



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

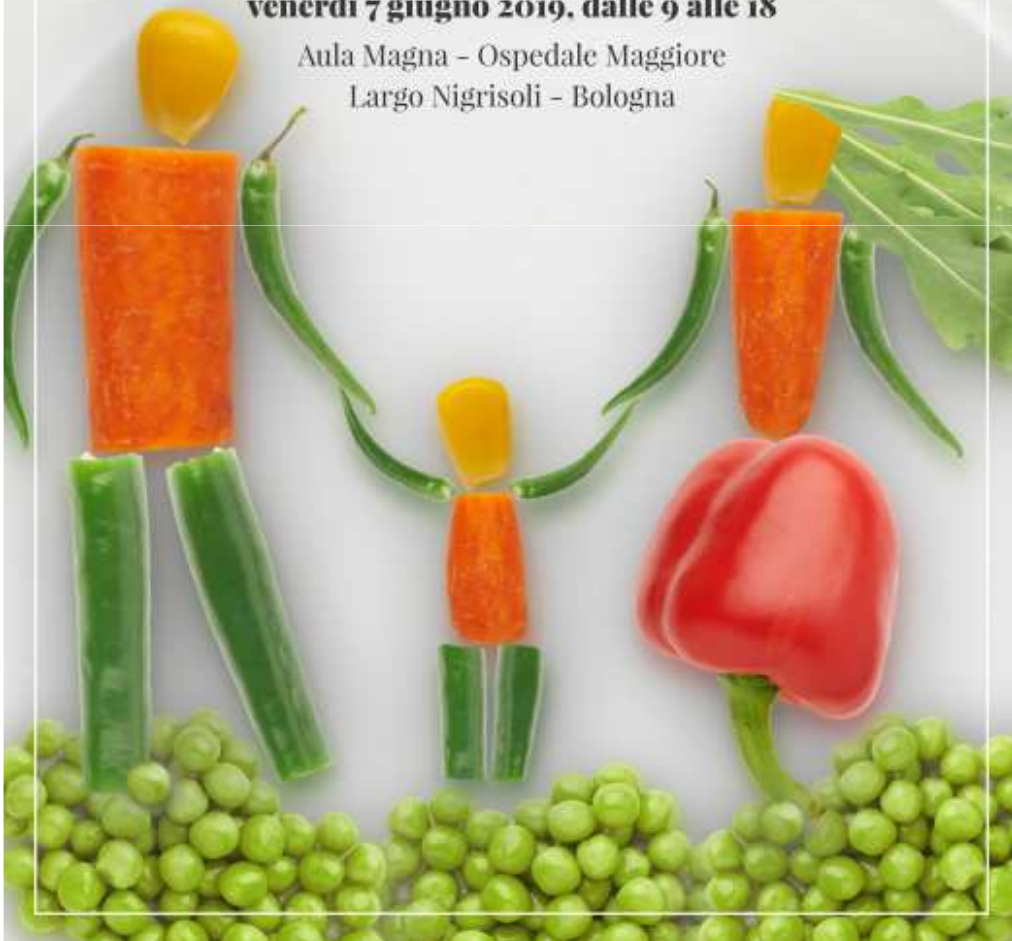
CONVEGNO

Alimentare la salute:

specialisti a confronto per una collaborazione
ed una comunicazione efficace

venerdì 7 giugno 2019, dalle 9 alle 18

Aula Magna - Ospedale Maggiore
Largo Nigrisoli - Bologna



Prevenzione del Diabete Mellito

Alessandra Sforza

Bologna, 7 giugno 2019

Le malattie croniche non comunicabili NCD



malattie cardiovascolari

obesità

tumori

malattie croniche respiratorie

Diabete

**responsabili dell' 80% di mortalità
del 70% di disabilità**

Pazienti con diabete (residenti e non residenti) trattati nel territorio dell'Azienda USL di Bologna (anni 2010-2016)

