

Il Modello Diabete applicato alla Cronicità

Il diabete è una malattia cronica dovuta a una carenza insulinica assoluta o relativa, che può essere determinata da una insufficiente produzione o da una ridotta sensibilità tissutale responsabile del cattivo funzionamento a livello periferico. Il diabete espone a un elevato rischio di sviluppare una malattia cardiovascolare con multipli danni d'organo. Si tratta di un problema di salute che per la sua rilevanza sanitaria e sociale è stato ed è molto studiato, accumulando negli anni e in tutto il mondo una mole rilevante di pubblicazioni scientifiche e linee guida, con indicatori e standard di processo e di esito validati ¹, e pertanto proposto come modello per la cronicità.

La prevalenza in Italia è compresa tra il 7 e l'8%, vale a dire circa 100-120 soggetti nella lista di un medico di medicina generale (MMG) con 1500 assistiti. La diagnosi di diabete tipo 2, correttamente formulata sulla base di semplici esami di laboratorio, per lo più in assenza di sintomi, coinvolge persone dalle caratteristiche molto diverse, con bisogni di assistenza estremamente variabili: da persone in perfetto controllo metabolico senza farmaci, senza alcun sintomo né segno di danno d'organo, per le quali la diagnosi di diabete è una diagnosi di fattore di rischio più che di vera e propria malattia, fino a persone con gravi complicanze d'organo e farmaco-resistenza, nelle quali è inutile o addirittura dannoso ricercare obiettivi glicemici all'interno del range considerato normale. L'individualizzazione degli obiettivi e della strategia di cura nel diabete è riconosciuta dalle linee guida più recenti ^{2,3}, ma la realtà della pratica clinica è resa alquanto più complessa, non solo nel diabete ma in tutta l'area della cronicità, da due questioni particolarmente rilevanti: la multimorbidità e il multitrattamento farmacologico, da un lato, e l'insieme di età avanzata/danno funzionale/fragilità della rete di assistenza, dall'altro.

Dati regionali, frutto di un'accurata registrazione da parte dei MMG del network MilleinRete SIMG Veneto e di una rigorosa analisi statistica ⁴, confermano, ad esempio, che circa il 70% delle persone con diagnosi di diabete ha più di 65 anni, e che nella fascia d'età ≥ 65 anni la prevalenza è pari al 22% nei maschi e al 20% nelle femmine (Fig. 1), che il 40% ha un elevato grado di multimorbidità (Fig. 2) e che utilizzando la scala di Rockwood 1 diabetico su 5 risulta fragile (Tab. I).

