccorso, sulle caratteristiche dell'ulcera infetta e sulla frequenza di sostituzione della medicazione in schiuma di poliuretano.

Non è stata rilevata alcuna correlazione fra le caratteristiche demografiche, il titolo di studio, l'anzianità professionale e di servizio degli intervistati e le rispettive percentuali di risposte corrette, così come fra gli infermieri operanti in strutture dove il contatto con il piede diabetico è possibile, se non frequente, e quelli delle strutture dove tale contatto è altamente improbabile.

Conclusioni. L'indagine, pur con gli evidenti limiti metodologici, evidenzia la necessità di una più incisiva attività di formazione in tema di assistenza al piede diabetico e, più in generale, alle lesioni cutanee croniche già durante il corso di studi universitario. Di questa necessità appaiono consapevoli gli stessi intervistati, tanto che alcuni di essi, a fianco alla domanda relativa alla formazione, hanno aggiunto il loro interesse a partecipare a tali attività.

Uso delle "APP" nella gestione del diabetico tipo 1: risultati di un'indagine conoscitiva

R. Muraro¹, M. Armellini², R. Assaloni¹, B. Brunato¹, L. Tonutti², C. Tortul

¹SOS di Diabetologia Monfalcone e Gorizia ASS 2 Isontina; ²SOC di Endocrinologia e malattie del Metabolismo AOU S. Maria della Misericordia Udine

Introduzione. Negli ultimi anni sono state create numerose pagine dedicate al diabete all'interno dei social network e sono state create svariate applicazioni "APP" per la gestione della malattia. Il flusso di informazioni reperite in tali sedi e l'uso di tali supporti si sta facendo sempre più largo nella gestione della malattia e nel processo terapeutico in condivisione con il team.

Scopo. Al fine di valutare l'uso di APP da parte dei nostri pazienti e l'accesso alle pagine dedicate dei social network abbiamo condotto un'indagine conoscitiva che veniva proposta ai pazienti diabetici tipo 1, con multi-iniettiva o con microinfusore, che hanno dato la loro disponibilità negli ultimi 2 mesi.

Materiali e metodi. Abbiamo sottoposto un questionario a 110 persone con DM1.

Nel questionario viene richiesto:

1. APP usate;
2. APP usate per la gestione del diabete, per la dieta, per la gestione del diario glicemico o per l'attività fisica;
3. quante APP vengono usate;
4. vantaggi o svantaggi nell'uso delle APP;
5. Se sono state consigliate da personale della diabetologia o amici o familiari o altri.

Risultati. 110 persone hanno accettato di rispondere al questionario. Età media 41 (da 19 a 66 anni), media di durata di malattia 21 anni (da 4 a 54 anni), BMI medio 24,9 (da 18 a 39), HbA1c media 7,7%, diabetici con microinfusore 66,36%, eseguono il calcolo dei CHO 84,5% del totale.

Dei 110 soggetti 30 usa almeno 1 APP (n. 17 ave-

vano scaricato una APP, n. 7 due APP, n. 2 tre APP e n. 4 quattro APP) per la gestione di malattia o per la gestione dell'attività fisica, di questi solo 1/3 avevano saputo da personale di diabetologia dell'esistenza della APP (APP di fonte sicura con banca dati certificata), gli altri avevano reperito l'indicazione all'uso da amici o da internet. Dall'indagine sono risultate ben 19 tipi di APP scaricate di cui le più usate riguardano l'alimentazione e il calcolo dei CHO (altre riguardano la gestione del diabete e l'attività fisica). Chi utilizza l'APP ha un'età media di 39 anni e una durata media del diabete di 24 anni, presenta un BMI medio di 25,3, una glicata media di 7,8%, pratica il calcolo dei CHO per il 93%.

Vantaggi: hanno elencato dei vantaggi solo il 13,6% delle persone intervistate, sono state indicati per le APP che riguardano la dieta: facilità d'uso; avere a disposizione le foto per la verifica della porzione; elenco numerosi di alimenti; verifica veloce della quantità in carboidrati degli alimenti.

Svantaggi: solo il 10% degli intervistati hanno riportato delle note negative sempre per le APP che riguardano la dieta: mancano diversi alimenti; manca la possibilità di inserimento di rapporti I/CHO specifici.

