



***Gestione Integrata del Paziente Diabetico:***  
**sfide aperte e bisogni insoddisfatti**

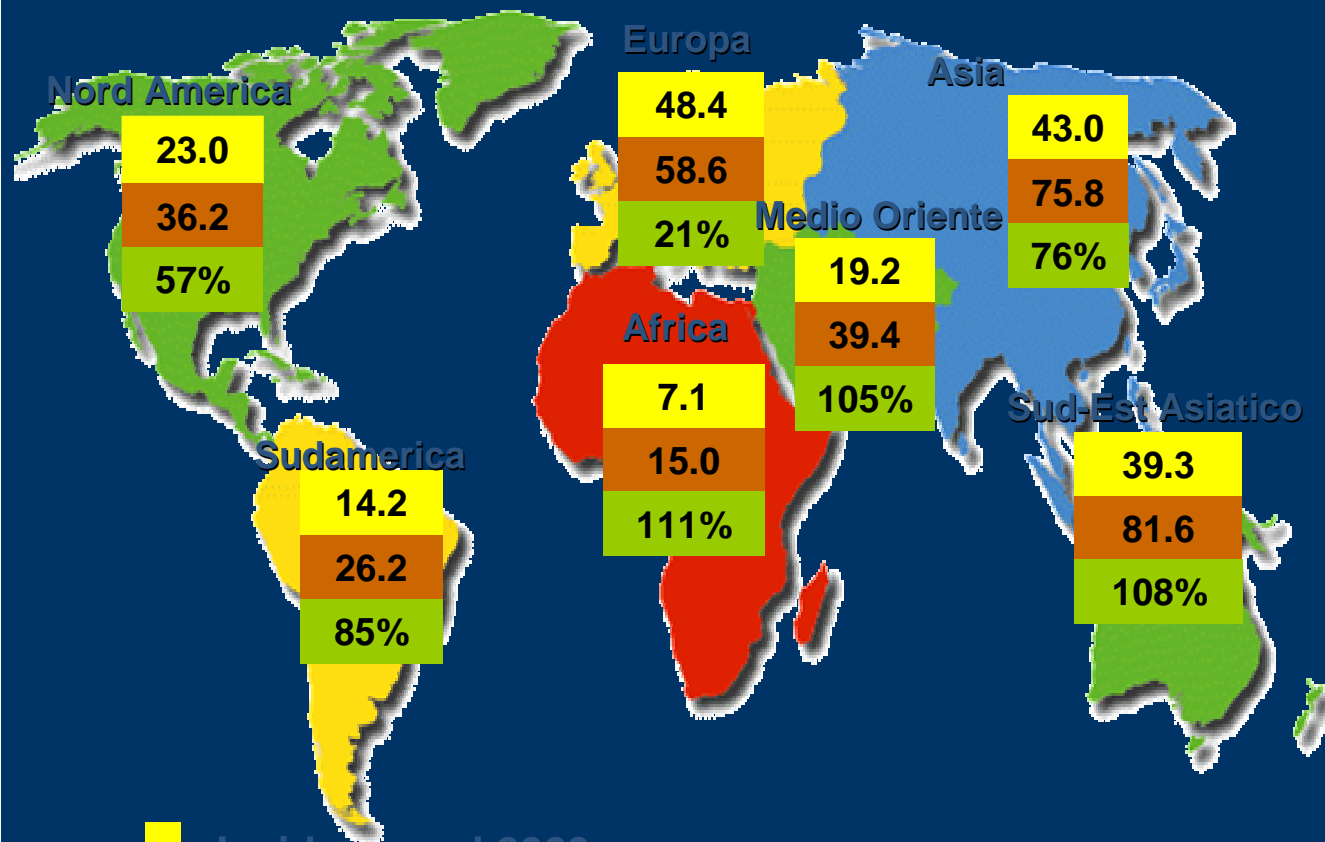
**Dott. Umberto Salinas**

**Medico di Medicina Generale - Grottaglie**



# Il Diabete nel mondo: un problema crescente.

2003: 194 milioni    2025: 333 milioni



