

Il prof. Giacomo Zoppini e il Dott. Pighi dichiarano di NON aver ricevuto negli ultimi due anni compensi o finanziamenti da Aziende Farmaceutiche e/o Diagnostiche.

Dichiara altresì il proprio impegno ad astenersi, nell'ambito dell'evento, dal nominare, in qualsivoglia modo o forma, aziende farmaceutiche e/o denominazione commerciale e di non fare pubblicità di qualsiasi tipo relativamente a specifici prodotti di interesse sanitario (farmaci, strumenti, dispositivi medico-chirurgici, ecc.).

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it



SID

Società Italiana
di Diabetologia

**Corso teorico-pratico volto alla promozione di una gestione condivisa
(cardiologo/diabetologo) dei pazienti con diabete tipo 2 ad alto rischio CV
Milano, 18 settembre 2020**

Proposta di un percorso diagnostico-terapeutico condiviso

Prof. Giacomo Zoppini
Dott. Michele Pighi

Università degli Studi di Verona
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

La cardiopatia ischemica: epidemiologia



3:4 morti sono
prevenibili¹

Le malattie cardiovascolari sono connesse allo stile di vita:

- ✓ Tabagismo
- ✓ Sedentarietà
- ✓ Abitudini dietetiche scorrette
- ✓ Fattori psicosociali

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Terapia e gestione post-acuta delle SCA

Cos'è
migliorato?

Aspetti
critici:

PTCA, fibrinolisi
e CABG

Terapia medica

↓
mortalità intra-
ospedaliera¹

Recidive: 20% a 6
mesi, 5.3% a 12 mesi²

Mortalità: 10% a 1
mese, 12% a 6 mesi³,
19-30% ad 1 anno⁴

Scarsa aderenza alla
terapia medica

Difficoltà
nel modificare
lo stile di vita

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

1. Linee guida ESC 2016
2. Goldberg RJ. Am J Cardiol, 2004; 93: 288-93
3. Fox KA. Eur Heart J 2010; 31: 2755-2764
4. Mozzafarian D. Circulation, 2016; 133: e417

La Prevenzione cardiovascolare secondaria

Viene definita come una serie di azioni coordinate intraprese a livello di popolazione e individuale, volte ad eliminare o ridurre al minimo l'impatto delle malattie cardiovascolari (MCV) e delle relative disabilità

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

I programmi di prevenzione cardiovascolare secondaria



Se la prevenzione secondaria è efficace, perché la prognosi dopo una SCA non migliora?

Partecipa < 30% dei pazienti arruolabili

Riabilitazioni in degenza limitate dai costi

Durata media < 30 giorni¹

Pochi programmi conformi con linee guida

Tempi medi di arruolamento a 4-6 settimane²

Difficoltà a mantenere nel lungo termine
le modifiche allo stile di vita

1. Giannuzzi P. Arch Intern Med, 2008; 168: 2194-2204

2. Dunlay SM. Am J Med, 2014; 127: 538-546

Obiettivo:



Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

OBIETTIVI-2



1. Stabilizzazione clinica e riduzione dei sintomi
2. migliorare la tolleranza allo sforzo e l'autonomia del paziente
 recupero funzionale e sociale
3. ridurre le disabilità conseguenti alla malattia
4. migliorare il profilo di rischio cardiovascolare e lo stile di vita
5. migliorare il grado di benessere psico-sociale
6. prevenire le recidive cliniche

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGNI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

OBIETTIVI - 3

Fattori di rischio che NON SI POSSONO cambiare

- **Età**
Le persone anziane sono maggiormente esposte alla malattia coronarica.
- **Predisposizione familiare**
I soggetti con un familiare (genitore, sorella o fratello) che è stato o è cardiopatico sono maggiormente a rischio.
- **Sesso**
Gli uomini tendono a contrarre la malattia coronarica prima delle donne.

Fattori di rischio che SI POSSONO cambiare

- Fumo
- Errate abitudini alimentari
- Sedentarietà
- Sovrappeso
- Pressione arteriosa elevata
- Alti livelli di colesterolo
- Diabete

MODIFICABILI

Diapositiva preparata da ZOPPINI & RIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

L'ambulatorio di prevenzione cardiovascolare secondaria dell'UOC di Cardiologia dell'AOU di Verona

Il team:

- Medici cardiologi
- Infermiere specializzate
- Esperti in Scienze Motorie
- Nutrizionista
- Psicologia Clinica
- Medicina delle Dipendenze

I pazienti:

- SCA con malattia critica di ≥ 1 ramo coronarico principale e...
- $FE \leq 45\%$
- ≥ 2 fattori di rischio cardiovascolare maggiori
- Diabete mellito

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Il programma di incontri

**Ricovero per
SCA**

Arruolamento pre-dimissivo

I incontro

Obiettivo: entro 2 settimane

II incontro

A 40 giorni

**Incontro
collettivo**

A 3 mesi

III incontro

A 6 mesi

IV incontro

A 12 mesi

Possibilità di accessi intermedi

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Struttura degli incontri

Counselling infermieristico

- Anamnesi e individuazione dei fattori di rischio
- Educazione e informazione sulla malattia coronarica e i fattori di rischio con consegna di materiale informativo, raccomandazioni (dismissione tabagica, attività fisica regolare, dieta mediterranea iposodica e ipolipidica)
- TA e FC e impostazione registro dei valori a domicilio
- BMI e circonferenza addominale
- Se fumatore, questionario di Fagerström
- Illness Perception Questionnaire [Solo I e IV incontro]

Visita cardiologica

- Anamnesi, EO e valutazione compenso
- ECG a riposo
- Valutazione aderenza alla terapia (reazioni avverse? Effetti collaterali?) e sua ottimizzazione
- Strategie per migliorare stile di vita
- Prescrizione eventuale di esami (ematochimici, ECG secondo Holter, ecocardiografia a riposo)
- **Test da sforzo con cicloergometro** [Solo I incontro]

GESTIONE FATTORI DI RISCHIO



La cessazione del fumo dopo un IMA è potenzialmente la più efficace fra le misure preventive.

