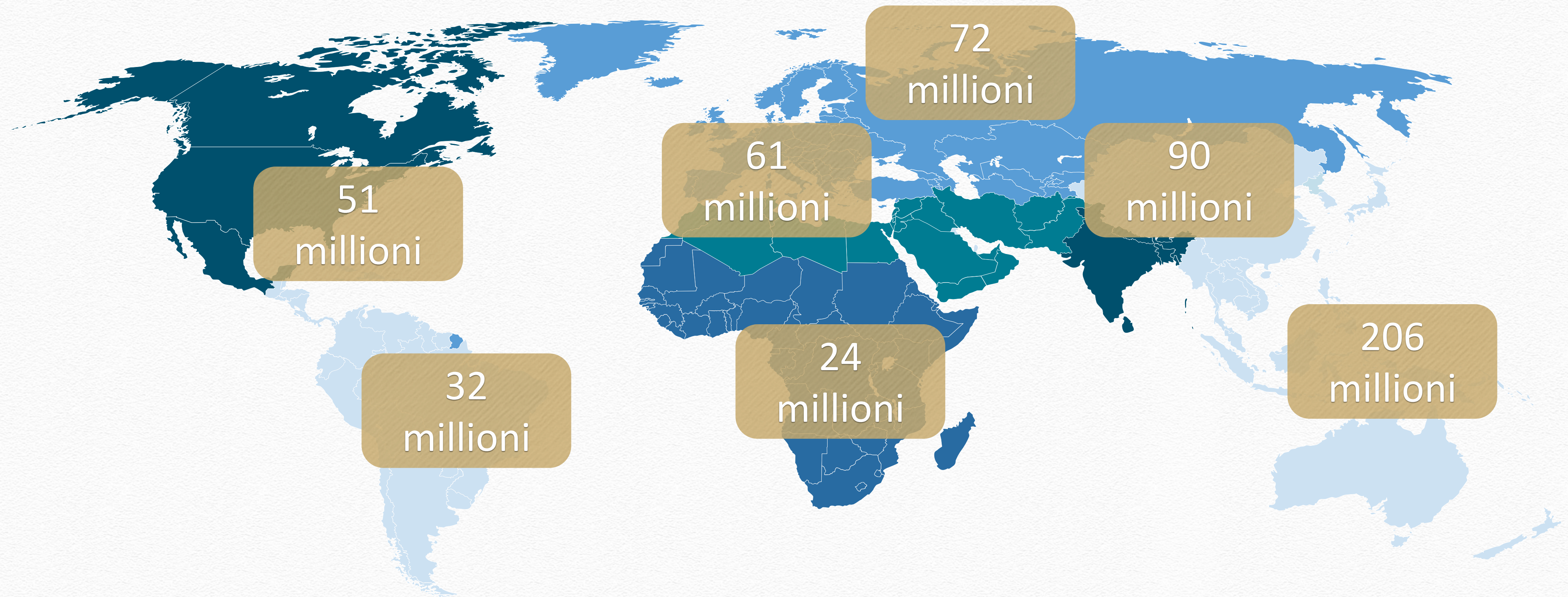


La valutazione del rischio nel Setting della Medicina Generale

Dott.ssa Micaela Agostini
Rieti - 17 giugno 2023

Prevalenza del Diabete nel **Mondo**

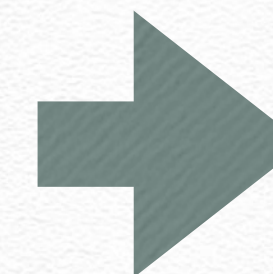
dati del 2021



Nel 2021, **536 milioni** di persone
hanno il Diabete

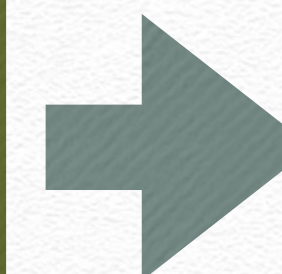


Mondo, popolazione 8 miliardi, 523 milioni di malati di Diabete



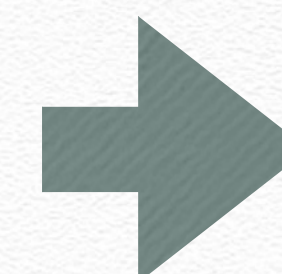
6,25%

Italia, popolazione 59 milioni, 3,5 milioni di malati di Diabete



5,9%

Rieti, popolazione 45.000, 2583 malati di Diabete



5,7%

Piano per la malattia Diabetica nella Regione Lazio 2016-2018 (DCA n. U00581 del 14-12-2015)