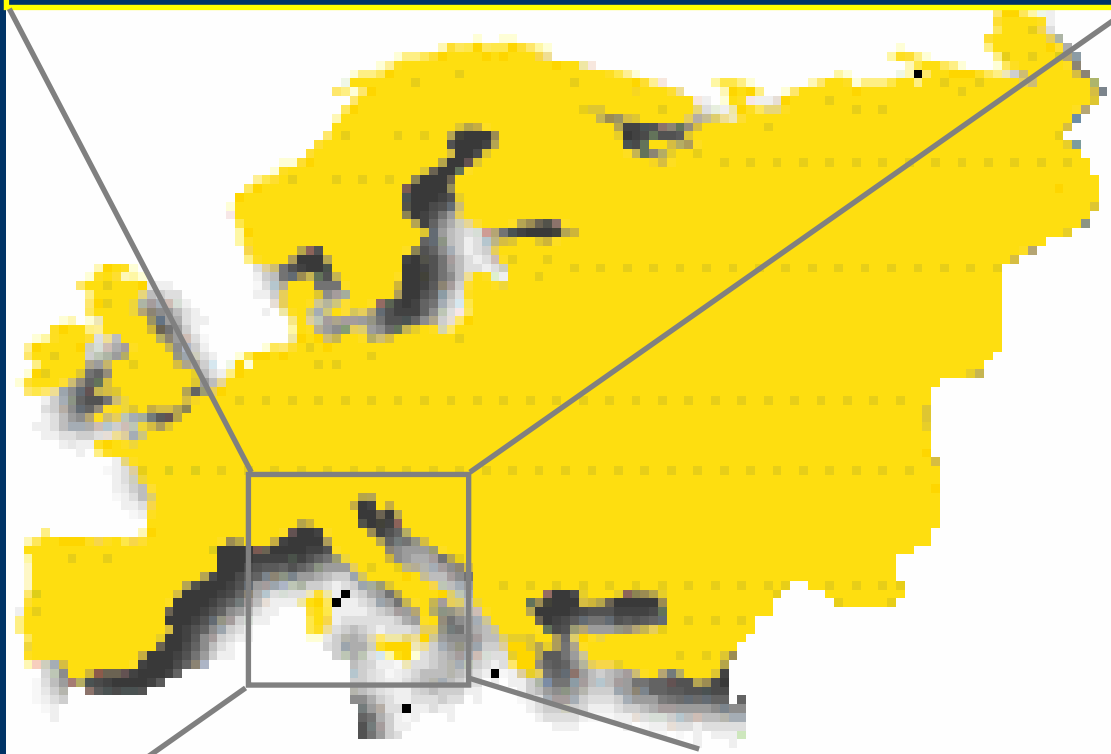
- Incidenza nel 2003
- Incidenza nel 2025
- Aumento % dal 2003 al 2025

[www.eatlas.idf.org](http://www.eatlas.idf.org)

\*Adattato da Diabetes Atlas, 2nd Edition, International Diabetes Federation, 2003

