

DISEASE MANAGEMENT DEL DIABETE MELLITO TIPO 2. IL PROGETTO BRESCIA (SECONDA PARTE)

GERARDO MEDEA, FULVIO LONATI*

Responsabile Nazionale, Area Metabolica,
Società Italiana di Medicina Generale, Brescia;
* Direttore Dipartimento Medicina di Base, ASL
Brescia

Per i particolari sulla struttura, l'organizzazione e la raccolta dati relativi al progetto, vedi Rivista SIMG 6/7, agosto/settembre 2002.

PREVALENZA

Il campione d'assistiti (e, all'interno, il gruppo dei diabetici) dei dieci Medici di Medicina Generale si può considerare sufficientemente rappresentativo della popolazione dell'ASL. I dati estrapolati possono essere, pertanto, proiettati con sufficiente approssimazione sull'intera popolazione dell'ASL (Tab. I).

La prevalenza complessiva del diabete mellito, pur con un'ampia dispersione, è risultata del 4,18% (3,89% per il diabete tipo 2), l'età media 66,9 anni (DS 11,3, min 26, max 96). Il dato di prevalenza è superiore a quello conosciuto a livello nazionale e riportato in letteratura¹ anche se è noto, da studi epidemiologici più recenti realizzati in Medicina Generale, che la prevalenza del diabete noto in Italia è compresa tra il 4 ed il 4,5%².

Questo dato indica che Medici di Medicina Generale "sensibilizzati" al problema, sono in grado di identificare all'interno della propria popolazione d'assistiti, quasi

tutti (se non tutti) i soggetti diabetici. Secondo stime dell'OMS, infatti, è ancora molto alta la percentuale di soggetti diabetici misconosciuti, pari secondo alcuni studi³ a quella dei diagnosticati.

I dati riferiti di seguito si riferiscono specificatamente alla sotto-coorte dei diabetici tipo 2, il gruppo più consistente che la Medicina Generale ha la possibilità di assistere con maggiore continuità.

FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Il BMI è stato in media 27,9, dato atteso per una coorte di soggetti diabetici di tipo 2, che sono sovrappeso-obesi nel 70-80% dei casi⁴.

Il 14,7% dei pazienti diabetici è tuttora fumatore (il 17,9% ex), mentre quasi i due terzi (62,5%) non lo sono mai stati. Pur rilevando che il fumo aggrava notevolmente il rischio cardiovascolare dei pazienti diabetici, è da rilevare che la prevalenza del fumo in questo campione è di molto inferiore a quella della popolazione generale italiana (ISTAT 1998: 24,9%). Il 45% dei pazienti è dislipidemico ed il 67% è iperteso.

Circa le terapie per la riduzione del rischio cardiovascolare, l'utilizzo di antiaggreganti (41,98%) ed ipolipemizzanti (27,5%) non corrisponde a quello che teorica-

TABELLA I

Proiezione dei risultati osservati nel progetto " Medici di Medicina Generale in Team" sull'intera Asl: prevalenza della popolazione diabetica e delle sue sottoclassi.

	TEAM MEDICI DI MEDICINA GENERALE		PROIEZIONE SULL'ASL	
	VALORI ASSOLUTI	% SUL TOTALE DI ASSISTITI	VALORI ASSISTITI	NUMERO PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE
Numero Medici di Medicina Generale	10		750	
Totale assistiti	14.266		999.243	
Media assistiti per Medico di Medicina Generale	1.427		1.332	
<i>Totale diabetici</i>	597	4,18%	41.816	56
Diabetici tipo 1	30	0,21%	2.101	3
Diabetici tipo 2	555	3,89%	38.874	52
Di cui senza terapia farmacologica	120	0,84%	8.405	11
Diabetici altre tipologie	12	0,08%	841	1

mente ci saremmo aspettati se fossero applicate le raccomandazioni contenute in molte linee guida italiane ed internazionali ⁵⁻⁹. La nostra convinzione non è purtroppo correlabile a dati clinici oggettivi (livello di colesterolo LDL ed entità del rischio cardiovascolare), ma si basa su due considerazioni:

- 1) in alcune linee guida ⁶ l'uso degli antiaggreganti è raccomandato (anche in prevenzione primaria) nei soggetti diabetici > 30 anni con almeno un fattore di rischio cardiovascolare. In tale condizione si trova la maggioranza (fino all'70-80%) dei soggetti diabetici tipo 2 ⁸, mentre nel nostro campione la terapia con antiaggreganti è attuata solo nel 42% dei casi;
- 2) i soggetti dislipidemici sono risultati il 47% del campione, ma la terapia con statine è attuata solo nel 27% dei casi. La discrepanza potrebbe essere, comunque, giustificata con un controllo ottimale mediante la terapia dietetica.

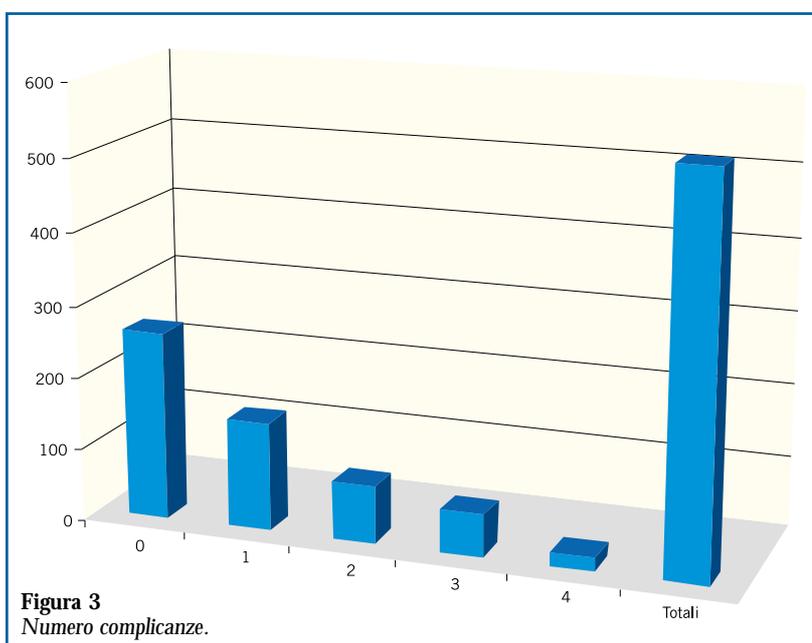
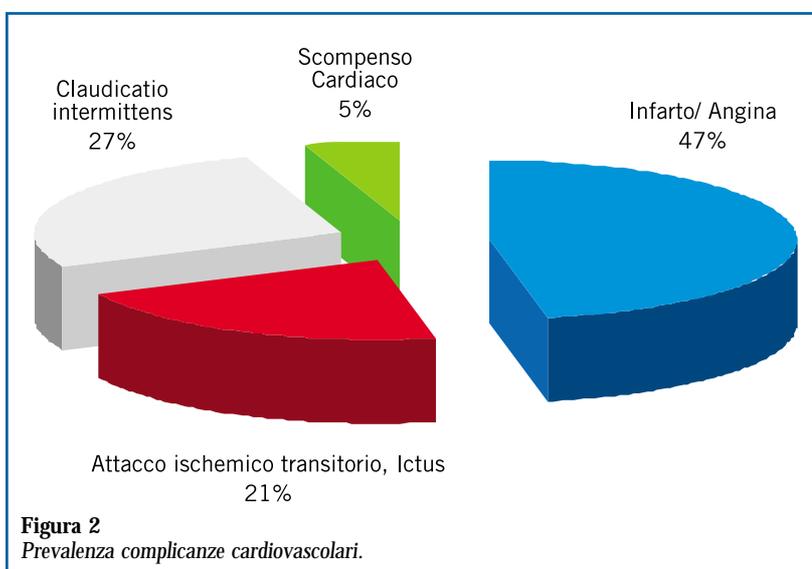
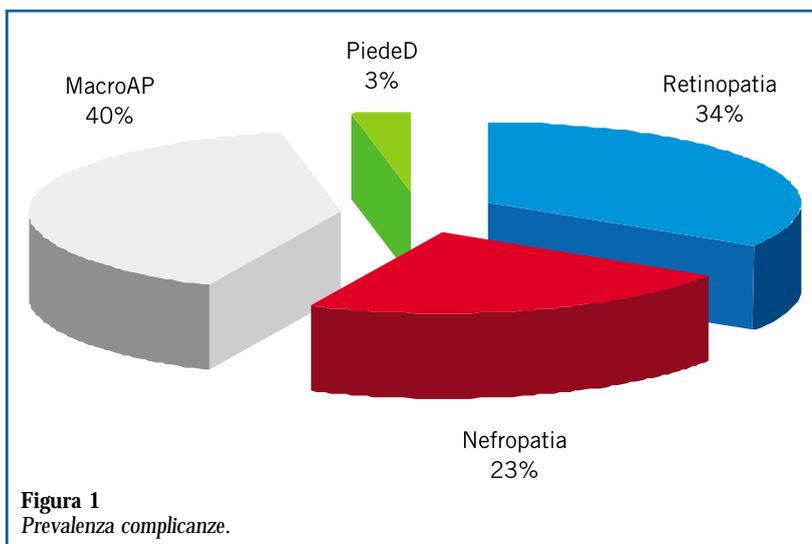
COMPLICANZE