La riduzione del C-LDL si associa a minor rischio di eventi cardiovascolari e deve costituire l'obiettivo primario nella prevenzione delle MCV.



ADERENZA ALLA TERAPIA MEDICA

Per quanto riguarda la compliance alla terapia, i Beta-bloccanti riducono del 30% il rischio di eventi CV e la recidiva di IMA.

- Gli Ace-inibitori riducono del 27% il rischio di ospedalizzazione per infarto e di insorgenza di scompenso cardiaco
- Abbassando la pressione e agendo sul rimodellamento ventricolare post-infartuale

MONITORAGGIO



Nei pazienti selezionati viene effettuato stretto monitoraggio ecocardiografico per valutazione della FE:

se FE < a 35% alla dimissione senza recupero a 1/3 mesi, il paziente viene candidato ad impianto di ICD;
nei casi di compenso labile viene indirizzato al Day Service Cardiologico

Per tutti i pazienti è prevista la programmazione di un test di ischemia inducibile ad un anno dall'evento acuto

Nei pazienti con patologia coronarica complessa è contemplata la **rivalutazione angiografica**

Diapositiva preparata da ZOPPI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

PROFILO DEI PAZIENTI

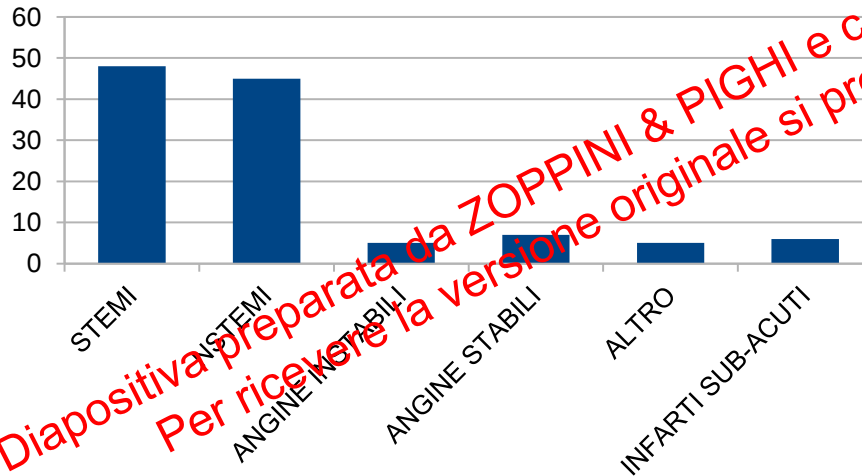
PAZIENTI ISCHEMICI arruolati n. 236 in 1 anno

Primi 6 mesi : pazienti arruolati 116

1 decesso (ACC su FV)

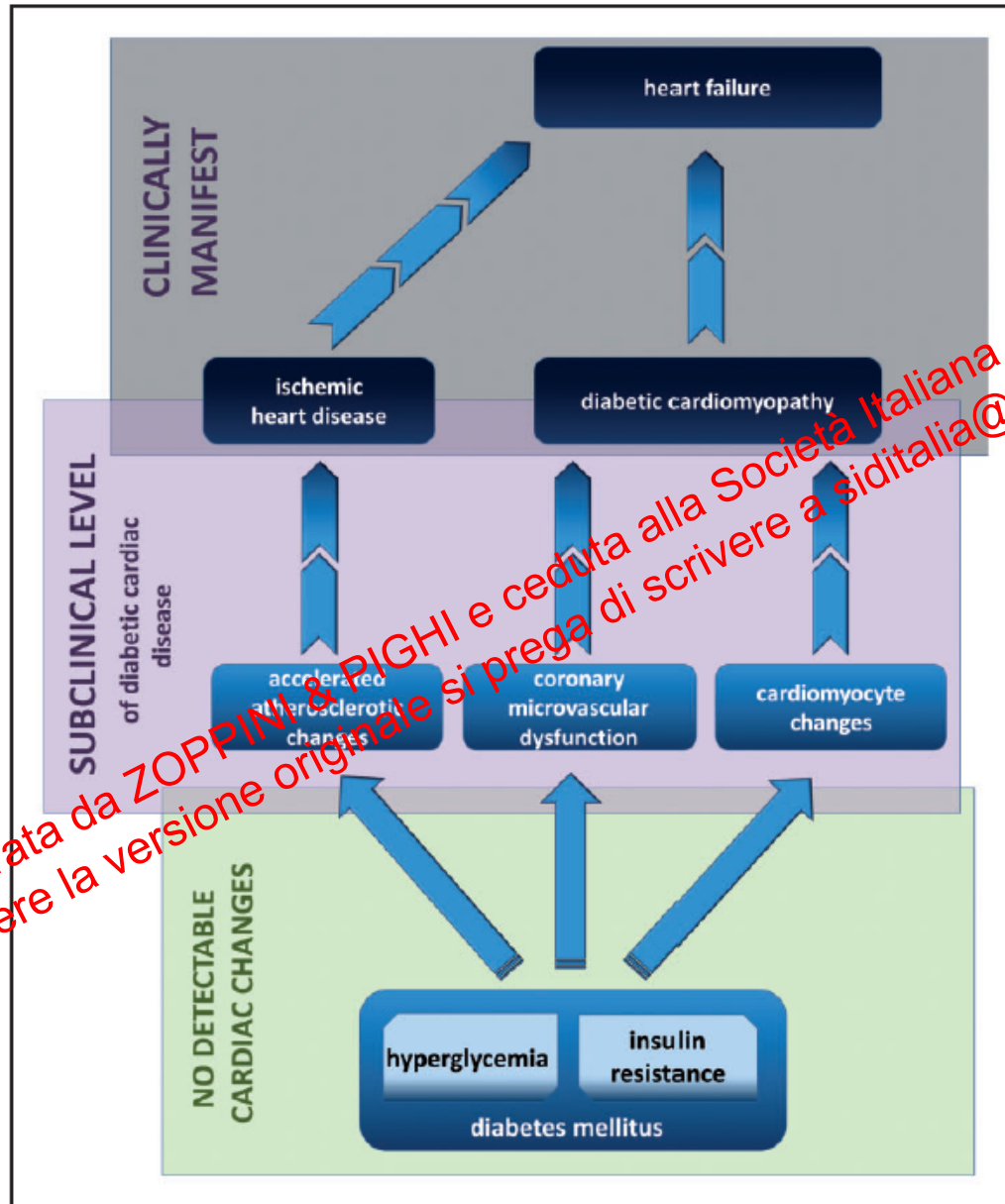
1 pazienti con ictus emorragico post traumatico (tutt'ora vivente)