Rete assistenziale con l'integrazione di diverse figure

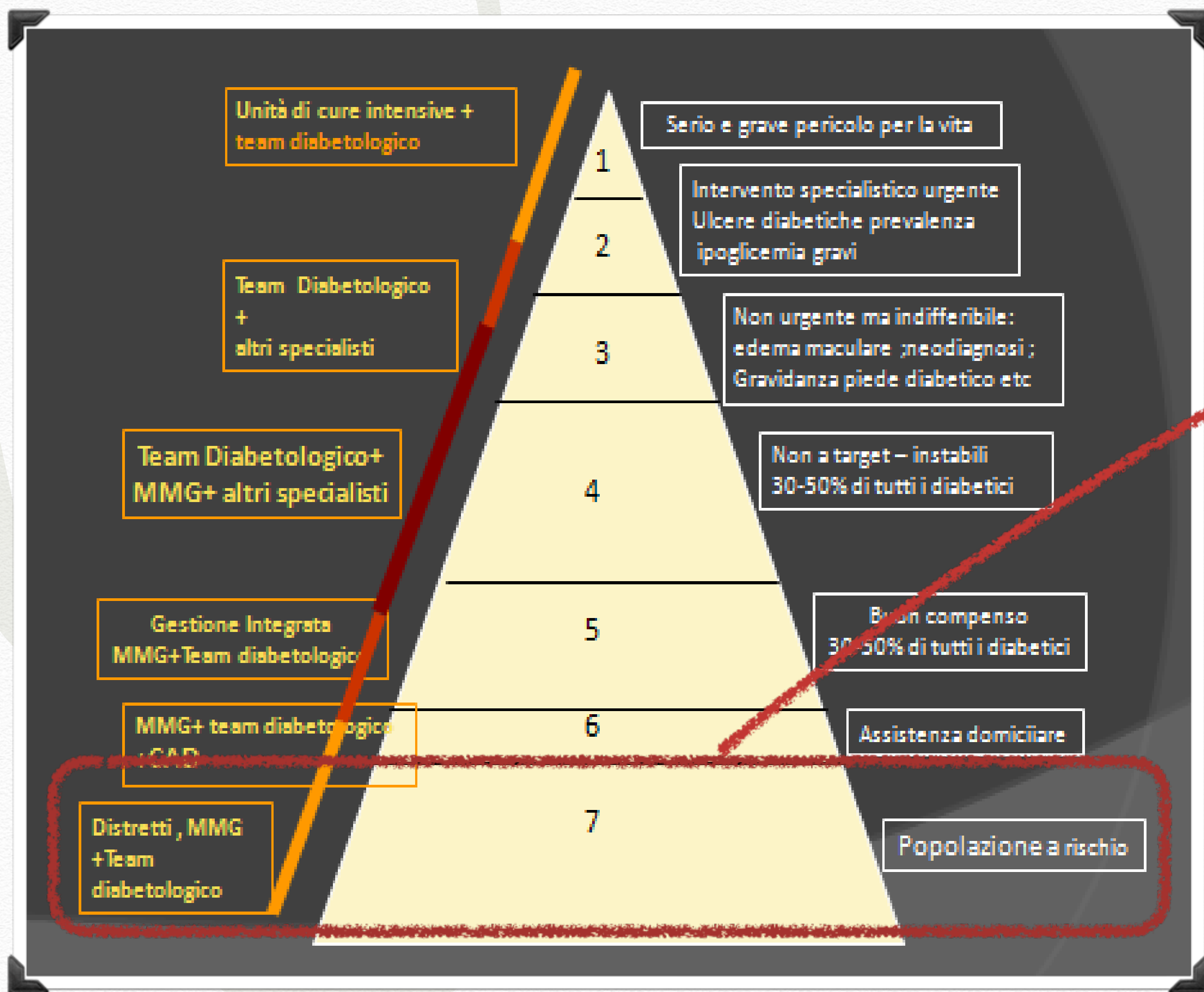
MMG/PLS

TEAM Diabete

Operatori dei distretti sanitari

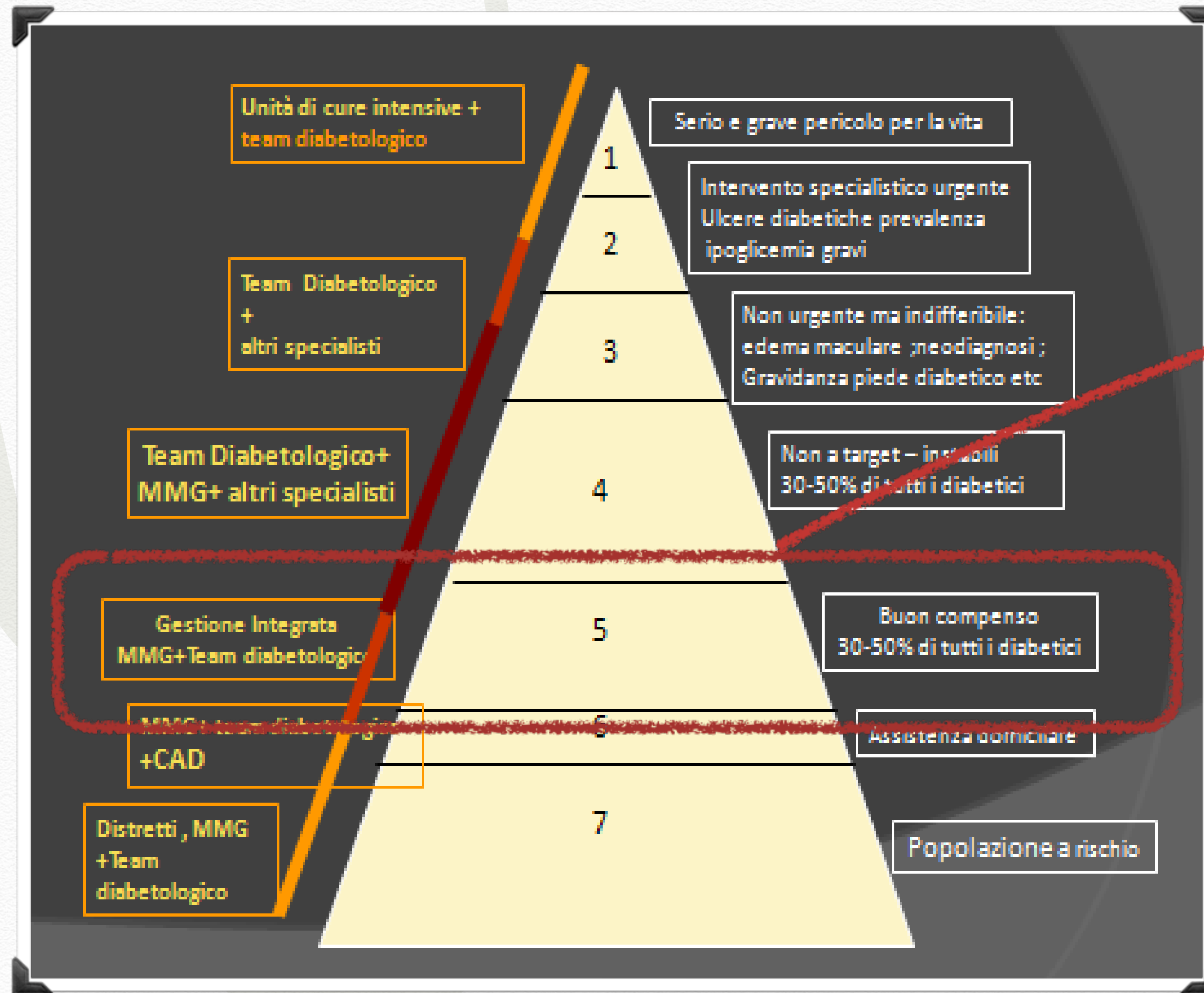
Medici
specialisti
delle
specialità
coinvolte

Classificazione dei pazienti per intensità di cura e relativi livelli di responsabilità dell'assistenza