Conclusioni. L'utilizzo di supporti tecnologici sta diventando sempre più diffuso; non esiste ad oggi una regolamentazione per la creazione di tali supporti. Risulta necessario condividere con il paziente la scelta di una APP e una valutazione tecnica delle nuove APP da parte degli specialisti. In ogni caso l'uso delle APP sembra di valido supporto alla gestione della malattia diabetica in particolare nei pazienti giovani.

BIBLIOGRAFIA

1. Tiefengrabner Martin, Domardt Michael, Oosting Gertie J, Schwenoha Karin, Stutz Thomas, Weitgasser Raimund, Ginzinger Simon W.: Can Smartphone-based Logging Support Diabetologists in Solving Glycemic Control Problems?; eHealth 2014.
2. U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration, Center for Devices and Radiological Health, Center for Biologics Evaluation and Research: Mobile Medical Applications Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff; September 25, 2013.
3. European Commission: Green Paper on mobile Health; Brussels, 10.04.2014.

Tabella 1.

		Età media	Anni di diabete	BMI	HbA1c	Terapia Multi-iniettiva	Terapia con microinfusore	Usa Calcolo CHO
n. totale intervistati	110	41	21	24,9	7,7%	33,64%	66,36%	84,5%
n. totale persone che utilizzano le APP	30 (27,3%)	39	24	25,3	7,8%	30%	70%	93%

Valutazione dell'efficacia dei corsi residenziali per diabetici organizzati dai Centri Diabetologici di Trieste

A. Petrucco, S. Cum, K. Tercelj, E. Presti, N. Daris, G. Koricanac, R. Alberti, S. Perini, A. Toso, E. Tommasi, G. Jagodnik, M. Casson, E. Del Forno, E. Manca, E. Caroli, R. Candido

S.S. Centri Diabetologici Distrettuali, A.S.S. 1 - Triestina

I Centri Diabetologici di Trieste organizzano annualmente 2 corsi residenziali per pazienti (pz) diabetici in terapia insulinica. Nel 2013 sono stati richiamati i partecipanti ai corsi degli anni 2010, 2011 e 2012 per valutarne l'efficacia, in termini di apprendimento e controllo metabolico, a distanza di tempo. Per la valutazione delle conoscenze è stato somministrato ai pz il medesimo questionario regionale che avevano compilato all'inizio e alla fine del corso residenziale.

Risultati. Ai corsi residenziali esaminati hanno partecipato 37 pz, 22 femmine e 15 maschi, età media 50 ± 21 anni, durata del diabete 13 ± 11 anni, 24 affetti da DMT1 o LADA e 13 da DMT2. A tutti è stato proposto il corso di rinforzo, ma solo 20 persone hanno aderito: 8 maschi e 12 femmine, età media 53 ± 14 anni, durata media di diabete 14 ± 11 anni.

I risultati della valutazione sono riassunti nella tabella sottostante.

	Pre-corso residenziale (n. 37 pz.)	Post-corso residenziale (n. 37 pz.)	Corso rinforzo 2013 (n. 20 pz.)
HbA1c (%)	$7,8 \pm 3,8$	$7,7 \pm 1,3$	$7,6 \pm 0,7$
Glicemia (mg/dl)	159 ± 50	153 ± 44	153 ± 24
Peso (kg)	74 ± 11		73 ± 14
BMI (kg/m ²)	26 ± 2		26 ± 5
Colesterolo (mg/dl)	184 ± 43		185 ± 37
HDL (mg/dl)	62 ± 10		62 ± 19
LDL (mg/dl)	103 ± 25		99 ± 22
Trigliceridi (mg/dl)	91 ± 65		89 ± 75
Errori commessi nel questionario regionale (%)	$20 \pm 8\%$	$14 \pm 6\%$	$16 \pm 11\%$

Al test di verifica delle conoscenze le persone che hanno effettivamente partecipato al corso di rinforzo hanno presentato una percentuale di errore, prima del medesimo, del $16 \pm 11\%$, mentre coloro che non hanno aderito al corso hanno presentato una percentuale media di errore del $18 \pm 3\%$ (dato di fine corso residenziale). È emerso inoltre che, chi aveva partecipato al corso residenziale più recentemente, aveva commesso, al richiamo, meno errori di chi aveva partecipato 3 anni prima ($14 \pm 3\%$ contro il $21 \pm 6\%$).

