

Orientarsi con il diabete

La gestione integrata del soggetto affetto da diabete

Marco A. Comaschi, Enrico Torre



Come leggere le flow chart

Le flow charts definiscono la traccia dei percorsi diagnostici e terapeutici del diabete e delle sue complicanze principali. Possono quindi venir lette come un breve compendio sulla gestione del diabetico nell'ambulatorio di Medicina Generale, oppure consultate al bisogno in base all'argomento considerato.

Esse si basano su alcune semplici regole di visualizzazione.

Le procedure vengono elencate in ordine di priorità.

Questo significa che i processi logico-operativi vanno seguiti dall'alto verso il basso, partendo dai capoversi. La sequenzialità degli interventi diagnostici e terapeutici è determinata dalle frecce di collegamento.

Le procedure di prevalente competenza del Medico di Medicina Generale sono inserite in riquadri gialli. Questo non significa che tutto ciò che è compreso nei riquadri gialli debba per forza essere espletato dal Medico di Medicina Generale, bensì che è auspicabile che ciò avvenga, magari anche gradualmente, man mano che si rafforza la collaborazione tra le due figure sanitarie preposte alla cura della persona diabetica.

Le procedure di prevalente competenza del Diabetologo sono inserite in riquadri azzurri. Questi ultimi fanno solitamente seguito a procedure di competenza del Medico di Medicina Generale (riquadri gialli) ed esitano sempre con l'indicazione della stesura di un report per il Medico di Medicina Generale, al quale si rimanda la prosecuzione della gestione clinica del paziente.

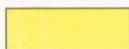
Le procedure di competenza di entrambe le figure professionali sono inserite in riquadri verdi. Non è un colore scelto a caso: il verde si ottiene dalla fusione del giallo con l'azzurro ed è proprio questo lo spirito che deve animare questi interventi sanitari. Non si tratta quindi della possibilità di alternare la figura del loro esecutore materiale (fatti salvi i gesti puramente tecnici, quali una misurazione della PA), bensì di potenziare l'efficacia degli interventi terapeutici tramite la concertazione e la collaborazione tra medici. Se il paziente si sente ripetere le stesse cose da entrambe le figure professionali e percepisce una concordanza di aspettative nei suoi confronti, di certo sarà meglio predisposto a seguire le prescrizioni e le cure.

Le descrizioni delle condizioni di partenza (sintomi clinici riscontri diagnostici casuali...), così come le procedure di competenza di altre figure professionali o specialistiche, sono inserite in riquadri bianchi e collegate tramite frecce colorate in correlazione con la figura professionale preposta a gestirle.

I riferimenti relativi ai possibili esiti degli interventi e/o alle variabili correlate alla patologia sono inseriti in riquadri di colori differenti: in violetto le azioni e le condizioni (es: "se..."), in rosso o verde le opzioni (sì/no, ok/fuori target, positivo/negativo).

Buon lavoro!