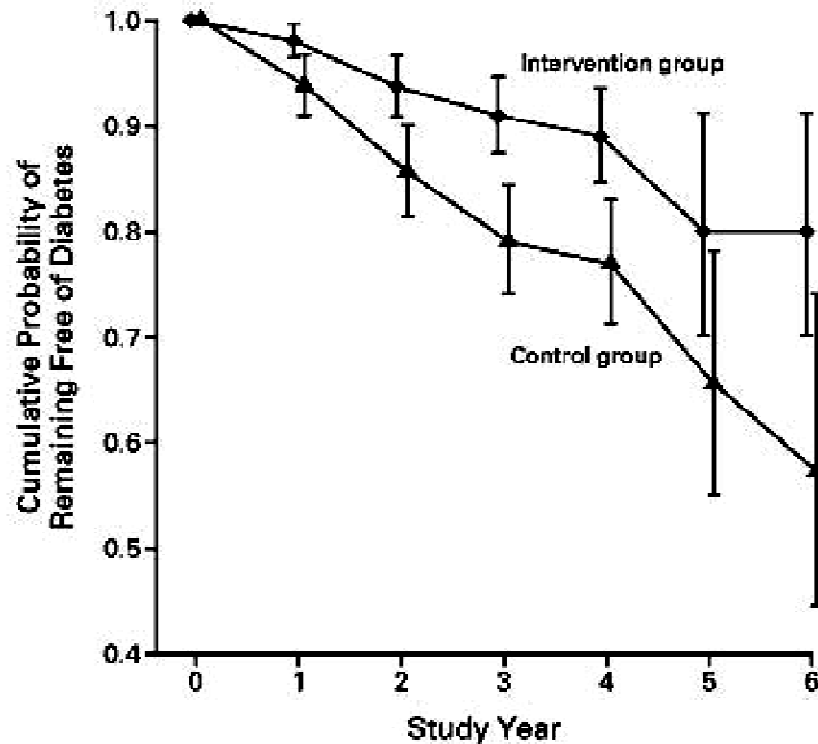
	Totale	Residenti	Non residenti
2010	54.762	53.341	1.421
2011	56.354	54.788	1.566
2012	57.083	55.464	1.619
2013	57.673	55.914	1.759
2014	59.694	57.461	2.233
2015	60.229	57.617	2.612
2016	61.652	58.785	2.867

6,6% della popolazione residente

Prime visite e controlli diabetologici erogati a residenti Ausl Bologna (2016)

Prime visite	Controlli	Totali
12.800	22.736	35.536

The Finnish Diabetes Prevention Study (FDPS)