Conclusioni. La partecipazione ai corsi residenziali sembra permettere il miglioramento del controllo glicico-metabolico con una riduzione dell'HbA1c dello $0,23\%$. Dopo la partecipazione ai corsi residenziali, i questionari hanno evidenziato una maggiore conoscenza della malattia e della sua autogestione, pur evidenziando una differenza tra coloro che hanno aderito alla proposta di rinforzo educativo rispetto a coloro che, probabilmente per scarsa motivazione, non lo hanno fatto. È emerso inoltre che, chi aveva partecipato al corso residenziale più recentemente, aveva commesso, al richiamo, meno errori di chi aveva partecipato 3 anni prima ($14 \pm 3\%$ contro il $21 \pm 6\%$); dato che sottolinea la necessità di rinforzi educativi periodici nei pazienti diabetici in terapia insulinica e conferma quanto riportato da altri lavori della letteratura che hanno evidenziato una maggiore efficacia dei percorsi educativi di lunga durata, con rinforzi educativi nel follow up.

Ipo? No grazie. Percorso diagnostico-educazionale per il paziente con ipoglicemia: risultati di uno studio osservazionale

V. Toffoletti¹, C. Boscarol², S. Cannella², L. Pellarini², S. Perini³, A. Toso³, C. Sartori², E. Rosso⁴, F. Vidotti²

¹Azienda Ospedaliera Universitaria S. Maria della Misericordia; ²SOC di Endocrinologia e malattie metaboliche, SOS di diabetologia Udine; ³ASSI Triestina-Centro Diabetologico Distretto 4; ⁴Azienda per i Servizi Sanitari n° 4 "Medio Friuli" San Daniele

Introduzione. Identificare il rischio ipoglicemico correlandolo alla frequenza, all'intensità, al momento in cui si manifesta e alla causa scatenante, permette all'equipe diabetologica di educare il paziente a prestare maggiore attenzione all'evento ipoglicemico per poter prevenire tale complicanza acuta. L'attenzione dell'operatore sanitario è prevalentemente rivolta all'intervento educativo correttivo dell'ipoglicemia, mentre scarso o nullo è il tempo dedicato all'osservazione di misure preventive.

Materiali e metodi. Nel presente studio sono stati arruolati casualmente, in un arco temporale di 3 mesi, pazienti con episodi ipoglicemici, in visita nei rispettivi centri per il controllo programmato. È stata compilata una scheda di rilevazione specificando il tipo di diabete, gli anni di diabete, l'intensità dell'ipoglicemia, la frequenza, la loro distribuzione e le cause. È stato messo in correlazione il tipo di diabete con il tipo di ipoglicemia, la frequenza e le cause. È stato effettuato un confronto tra le cause di ipoglicemia ed il momento della giornata in cui si manifestano e infine sono stati messi in correlazione gli anni di diabete con il tipo di ipoglicemia.

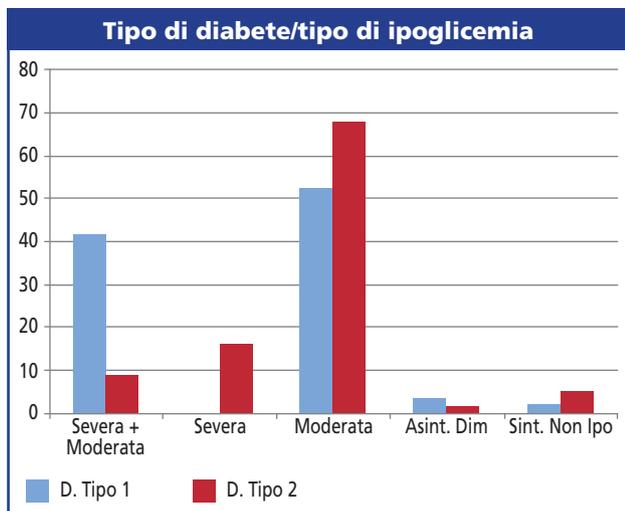


Tabella A.