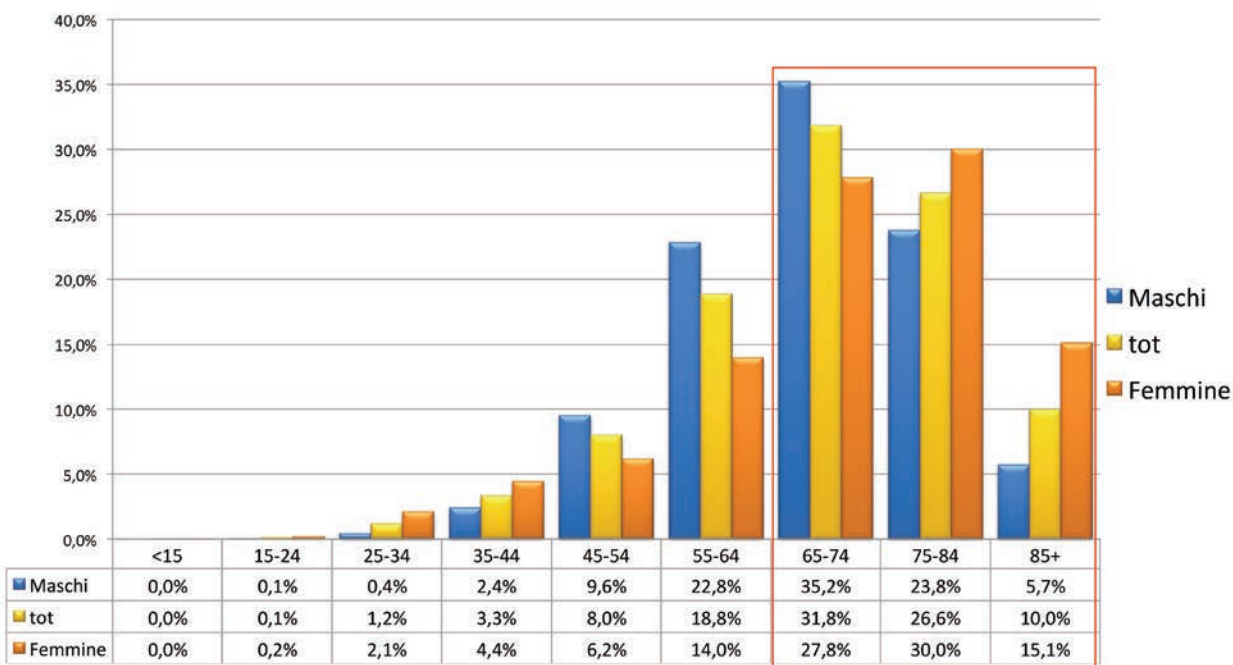
Nell'affrontare il tema della cronicità diventa ineluttabile considerare che è in corso una transizione demografica ed epidemiologica senza precedenti nella storia dell'umanità. I progressi della tecnica applicati alla medicina e le migliorate condizioni di vita hanno permesso di ridurre la mortalità precoce dovuta a malattie infettive, malattie cardiovascolari, tumori, consentendo a una vasta coorte di persone di raggiungere una durata della vita tra gli 80 e i 90 anni. Tale riduzione di mortalità precoce non coincide in molti casi con la guarigione ma con la cronicizzazione, rendendo curabili molte malattie inguaribili. Vivere a lungo con bisogni di assistenza sanitaria, progressiva perdita di fun-

Maurizio Cancian

Medico di Medicina Generale, SIMG

[Indirizzo per la corrispondenza](#)

MAURIZIO CANCIAN
cancian.maurizio@simg.it

IL 68,4% DEI DIABETICI È ANZIANO**Diabete II MilleinRete 2014 - Distribuzione delle fasce di età entro la casistica****Figura 1.**

zionalità, problemi psicosociali, genera sofferenza e compromette la qualità di vita di molte persone e delle loro famiglie ed è alla base della crisi dei sistemi sanitari e di previdenza sociale. Un solo dato in proposito: in media i contatti/anno con il MMG delle persone con diabete sono aumentati dal 14,9% del 2006 al 22,4% del 2014.

Alla ricerca di una risposta ai bisogni dei pazienti con programmi di cura a lungo termine, in varie Regioni italiane sono state avviate riorganizzazioni della Medicina di famiglia ove MMG, infermieri e assistenti di studio integrano la propria attività con l'obiettivo prioritario della graduale presa in carico della cronicità, registrando puntualmente dati utili sia alle attività di audit che di rendicontazione. In questi contesti, visti i dati relativi ad anzianità, multimorbilità e fragilità, organizzare le attività di assistenza per singola patologia risulta controproducente in quanto non intercetta i reali bisogni della persona ammalata. Nel pianificare l'assistenza risulta di maggiore utilità, ad esempio, distinguere i pazienti con buon grado di funzionalità in stabili (monitoraggio periodico) e instabili (attività diagnostica delle cause di instabilità, revisione della terapia e dell'aderenza alla stessa, eventuale indicazione a consulenza specialistica, al ricovero in ospedale,

al cambio di setting di assistenza). Quando la riduzione della funzionalità genera una perdita di autosufficienza i bisogni di natura psicosociale entrano in gioco con un peso rilevante nel determinare i programmi di cura. E infine, quando la prospettiva di vita si fa limitata, diventa prioritario identificare precocemente le persone con potenziali bisogni di cure palliative, privilegiando la qualità della vita residua sulla base di bisogni e desideri del paziente e della famiglia, così come raccomandato sia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità⁵ che dalla Legge italiana 38/2010.

