

# **Evoluzione naturale del DM Tipo 2**

## **Dal ritardo di diagnosi all'inerzia terapeutica**

- **Dr. Federico Baldi**
- **Direttore S.C. Endocrinologia e Diabetologia ASL VC**

# **Il compito del diabetologo in un mondo ideale**

*Prevenire il DM2 intervenendo su soggetti a rischio*

*Diagnosticare il diabete all'esordio*

*Mantenere glicemie, Hba1c, lipidi e pressione pressochè normali*

# La realtà è diversa. La diagnosi.

Sottodiagnosi  
di diabete



```
graph LR; A[Sottodiagnosi di diabete] --> B[L'IDF stima che la percentuale dei pazienti con diabete non diagnosticato nel mondo vari tra il 30% e il 90% di quello noto]; A --> C[Il 20%-40% dei pazienti presenta già retinopatia alla diagnosi]; A --> D[La glicemia alla diagnosi correla con gli anni di malattia non diagnosticata (range 1-12 anni)];
```

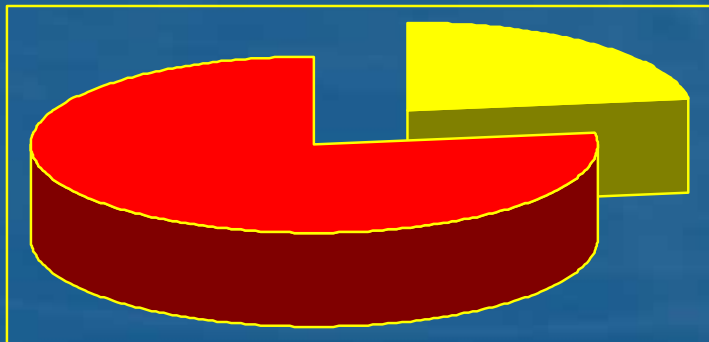
L'IDF stima che la percentuale dei pazienti con diabete non diagnosticato nel mondo vari tra il 30% e il 90% di quello noto

Il 20%-40% dei pazienti presenta già retinopatia alla diagnosi

La glicemia alla diagnosi correla con gli anni di malattia non diagnosticata (range 1-12 anni)

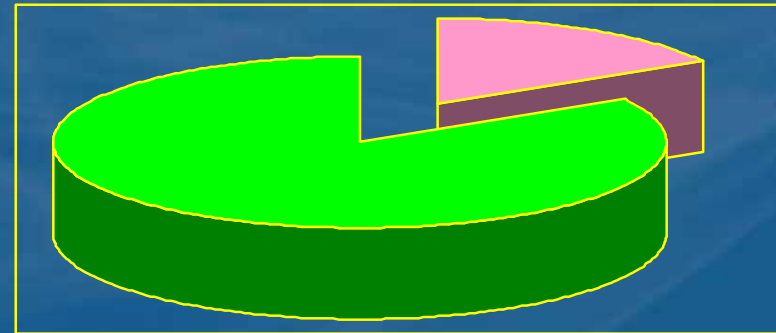
## La presenza di complicanze CV alla diagnosi è evidente anche nella realtà italiana

29.8 % di infarti prima diagnosi DM



■ Infarti prima della diagnosi DM  
■ Infarti dopo la diagnosi DM

19.9 % di rivascolarizzazioni prima diagnosi DM



■ Rivascolarizzazioni prima della diagnosi DM  
■ Rivascolarizzazioni dopo la diagnosi DM

Eventi coronarici e rivascolarizzazioni precedenti la diagnosi di diabete nello Studio DAI

# Microvascular Complications at Time of Diagnosis of Type 2 Diabetes Are Similar Among Diabetic Patients Detected by Targeted Screening and Patients Newly Diagnosed in General Practice