Più frequenti (Figg. 1, 2), come accade tipicamente nei diabetici di tipo 2, la macroangiopatia (30,9%) – e tra esse l'infarto (pari al 17,6%) – e la retinopatia (27,3%). Nelle tabelle la complicanza "Piede diabetico" è intesa solo come "ulcera in atto, ulcera pregressa e amputazione", con esclusione quindi di tutte le altre situazioni cliniche identificative del cosiddetto "piede diabetico".

Le complicanze neurologiche (pur molto presenti nei diabetici) non sono state considerate per la difficoltà di standardizzare la diagnosi in Medicina Generale.

Quasi l'80% dei pazienti (Fig. 3) non ha più di una complicanza e il 50% nessuna (tra quelle considerate), questo presumibilmente perché la popolazione di diabetici assistita dai Medici di Medicina Generale è costituita soprattutto da pazienti di recente diagnosi.

Dalle Tabelle I e IV si evince che ogni Medico di Medicina Generale dovrebbe avere in carico (per 1.332 assistiti in media) 11 pazienti in terapia solo dietetica e 26 con zero complicanze. Pur



considerando che i due gruppi sono certamente in parte sovrapponibili, il 50% dei diabetici di tipo 2 in carico a ogni Medico di Medicina Generale si trova, dunque, in una condizione clinica per cui essi potrebbero essere direttamente assistiti dalla Medicina Generale, con controlli periodici e con una bassa intensità di intervento da parte della struttura specialistica.

MODALITÀ DELL'ASSISTENZA E FOLLOW-UP

Per questi indicatori le schede cliniche erano in molti casi mancanti dei dati richiesti, con un abbassamento della loro rappresentatività. In sintesi possiamo comunque rilevare che:

- 1) i diabetici si recano dal Medico di Medicina Generale con frequenza sostenuta (quasi il 75% effettua almeno tre visite ambulatoriali all'anno, ed oltre il 60% almeno 4) (Tab. II);
- 2) i diabetici inviati in visita diabetologica (Tab. III) almeno una volta l'anno sono il 44,8%. Oltre la metà dunque (55,2%) non ne ha effettuata nessuna: ciò potrebbe essere dovuto non solo ad un mancato invio, ma anche ad un'informazione non trasmessa paziente-Medico di Medicina Generale/CD-Medico di Medicina Generale oppure ad omessa registrazione della visita specialistica da parte del Medico di Medicina Generale. Il percorso diagnostico terapeutico prevedeva, comunque, l'invio del paziente al CD ogni 1-2 anni, con una frequenza minore per i soggetti in dietoterapia e nessuna complicanza, e maggiore per i pazienti in terapia insulinica o con più complicanze in atto;
- 3) quasi il 70% dei diabetici ha effettuato almeno un esame del fundus oculi (Tab. IV), dato da considerarsi soddisfacente poiché il PDT citato indica la media d'esecuzione in 1 o 2 anni, per i pazienti senza retinopatia in atto;

TABELLA II
Numero accessi Medici di Medicina Generale per qualsiasi motivo diabetici di tipo 2.

	F	% (/139)
0	8	5,76%
1	11	7,91%
2	21	15,11%
3	14	10,07%
4	38	27,34%
5	21	15,11%
> 5	26	18,71%
Totali	139	100,00%
Vuota/N.C.	416	
Totale	555	

TABELLA III
Numero accessi CD diabetici di tipo 2.

	F	% (/136)
0	75	55,15%
1	47	34,56%
2	8	5,88%
3	2	1,47%
4	3	2,21%
5	1	0,74%
> 5	0	0,00%
Totali	136	100,00%
Vuota/N.C.	419	
Totale	555	

TABELLA IV
Numero fundus oculi diabetici di tipo 2.

	F	% (/441)
0	118	30,26%
1	237	60,77%
2	32	8,21%
> 2	3	0,77%
Totali	390	100,00%
Vuota/N.C.	165	
Totale	555	

TABELLA V
Numero di HbA_{1c} riportate nelle schede ("Ultimi 4 valori riportati") tipo 2.

	F	%
0	74	13,33%
1	97	17,48%
2	132	23,78%
3	107	19,28%
4	145	26,13%
> 2	3	0,77%
Totale	555	100,00%
Media	2,2739	

- 4) la media delle registrazioni di emoglobina glicata nel campione (Tab. V), è superiore a 2 e oltre il 69% dei pazienti ha effettuato almeno due esami in un anno. Il risultato è soddisfacente, considerato che alcuni esami, pur eseguiti, possono essere sfuggiti alla registrazione da parte dei Medici di Medicina Generale.

L'emoglobina glicata rappresenta l'indicatore più sensibile del controllo glicemico e la sua esecuzione periodica (ogni 3-4 mesi, quindi 3-4 all'anno) è inizio di un adeguato follow-up del paziente diabetico;

- 5) il valore medio dell'emoglobina glicata è di poco inferiore a 7,5%, limite massimo, in letteratura, per considerare il paziente in "accettabile" compenso metabolico.

ANALISI DELLE CRITICITÀ ED INTERVENTI CORRETTIVI

Il processo di *Disease Management* ha soprattutto l'obiettivo di individuare eventuali punti critici dell'assistenza e di intervenire con gli opportuni correttivi.

Alla luce dei dati ottenuti, i punti suscettibili d'intervento e di miglioramento nella gestione del paziente diabetico in Medicina Generale nella nostra Provincia, sono i seguenti:

- 1) la prevalenza della malattia diabetica (già molto elevata nella popolazione) può aumentare (riducendo i casi di diabete misconosciuto) sensibilizzando i Medici di Medicina Generale ad una maggiore sorveglianza nei confronti dei soggetti a rischio per diabete mellito tipo 2 (anche con interventi di medicina d'opportunità o di screening attivo);
- 2) il follow-up della patologia diabetica gestito dai Medici di Medicina Generale, pur soddisfacente, è ancora migliorabile. È dimostrato, infatti, da recenti e solidi studi osservazionali, che l'adeguato controllo metabolico (attraverso un attento e costante programma di follow-up) è in grado di ridurre l'incidenza delle complicanze acute e croniche della malattia diabetica ^{10 11};
- 3) la terapia farmacologica dei fattori di rischio cardiovascolari (ipolipidica e antiaggregante) deve essere ottimizzata, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali ed internazionali;
- 4) è necessario ridurre i casi (certamente ancora presenti) di pazienti non gestiti in maniera integrata tra la Medicina Generale ed i CD o addirittura quelli in cui il paziente sfugge ad ogni forma di follow-up. Purtroppo sono proprio questi pazienti più a rischio di complicazioni acute e croniche. È dimostrato che la gestione integrata della malattia ottiene risultati di salute migliori, con più soddisfazione dei pazienti ¹²;
- 5) è importante migliorare la registrazione dei dati clinici, indispensabili per un corretta valutazione del percorso assistenziale.

Il gruppo di lavoro del progetto proporrà, a tutti i Medici di Medicina Generale della provincia, interventi formativi mirati alle singole problematiche riscontrate.

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati registrati dai Medici di Medicina Generale ha permesso di ottenere una stima molto attendibile della prevalenza complessiva dei diabetici (Tab. I), considerando che le informazioni ottenute dagli archivi

dell'ASL mancano dei pazienti in dietoterapia e d'alcuni soggetti senza esenzione per patologia.

Sono molto importanti, inoltre, le stime dei diabetici con complicanze (la causa principale dell'aumento dei costi assistenziali) e gli accessi complessivi presso gli ambulatori dei Medici di famiglia e i CD, che permettono di ricostruire il percorso assistenziale dei pazienti e di verificarne la congruità.

Uno degli obiettivi del nostro progetto era di sensibilizzare la Medicina Generale ad una maggiore attenzione nei confronti della popolazione a rischio di diabete tipo 2, per far emergere e diagnosticare i casi ancora misconosciuti. Era fondamentale, inoltre, avviare i soggetti già riconosciuti diabetici ad un follow-up costante della malattia (monitorato con l'emoglobina glicosilata). In assenza di dati di confronto con l'anno precedente, non è possibile capire in quale misura il gruppo di Medici di Medicina Generale, da questo punto di vista, sia migliorato grazie all'applicazione del Percorso Diagnostico Terapeutico in diabetologia. Non c'è dubbio, in ogni modo, che quei due obiettivi diventeranno le priorità sulle quali il gruppo di coordinamento dovrà lavorare nella fase d'implementazione del progetto.

Bisogna, tuttavia, ricordare che l'assunzione in carico di un paziente con patologia cronica (e il diabete mellito è una delle più complesse) esige un processo di modificazione radicale sia dal punto di vista dell'approccio clinico sia organizzativo-gestionale e relazionale. Si tratta di processi lunghi e difficili, che un progetto di Disease Management può aiutare certamente a completare con successo.

Gruppo di lavoro del progetto DMD Brescia

Anna Bellati, Assistente amministrativo
 Daniela Cecchi, Medico dell'organizzazione dei Servizi Sanitari Base
 Antonino Cimino, Diabetologo
 Luigi Leone, Medico di Sanità Pubblica
 Fulvio Lonati, Medico dell'organizzazione dei Servizi Sanitari Base
 Vittorio Mapelli, Economista
 Gerardo Medea, Medico di Medicina Generale
 Edoardo Muffolini, Esperto in Sistemi Informativi
 Filippo Papagno, Medico di Medicina Generale
 Giovanni Parrinello, Epidemiologo
 Nada Saleri, Assistente amministrativo
 Umberto Valentini, Diabetologo
 Maria Rosa Viapiano, Collaboratore amministrativo