LEGENDA



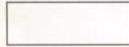
Medico di Medicina Generale



Specialista Diabetologo



Specialista Diabetologo e Medico di Medicina Generale



Descrizioni delle condizioni di partenza / Altre figure professionali



Rimando



Esito positivo / sì / ok



Esito negativo / no / fuori target



Azioni / condizioni



Valori decisionali



Report



Competenza MMG



Competenza Diabetologo

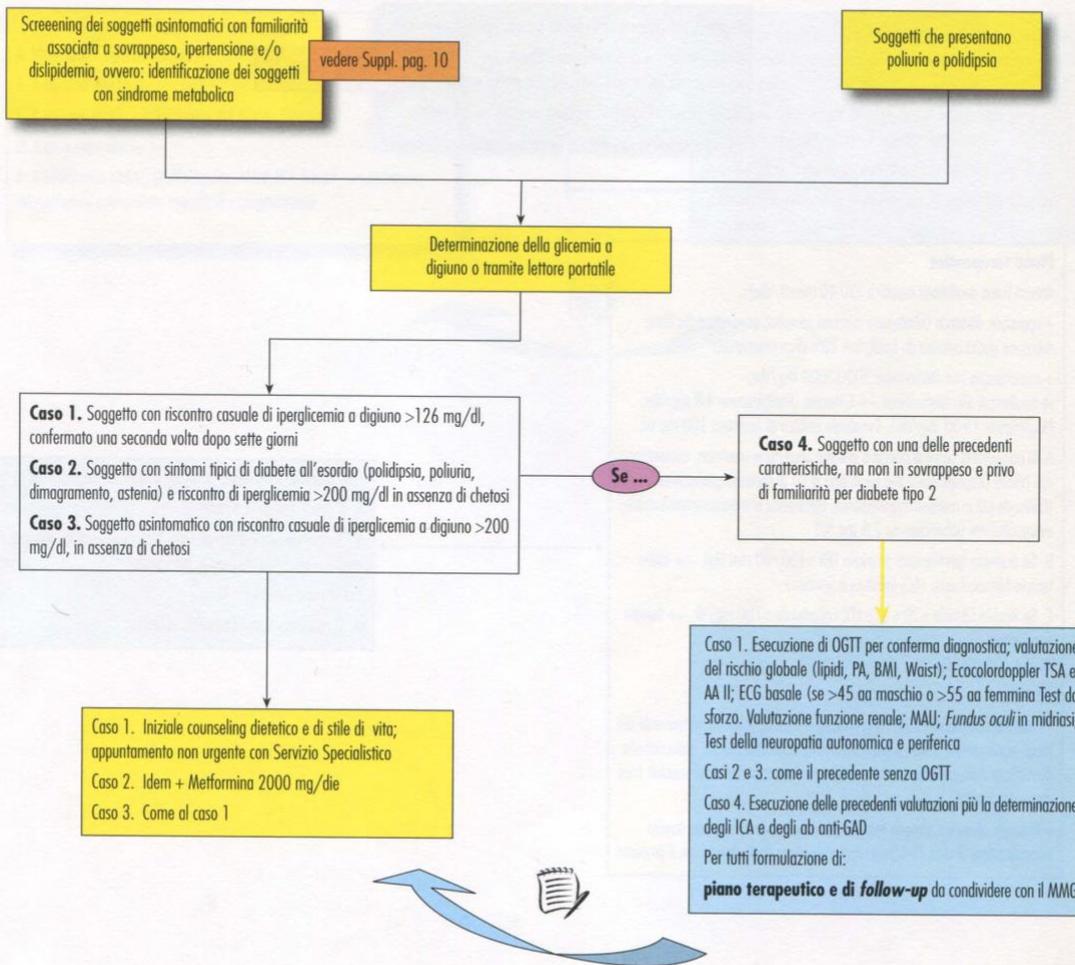


Negativo



Positivo

PERCORSI DIAGNOSTICI DEL DIABETE TIPO 2



PIANO TERAPEUTICO DEL TIPO 2 NEODIAGNOSTICATO

Supporto del paziente nelle fasi di accettazione della malattia
Programmazione di incontri per l'educazione all'alimentazione e all'attività fisica in piccoli gruppi.
Condivisione col paziente del piano terapeutico individuale

vedere Suppl. pag. 11

Piano terapeutico

Attività fisica quotidiana aerobica (30-40 minuti/die)

+ approccio dietetico (abolizione zuccheri semplici; aumento delle fibre; riduzione quota calorica da lipidi, con 20% di monoinsaturi)

+ monoterapia con Metformina 2000-3000 mg/die;
se intolleranti alla Metformina → Glitazoni (Rosiglitazone 4-8 mg/die; Pioglitazone 15-30 mg/die). Eventuale utilizzo di Acarbose 100 mg tid

A. In presenza di segni di ridotta o alterata secrezione insulinica, associazione con Glinidi (Repaglinide 2 mg ter in die) o SU di seconda generazione (Gliclazide RM in monosomministrazione, Glimepiride in monosomministrazione, eventualmente Glibenclamide 2,5 mg tid)

B. Se presente ipertensione arteriosa (PA >130/80 mm Hg) → inizio terapia farmacologica (ACE-inibitore o Sartano)

C. Se Rischio Globale >20% e/o LDL-Colesterolo >100 mg/dl → terapia con Statine

D. ASA 100 mg/die

Per tutti:

- Controllo settimanale della PA in posizione seduta; controllo settimanale del peso (variazioni) e della circonferenza vita; diario alimentare; autocontrollo domiciliare della glicemia una - due volte alla settimana in orari variabili (con diario dei risultati).

- Rinforzo educativo almeno mensile, con colloquio individuale (anche infermieristico) di circa 10-15 minuti. Condivisione degli obiettivi con il paziente

Il Diabetologo interviene, su richiesta specifica del MMG se:

A. Al 1 o 2 follow-up l'HbA1c è >8%

B. Compaiono segni di complicanze (*claudicatio, angar, scompenso cardiaco, insufficienza renale, neuropatia*)

C. Compare chetosi

D. Si verificano danni attribuibili ai farmaci

PIANO DI FOLLOW-UP DEL DIABETE TIPO 2 NEODIAGNOSTICATO

- A. Visita clinica ogni 30 giorni
- B. A tre mesi HbA1c
- C. A sei mesi HbA1c e ridefinizione del Rischio Globale
- D. A nove mesi HbA1c
- E. A dodici mesi HbA1c, profilo lipidico, MAU, ECG basale, creatinemia, urinocoltura e nuova visita specialistica programmata

Se non ci sono stati problemi, ricontrolla il paziente dopo un anno, programmando un eventuale test da sforzo, e, se necessario un ecocolordoppler.

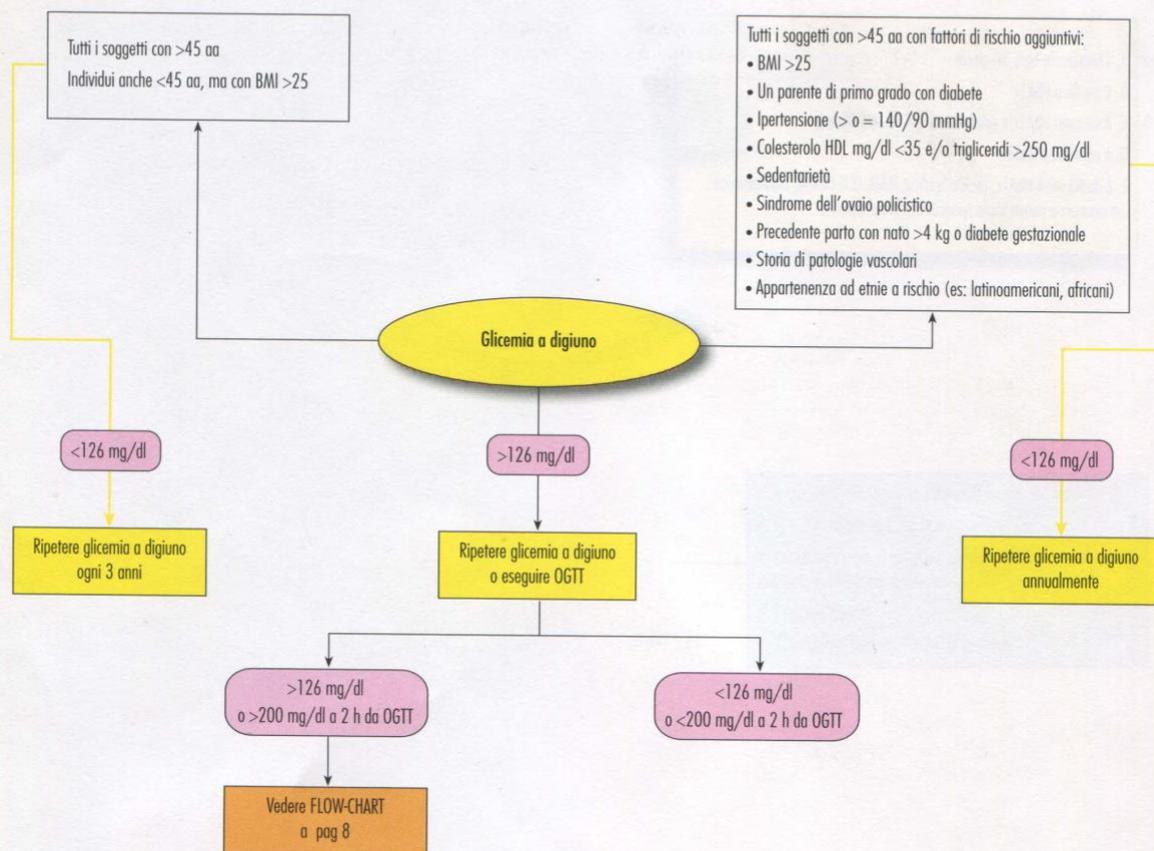
Introduzione del paziente in un gruppo di educazione terapeutica (una seduta alla settimana per quattro settimane).