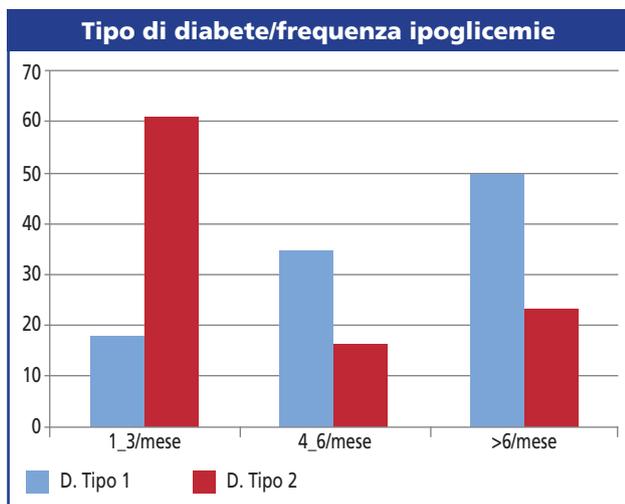


Tabella B.

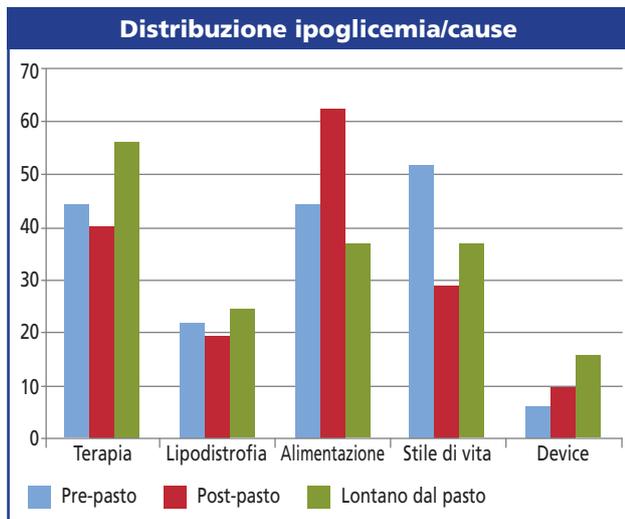


Tabella C.

Risultati. È stato arruolato un campione di 140 soggetti con diabete di tipo 1 e 2. Nell'intero campione è risultata prevalente l'ipoglicemia moderata (Tabella A) mentre la frequenza dell'ipoglicemia è maggiore nel tipo 1 (Tabella B). La causa principale dell'ipoglicemia post prandiale è l'alimentazione (Tabella C), mentre negli episodi ipoglicemici verificatisi lontano dai pasti o prima, la terapia e lo stile di vita, risultano essere tra le cause principali. Non sembrano significativi gli anni di diabete sull'incidenza delle ipoglicemie.

Conclusioni. L'attenzione alla causa dell'ipoglicemia e al momento in cui si manifesta, permette di strutturare un intervento educativo di tipo preventivo verificabile nel tempo.

L'intervento educativo sensibilizzerà il paziente alla prevenzione e a collegare l'evento ipoglicemico alla sua causa diretta.

Prevalenza del Diabete Mellito Gestazionale (DMG) nella Provincia di Pordenone e valutazione dei principali outcomes materno-fetali in donne italiane ed immigrate affette da DMG seguite presso la SSD di Diabetologia della Azienda Ospedaliera di Pordenone

G. Zanette, C. Miranda, P. Li Volsi, S. Azzano, L. Buoro, G. Marinoni, G. Schiavo, M.L. Villalta, S. Monselesan, S. Masutti, E. Levis, E. Cervesato, G.S. Carniello, P. Cesselli¹

SDD Diabetologia, Dipartimento di Medicina Interna, Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli; ¹Casa di Cura Policlinico S. Giorgio - Pordenone

Premesse e scopo dello studio. Nella Provincia di Pordenone (ASS6) lo screening del DMG viene eseguito sulla base di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) condiviso e la diagnosi del DMG viene attuata secondo i criteri stabiliti dalle Linee Guida della Gravidanza Fisiologica (2011). Tutte Le donne eseguono l'OGTT presso i Laboratori dell'AOSMA o della Casa di Cura Policlinico S. Giorgio. Inoltre presso la SSD di Diabetologia dell'AOSMA è disponibile un data base con i dati delle pazienti con diagnosi di DMG seguite a partire dal mese di gennaio 2011.

Materiali e metodi. Sono stati esaminati i dati relativi all'esito delle OGTT eseguite negli anni 2011-2013. È stata condotta un'analisi degli outcomes materno-fetali relativi a 579 pazienti con DMG seguite presso la SDD di Diabetologia nel periodo 2011-

2014. Sono stati confrontati i dati delle pazienti di nazionalità italiana con quelli delle pazienti immigrate, inoltre i dati ottenuti sono stati confrontati con quelli di un'ampia casistica nazionale (Lapolla et al. 2009).

