

GESTIONE INTERDISCIPLINARE DEL PAZIENTE DIABETICO

Come abbiamo visto in precedenza il diabete è in forte crescita nel mondo soprattutto in persone in età lavorativa, e la retinopatia diabetica (RD) ed in particolare la forma edematosa (DME) è la causa più frequente di calo visivo con presenza di complicazioni associate micro e macrovascolari. I numeri sono decisamente allarmanti. In Italia il 5.4 % della popolazione è diabetica con un rischio di morte aumentato del 35-44 %.

Tutto ciò pertanto si ripercuote essenzialmente sulla salute del paziente vista a 360° e comporta quindi importanti problemi di ordine economico e di organizzazione sanitaria.

Attualmente i paesi più sviluppati stanno mettendo in atto programmi di educazione sanitaria e di prevenzione con sensibilizzazione delle problematiche relative alla malattia , ai fattori di rischio e alle possibilità di prevenzione. Come tutte le campagne di prevenzione ci si scontra con interessi economici di aziende di grande potenza ed impatto, con difficoltà enormi.

Ma prevediamo che sia proprio lo sforzo comune del singolo, l'impegno delle associazioni, e la cultura crescente di sensibilizzazione sanitaria con iniziative multidisciplinari di controllo e infine anche di governi più virtuosi che in uno sforzo comune possono e potranno mettere in campo modalità importanti di prevenzione.

Il primo fattore da prendere in considerazione è il controllo della glicemia, che nonostante nuovi farmaci è ancora piuttosto scadente. Questo aumenta il rischio di co-morbilità come le malattie cardiovascolari, l'ictus, la nefropatia e le neuropatie.

La patogenesi della malattia è multifattoriale complessa e ancora non ben chiarita. L'iperglicemia causa un danno microvascolare e una rottura della barriera emato-retinica. Quando è cronico, l'edema maculare è più frequente, con danno ossidativo, attivazione della protein-Kinasi C e di fattori infiammatori, vasocostrizione ed ipossia. Come meccanismo di compensazione vi è una up-regolazione del VEGF e conseguente aumento della permeabilità

vascolare e accumulo di fluido intraretinico. Le terapie attuali si pongono l'obiettivo del controllo dei fattori patogenetici e da qui l'uso di iniezioni intravitreali sia con steroidi che con anti VEGF. Tutti gli studi riportano la necessità di intervenire precocemente sia nella retinopatia diabetica proliferante che in quella complicata da edema maculare. Prima interveniamo meglio riusciamo a trattare e a conservare una buona acuità visiva.

Screening frequenti e regolari permettono di identificare un edema maculare il prima possibile e di indirizzare il paziente ai medici competenti. L'oculista deve essere incluso in un team medico multidisciplinare che coinvolge il diabetologo, l'internista e gli specialisti di settore. Tutti coordinati dal medico di famiglia, che rimane la figura centrale del processo di diagnosi e cura.

Gli oculisti sono in genere ben consapevoli dell'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce ben conoscendo la gravità della malattia e delle sue complicanze. Nella routine di tutti i giorni il paziente diabetico che deve essere operato di cataratta riceve un'attenzione maggiore, tutti gli attori attenti ad un controllo scrupoloso della glicemia e degli elettroliti nel periodo pre ed intrachirurgico. Ma tutto ciò spesso è vanificato dalla scarsa educazione sanitaria sia del paziente che del medico e dalle difficoltà oggettive delle varie prestazioni. Lavorare in team multidisciplinare significa prendersi cura della persona a tutti i livelli con diversi specialisti del settore la cui integrazione organizzativa è quasi impossibile.

I tempi di attesa per visite e prestazioni nel servizio pubblico sono spesso lunghissimi e non esistono liste privilegiate ed attenzione sociale.

L'unico modo è avere liste dedicate e poter inserire i pazienti secondo tempistiche personalizzate. E' indispensabile pensare ad una sensibilizzazione specifica della politica e dei nostri amministratori che dovrebbero riservare tempo e risorse dedicate, sia economiche che di personale, atte a garantire il miglior servizio possibile per i pazienti.

Uno schema virtuoso che dovrebbe essere attuabile prevede:

- ✓ rapporto con il medico di base/diabetologo bilateralmente
- ✓ accesso di pazienti diabetici all'oculista per screening
- ✓ accesso di pazienti diabetici all'oculista per visite e prestazioni varie (Fluorangiografia, OCT)
- ✓ agende prenotabili senza lunghe attese (ideale un tempo sino a 20-30 giorni)
- ✓ gestione del paziente o invio ad altri specialisti in tempi rapidi, organizzabili immediatamente
- ✓ rilascio delle terapie sia chirurgiche che laser in breve tempi e preorganizzati
- ✓ ambulatori dedicati di secondo livello con personale specializzato

Tutto ciò si può fare.

Molti degli screening possono essere fatti dal diabetologo con retinografie del fondo inviate via web all'oculista. Liste dedicate prenotabili direttamente dal diabetologo in accordo e condivisione con l'oculista, controllo scrupoloso dei tempi di attesa con prenotazioni "a fisarmonica" aprendo al bisogno nuovi spazi.

Il problema più grosso è fornire le adeguate risorse umane, sempre più penalizzate dai tagli economici della sanità.

Il problema della prevenzione.

La prevenzione primaria consiste nell'adottare uno stile di vita salutare con dieta adeguata e attività fisica moderata, atta a controllare il sovrappeso contrastando gli stili di vita sedentari.

Tutto ciò è in grado di ridurre l'incidenza del diabete sino al 70%.

La prevenzione secondaria consta nel fornire al paziente diabetico tutti gli strumenti per prevenire le complicanze, quali l'infarto o la retinopatia. Il trattamento efficace comporta il monitoraggio della glicemia, pressione arteriosa e lipidi. Agendo contemporaneamente su tutti questi fattori a distanza di 13 anni si era ridotto del 50% il rischio di complicanze.

L'educazione all'autogestione

Il 50% delle persone con diabete ha un controllo insoddisfacente della glicemia e della pressione arteriosa. Le cause sono molte. La difficoltà psicologica di accettare la malattia e tutto quello che ne consegue, la mancanza di supporto in famiglia, la scarsa conoscenza della malattia e delle sue complicanze, la mancata comprensione del protocollo di gestione dei farmaci e dei controlli, la sfiducia nel medico o nella assistenza sanitaria, i tempi lunghi di attesa e infine problemi economici.

Obiettivo finale

- ✓ incrementare la consapevolezza e i rischi del diabete , i suoi fattori di rischio le strategie di prevenzione della malattia e le sue complicanze
- ✓ migliorare la conoscenza sul diabete, il suo controllo e l'autocontrollo
- ✓ migliorare la sensibilizzazione presso i providers della salute in generale e promuovere un approccio alla malattia più completo ed integrato
- ✓ promuovere iniziative di salute pubblica per migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti
- ✓ inserire e promuovere programma di prevenzione e cura presso paesi più poveri

Molto si è fatto, negli ultimi anni, anche se troppo poco per uno screening, diagnosi e cura efficaci. L'impegno non deve venire meno e ci auguriamo che anche il prossimo progetto della presa in carico dei pazienti cronici possa dare presto dei risultati positivi.

Dottor Alfredo Pece