Fundus oculi in midriasi con eventuale retinografia.

Controllo clinico del piede (carico posturale; eventuale prescrizione di calzature)



SUPPLEMENTO 1: Criteri per l'attuazione dello screening del diabete in adulti asintomatici



SUPPLEMENTO 2: Le fasi dell'accettazione

Nel processo di accettazione della malattia cronica solitamente si susseguono le seguenti fasi psicologiche

1. RIFIUTO: il paziente nega, rifiuta o minimizza lo stato di malattia.
2. COLLERA: acquisita la consapevolezza, subentra rabbia e anche aggressività verso il medico, che rappresenta però un falso bersaglio.
3. NEGOZIAZIONE: è il primo segno di apertura alla collaborazione ed caratterizzato dalla disponibilità a "trattare" con il medico le modalità di cura
4. DEPRESSIONE: conseguenza della definitiva acquisizione della consapevolezza della cronicità
5. ACCETTAZIONE: condizione in cui il malato è riuscito ad integrare la sua condizione di malato cronico con il suo vissuto quotidiano.

Nel processo di accettazione della malattia cronica il supporto dei sanitari si struttura nel seguente modo:

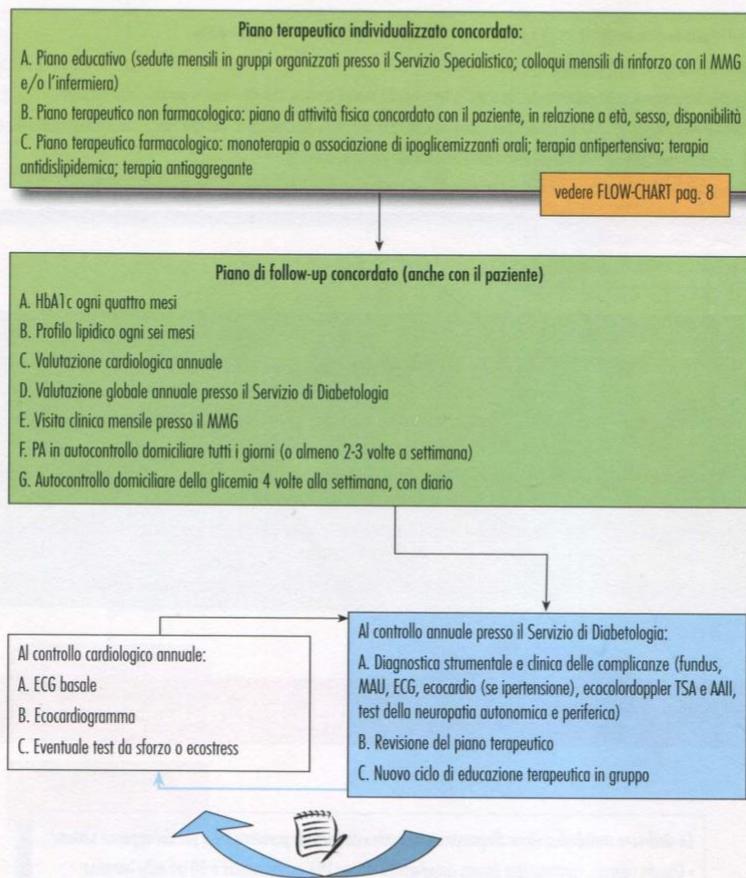
1. RIFIUTO: ridurre al minimo le prescrizioni e gli insegnamenti, lasciando che il paziente esprima le sue sensazioni. Offrire aiuto e sostegno mano a mano che viene richiesto.
2. COLLERA: considerare che l'aggressività del paziente è in realtà indirizzata verso la malattia e non verso di noi. Mantenere un atteggiamento di comprensione empatica. Cercare di canalizzare la rabbia del paziente verso un obiettivo di cura.
3. NEGOZIAZIONE: rappresenta un sorta di baratto con i curanti. In questa fase il paziente è recettivo nei confronti delle informazioni fornite dai sanitari; è importante cercare di valorizzare questa fase per cercare di inserire la malattia in un nuovo progetto di vita del paziente.
4. DEPRESSIONE: il paziente si aspetta dal curante comprensione e solidarietà; è necessario fare in modo che non si senta abbandonato. Questa fase prelude all'accettazione.
5. ACCETTAZIONE: in questa fase è possibile definire il progetto di cura e concordare obiettivi di medio-lungo periodo con il paziente.