Altre innovazioni quali lo sviluppo della sanità digitale, la disponibilità di tecnologia sanitaria di primo livello e le opportunità della telemedicina obbligano a un ripensamento sia degli obiettivi delle strategie di cura che delle modalità di integrazione tra Medicina Generale e Medicina Specialistica. Inoltre si rende necessaria l'elaborazione e la sperimentazione di modelli organizzativi per la Medicina di Famiglia nei casi in cui le aggregazioni di professionisti non siano possibili (aree a bassa densità demografica o con particolari condizioni orografiche), ma dove le esigenze di equità impongono che i bisogni dei pazienti ricevano comunque le risposte migliori.

UN DIABETICO SU 5 È FRAGILE

Stime di prevalenza da un campione pilota random di 455 diabetici MilleinRete 2012

Strato di età	Numerosità	Prevalenza di fragilità rilevata nel campione è IC 95%	
< 65 anni	138	2,8%	0,06-5,7%
65-74 anni	133	7,5%	2,9-12,0%
75-84 anni	105	21,9%	13,8-29,9%
≥ 85 anni	79	63,2%	52,4-74,1%
Totali	455	19,1%	15,4-22,7%

Fragilità = Rockwood Score > 4

Scala di fragilità di Rockwood

(da Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. *A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people*. CMAJ 2005;173:489-95, mod.)



1 - Molto in forma

Persone forti, attive, energiche, motivate e sane. Pratica regolare esercizio fisico e appartiene alla categoria di persone più in forma fra la propria fascia d'età



2 - In forma

Persone che non hanno sintomi della malattia attivi, ma che sono meno in forma rispetto alle persone della categoria 1. Praticano sport o sono attive a seconda della stagione.



3 - Se la cava bene

Persone i cui problemi medici sono ben monitorati, ma non sono regolarmente attive al di fuori della normale deambulazione quotidiana esterna.



4 - Potenzialmente fragile

Anche se non differenti dall'aiuto degli altri nella vita quotidiana, queste persone sono spesso limitate nelle loro attività. Spesso lamentano di sentirsi "rallentati" e/o stanche durante il giorno. Alla condizione possono contribuire sintomi di malattia non ben controllati.



5 - Fragilità lieve

Persone rallentate nei movimenti e nelle attività più impegnative della vita quotidiana (ad es. gestione delle finanze, locomozione, lavori domestici pesanti, gestione dei farmaci). Appaiono sempre più limitate nello shopping, nella deambulazione autonoma, nella preparazione dei pasti e nei lavori domestici. Molto spesso hanno bisogno di aiuto esterno.



6 - Fragilità moderata

Come sopra ma hanno costantemente bisogno di aiuto esterno.



7 - Fragilità grave

Completamente dipendenti dagli altri per la cura personale. Appartengono a questa fascia sia i pazienti non terminali (= apparentemente stabili e non ad alto rischio di morte entro ~6 mesi), sia pazienti terminali (= con un'aspettativa di vita < 6 mesi).

Figura 2.

Tabella I. Farmaci attualmente disponibili per il trattamento della sindrome di Cushing.

Il 40% dei diabetici è affetto da importante multimorbilità (Charlson Index ≥ 4)

Charlson C.I. 2014	N.	%
Charlson 1	1.201	11,9%
Charlson 2	2.589	25,6%
Charlson 3	2.229	22,0%
Charlson 4	4.096	40,5%
Totale	10.115	100,0%

Bibliografia

- SID - AMD. *Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito 2014*. www.standarditaliani.it.
- Rydén L, Grant PJ, Anker SD, et al. *ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD)*. Eur Heart J 2013;34:3035-87
- Type 2 diabetes in adults: management*. NICE guideline. Published: 2 December 2015. nice.org.uk/guidance/ng28.
- Curare il dato per curare il paziente*. Padova ottobre 2016. www.svemg.it.
- Gómez-Batiste X, Murray SA, Thomas K, et al. *Comprehensive and Integrated Palliative Care for People With Advanced Chronic Conditions: An Update From Several European Initiatives and Recommendations for Policy*. J Pain Symptom Manage 2017;53:509-17.