Screening, diagnosi e prevenzione DM2

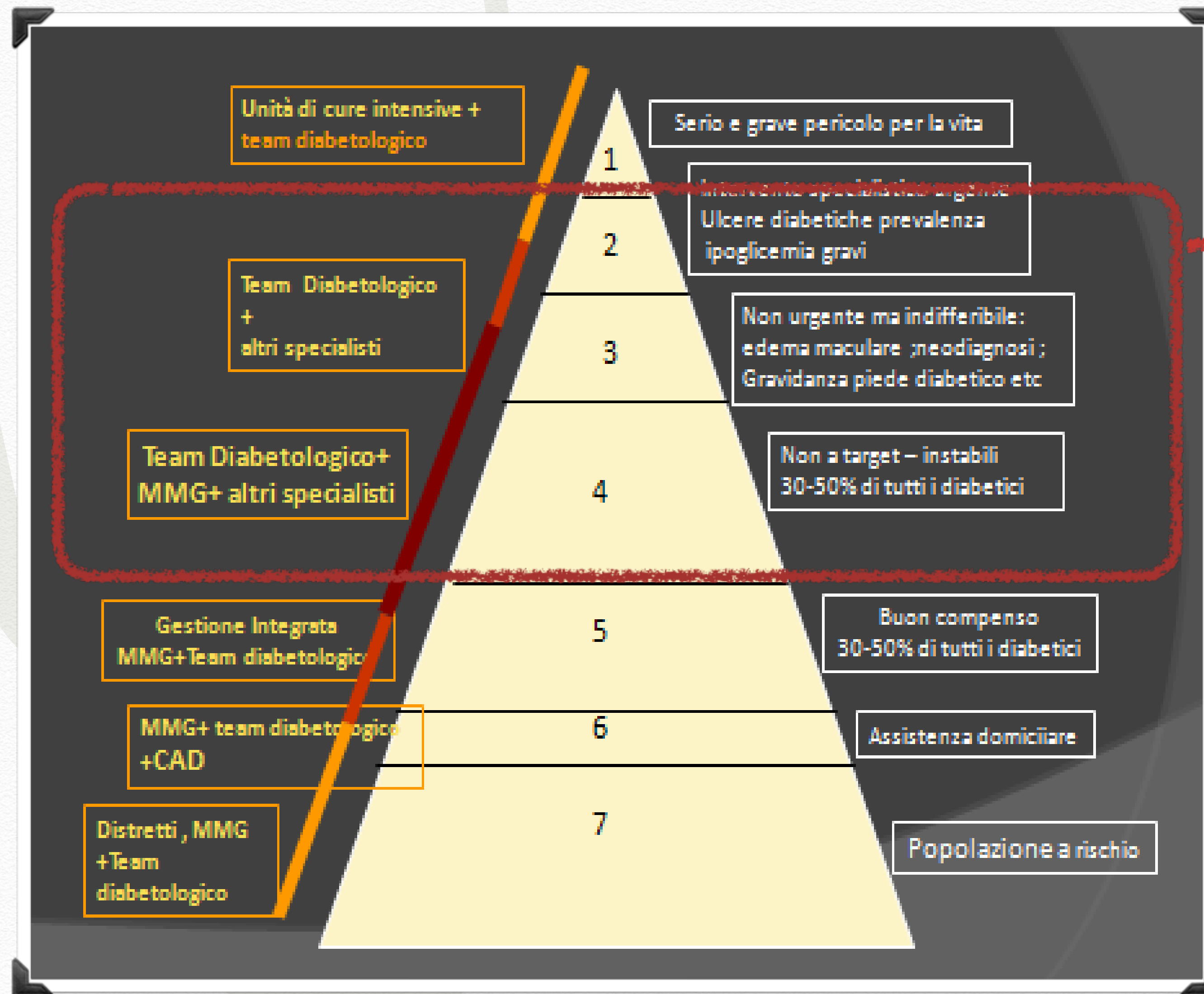
Classificazione dei pazienti per intensità di cura e relativi livelli di responsabilità dell'assistenza



Persone con DM2 senza complicanze o con complicanze stabili e in buon compenso metabolico