Quadro clinico della sindrome metabolica

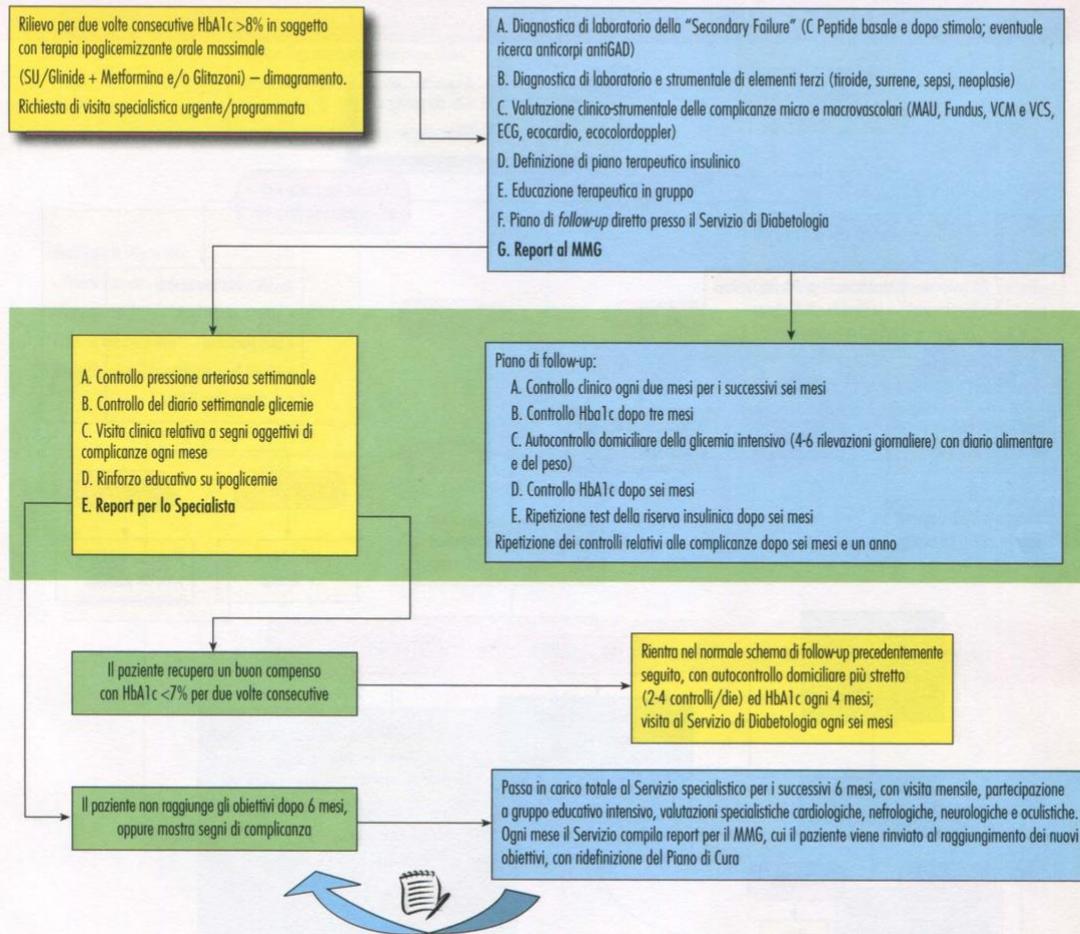
La sindrome metabolica viene diagnosticata quando una persona presenta tre o più dei seguenti sintomi:

- Obesità centrale, caratterizzata da una circonferenza vita ≥ 102 cm nei maschi e 88 cm nelle femmine;
- Alto livello dei trigliceridi nel sangue (≥ 150 mg/dl);
- Basso livello di colesterolo HDL (≤ 40 mg/dl nei maschi e 50 mg/dl nelle femmine);
- Ipertensione arteriosa (PA $> 130/85$ mmHg)
- Alti livelli di glicemia a digiuno (> 100 mg/dl)

DIABETE TIPO 2 GIÀ NOTO IN TERAPIA ORALE E NON COMPLICATO

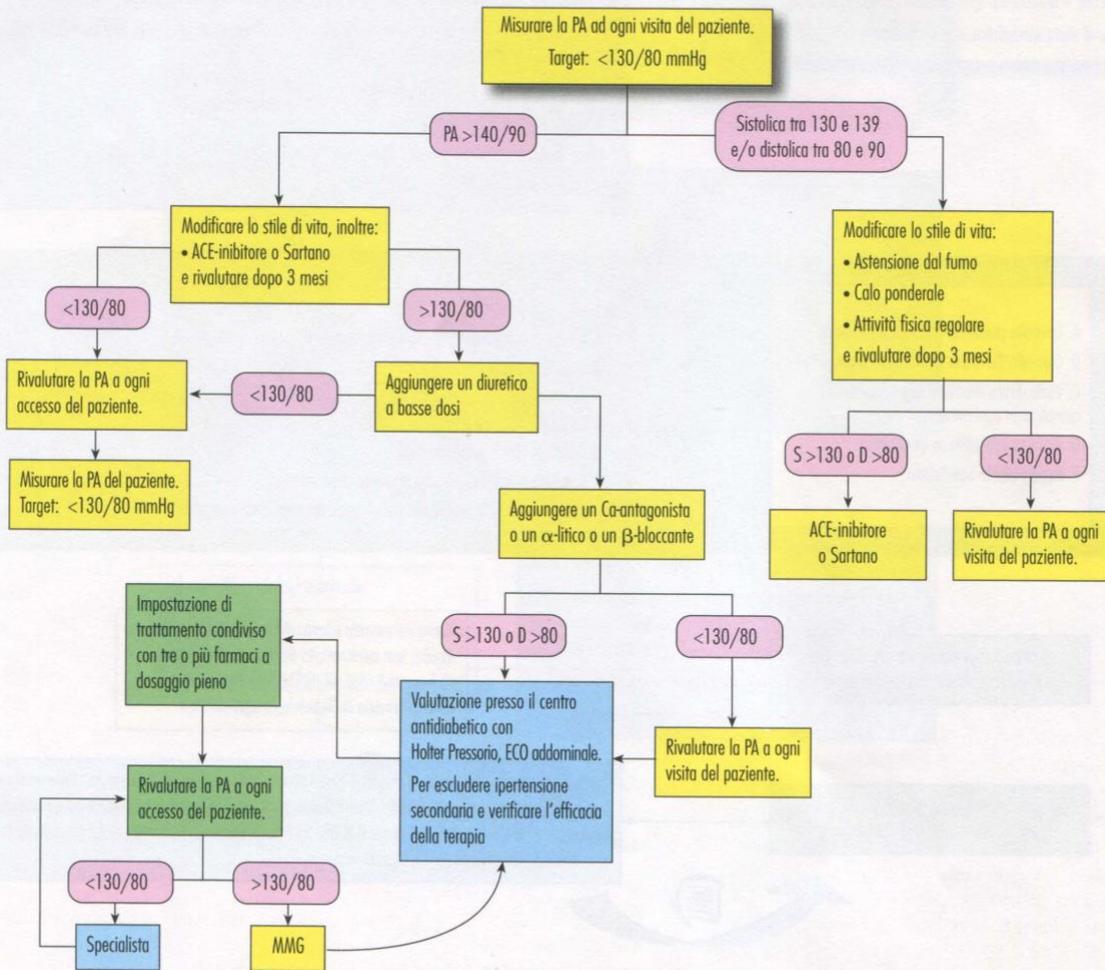


DIABETE TIPO 2 IN CATTIVO COMPENSO E PROBABILE "SECONDARY FAILURE"