2 recidive ischemiche (CGF + PTCA)



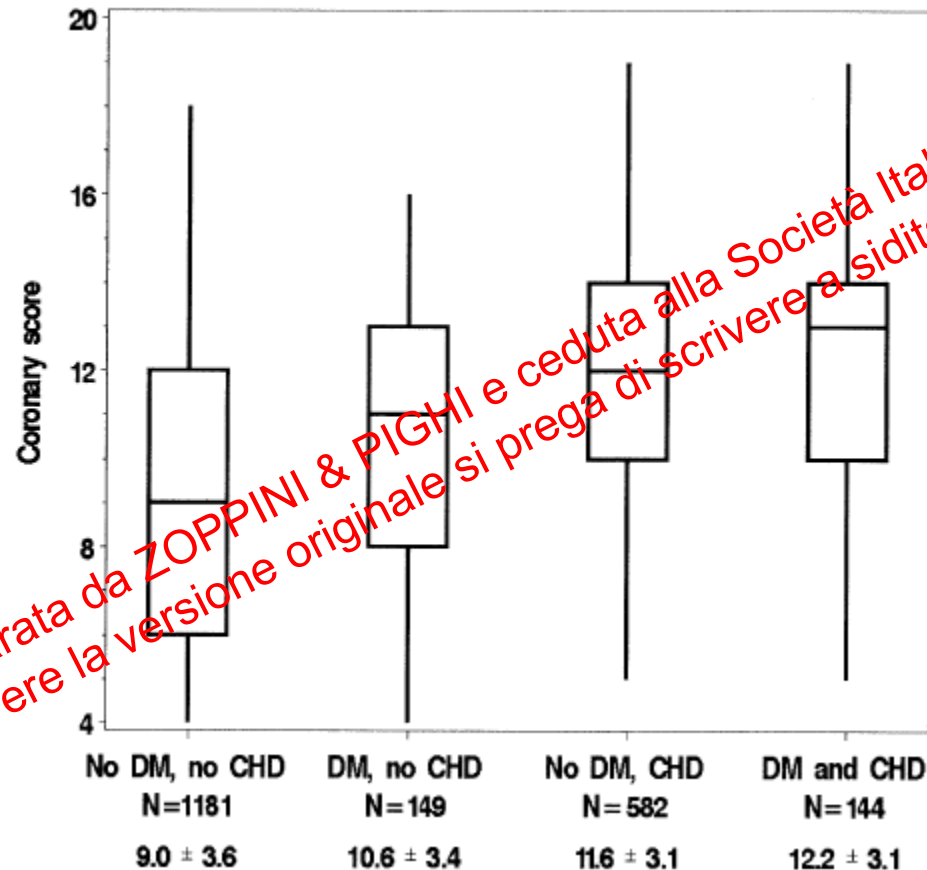
DIAGNOSI:

- 48 STEMI (41%)
- 45 NSTEMI (39%)
- 5 ANGINE INSTABILI (4%)
- 7 ANGINE STABILI (6%)
- 5 ALTRO (4%)
- 6 INFARTI SUB-ACUTI (5 %)



Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Presenza di malattia coronarica in relazione allo stato clinico e alla presenza di diabete



Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Prevalenza di malattie cardiovascolari nel diabete

Table 1. Baseline Characteristics of Patients with Type 2 Diabetes and Matched Controls from the General Population.*

Characteristic	Patients with Type 2 Diabetes (N=435,369)	Controls (N=2,117,483)
Age — yr	65.8±12.6	65.5±12.5
Women — no. (%)	193,540 (44.5)	953,960 (45.1)
Born in Sweden — no. (%)	360,856 (82.9)	1,855,675 (87.6)
Educational level — no./total no. (%)		
Low	189,808/425,706 (44.6)	781,319/2,080,022 (37.6)
Intermediate	169,159/425,706 (39.7)	812,340/2,080,022 (39.1)
High	66,739/425,706 (15.7)	486,363/2,080,022 (23.4)
Information from National Diabetes Register		
Glycated hemoglobin		
No. of persons with data	388,643	—
Mean — mmol/mole of nonglycated hemoglobin	54.3±14.5	—
Diabetes treatment — no. (%)		
Diet	165,144 (37.9)	—
Tablets	184,002 (42.3)	—
Insulin	46,037 (10.6)	—
Insulin and tablets	40,186 (9.2)	—
Diabetes duration		
No. of persons with data	386,621	—
Mean — yr	5.66±7.07	—
Body-mass index		
No. of persons with data	326,586	—
Mean	29.6±5.3	—
Low-density lipoprotein cholesterol		
No. of persons with data	211,462	—
Mean — mmol/liter	2.9±0.95	—
Blood pressure		
No. of persons with data	326,135	—
Systolic — mm Hg	140.4±18.4	—
Diastolic — mm Hg	78.5±9.9	—
Smoking — no./total no. (%)	53,796/351,842 (15.3)	—
Blood-pressure-lowering medication — no./total no. (%)	265,846/409,442 (64.9)	—
Lipid-lowering medication — no./total no. (%)	163,431/407,357 (40.1)	—
Registration in the In-Patient Register before baseline — no. (%)†		
Acute myocardial infarction	39,115 (9.0)	90,933 (4.3)
Coronary heart disease	68,945 (15.8)	168,292 (7.9)
Atrial fibrillation	38,164 (8.8)	117,844 (5.6)
Heart failure	30,249 (6.9)	69,844 (3.3)
Stroke	27,293 (6.3)	81,976 (3.9)
Cancer	45,907 (10.5)	209,394 (9.9)