RR diabete = 0.4

Incidenza diabete



interventi stile vita

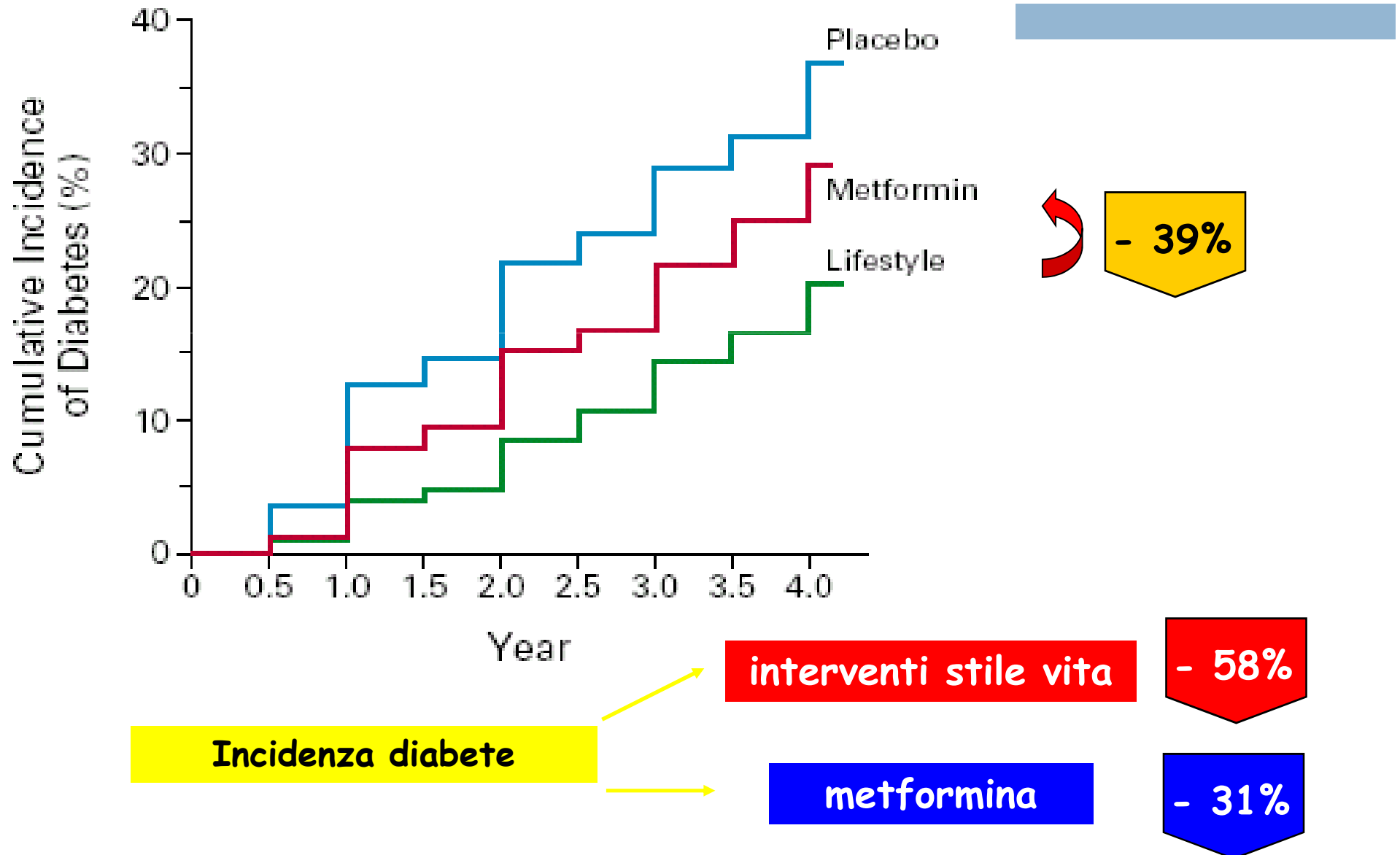
- 58%

SUBJECTS AT RISK

Total no.	507	471	374	167	53	27
Cumulative no. with diabetes:						
Intervention group	5	15	22	24	27	27
Control group	16	37	51	53	57	59

DPP

N.E.J.M. (2002) 346: 393-403



FDPS e DPP



**Per prevenire 1 caso di diabete
bisogna trattare**

**con interventi sullo stile di vita
7 pazienti per 3 aa.
5 pazienti per 5 aa.**

**con metformina
14 pazienti per 3 aa.**

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> <p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi</p>
<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone adulte con diabete mellito</p>	<p>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Interaziendale</p> <p>PDTAI INT10</p>

a chi è rivolto

Redazione	<p><u>Coordinatore metodologico interaziendale:</u> Vera Maria Avaldi, Carlo Descovich (AUSL Bologna), Sergio Cinocca, Martina Taglioni (AOU Bologna)</p> <p>Azienda USL di Bologna Responsabile Clinico: Alessandra Sforza Responsabile Assistenziale: Veronica Cappelli</p> <p>Lucia Alberghini – farmacista, Dipartimento Farmaceutico Gerardo Astorino – medico, Dipartimento Sanità Pubblica Veronica Cappelli – infermiere, Direzione Assistenziale, Tecnica e Riabilitativa Emilia Guberti – medico, Dipartimento Sanità Pubblica Lucia La Rovere – medico, Dipartimento Cure Primarie Laura Morisi – Dietista, Direzione Assistenziale, Tecnica e Riabilitativa Maria Cristina Pirazzini – Infermiera, Direzione Assistenziale, Tecnica e Riabilitativa Alessandra Sforza – Medico Diabetologo, Dipartimento Medico Roberta Ravaldi – Infermiera, Direzione Assistenziale, Tecnica e Riabilitativa Roberta Toschi – Infermiera, Direzione Assistenziale, Tecnica e Riabilitativa Davide Ugolini – Collaboratore Amm., Controllo di Gestione e Flussi Informativi Vittorio Zatti – Medico di Medicina Generale Donato Zocchi – Medico di Medicina Generale</p> <p>Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola-Malpighi di Bologna Responsabile Clinico: Uberto Pagotto</p> <p>Stefania Cimatti – Accesso e Nursing nei Percorsi Ambulatoriali integrati (ANPA) Silvia Di Domizio – Malattie del Metabolismo e Dietetica Clinica Marchesini Gabriele Forlani – Malattie del Metabolismo e Dietetica Clinica Marchesini Giulio Marchesini – Malattie del Metabolismo e Dietetica Clinica Marchesini Francesco Nicolino – Geriatria Calogero ff Uberto Pagotto – Diabetologia Pagotto ff Carlo Polito – Direzione Sanitaria Giovanna Santacroce – Diabetologia Pagotto ff Luisa Scardovi – Accesso e Nursing nei Percorsi Ambulatoriali integrati (ANPA) Francesca Tombari – Farmacia Clinica</p> <p>Associazioni Rita Stara – Federazione diabete Emilia-Romagna</p>
------------------	--