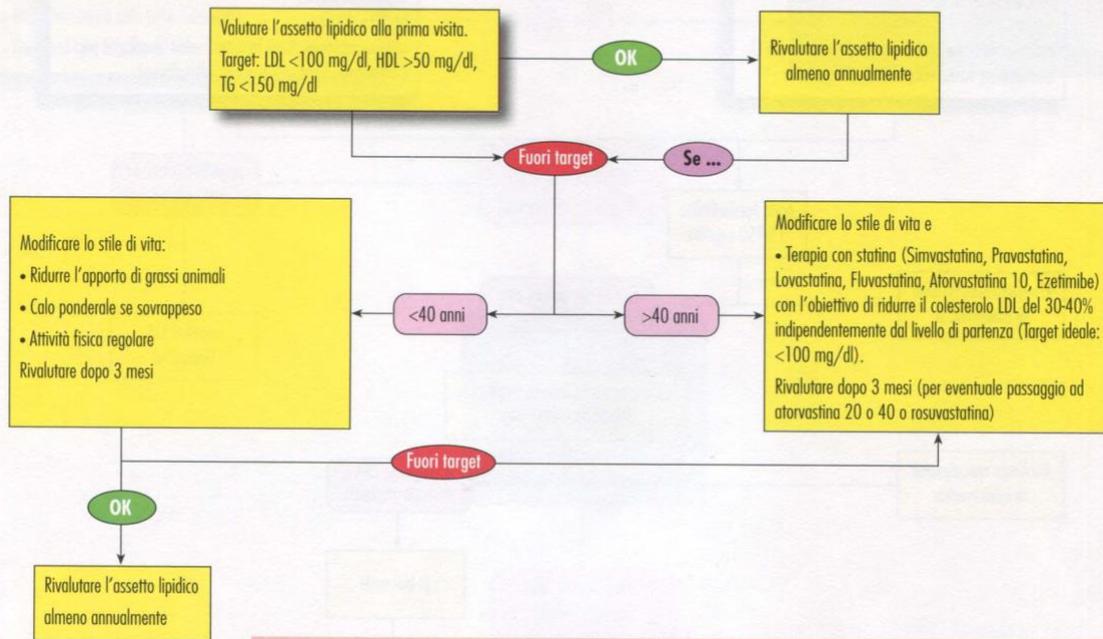
GESTIONE CLINICA DELLE PATOLOGIE CORRELATE ALLA SINDROME METABOLICA E AL DIABETE TIPO 2

1. Ipertensione e suo controllo

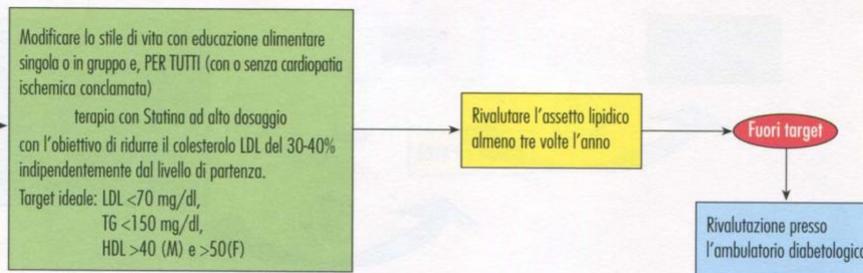


2. Dislipidemia suo trattamento

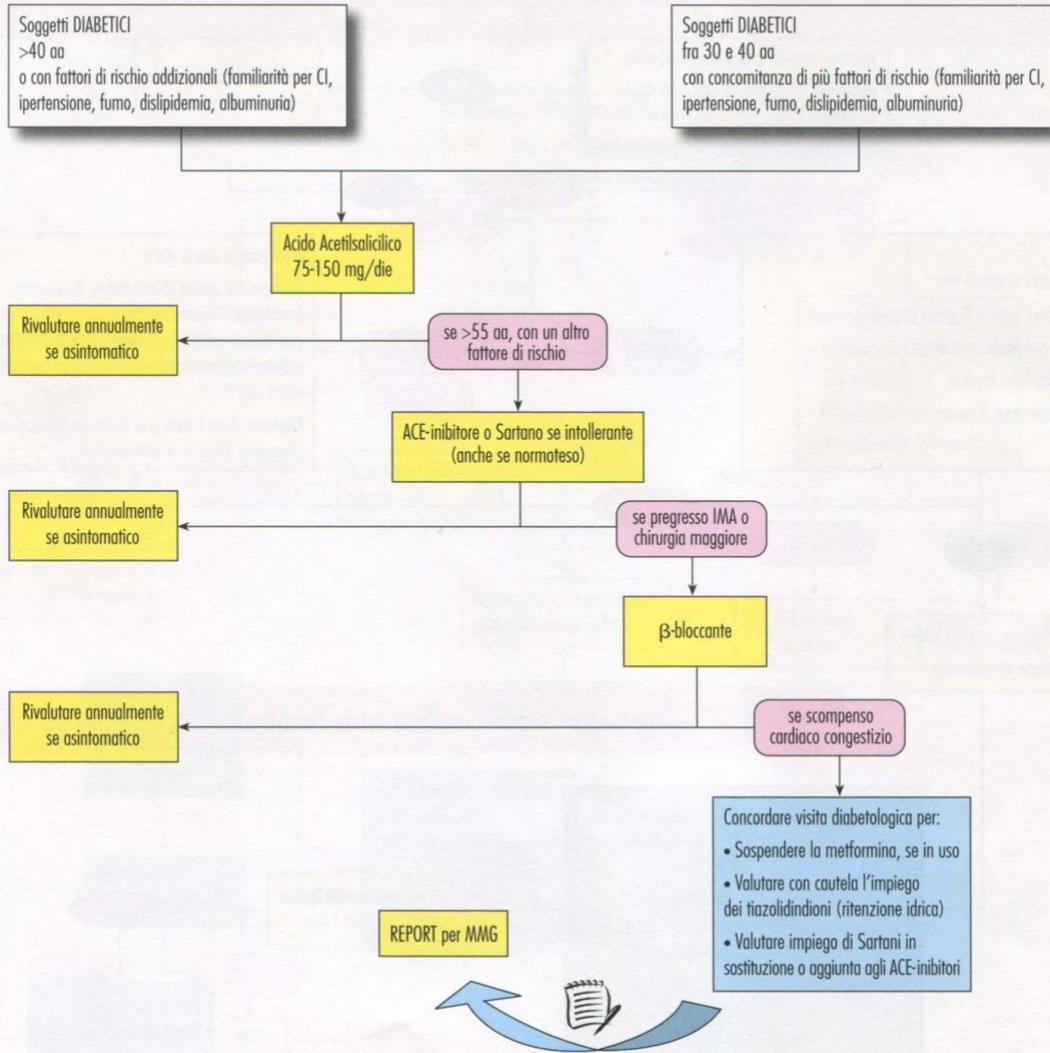
Diabetici **senza** cardiopatia ischemica conclamata