Infarto miocardico acuto 9.0 %
 Malattia coronarica 15.8 %
 Ictus 6.3 %
 Fibrillazione atriale 8.8 %
 Scompenso cardiaco 6.9 %

Incidenza del primo evento cardiovascolare in diabetici in relazione alla complicità microvascolare

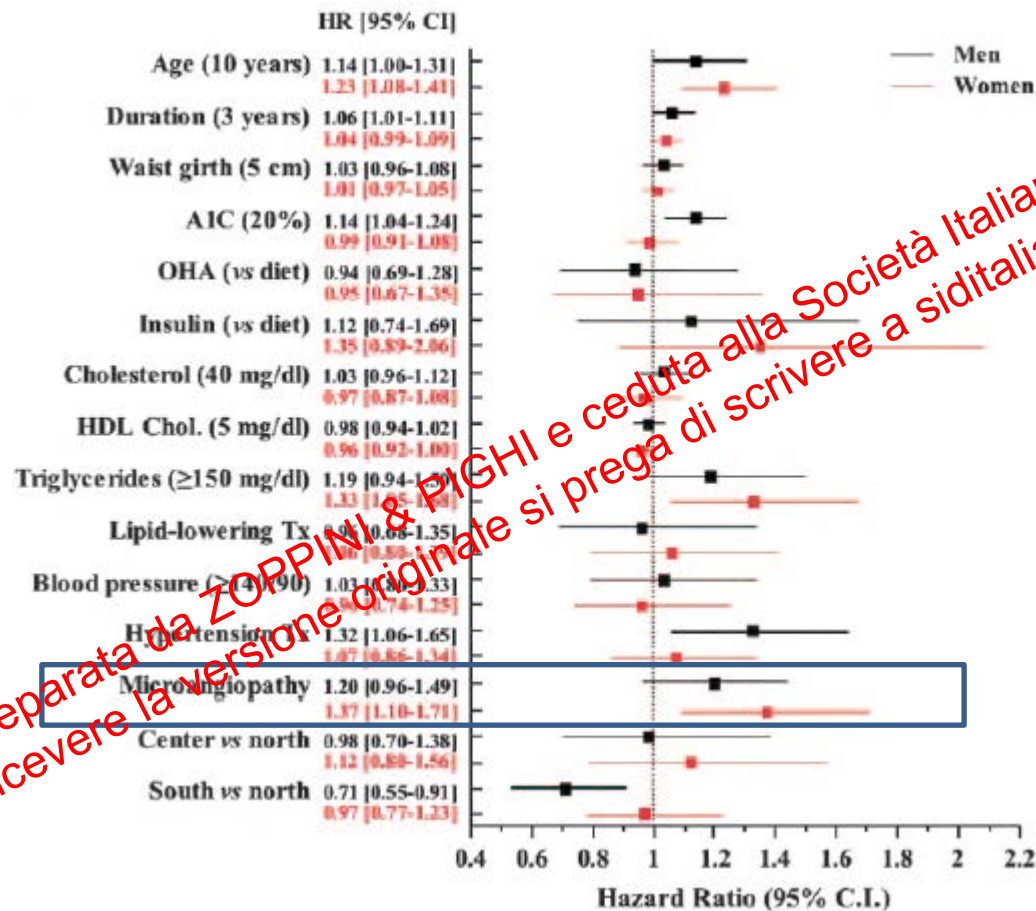
Table 1—Age-standardized incidence rates of first CHD event in diabetic men and women according to the presence of microvascular complications in women

	n	Men (n = 5,612)				Women (n = 6,032)			
		All (13,837)*	Without microvascular complications (9,039)*	With microvascular complications (4,797)*	Relative risk (95% CI)†	All (13,232)*	Without microvascular complications (10,177)*	With microvascular complications (5,055)*	Relative risk (95% CI)†
All CHD	449	28.8 (25.4–32.2)	25.5 (21.6–29.5)	34.9 (28.4–41.5)	1.3 (1.1–1.6)	432	23.3 (20.2–26.4)	19.1 (15.9–22.3)	1.5 (1.2–1.7)
AMI	164	10.3 (8.3–12.3)	8.9 (6.6–11.3)	13.4 (9.3–17.4)	1.6 (1.2–2.2)	188	4.7 (3.3–6.1)	3.3 (2.1–4.6)	1.9 (1.2–2.8)
Non-AMI CHD	285	18.5 (15.8–21.3)	16.6 (13.5–19.8)	21.6 (16.4–26.8)	1.2 (0.9–1.6)	344	18.6 (15.9–21.4)	15.8 (12.9–18.7)	1.4 (1.1–1.7)
Major CHD	208	13.1 (10.9–15.4)	11.4 (8.6–14.2)	16.5 (12.2–20.8)	1.5 (1.2–2.1)	114	5.8 (4.3–7.2)	4.4 (3.1–5.8)	1.5 (1.0–2.2)
Fatal CHD	38	2.6 (1.6–3.5)	1.8 (0.8–2.8)	3.1 (2.0–5.4)	2.6 (1.4–5.1)	14	0.6 (0.3–0.9)	0.4 (0.1–0.8)	2.3 (0.8–6.5)

Data are incidence rate (95% CI) unless otherwise indicated. *Data are per 100 person-years. †Miettinen-Haenszel estimate of the age-adjusted rate ratio for without diabetes vs. with microvascular complications.