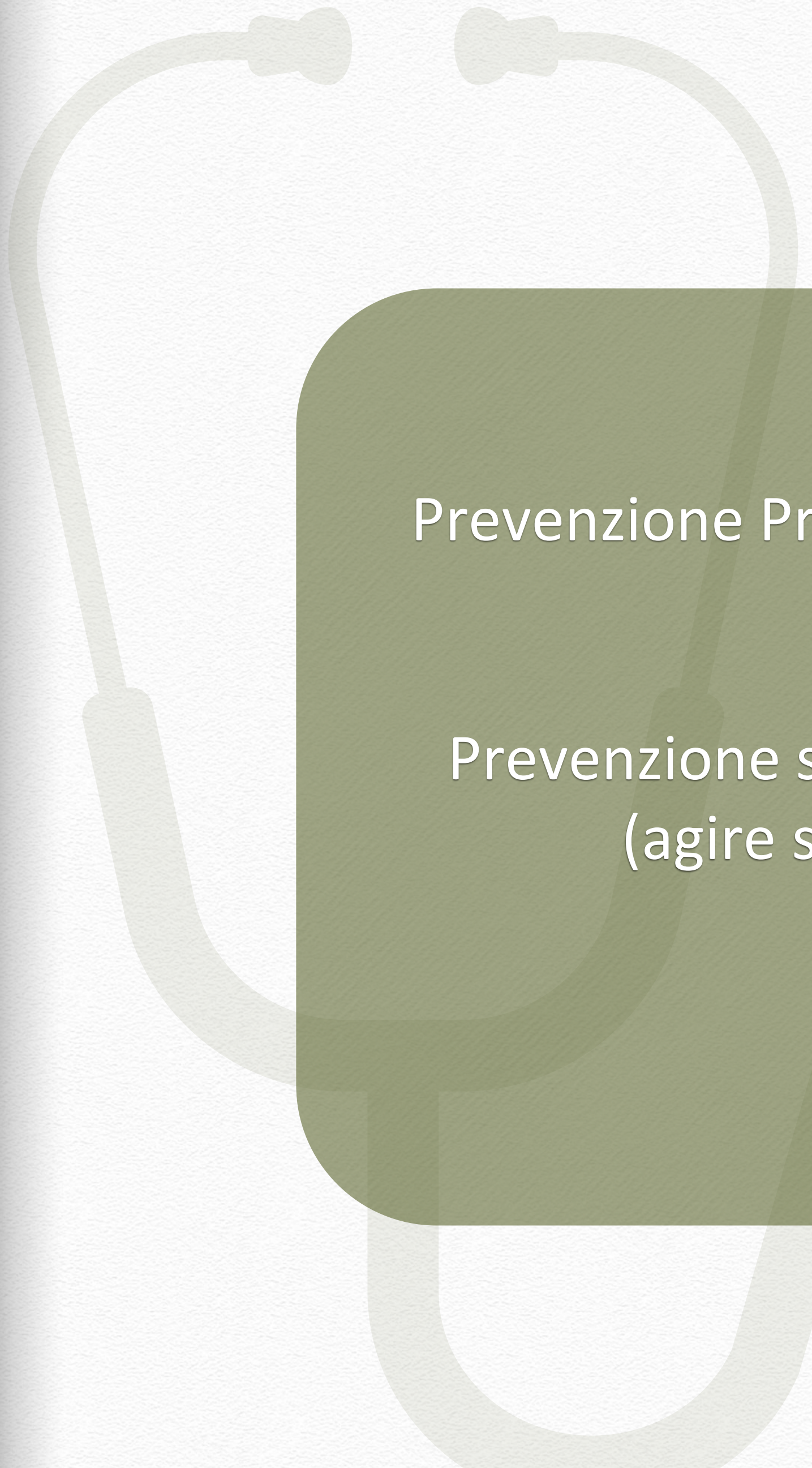
- Presa in carico prevalente da parte del MMG con controlli ogni 3-6 mesi
- Follow up con controllo a distanza presso la SD secondo il Piano di cura condiviso (anche con intervalli superiori all'anno: 1/2/3 anni)