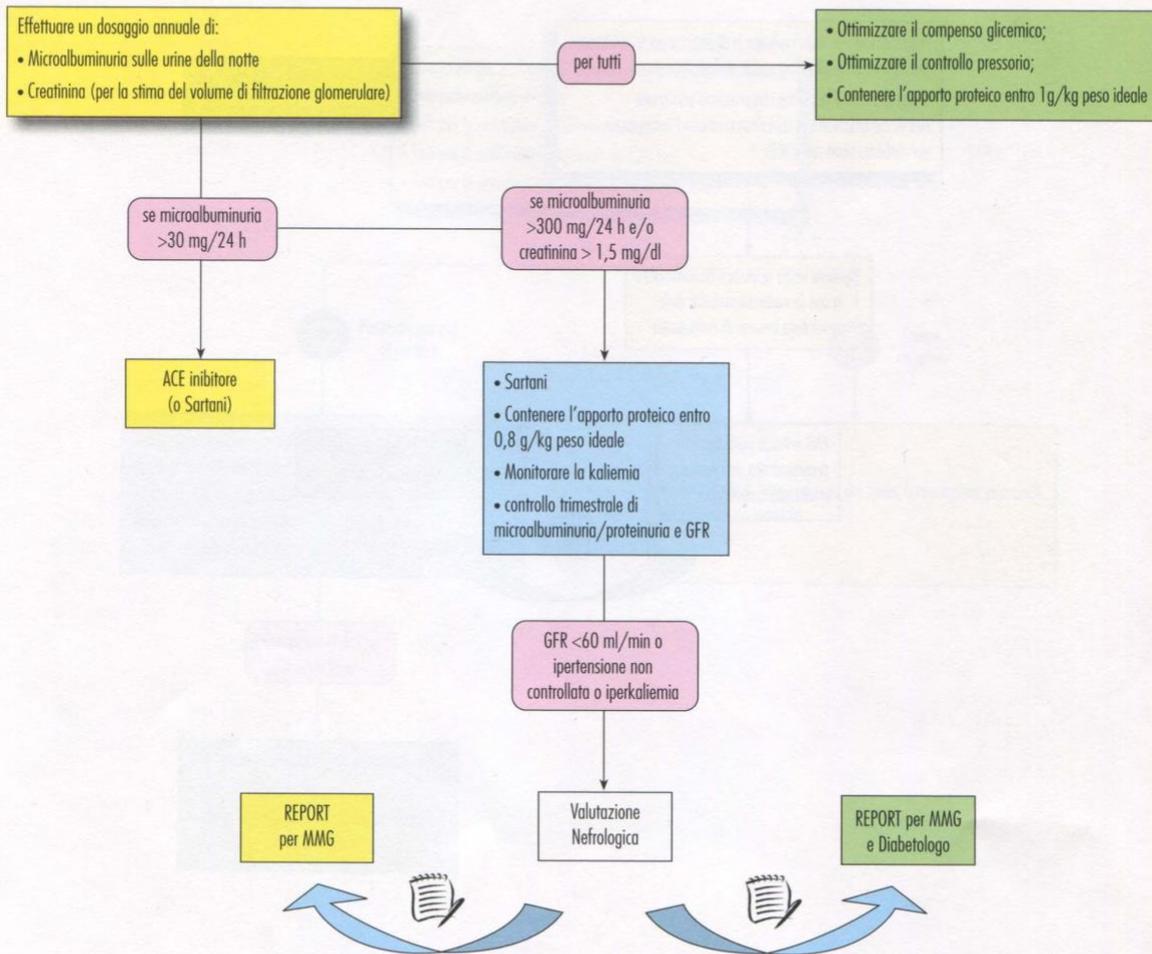
Diabetici **con** cardiopatia ischemica conclamata