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Predittori indipendenti di primo evento di malattia cardiovascolare



Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Relazione tra malattia renale e rischio di malattia cardiovascolari in pazienti diabetici

eGFR and albuminuria category	G1-A2	G2-A2		G3a-A1	
Complication	OR	OR (95 % CI)	P	OR (95 % CI)	P
Any CVD	1.0	1.273 (1.038-1.562)	0.029	1.595 (1.264-2.012)	<0.0001
Any coronary event	1.0	1.293 (1.011-1.653)	0.040	1.883 (1.431-2.477)	<0.0001
AMI	1.0	1.294 (0.974-1.730)	0.075	1.907 (1.390-2.614)	<0.0001
Any cerebrovascular event	1.0	1.483 (1.080-2.031)	0.015	1.641 (1.147-2.349)	0.007
Stroke	1.0	1.708 (1.148-2.783)	0.032	1.587 (0.916-2.748)	0.099
Any peripheral event	1.0	1.409 (0.988-2.009)	0.058	2.005 (1.359-2.959)	<0.0001
Ulcer/gangrene	1.0	—	—	—	—
Non-advanced DR	1.0	0.994 (0.779-1.267)	0.961	0.771 (0.584-1.017)	0.065
Advanced DR	1.0	1.020 (0.784-1.328)	0.883	0.647 (0.474-0.884)	0.006

G1-A2: eGFR ≥ 90 ml/min/1.73 m² with microalbuminuria (reference category); G2-A2: eGFR 60-89 ml/min/1.73 m² with microalbuminuria; G3a-A1: eGFR 45-59 ml/min/1.73 m² with normoalbuminuria.

Incidenza della ricorrenza di eventi cardiovascolari in Diabetici con CVD al baseline (coorte A) e diabetici con un primo evento CVD durante il periodo di studio (coorte B)

	No. patients	No. cases*	Person-years	Crude IR (95% CI)	Adjusted IR (95% CI)
Cohort A					
Men	1,602	284	3,847.8	73.8 (65.7–82.9)	72.7 (58.3–87.1)
Women	1,186	130	2,945.4	44.1 (37.2–52.4)	32.5 (21.2–43.7)
All	2,788	414	6,793.2	60.9 (55.3–67.1)	57.6 (47.3–67.8)
Cohort B					
Men	424	29	693.6	41.8 (29.1–60.2)	40.1 (17.4–62.9)
Women	420	25	724.1	34.5 (23.3–51.1)	22.4 (12.9–32.0)
All	844	54	1,417.8	38.1 (29.2–49.7)	33.0 (18.1–48.1)

Data are incidence rate (IR) per 1,000 person-years (95% CI). *Patients with at least one recurrent event.

Ischemia silente

DEF.: Evidenza di ischemia miocardica in assenza di segni di angina

Table 3 Prevalence of silent MI in diabetic patients.

Cohort name and/or year	Region	Number of subjects	Sex	Mean or range age (years)	Method of diagnosis	Prevalence (%)	Proportion of all MIs (%)
1986 [27]	USA	73 ^a	M/F	50	ECG	10	70
1990 [26]	USA	30 ^b	M/F	66	DTS	37	—
Fremantle 2004 [24]	Australia	1269 ^c	M/F	64	ECG Q wave	3.9	44
2008 [25]	USA	107 ^d	M/F	61	DGE-MRI	28	29

DGE-MRI: delayed gadolinium enhanced magnetic resonance imaging; DTS: dipyridamole thallium scintigraphy; ECG: electrocardiogram; F: female; M: male; MI: myocardial infarction.

^a Subjects with type 1 or 2 diabetes and peripheral or cardiac neuropathy.

^b Subjects with type 1 or 2 diabetes without evidence of CAD, but with peripheral artery disease.

^c Subjects with recent type 2 diabetes, mainly (75%) without history of CAD.

^d Subjects with suspicion of CAD.

Nella popolazione generale varia tra 1 e 6 %

Evaluation of ECG Abnormalities in Patients with Asymptomatic Type 2 Diabetes Mellitus