The Hoorn Screening Study

ANNEMIEKE M.W. SPIJKERMAN, PHD<sup>1</sup>  
JACQUELINE M. DERKER, PHD<sup>1</sup>  
GIEL NIJPELS, MD, PHD<sup>1</sup>  
MARCEL C. ADRIAANSE, MSc<sup>1</sup>  
PIET J. KOSTENSE, PHD<sup>1,2</sup>

DIRK RUWAARD, PHD<sup>3</sup>  
COEN D.A. STEHOUWER, MD, PHD<sup>1,4</sup>  
LEX M. BOUTER, PHD<sup>1</sup>  
ROBERT J. HEINE, MD, PHD<sup>1,3</sup>

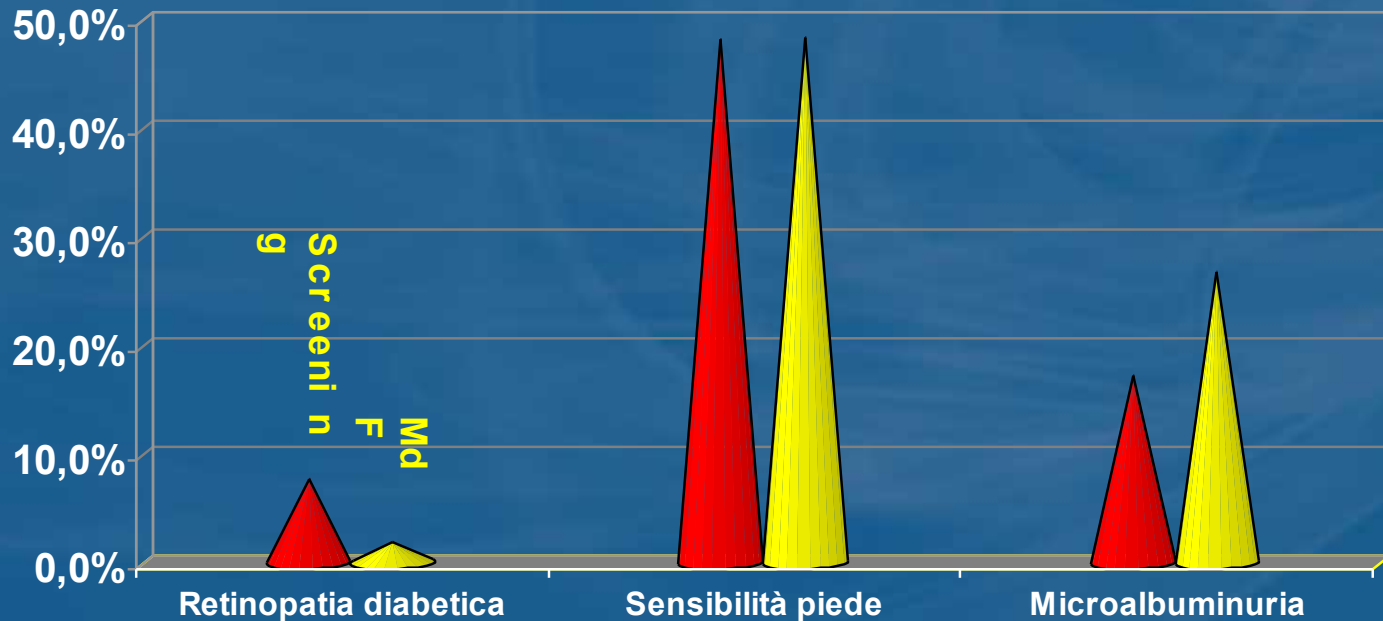
*Diabetes Care* 26:2604–2608, 2003

Pazienti selezionati con questionario,  
stix capillare, poi diagnosi di DM2

CONFRONTATI CON

Pazienti diagnosticati dal MdF nello  
stesso periodo (presentatisi con sintomi)

## Complicanze microvascolari al momento della diagnosi in pazienti diabetici identificati con screening versus quelli che si sono rivolti al medico di famiglia