**pazienti adulti (età \geq 18
anni) residenti/domiciliati
AUSL Bologna con **diagnosi
o sospetto di Diabete
Mellito (tipo 1, tipo 2 o
altre forme di diabete)****

19 giugno 2018

PDTA diabete interaziendale

Azienda USL di Bologna – Ospedale Sant'Orsola-Malpighi



Il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale interaziendale (**PDTA**) per le persone con **diabete mellito (DM)** si pone l'**obiettivo** di garantire:

- ▣ **diagnosi precoce**
- ▣ **stratificazione del rischio clinico**
- ▣ **presa in carico complessiva dei soggetti con diabete**

PDTA diabete

attori coinvolti

- Principali attori coinvolti:
 - ▣ Dipartimento di sanità pubblica
 - ▣ MMG
 - ▣ Endocrinologi/Diabetologi
 - ▣ Infermieri ospedalieri e territoriali
 - ▣ Dietiste
 - ▣ Altri specialisti per la gestione delle complicanze
 - ▣ Associazioni pazienti
 - **Popolazione a rischio**
 - **Pazienti diabetici**

PDTA diabete

Fasi

□ Si divide in fasi:

□ **FASE 0: Prevenzione primaria Diabete Mellito tipo 2**

□ **FASE 1: Inquadramento iniziale, diagnosi e presa in carico**

- Accesso per inquadramento diagnostico
- Diagnosi eziologica (diabete di tipo 1, 2, altre forme di diabete)
- Presa in carico dei pazienti con diabete mellito di tipo 1 (e LADA)
- Presa in carico dei pazienti con diabete mellito di tipo 2

*più propriamente **PPDTA***

Fase 0 – **Prevenzione primaria DM2** - 1

Criteria di ingresso nella Fase

- Popolazione **generale adulta di età uguale o superiore a 45 anni**
- Popolazione **generale adulta di età inferiore a 45 anni con BMI ≥ 25 Kg/m² e 1 o più fra i seguenti fattori di rischio:**
 - familiarità di primo grado per DM2 (genitori, fratelli)
 - inattività fisica
 - IFG o IGT riscontrate in precedenti occasioni
 - livelli di HbA1c ≥ 39 mmol/mol (5.7%) in precedenti occasioni
 - appartenenza a gruppo etnico ad alto rischio
 - ipertensione arteriosa $\geq 140/90$ mm/Hg o terapia antipertensiva in corso
 - bassi livelli di colesterolo HDL (≤ 35 mg/dl) e/o alti livelli di trigliceridemia (≥ 250 mg/dl)
 - sindrome dell'ovaio policistico
 - pregresso diabete gestazionale
 - parto di neonato di peso > 4 Kg
 - acanthosis nigricans
 - evidenza clinica di malattie cardiovascolari
 - soggetti sottoposti a radioterapia addominale per tumore trattato in età evolutiva (es. Total Body Irradiation –TBI- linfonodi paraortici)

Fase 0 – **Prevenzione primaria DM2** - 2

□ **MMG**

- **individua i soggetti a rischio** di sviluppare il diabete e prescrive un **controllo della glicemia ogni 3 anni**
- **può segnalare i soggetti a rischio** agli **ambulatori della cronicità** (tramite PCAP) per la presa in carico nell'ambito dell'**educazione terapeutica** per la valutazione e il monitoraggio degli stili di vita
- priorità di invio: **soggetti ad alto rischio** di sviluppare diabete e/o con verosimile **bassa compliance**

▶ **Strumenti**

- ▶ **Glicemia a digiuno**
- ▶ **HbA1c o OGTT** – soggetti età < 65 aa. con almeno 2 fattori di rischio