# Il Diabete in Italia: un problema crescente

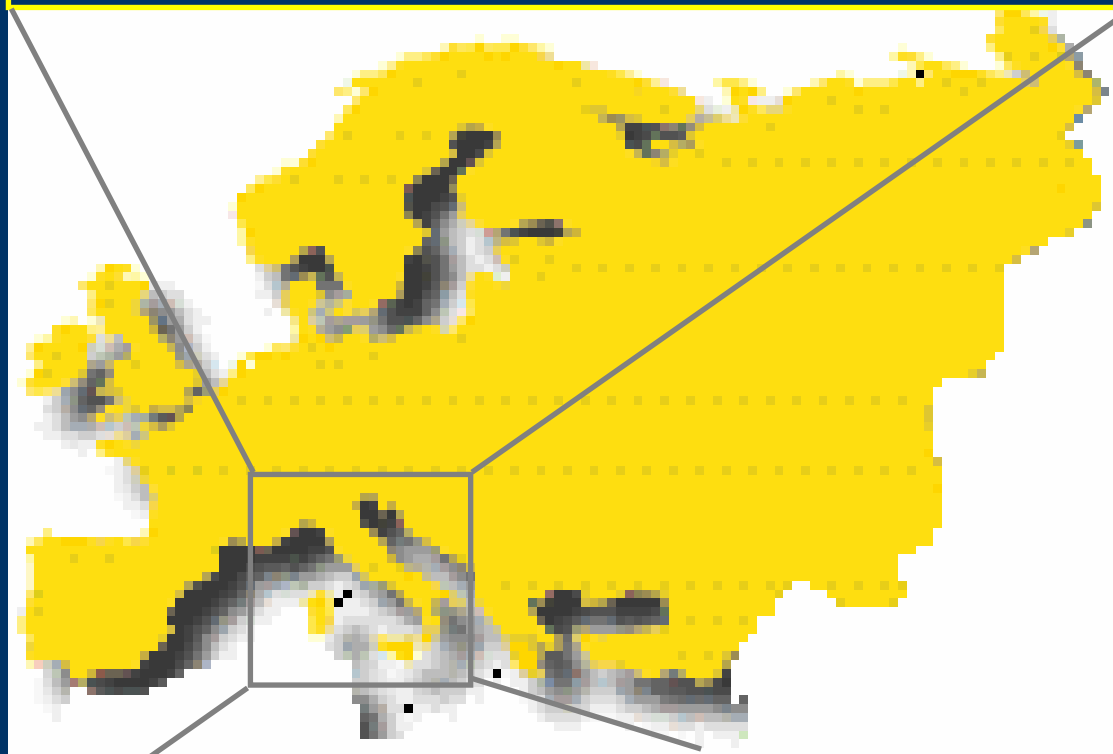
**2.643.000**



**4.6%**

# Il Diabete a Taranto: un problema crescente

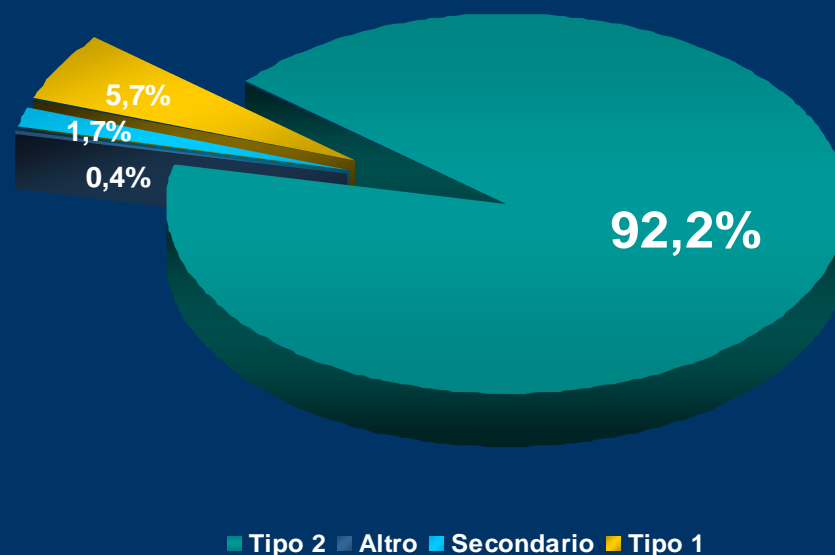
**35.000** ca



**4.6%**

# Il Diabete in Italia: un problema crescente.

- Più del 90% dei casi di diabete sono di tipo 2
- L'incidenza di diabete nella popolazione over 65 sale al 12%
- Ogni anno si registrano circa 100.000 nuovi casi
- Circa il 30% dei casi di diabete di tipo 2 NON E' diagnosticato!



# Il Diabete in Italia: **COMPLICANZE**

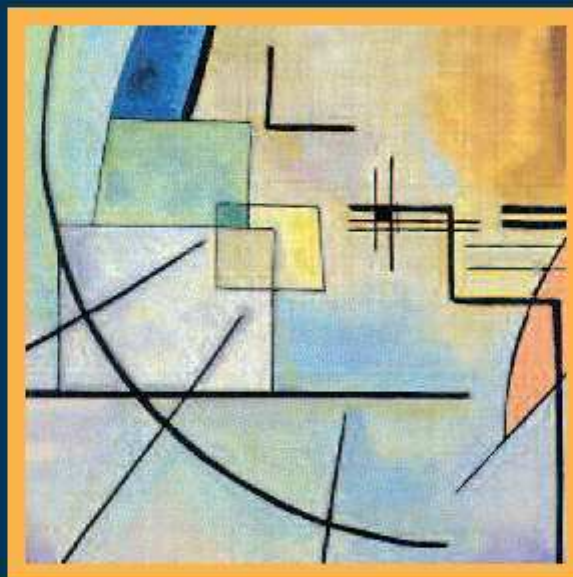
- I diabetici hanno un rischio di andare incontro a malattie cardiovascolari 2 a 4 volte superiore rispetto alla popolazione non diabetica
- La retinopatia diabetica è la 1° causa di cecità in età lavorativa (20-64 anni)
- Il diabete è la 1° causa di amputazione degli arti inferiori, (il “ *piede diabetico*” è l’espressione che indica quel quadro di lesioni neurovascolari e vascolari che porta a lesioni trofiche delle estremità inferiori)
- Il diabete è la 3° causa di dialisi e trapianto del rene