I pazienti diagnosticati con screening hanno quasi le stesse complicanze micro dei neodiagnosticati con sintomi

# Cosa si può fare per migliorare l'efficienza diagnostica?

Possibilità

```
graph LR; A[Possibilità] --> B[Agire sui MdF perché ricerchino attivamente e "opportunisticamente" il diabete]; A --> C[Agire su altri specialisti perché ricerchino il diabete in soggetti a rischio]; A --> D[Attuare screening nella popolazione generale];
```

Agire sui MdF perché ricerchino attivamente e "opportunisticamente" il diabete

Agire su altri specialisti perché ricerchino il diabete in soggetti a rischio

Attuare screening nella popolazione generale



# Un ruolo chiave del diabetologo

1. Sensibilizzare la Medicina Generale ad un migliore trattamento del DM2
2. Intensificare contatti e collaborazioni con altre categorie professionali

# Insegnare a “ricercare” il diabete

Nella pratica clinica quotidiana:

1. analisi pre-operatorie
2. ricoveri ospedalieri soprattutto per cause cardiovascolari e nefrologiche
3. accertamenti assicurativi e cosiddetti “check-ups”.

# *Screening del Diabete*

## La posizione dell'American Diabetes Association e di Diabete Italia

Tutti i soggetti di età superiore a 45 anni devono essere sottoposti a screening per il diabete di tipo 2 con il dosaggio della glicemia a digiuno da prelievo venoso (ogni 3 anni)

# I fattori di rischio

E' consigliabile invece eseguire lo screening prima dei 45 anni se coesistono alcuni fattori di rischio.

## Tabella 1

FATTORI DI RISCHIO PER DIABETE DI TIPO 2
Sovrappeso o obesità (indice di massa corporea $\geq 25 \text{ Kg/m}^2$ )
Familiarità per diabete di tipo 2 (genitori o fratelli)
Sedentarietà
Appartenenza a etnie ad alto rischio (da ricordare in particolare in Italia gli immigrati ispanico-americani e le persone provenienti dal sub-continente indiano)
Pregresso riscontro di alterata glicemia a digiuno o intolleranza ai carboidrati
Anamnesi positiva per un figlio con peso alla nascita maggiore di 4 kg
Iperensione arteriosa ( $\geq 140/90 \text{ mm Hg}$ negli adulti)
Colesterolo HDL $<35 \text{ mg/dl}$ e/o trigliceridi $\geq 250 \text{ mg/dl}$
Pregressa patologia vascolare (ricordare il post-ricovero da degenze cardiovascolari)
Sindrome dell'ovaio policistico

# Sottotrattamento del DM2 e inerzia terapeutica

## La terapia orale del DM2: come dovrebbe essere, come è

<b>LG: HbA1c</b>	<b>Scaletta di trattamento secondo le LG IDF</b>	<b>Realtà: HbA1c</b>
<b>6-6.5%</b>	<b>Metformina</b>	<b>7,5%</b>
<b>7 %</b>	<b>Associare TZD o secretagogo</b>	<b>8%</b>
<b>7-7,5 %</b>	<b>Progressivamente aggiungere farmaci a dosaggi massimi</b>	<b>8-8.5%</b>
<b>7-7,5 %</b>	<b>Utilizzare acarbose come opzione in più, aggiuntiva</b>	<b>8-8,5</b>
<b>7,5 %</b>	<b>Considerare l'insulina</b>	<b>8,5-9</b>

Fonti: Giorda C, Nicolucci A. *Diabete mellito di tipo 2. Complicanze e rischio cardiovascolare in Italia*. Centro Scientifico Editore 2003.  
Annali AMD 2006



# Un nuovo problema con cui confrontarsi

*Ann Intern Med.* 21;135:825-834

PERSPECTIVE

## Clinical Inertia

Lawrence S. Phillips, MD; William T. Branch Jr., MD; Carliss B. Cook, MD; Joyce P. Doyle, MD; Imad M. El-Kebbi, MD; Daniel L. Gallina, MD; Christopher D. Miller, MD; David C. Ziemer, MD; and Catherine S. Barnes, PhD