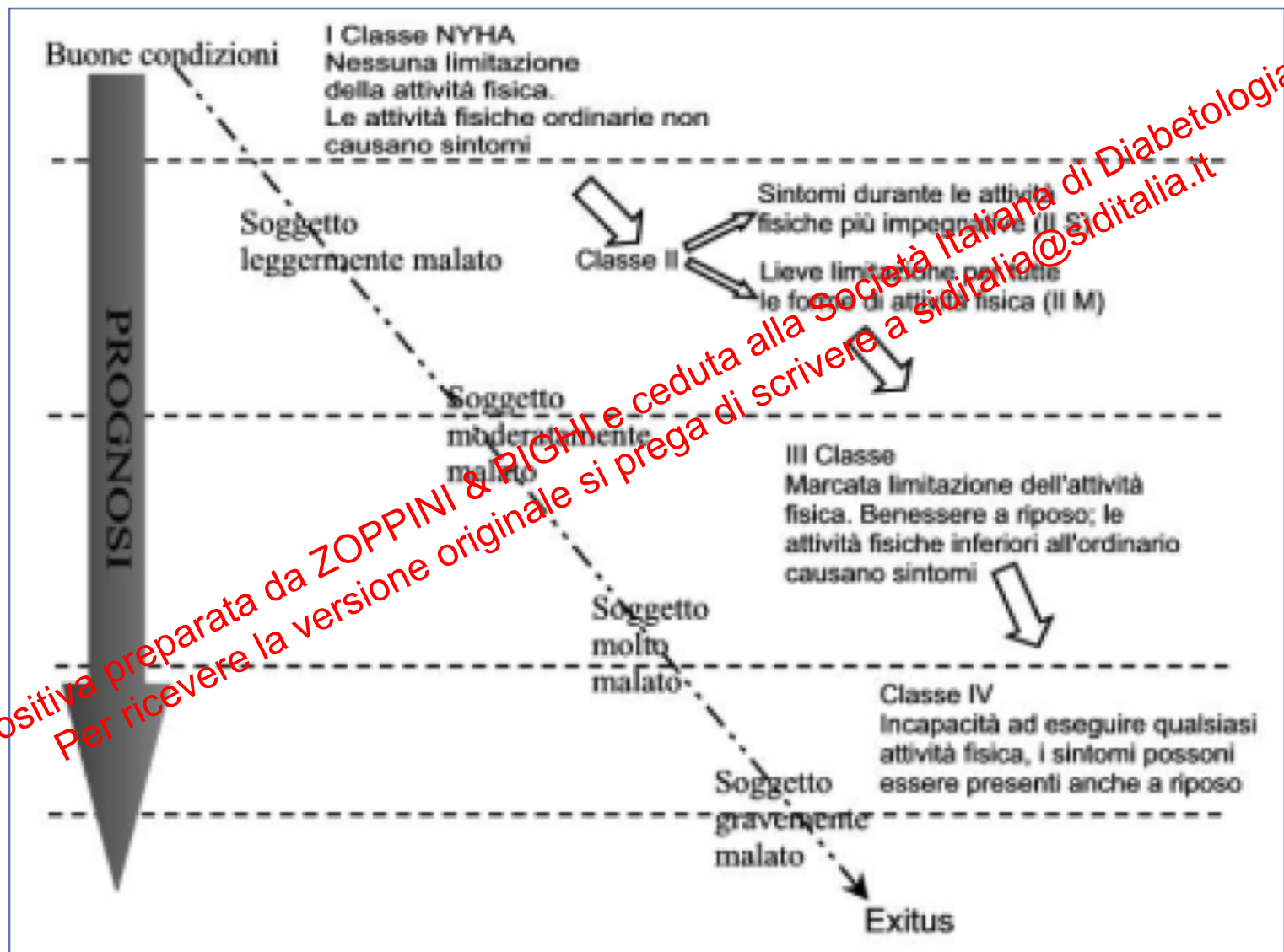
The following ECG abnormalities were specifically looked for: ST-segment elevation or depression, T- wave aberrations (inversion or tall T-wave), bundle branch block, LVH, arrhythmias, prolonged QT and other changes to detect signs of myocardial ischaemia in asymptomatic patients [2].

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PEGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Rischio di eventi (infarto miocardico, morte ed eventi cardiovascolari avversi maggiori) in pazienti diabetici in relazione alla estensione della malattia coronarica

	Events (N)	Rate per 100 person-years (95%CI)	Unadjusted IRR (95%CI)	Adjusted IRR ^a (95%CI)
Myocardial infarction				
0-VD	41	0.4 (0.3–0.5)	1	1
Diffuse VD	46	1.4 (1.0–1.8)	3.80 (2.50–5.79)	3.87 (2.41–6.23)
1-VD	203	1.9 (1.7–2.2)	5.36 (3.81–7.49)	4.99 (3.33–7.46)
2-VD	213	2.7 (2.4–3.1)	7.56 (5.41–10.57)	7.14 (4.78–10.65)
3-VD	446	4.3 (4.0–4.8)	12.07 (8.76–16.63)	11.42 (7.76–16.82)
All-cause death				
0-VD	359	3.1 (2.8–3.3)	1	1
Diffuse VD	172	5.0 (4.3–5.8)	1.61 (1.34–1.93)	1.35 (1.11–1.66)
1-VD	507	4.6 (4.0–5.1)	1.48 (1.29–1.70)	1.31 (1.12–1.54)
2-VD	506	6.1 (5.6–6.7)	1.96 (1.71–2.25)	1.69 (1.45–1.98)
3-VD	898	8.1 (7.6–8.6)	2.58 (2.29–2.92)	2.01 (1.73–2.33)
MACE				
0-VD	141	1.7 (1.4–2.0)	1	1
Diffuse VD	79	3.5 (2.8–4.3)	2.06 (1.56–2.71)	1.62 (1.20–2.17)
1-VD	316	4.0 (3.6–4.4)	2.37 (1.94–2.90)	1.98 (1.58–2.47)
2-VD	344	5.7 (5.2–6.4)	3.43 (2.81–4.18)	2.87 (2.31–3.58)
3-VD	697	8.7 (8.1–9.4)	5.21 (4.34–6.25)	3.96 (3.21–4.87)

Figura 1 - Schema riassuntivo della Classificazione Clinica funzionale della New York Heart Association (NYHA)