Bibliografia

- ¹ Garancini MP. *L'epidemiologia del diabete non-insulino-dipendente e la ridotta tolleranza glucidica*. In: Vaccaro O, Bonora E, Bruno G, Garancini MP, Muntoni S, a cura di. *Il Diabete in Italia*. Società Italiana di Diabetologia Gruppo di Studio di "Epidemiologia e Statistica". Milano: Editrice Kurtis 1996:17-30.
- ² Medea G, Samani F. *Epidemiological survey on diabetes in Italy and self audit procedures results on a sample of 250 GPs routinely collecting data with Electronic Health care records*. Relazione presentata al Wonca 2000, Tampere.
- ³ Garancini MP, Ruotolo G, Manara E, Izzo A, Bozzetti AM, Boari L, et al. *Prevalence of NIDDM and impaired glucose tolerance in Italy: an OGTT based population study*. *Diabetologia* 1995;38:306-13.
- ⁴ WHO. *Obesità, preventing and managing the global epidemic*. Report of WHO consultation on obesity, Geneve 1997.
- ⁵ American Diabetes Association. *Aspirin therapy in diabetes (Position Statement)*. *Diabetes Care* 2000;23(Suppl.1):S61-2.
- ⁶ SPREAD. *Ictus cerebrale: linee guida italiane*. Health srl 1999 (www.spread.it).
- ⁷ Rolka DB, Fagot-Campagna A, Narayan KMV. *Aspirin use among adults with diabetes*. *Diabetes care* 2001;24:197-201.
- ⁸ Filippi A, Samani F, Zaninelli A. *Profilassi con ASA nei pazienti diabetici ad alto rischio in medicina generale*. *Stroke* 2001, Meeting on Cerebrovascular diseases, Florence, Italy 2001;134.
- ⁹ American Diabetes Association. *Clinical Practice Recommendations*. *Diabetes Care* 2002;23(Suppl.1).
- ¹⁰ *The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) Research Group*. *N Engl J Med* 1993;329:977-86.
- ¹¹ *Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group*. *Lancet* 1998;352:837-53.
- ¹² Graber AL, Elasy TA, Quinn D, Wolff K, Brown A, et al. *Improving Glycemic Control in Adults With Diabetes Mellitus: Shared Responsibility in Primary Care*. *Practices South Med J* 2002;95:684-90.
- ¹³ *Raccomandazioni per l'assistenza al paziente diabetico di AMD-SID-SIMG*. UTET 2001.

IX Giornata Nazionale del Respiro 31 maggio 2003

Anche quest'anno SIMG è tra i promotori della Giornata Nazionale del Respiro. L'importanza crescente delle malattie respiratorie è vissuta in primo luogo dai medici di famiglia, che hanno questo tipo di problemi tra le primissime cause di accesso ai propri studi. Nel settore delle patologie respiratorie SIMG è impegnata nel campo della formazione e della ricerca ed esiste un forte rapporto di collaborazione con la medicina specialistica. Il manifesto inserito in questo numero della rivista, che chiediamo di esporre in sala d'attesa, vuole testimoniare a tutti, in primo luogo ai pazienti, la nostra attenzione al problema. Con la Giornata del Respiro, inoltre, vogliamo ribadire che solo un largo fronte comune potrà riuscire ad incidere sulla cause prime delle malattie respiratorie: il fumo di tabacco e l'inquinamento dell'aria.

Germano Bettoncelli

L'ASSISTENZA AL PAZIENTE DEMENTE. ACCORDO A MODENA CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Esperienze
e ricerche
in Medicina
Generale

ROBERTO DE GESU, GUIDO FEDERZONI*, GAETANO FELTRI**, ANDREA SPANÒ***

Medico di Medicina Generale, Geriatra, Responsabile Coordinamento Sanitario RSA "Cialdini" di Modena;

* Coordinatore Geriatrico Progetto Anziani, Modena; ** Medico di Medicina Generale, Geriatra;

*** Responsabile UO Cure Primarie, Distr. Pavullo (Mo)

La comparsa di una popolazione fortemente senescente pone una enorme quantità di problemi sia in materia di "care" che di "cure". Nella regione Emilia-Romagna vengono stimati circa 50.000 casi di demenza, dei quali 20.000 affetti da malattia di Alzheimer, 11.000 da demenze vascolari ed il rimanente da altre forme, con una incidenza annua di circa 8.600 nuovi casi. Tale situazione fa di questa patologia una delle più onerose dal punto di vista sociale. "La configurazione che lo stato di malattia assume nella sintomatologia è poliedrica e a tal punto polivalente da richiedere la messa in opera di competenze e risorse di più settori" (Salsi).