Fase 0 – **Prevenzione primaria DM2** - 3

Il MMG ha la possibilità di **indirizzare i propri assistiti con fattori di rischio** correlati agli stili di vita a **interventi di prevenzione primaria** sviluppati dall'Azienda USL e dal Policlinico Sant'Orsola-Malpighi riguardanti:

- **alimentazione** (dieterica preventiva, percorsi nutrizionali AOsp)
- **attività fisica** (Gruppi di cammino, Parchi in wellness, MUOVI-BO)
- **dissuefazione dal fumo** (Centri Anti-fumo)

PDTA diabete

Ruolo della **dietista**



Il/La dietista:

- **partecipa all'elaborazione del programma terapeutico** valutando lo stato nutrizionale del paziente ed elaborando un piano dietetico personalizzato
- **interagisce con tutti i membri del team** per favorire il cambiamento dello stile di vita del paziente.

PDTA diabete

Setting di cura delle dietiste

Nelle **CdS** o negli **ospedali Spoke** AUSL la dietista effettua **interventi nutrizionali individualizzati o di gruppo** prescritti dal medico di famiglia (invio tramite CUP) e dal diabetologo del CD “spoke” (invio tramite My Sanità) inerenti:

- corretta alimentazione
- regolare distribuzione delle calorie giornaliere e dell’orario dei pasti
- regolare svolgimento di attività fisica

Nelle strutture specialistiche “hub” (**Ospedale Maggiore e Sant’Orsola-Malpighi**) la dietista effettua **interventi nutrizionali prevalentemente individualizzati** prescritti dal medico diabetologo inerenti:

- conta carboidrati (Carbohydrate Counting)
- prevenzione della chetoacidosi diabetica
- prevenzione e gestione delle ipoglicemie

Prevenzione primaria - **alimentazione**

- interventi di “dietetica preventiva” - dietiste del DSP (UOC IAN Est)
 - ▣ presso le CdS - incontri educativi di gruppo, per favorire abitudini alimentari salutari ed il controllo del peso
 - ▣ soggetti con BMI > 25, senza particolari comorbidità o, se presenti, già diagnosticate ed in buon compenso, e le persone con stili di vita a rischio
 - ▣ 2-3 incontri su temi che riguardano la promozione di un'alimentazione quali-quantitativamente equilibrata nell'ambito di uno stile di vita attivo, utile al controllo del peso e a prevenire le principali patologie cronico degenerative

Prevenzione secondaria - **alimentazione**

- Ambulatori di dietetica distribuiti su tutto il territorio
- Ambulatorio per il **counting dei glucidi**
 - ▣ presso Ospedale Maggiore
 - ▣ Diabetici tipo 1 gestiti presso Ambulatori dedicati dell'UO di Endocrinologia OM
 - Liste di scambio
 - Tavole alimenti
 - Analisi dei diari rispetto ai glucidi
 - Corsi in team con endocrinologo e paziente esperto → programma fine 2019-2020

Prevenzione primaria e secondaria – **attività fisica**



- Gruppi di Cammino
- MUOVI - BO
- Parchi in wellness

- La prescrizione dell'attività fisica – in **progettazione**
per fine 2019 – 2020

Punti di forza



- **PPDTA:**
 - percorso di prevenzione – diagnosi- terapia e assistenza
- **Diabete mellito nella sua globalità** – non solo tipo 2
- Passaggio in gestione integrata dei pazienti insulino trattati con insulina basale
- Definizione dei ruoli/compiti delle diverse componenti del team multidisciplinare
- Forte coinvolgimento delle associazioni pazienti – paziente competente

Implementazione 2019

- Implementazione offerta visite diabetologiche nei distretti a maggiore sofferenza di autosufficienza territoriale (Pianura Est e Ovest):
 - Da 6 maggio 2019 – 2 ambulatori diabetologici settimanali Bentivoglio
 - Da 3 giugno 2019 – 2 ambulatori diabetologici settimanali Budrio
- Formazione e diffusione PTDA MMG = febbraio-marzo 2019
- Definizione di un protocollo condiviso fra gli specialisti per la prescrizione dei farmaci innovativi a piano terapeutico (eterogenità)
- Attivazione agende per prenotazione diretta su Hub Maggiore da parte dei CD territoriali dei DM tipo 1 (alte tecnologie) – entro metà febbraio



FUTURO

PRESENTE

PASSATO

Grazie per l'attenzione