Medicine has traditionally focused on relieving patient symptoms. However, in developed countries, maintaining good health increasingly involves management of such problems as hypertension, dyslipidemia, and diabetes, which often have no symptoms. Moreover, abnormal blood pressure, lipid, and glucose values are

goals. Strategies to overcome clinical inertia must focus on medical students, residents, and practicing physicians. Revised education programs should lead to assimilation of three concepts: the benefits of treating to therapeutic targets, the practical complexity of treating to target for different disorders, and the need to structure routine practice to facilitate effective management of disor

# Definizione

*Therapeutic (clinical) inertia is defined as the providers' failure to increase therapy when treatment goals are unmet*

# Cosa sta alla base dell'inerzia terapeutica?

Da sempre la medicina si è basata sulla ricerca dei sintomi, per alleviarli

La medicina moderna tende a curare malattie asintomatiche

Per il medico, e per il paziente, la mancanza del pungolo “*del sintomo*” cambia il modo di fare medicina

*Lawrence S. Phillips et al. Ann Intern Med. 21;135:825-834*

## WHAT CAUSES CLINICAL INERTIA?

Unsatisfactory outcomes of chronic medical conditions undoubtedly involve a component of patient non-adherence. Diabetes complications are found more often in patients who adhere poorly to visit scheduling (20), whereas coronary outcomes are improved in "adherent" patients even if treatment consists only of a placebo (21). Although outcomes may be related to such patient

# Quali sono le cause dal punto di vista medico?

Cause



Sovrastima del proprio operato

Uso di ragionamenti “scusa” per posticipare cambiamenti terapeutici

Scarsa abitudine dei medici a lavorare con metodo per raggiungere gli obiettivi

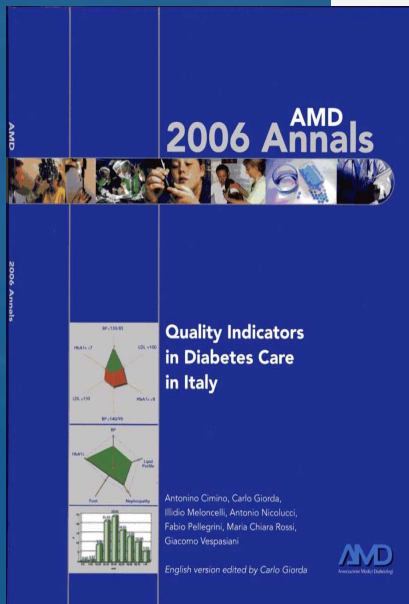
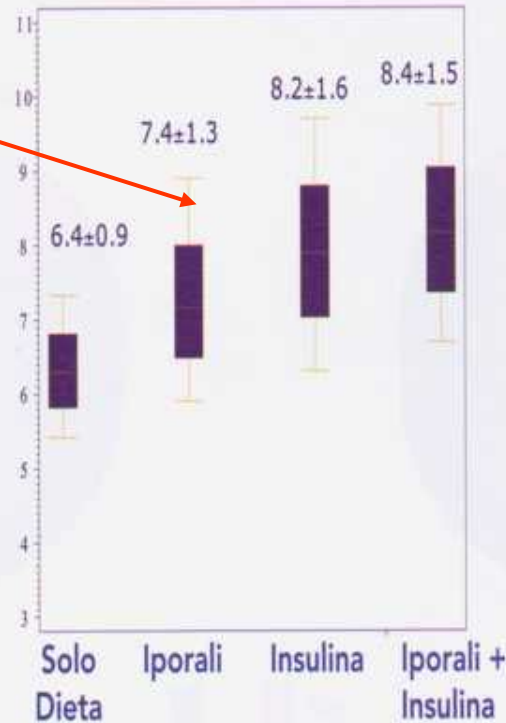
## Sovrastima del proprio operato