Classificazione dei pazienti per intensità di cura e relativi livelli di responsabilità dell'assistenza



Personae con DM con complicanze non stabilizzate o con scompenso metabolico

- Gestione dei pz. da parte della SD, con il supporto del MMG
- In regime ambulatoriale, di day service e, ove necessario, in regime di ricovero
- Approfondita valutazione diagnostica e stadiazione della complicanza in atto e uso di appropriati protocolli terapeutici
- Ottenuta una stabilizzazione delle complicanze croniche e/o del controllo glicemico, il pz. può tornare al Protocollo B1

A faint, light green stethoscope is positioned on the left side of the slide, with its chest piece at the top and its tubing looping around the central text area.

Il ruolo del **Medico di Medicina Generale**

Prevenzione Primaria: identificare la popolazione a rischio aumentato di malattia Diabetica.

Prevenzione secondaria: diagnosi precoce ed impostazione interventi (agire sui fattori di rischio per prevenire le complicanze).

Follow-up 1° livello.

1. Identificare i pazienti a rischio

Criteri per lo screening del diabete mellito tipo 2 nell'adulto

BMI ≥ 25 kg/m² (≥ 23 kg/m² negli asiatici americani) e una o più tra le seguenti condizioni:

- inattività fisica;
- familiarità di primo grado per diabete tipo 2 (genitori, fratelli);
- appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio;
- ipertensione arteriosa ($\geq 140/90$ mmHg) o terapia antipertensiva in atto;
- bassi livelli di colesterolo HDL (<35 mg/dl) e/o elevati valori di trigliceridi (>250 mg/dl);
- steatosi epatica non alcolica (NAFLD)
- nella donna: parto di un neonato di peso >4 kg o pregresso diabete gestazionale;
- sindrome dell'ovaio policistico o altre condizioni di insulino-resistenza come l'*acanthosisnigricans*;
- evidenza clinica di malattie cardiovascolari;
- HbA_{1c} ≥ 39 mmol/mol (5,7%), IGT o IFG in un precedente test di screening;

Criteri per lo screening del diabete mellito di tipo 2 nell'età evolutiva

Sovrappeso (BMI $>85^{\circ}$ percentile per età e sesso, peso per altezza $>85^{\circ}$ percentile, o peso $>120\%$ del peso ideale per l'altezza) più almeno due dei seguenti fattori di rischio:

- Storia familiare di diabete tipo 2 in parenti di primo e secondo grado;
- appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio;
- segni di insulino-resistenza o condizioni associate a insulino-resistenza (*acanthosisnigricans*, ipertensione, dislipidemia, sindrome dell'ovaio policistico, peso alla nascita basso per l'età gestazionale);
- storia materna di diabete o diabete gestazionale durante la gestazione.
- Età di inizio: 10 anni o all'esordio della pubertà se la pubertà comincia più precocemente
- Frequenza :ogni 2 anni
- Test: glicemia a digiuno, OGTT, HbA_{1c}

Quali sono i principali fattori di rischio delle malattie Cardiovascolari?