Diabete in soggetti con scompenso cardiaco

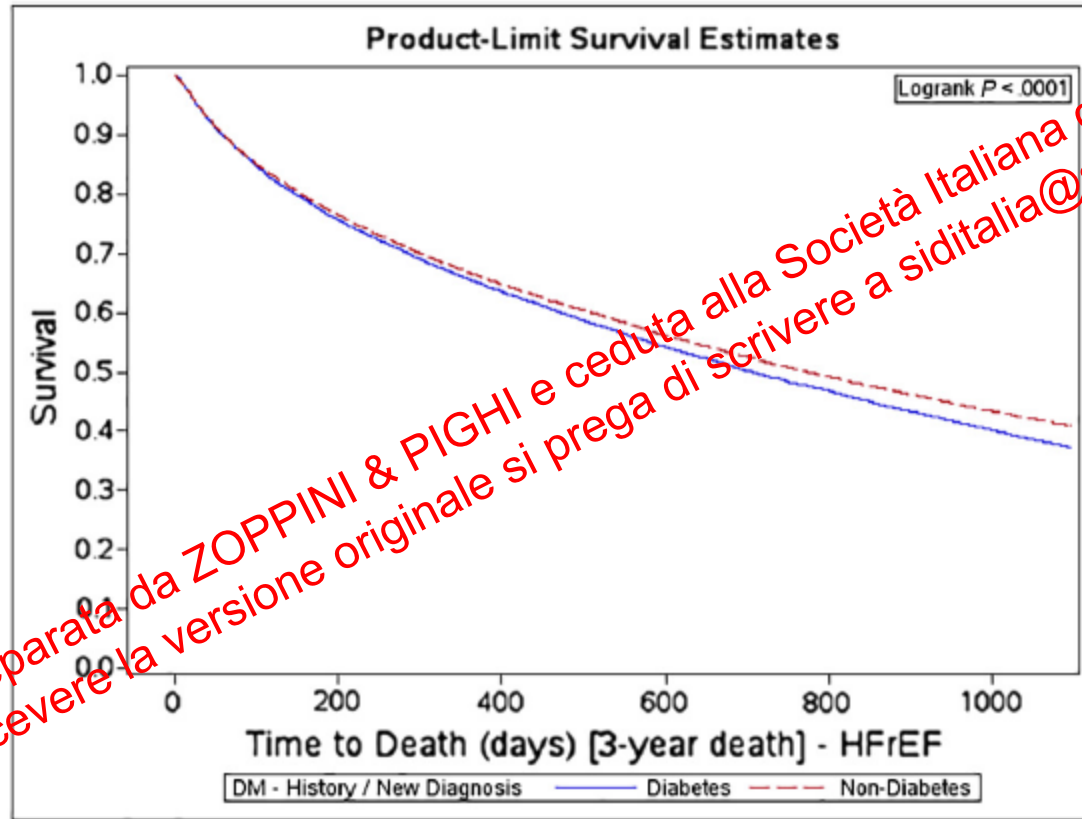
Table 1. Incidence of HF in Individuals With and Without DM in Selected US Observational Studies

Study	Cohort	N	Follow-Up, y	Incidence of HF	Adjusted Risk of HF With vs Without DM	Population-Attributable Fraction
Framingham ²¹ (study sample included ages 45–74 y)	45–74 y	5209	Up to 20	Age-adjusted rates (person-years): DM (men): 7.6/1000 No DM (men): 3.5/1000 DM (women): 11.4/1000 No DM (women): 2.2/1000	RR (men): 1.82 RR (women): 3.75	Men: 7.7% Women: 18.0%
Cardiovascular Health Study ²²	>65 y	5888	Mean 5.5	Rates (person-years): DM (men): 44.6/1000 No DM (men): 22.9/1000 DM (women): 11.5/1000 No DM (women): 6.1/1000	RR: 1.13 (95% CI, 1.03–1.19)	8.3%
Heart and Soul Study ²³	Stable CAD	839	Mean 4.1	Rates (person-years): DM: 31.6/1000 No DM: 17.9/1000	HR, 3.34 (95% CI, 1.65–6.76)	...
MESA ²⁴	4–84 y	6811	Mean 4	...	HR, 1.99 (95% CI, 1.08–3.68)	DM-attributable risk: 19 per 1000
NHANES ²⁵	25–74 y	12 458	Mean 19	Cumulative incidence at age 85 y: DM (men): 65.5% No DM (men): 36.9% DM (women): 61.8% No DM (women): 28.9%	RR, 1.85 (95% CI, 1.51–2.28) Similar in men and women	...
Retrospective cohort of Kaiser Permanente Northwest Database ¹⁷		8231 +DM, 8845 no DM	Up to 6	Rates (person-years): DM: 30.9/1000 No DM: 12.4/1000 Rate ratio, 2.5 (95% CI, 2.3–2.7)	...	...

CAD indicates coronary artery disease; DM, diabetes mellitus; ellipses (...), not reported; HF, heart failure; HR, hazard ratio; MESA, Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis; NHANES, National Health and Nutrition Examination Survey; and RR, relative risk.

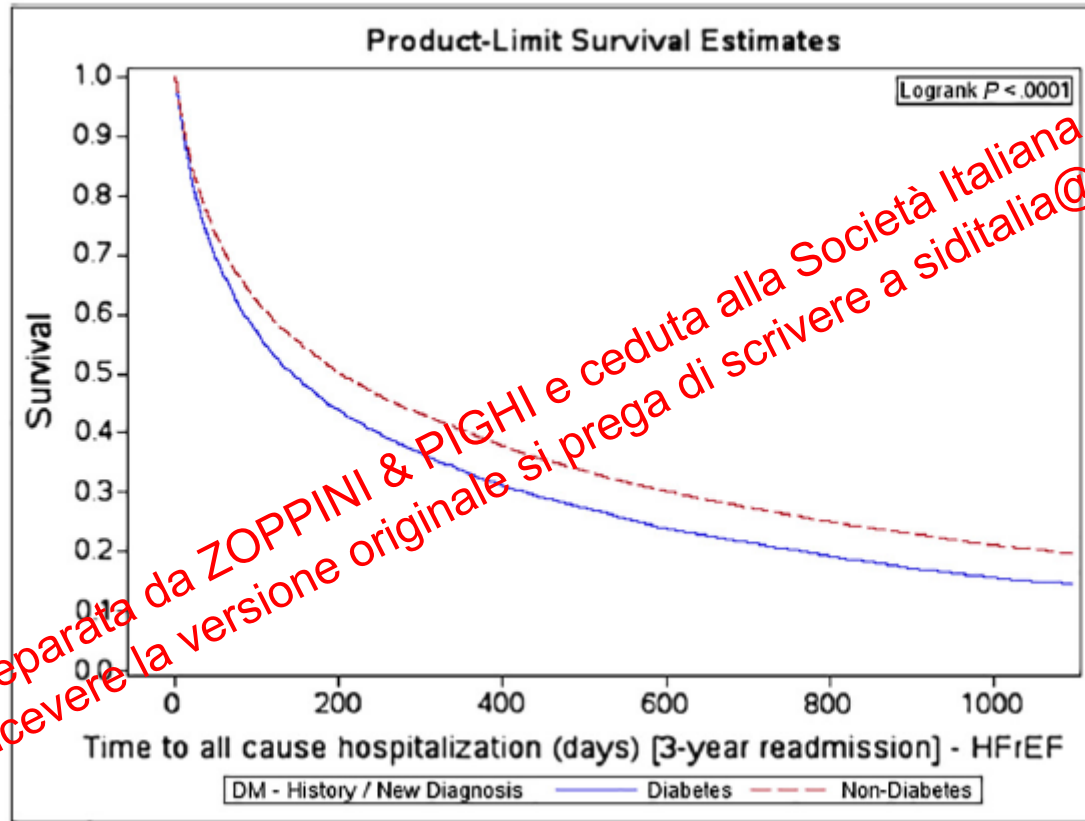
Mortalità per tutte le cause diabetici confrontati con non-diabetici