*Gli audit in genere mettono in luce che i risultati terapeutici reali sono meno soddisfacenti di quel che riteniamo a priori*

Lawrence S. Phillips et al. *Ann Intern Med.* 21;135:825-834

# Gli Annali AMD 2006 sono un esempio di audit nazionale in cui si coglie il fenomeno dell'inerzia

HbA1c media e d.s. (ultimo valore normalizzato a 6,0) per tipo di trattamento nei DM2



# Uso di ragionamenti "SCUSA" per evitare cambiamenti terapeutici



*..ma non segue la dieta*

*.. l'HbA1c sta già scendendo, va bene così*

*... modificheremo la terapia alla prossima visita*

Lawrence S. Phillips et al. Ann Intern Med. 21;135:825-834



*Ann Intern Med. 21;135:825-834*

## **HOW CAN WE AVOID CLINICAL INERTIA?**

Clinical inertia is a problem even in centers considered excellent in clinical practice and medical education. Bernard and coworkers (32) compared self-described with recorded performance of recommended diabetes services in a general medicine clinic of a municipal hospital in Atlanta. Resident physicians had good knowl-

## An Intervention to Overcome Clinical Inertia and Improve Diabetes Mellitus Control in a Primary Care Setting

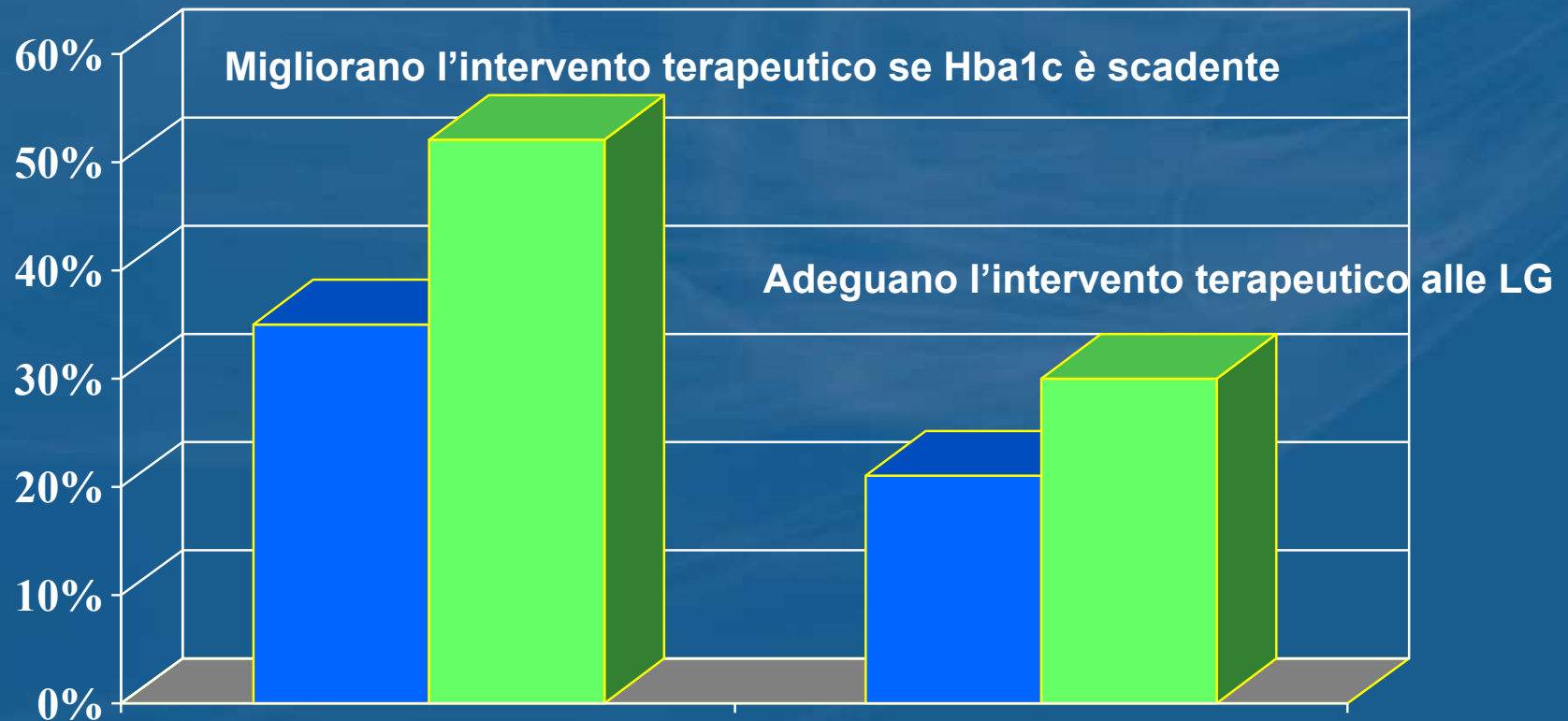
*Improving Primary Care of African Americans With Diabetes (IPCAAD) 8*