Risultati. La prevalenza del DMG è risultata del 15.6% nel 2011, del 14.6% nel 2012 e del 13.5% nel 2013 rispetto ad una prevalenza del 7.5% rilevata in un'analisi eseguita nella stessa area nel 2005 quando lo screening era attuato mediante il minicarico orale di glucosio. Confrontando le caratteristiche cliniche e gli outcomes materno-fetali della nostra popolazione (n° 579 pazienti) con i dati dello studio multicentrico nazionale (n° 3465 pazienti) sono stati rilevati: età (anni) 32.9 ± 5.4 vs 32.3 ± 4.7 ($p < 0.005$), BMI pregravidico 26.4 ± 5.4 vs 25.3 ± 5.4 ($p < 0.001$), epoca gestazionale alla diagnosi (settimana) 22.5 ± 5.8 vs 27.2 ± 5.2 ($p < 0.001$), terapia insulinica 25.7% vs 31.0% ($p = 0.012$), epoca gestazionale al parto (settimana) 39.0 ± 1.9 vs 38.7 ± 1.9 ($p < 0.001$), tagli cesarei 27.7% vs 34.9% ($p < 0.001$), macrosomia 10.2% vs 8.7% (p NS), Il gruppo delle 579 donne con DMG era inoltre composto da 333 donne italiane e da 246 donne immigrate. Il confronto tra i due gruppi (italiane vs immigrate) ha mostrato le seguenti variabili statisticamente significative: obesità + sovrappeso: 50.3% vs 60.5% ($p = 0.034$), terapia insulinica: 22.1 vs 30.4% ($p = 0.035$), taglio cesareo 30.3% vs 23.9% ($p = 0.022$).

Conclusioni. La prevalenza del DMG nella Provincia di Pordenone, è risultata mediamente del 15.5%. Confrontando la nostra casistica con quella nazionale si è potuto evidenziare un minor ricorso al taglio cesareo nella nostra popolazione mentre la prevalenza della macrosomia fetale è risultata leggermente superiore ma non statisticamente significativa. Infine nel gruppo delle pazienti immigrate è stata evidenziata una maggior prevalenza di sovrappeso e obesità, una percentuale più elevata di pazienti trattate con insulina ma una minor prevalenza di parti con taglio cesareo.

"Curati-con-stile" progetto di comunità volto alla modifica dello stile di vita per curare e prevenire il diabete e la sindrome metabolica

Francescutto C.A.

Ambulatorio Diabetologico Ospedale di Prossimità Maniago

La sedentarietà e l'eccessivo e disordinato introito alimentare sono tra le principali concause note che incidono sulla patogenesi delle patologie correlate alla sindrome metabolica, in particolare il diabete mellito tipo 2: l'intervento sulla modifica di tali fattori riconducibili agli stili di vita risulta di massima efficacia negli anni precedenti alla diagnosi di diabete (IGF e IGT) ed utile come parte integrante della cura quando esso sia già manifesto.

Troppo spesso la sfiducia da parte del personale sanitario circa la possibilità di riuscire ad incidere sul cambiamento li induce a trascurare le potenzialità dei presidi terapeutici rappresentati dal movimento e dall'alimentazione, riducendone l'efficacia ad un dialogo medico-paziente in cui al massimo si consiglia un generico ed inefficace: *si muova di più e mangi di meno*.

L'intervento proposto dal progetto "Curati con stile" è di carattere collettivo nei confronti della comunità ed è di tipo sia informativo (*conoscere per cambiare*), sia volto alla modifica comportamentale (*la motivazione come motore della conoscenza per cambiare*), sia inteso a sostenere la durata nel tempo del cambiamento (*durare è più difficile che cambiare*), allo scopo di ridurre la sedentarietà e soprattutto le patologie ad essa correlate.

Il progetto si propone di quantificare e personalizzare le dosi di movimento utili per la salute della persona, inducendo un progressivo e graduale incremento della "posologia": le tematiche alimentari associate ai numerosi percorsi finora proposti (*130 percorsi per un totale di 1200 km disegnati nel pordenonese*) fungono da stimolo per proporre un'educazione alimentare di base.