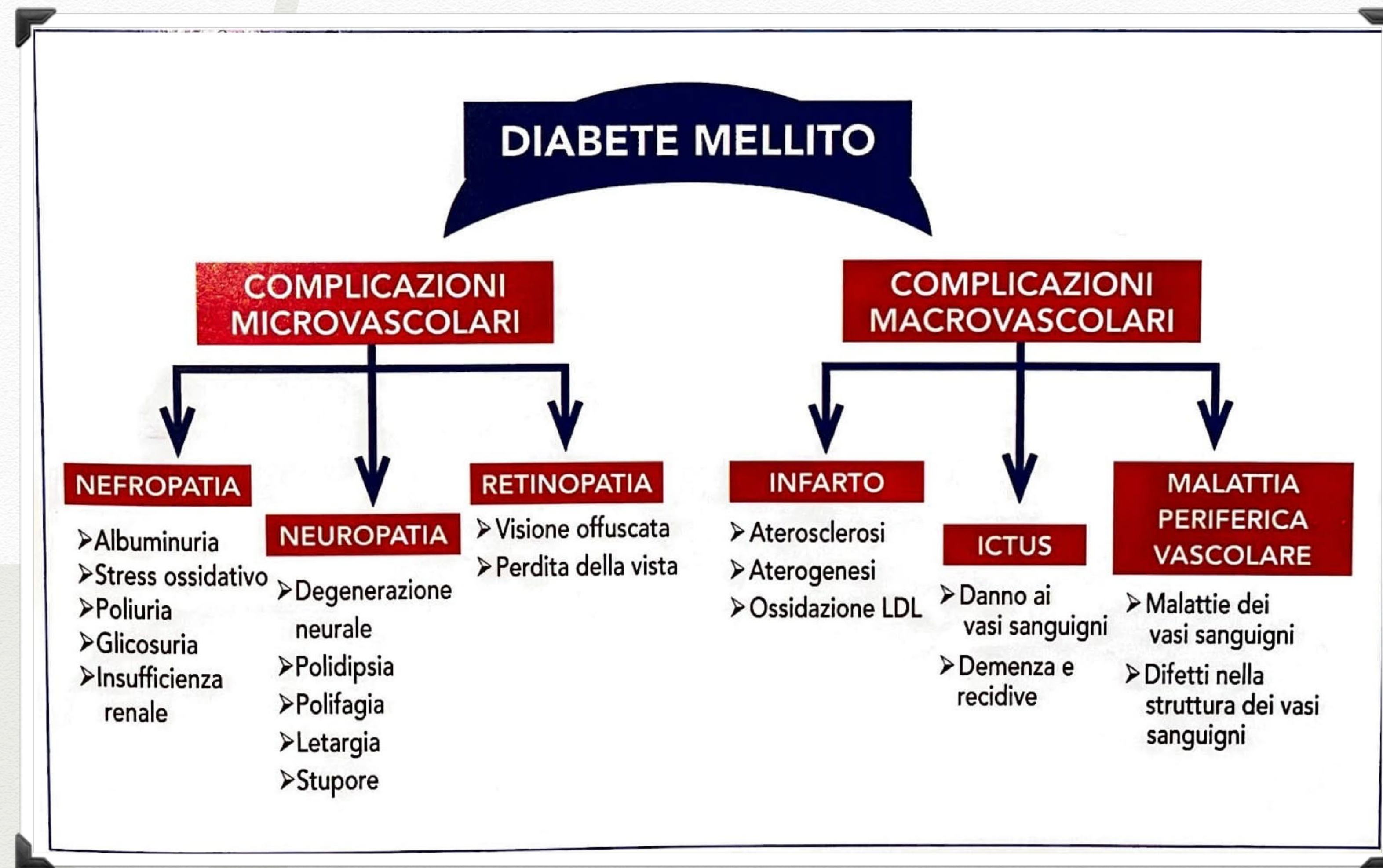
Fattori di rischio non modificabili

- Età.
- Familiarità/fattori genetici.
- Genere.
- Etnia.

Fattori di rischio modificabili

- Tabagismo.
- Sedentarietà/scarsa attività fisica.
- Consumo rischioso e dannoso di alcol.
- Scorretta alimentazione.
- Sovrappeso/obesità.
- Dislipidemia.
- Ipertensione arteriosa.
- Sindrome metabolica.
- Iperuricemia.
- Iperomocisteinemia.
- OSAS.
- Uso di contraccettivi orali.
- Terapia ormonale sostitutiva in menopausa.
- Assunzione di droghe.
- Fattori correlativi all'ambiente socio familiare e disuguaglianze nell'accesso alle cure.

Studi Clinici hanno evidenziato come ridurre i fattori di rischio CV classici sia efficace nel prevenire o rallentare le complicanze cardiovascolari.