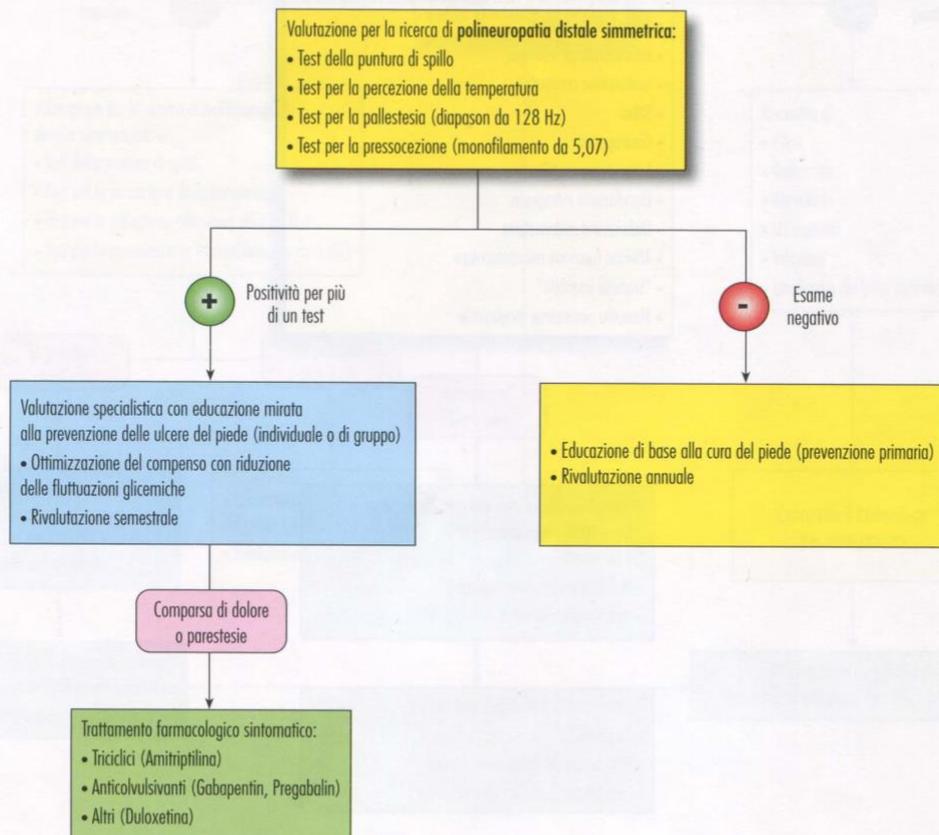
3. Prevenzione e trattamento della cardiopatia ischemica



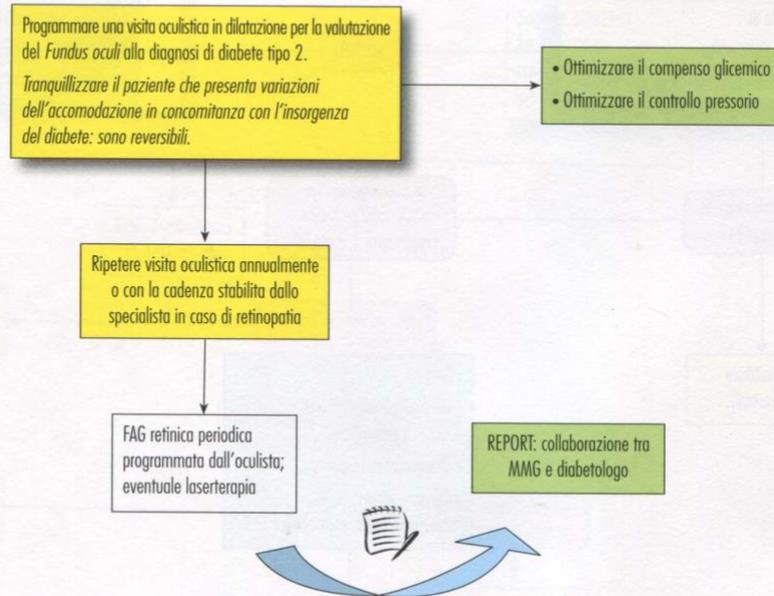
4. Screening e trattamento della nefropatia diabetica



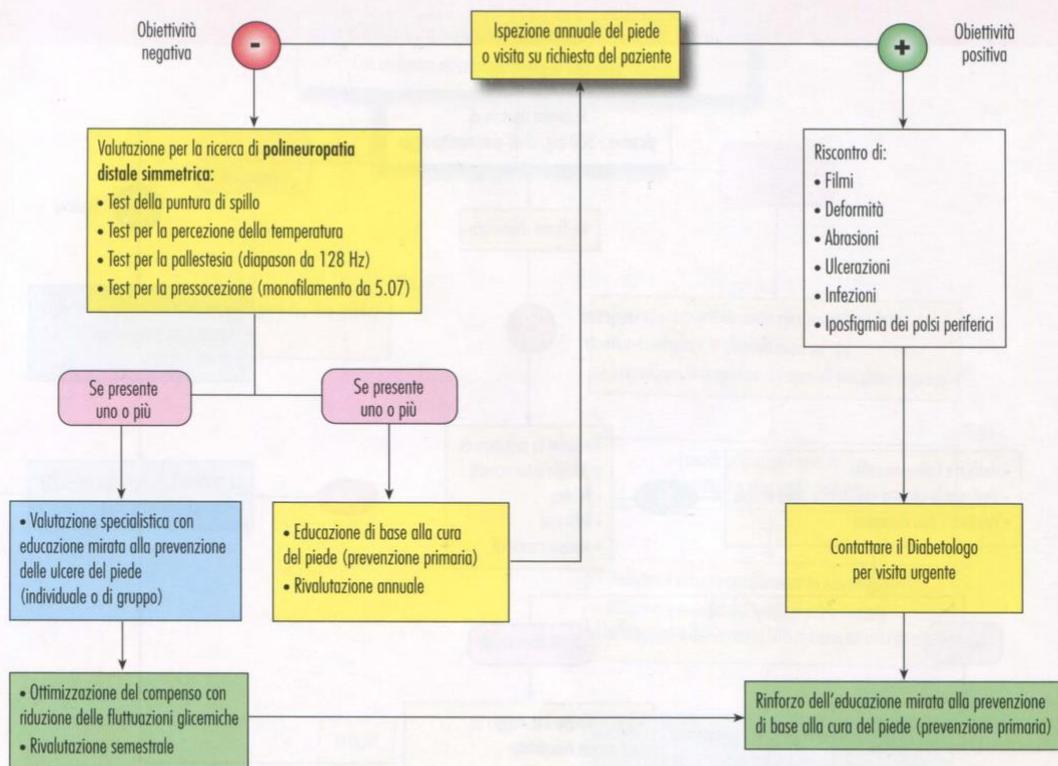
6. Screening e trattamento della neuropatia diabetica. Situazione A