N=89659



Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Ospedalizzazioni per scompenso cardiaco diabetici confrontati con non-diabetici N=89659



Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Mortalità per tutte le cause: diabetici confrontati con non-diabetici

N=89659

Table III. Unadjusted and adjusted hazard ratios for diabetic patients compared with nondiabetic patients on 3-year outcomes stratified by HF subtype

	Unadjusted HR	P value	Adjusted HR	P value
HFrEF				
All-cause mortality	1.08 (1.04-1.12)	<.0001	1.27 (1.07-1.49)	.0051
All-cause readmission	1.18 (1.15-1.21)	<.0001	1.06 (0.87-1.29)	.5585
CV readmission	1.17 (1.14-1.21)	<.0001	1.20 (0.95-1.51)	.1300
MACE	1.14 (1.11-1.17)	<.0001	1.22 (1.07-1.39)	.0024
HFbEF				
All-cause mortality	0.98 (0.93-1.04)	.592	0.95 (0.55-1.65)	.8536
All-cause readmission	1.16 (1.10-1.22)	<.0001	1.48 (1.15-1.90)	.0023
CV readmission	1.19 (1.12-1.28)	<.0001	1.59 (1.18-2.16)	.0026
MACE	1.09 (1.04-1.14)	.0007	1.54 (1.03-2.29)	.0360
HFpEF				
All-cause mortality	0.96 (0.84-0.88)	<.0001	1.02 (0.87-1.19)	.8551
All-cause readmission	1.15 (1.13-1.18)	<.0001	1.06 (0.91-1.22)	.4747
CV readmission	1.15 (1.12-1.19)	<.0001	1.16 (0.98-1.37)	.0815
MACE	0.99 (0.97-1.02)	.6147	1.00 (0.88-1.13)	.9972

* Adjusted patient and hospital characteristics as listed in the "Methods" section.

Fasi della gestione del paziente diabetico in ambito ospedaliero

Paziente ricoverato

Ischemico	Diabete Noto
O	
Scompenso cardiaco	Diabete di nuova diagnosi

Flag: ricordare lo screening del diabete in questi pazienti

Paziente dimesso

Ischemico	Stabilizzazione della terapia diabetologica
O	
Scompenso cardiaco	Follow-up

Flag: creare un percorso per agganciare il paziente e avviarlo ad una terapia con buon profilo di protezione cardiovascolare

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Ambulatorio Dedicato Metabolico: Cardiologia Metabolica

Prima valutazione su richiesta cardiologica e successive 3 visite a distanza di 4 mesi (1 anno)

**Pazienti con disglycemia monitorati per insorgenza di Diabete
Pazienti Diabetici adeguamento della terapia**

Screening e monitoraggio delle complicanze d'organo del Diabete

Screening della vasculopatia periferica e del piede diabetico

Flag: evitare la frammentazione della cura tra troppi attori

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Ambulatorio Dedicato Metabolico: Cardiologia Metabolica

Prima Valutazione

Anamnesi Diabetologica

Controllo del compenso metabolico

Screening e valutazione delle complicanze croniche

Definizione degli obiettivi glicemici per il paziente: ridurre il rischio di complicanze croniche e di ipoglicemia

Scelta della terapia più adeguata per il paziente con riferimento alla protezione cardiovascolare e renale

Flag: ricordare il rischio di ipoglicemia

Ambulatorio Dedicato Metabolico: Cardiologia Metabolica

Esami di laboratorio

- Glicemia a digiuno e HbA1c
- Profilo lipidico a digiuno, comprendente colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi e colesterolo LDL
- Test di funzionalità epatica
- Microalbuminuria in tutti i diabetici tipo 2 e nei diabetici tipo 1 con durata di malattia > 5 anni
- Creatininemia e stima della filtrazione glomerulare
- Esame delle urine per valutare chetonuria, proteinuria e sedimento
- Elettroliti sierici (inclusi calcio e magnesio)
- Funzione tiroidea

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PICCHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Ambulatorio Dedicato Metabolico: Cardiologia Metabolica

Aderenza alla terapia diabetologica

Raggiungimento degli obiettivi glicemici individuali

Modifica della terapia diabetologica se obiettivi non raggiunti

Screening di eventuali episodi di ipoglicemia

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PROHL e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it

Flag: rinforzare l'importanza del mantenimento dei target terapeutici per ridurre il rischio di nuovi eventi

Grazie per l'attenzione

Diapositiva preparata da ZOPPINI & PIGHI e ceduta alla Società Italiana di Diabetologia.
Per ricevere la versione originale si prega di scrivere a siditalia@siditalia.it