Malattia CV  
Retinopatia  
Neuropatia  
Nefropatia

# GESTIONE INTEGRATA

del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto

*Documento di indirizzo*



# MODALITA' ORGANIZZATIVE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DMT2 NELL'ADULTO

- Il paziente è inviato dal MMG al Centro Diabetologico zonale di riferimento dove viene valutata la malattia Diabetica e la presenza di complicanze , viene impostata la terapia ed il paziente viene ad essere educato alla gestione della malattia .
- Il MMG deve collaborando col CD seguire in questo percorso di cure il proprio paziente in modo attivo, aiutandolo a raggiungere e mantenere gli obiettivi stabiliti.
- Il paziente deve effettuare una visita generale almeno ogni sei mesi presso il proprio MMG.
- Il paziente deve effettuare una valutazione complessiva presso il CD almeno una volta l'anno, se l'obiettivo terapeutico è raggiunto , è stabile , e non sono presenti gravi complicanze.
- Il paziente accede, inoltre, al CD per visite non programmate o urgenti ogni qual volta, a giudizio dell'MMG, se ne presenti la motivata necessità.



# COMPITI DEL CENTRO DIABETOLOGICO (1)

- Il CD deve prendere in carico e inquadrare il paziente diabetico formulando un Piano Terapeutico personalizzato e condiviso con il MMG.
- Deve gestire direttamente i pazienti con : grave instabilità metabolica; complicanze croniche in fase evolutiva; trattamento mediante infusori sottocutanei continui d'insulina; diabete in gravidanza e diabete gestazionale.
- Deve impostare la terapia nutrizionale.

## COMPITI DEL CENTRO DIABETOLOGICO (2)

- Deve effettuare interventi di educazione sanitaria , rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Deve effettuare una valutazione periodica del paziente finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.
- Deve attuare attività di aggiornamento rivolte ai MMG partecipanti al progetto in campo diabetologico.

## COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (1)

- Identificazione della popolazione a rischio aumentato di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Diagnosi precoce di malattia diabetica tra i propri assistiti.
- Deve, in collaborazione con i CD zonale , condividere il Piano di Cura personalizzato del proprio paziente.
- Deve effettuare una valutazione periodica dei propri pazienti finalizzata al buon controllo metabolico e alla diagnosi precoce delle complicanze.

## COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (2)

- Deve effettuare, in collaborazione con il C.D., interventi di educazione sanitaria rivolti, in particolare, all'adozione di stili di vita corretti e all'autogestione della malattia.
- Deve organizzare lo studio per una gestione ottimale dei pazienti diabetici (accessi programmati).
- Ha inoltre il compito di raccogliere i dati clinici dei propri pazienti in cartelle elettroniche dati che devono essere omogenei a quelli raccolti dal C.D. di riferimento.

# PUGLIA PROGETTO REGIONE PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE

## OBIETTIVI

- Gestione Integrata del pz.Diabetico tra MMG e Rete dei Servizi Specialistici
- Formulazione di Linee Guida Condivise .
- Sistema di raccolta Comune dei dati Clinici.

# PIANO OPERATIVO

- **PROGETTO AZIENDALE REALIZZATO DALLA "U.A.P"**  
(MED.DIPART.PREVENZ. ,M.M.G. , DIABETOLOGO , MED.DISTRETTO)
- **LA PARTECIPAZIONE DEI M.M.G E' VOLONTARIA**
- **SI DEVE PARTECIPARE AD EVENTI FORMATIVI PROGRAMMATI**
- **NEL PRIMO ANNO SI DEVONO ARRUOLARE IL 25% DEI DIABETICI IN CARICO**
- **VALUTARE SEMESTRALMENTE L'ADERENZA DEI PAZIENTI AL PROGETTO**
- **INVIARE PERIODICAMENTE I DATI RACCOLTI IN FORMA ELETTRONICA All'Osservatorio Epidemiologico Regionale**
- **PAZ.DA RECLUTARE : età 25/75aa. , M. e F. che hanno dato il consenso ,privi di gravi patologie (neoplasie in stadio avanzato ,pat.autoimmuni ,gravi turbe psichiche , non autosufficienza)**
- **Si prevede follow-up di tre anni.**



**GRAZIE**  
per l'Attenzione