5. Screening e trattamento della retinopatia diabetica

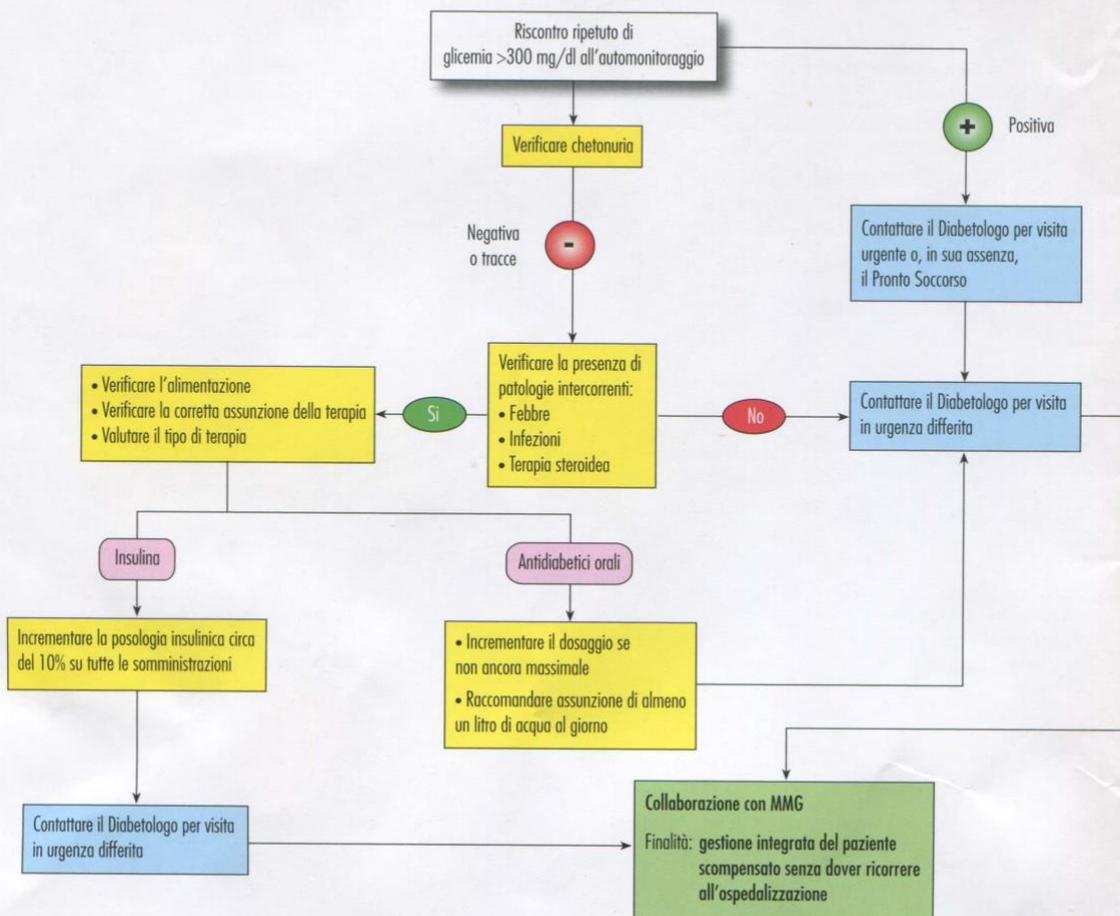


8. Cura del Piede

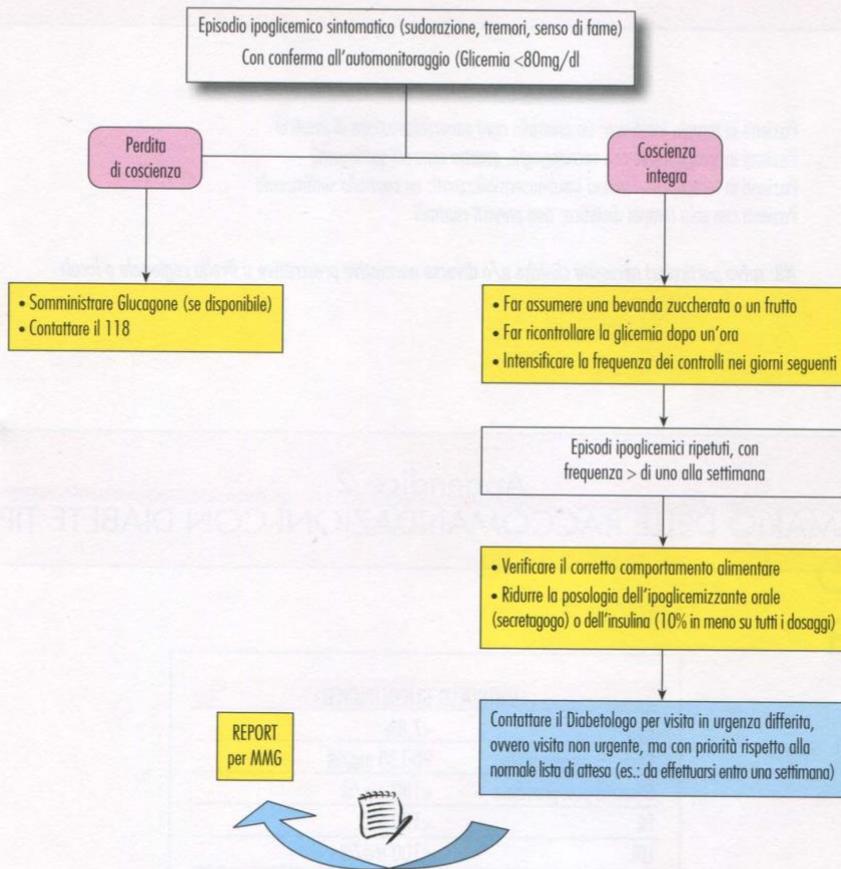


GESTIONE CLINICA DELLE EMERGENZE METABOLICHE IN SOGGETTI GIÀ DIAGNOSTICATI

Iperglicemia



Ipoglicemia





C.G. Edizioni Medico Scientifiche