A tal fine la delibera Regionale 30/12/99 "Progetto Regionale Demenze" e il "Progetto Cronos" sottolineano la necessità da un lato della diagnosi precoce dei problemi cognitivi, dall'altro di un approccio integrato tra operatori sanitari e tra servizi sanitari e sociali che garantisca la continuità assistenziale in tutte le fasi della malattia.

COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Anche se attualmente inguaribili, le demenze sono "curabili", nel senso che molto è possibile fare per "prenderci cura" - nel suo percorso di progressione della malattia - del soggetto demente che ha diritto a ricevere una diagnosi almeno sindromica il più precocemente possibile. La demenza è una patologia acquisita, persistente, progressiva ed irreversibile delle funzioni intellettive di entità tale da pregiudicare la vita autonoma (DMS IV).

La sua valutazione avviene per stadi diversi:

- riconoscimento dell'esistenza del deterioramento cognitivo ed il rispetto dei criteri per la definizione di demenza;
- necessità di chiarirne l'origine una volta che sia stata identificata;
- definizione della severità del danno, della componente familiare e di quella ambientale al fine di impostare la terapia e pianificare gli interventi assistenziali.

L'insorgenza subdola fa sì che il Medico di Medicina Generale funga da primo valutatore e pertanto è l'unico in grado di effettuare una up-regulation dell'afferenza al Centro Esperto per le demenze, individuato come titolare dell'intervento di approfondimento diagnostico, cui inviare il paziente quando necessario.

È necessario, però, che i Medici di Medicina Generale utilizzino strumenti semplici, comuni e validati da utilizzare nel caso di sospetto diagnostico per confermare l'esistenza o meno di un deterioramento cognitivo e inquadrarlo nei criteri che definiscono le sindromi demenziali.

La valutazione multidimensionale permette una maggiore uniformità nella valutazione e quindi facilita il confronto e la verifica. È importante mantenere e affinare anche le più tradizionali modalità di valutazione basate sulla semiotica medica, il colloquio clinico e quello sociale che meglio colgono la specificità di ciascuna singola situazione. Questi indici vanno raccolti in collaborazione fra tutti gli operatori sanitari e sociali in modo da arrivare ad una valutazione comune e condivisa che sia frutto delle diverse componenti.

L'intervento del Medico di Medicina Generale è rivolto a tutti i pazienti con problema cognitivo di qualsiasi origine e può essere schematizzato in tre fasi distinte. Vengono di seguito delineate queste tre fasi e precisati solo i compiti, attribuiti al MG dal presente accordo, che vanno oltre l'approccio clinico al paziente e alla famiglia che fa parte della normale pratica del Medico di Medicina Generale.

SOSPETTO DIAGNOSTICO E AVVIO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO- ASSISTENZIALE

- Somministrazione al familiare di riferimento dell'SDS (Questionario per lo Screening delle Demenze).
- Somministrazione al paziente del MMSE (*Mini Mental State Examination*) per la valutazione dello stato cognitivo.
- In caso di risultati compatibili con problema cognitivo:
- Valutazione degli esami ematochimici di routine che prevedano anche VES TSH vit. B12, folati, sierologia per lue, urine, ECG e RX torace.
- Valutazione comorbidità mediante scala ISM.
- Valutazione dell'autosufficienza mediante scala ADL (o equivalenti).
- Consegna ai familiari di una scheda sui punti informativi e di accesso ai servizi.
- Segnalazione diretta al servizio sociale secondo una modalità concordata a livello di distretto dei casi di maggiore rilevanza sociale.