David C. Ziemer, MD; Joyce P. Doyle, MD; Catherine S. Barnes, RN, PhD; William T. Branch, Jr, MD; Curtiss B. Cook, MD; Imad M. El-Kebbi, MD; Daniel L. Gallina, MD; Paul Kolm, MD; Mary K. Rhee, MD; Lawrence S. Phillips, MD

**Background:** Although clinical trials have shown that proper management of diabetes can improve outcomes, and treatment guidelines are widespread, glycated hemoglobin (HbA<sub>1c</sub>) levels in the United States are rising. Since process measures are improving, poor glycemic control may reflect the failure of health care providers to intensify diabetes therapy when indicated—*clinical inertia*. We asked whether interventions aimed at health care provider behavior could overcome this barrier and improve glycemic control.

were indicated, and there were no differences among intervention groups. During the trial, intensification increased most during the first year and then declined. However, intensification increased more in the feedback alone and feedback plus reminders groups than for reminders alone and control groups ( $P < .001$ ). After 3 years, health care provider behavior in the reminders alone and control groups returned to baseline, whereas improvement with feedback alone and feedback plus reminders groups was sustained: 52% did any-

## Miglioramento dell'inerzia terapeutica in 345 medici sottoposti a un programma di 3 anni di formazione e verifica dei risultati



Ziemer et al. *Ann Intern Med.* 2006

# Raccomandazioni per ridurre il fenomeno della "clinical inertia"

Frequenti aggiornamenti sulle linee guida

Corsi a tutti i livelli (specialisti, MdF, specializzandi) sul pericolo dell'inerzia terapeutica

Formazione universitaria meno teorica, più focalizzata sulla efficacia della pratica clinica

Revisione sistematica del proprio operato

Uso di cartelle cliniche informatizzate con "reminders" che migliorino la prestazione clinica

Incontri regolari con colleghi per valutazione della attività clinica



## *Conclusioni 1*

# Problema del DM2 sottodiagnosticato

Il diabetologo  
può far molto:

Sensibilizzando MdF e altri specialisti al problema, aumentando la loro capacità di osservazione quotidiana e la loro capacità di diagnosi

Indirizzando verso lo screening opportunistico dei soggetti a rischio

## *Conclusioni 2*

# Inadeguatezza del trattamento e inerzia terapeutica

Il diabetologo  
può far molto:

Ricercando il fenomeno nella propria realtà

Riconsiderando eventuali ragionamenti "scusa" che insorgono nel momento di prendere decisioni terapeutiche

Rivedendo periodicamente il proprio operato (audit) e confrontandosi con i colleghi

**Grazie per l'attenzione**