2. Stratificare il rischio CV globale del Paziente

Calcolo Rischio Cardiovascolare

 www.cuore.iss.it  **AVVERTENZA** **CONSIGLI**
METODOLOGIA

Pressione Arteriosa (media 2 misurazioni consecutive)

Sistolica rilevata il 29/11/2004

Colesterolo (rilevazioni negli ultimi 90 giorni)

Totale rilevato il 10/11/2004 (media ultimi 90 giorni = 270)
HDL rilevato il 29/11/2004 (media ultimi 90 giorni = 45)

☐ **Diabete Mellito**
☐ **FUMO**
☒ **In trattamento con antipertensivi**

Legenda

	30% e oltre
	21% - 29%
	16% - 20%
	11% - 15%
	6% - 10%
	inferiore 5%

Rischio MCV a 10 anni

 **8,5%**

Educazione

nota 13: statine non concedibili in prevenzione primaria

Annulla **OK**

3. Agire sui fattori di rischio modificabili

LIFESTYLE E COUSELING ALIMENTARE

ESERCIZIO FISICO

svolgere 150 minuti di attività aerobica di moderata intensità, distribuiti su un minimo di 3 giorni a settimana, separati da non più di 2 giorni di inattività fisica. (camminate, lavori domestici, giardinaggio, ballo e nuoto).

ABOLIZIONE DEL FUMO

DIETA IPOCALORICA

- Quota glucidica: 55%-60% dell'apporto calorico totale
- Quota lipidica: 25%-30% dell'apporto calorico totale
 - saturi < 10% dell'apporto totale (7-8%)
 - monoinsaturi = 10%-12% dell'apporto totale
 - polinsaturi < 10% dell'apporto totale (6-7%)
 - colesterolo alimentare: < 300 mg
- Quota proteica: 20% DELL'APPORTO CALORICO TOTALE
- Fibra alimentare: 30-40g/die (aumentare soprattutto l'introito di fibre idrosolubili)
- Uso di alcool: riduzione o astensione totale
- Saccarosio: può essere concesso, una quota non superiore al 30%.

CORREZIONE DISLIPIDEMIA

Classe di rischio	Soggetti con	Obiettivo terapeutico raccomandato di C-LDL	Colesterolo non HDL
Molto elevato	Score $\geq 10\%$ Prevenzione secondaria Diabete con danno d'organo Influenza renale severa	$< 55 \text{ mg/dL}$ oppure riduzione del C-LDL di almeno il 50%	$< 100 \text{ mg/dL}$
Elevato	Score $\geq 5 - < 10\%$ Colesterolo $> 310 \text{ mg/dL}$ Diabete senza danno d'organo Pressione arteriosa $\geq 180/110 \text{ mmHg}$ Insufficienze renale moderata	$< 70 \text{ mg/dL}$ oppure riduzione del C-LDL di almeno il 50%	$< 130 \text{ mg/dL}$
Moderato	Score $\geq 1 - < 5\%$	$< 100 \text{ mg/dL}$	
Basso	Score $< 1\%$	$< 115 \text{ mg/dL}$	

CORREZIONE IPERTENSIONE ARTERIOSA

Classe di rischio	Target pressione arteriosa
Alto rischio (Diabete + due fattori di rischio)	< 130/80 mmHg
Basso rischio	< 140/90 mmHg
Anziani	< 150/90 mmHg
Donne in gravidanza	pressione sistolica < 125 - 110 mmHg pressione diastolica < 79 - 65 mmHg

CORREZIONE IPERGLICEMIA

Glicemia a digiuno	80 - 130 mg/dL
Glicemia post prandiale	< 160 mg/dL
HbA1C	< 6,5%
HbA1C (quando si adoperano farmaci che danno ipoglicemia)	6,5% - 7,5%

VALUTAZIONE ALBUMINA

L'aumentata escrezione urinaria di albumina già nel range alto-normale è un marcatore di rischio di patologia cardiovascolare nel Diabete e nella popolazione generale.

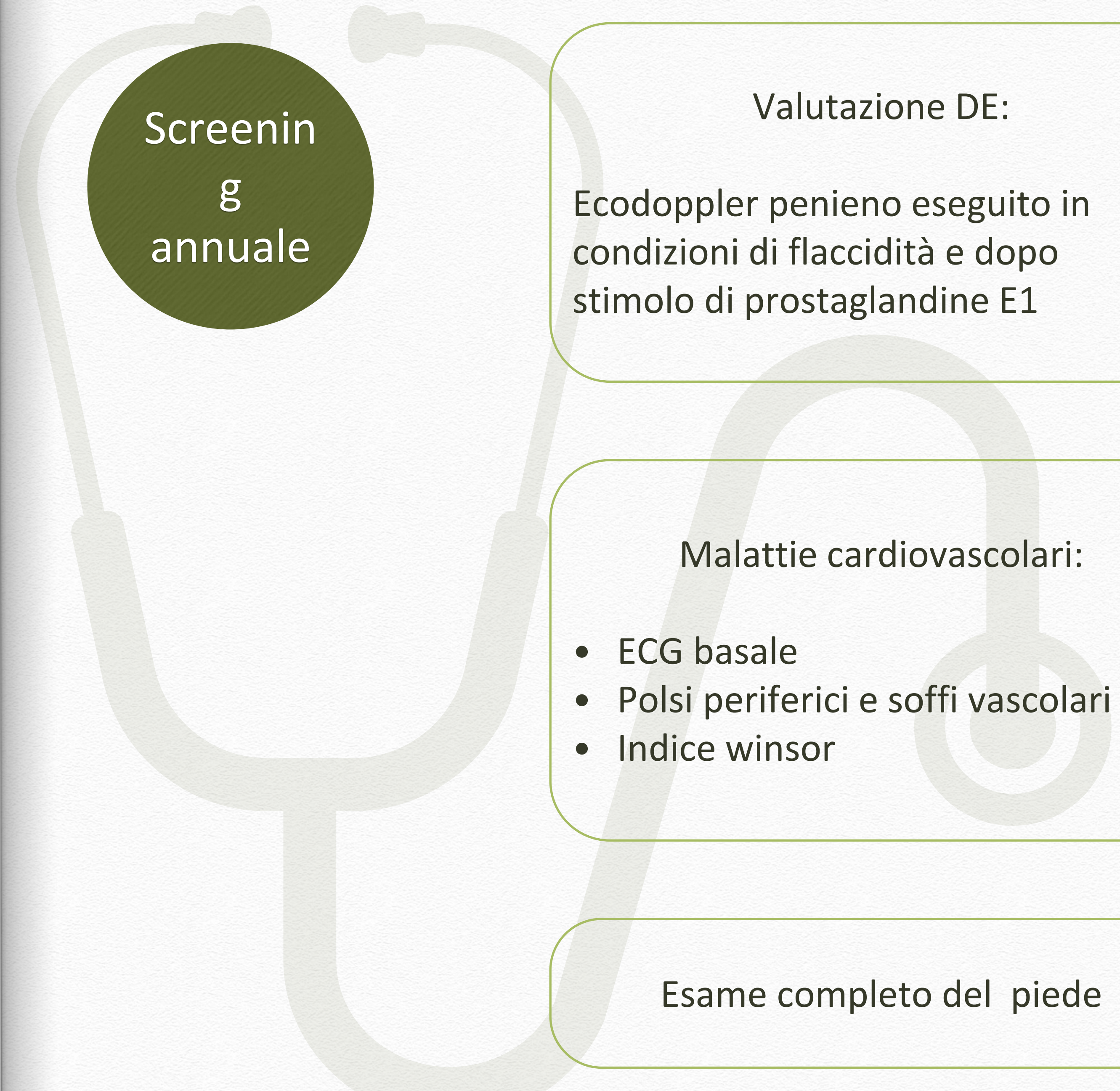
Categoria	Raccolta spot ^[L] _[SEP] (mg/g creatinina)	Raccolta minutata ^[L] _[SEP] (mg/min)	Raccolta nelle 24 ore ^[L] _[SEP] (mg/24 ore)
Albumina normale	< 10 (uomini); ^[L] _[SEP] < 15 (donne)	< 10	< 10
Albumina alta-normale	< 25 (uomini); ^[L] _[SEP] < 30 (donne)	10-19	10-29
Microalbumina	30-299	20-199	30-299
Macroalbumina	>=300	>=200	>=300

Indagini e follow up 1° livello



Controlli presso MMG ogni 3/6 mesi

- Visita medica generale, PA e indici antropometrici.
- HbA1C
- Assetto lipidico, funzione renale ed epatica, elettroliti ed altri accertamenti dello screening
- Educazione terapeutica
- Vaccinazioni

A large, light green stethoscope graphic is positioned on the left side of the page, with its chest piece at the top and its tubing looping around the central and bottom boxes.

Screening g annuale

Valutazione DE:

Ecodoppler penieno eseguito in condizioni di flaccidità e dopo stimolo di prostaglandine E1

Malattie cardiovascolari:

- ECG basale
- Polsi periferici e soffi vascolari
- Indice winsor

Esame completo del piede

Neuropatia Diabetica:

Valutazione della perdita della sensibilità pressoria al monofilamento di 10gr e della sensibilità vibratoria

Retinopatia Diabetica:

Esame fundus oculi

Nefropatia Diabetica:

- Escrezione urinaria albumina
- Creatinina
- VFG



Grazie dell'attenzione