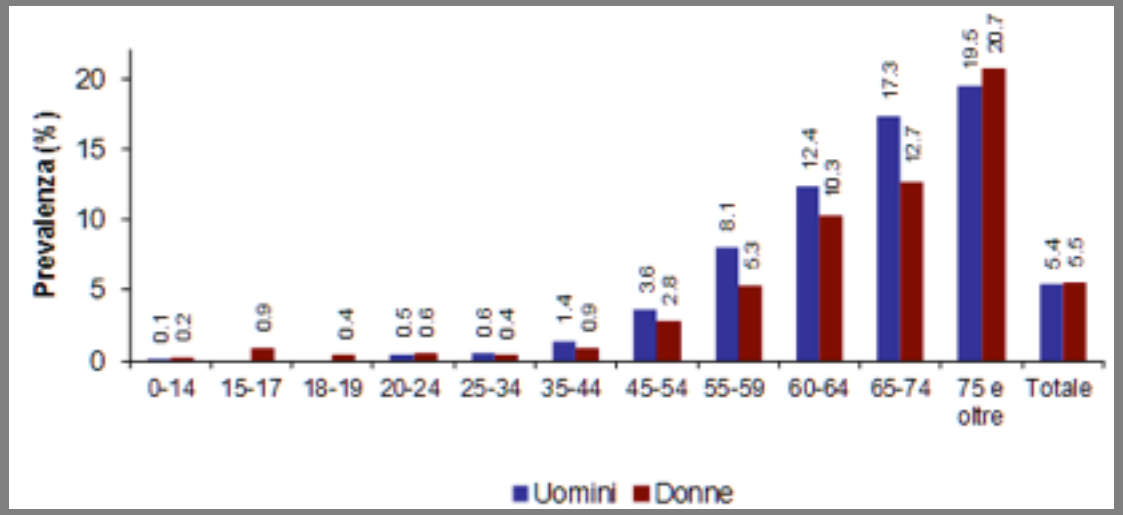
La prevalenza del diabete aumenta con l'età fino a raggiungere il 20,3% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni.

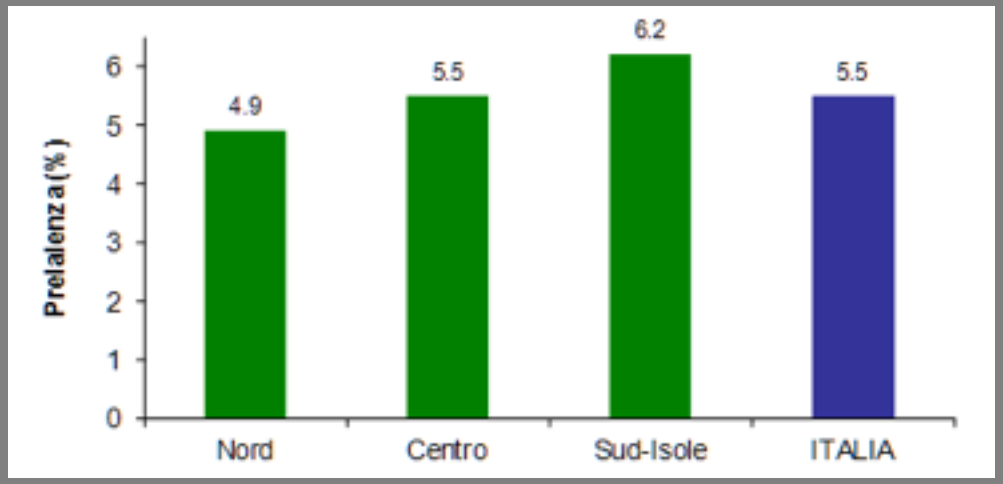
Prevalenza del diabete per sesso e fasce di età



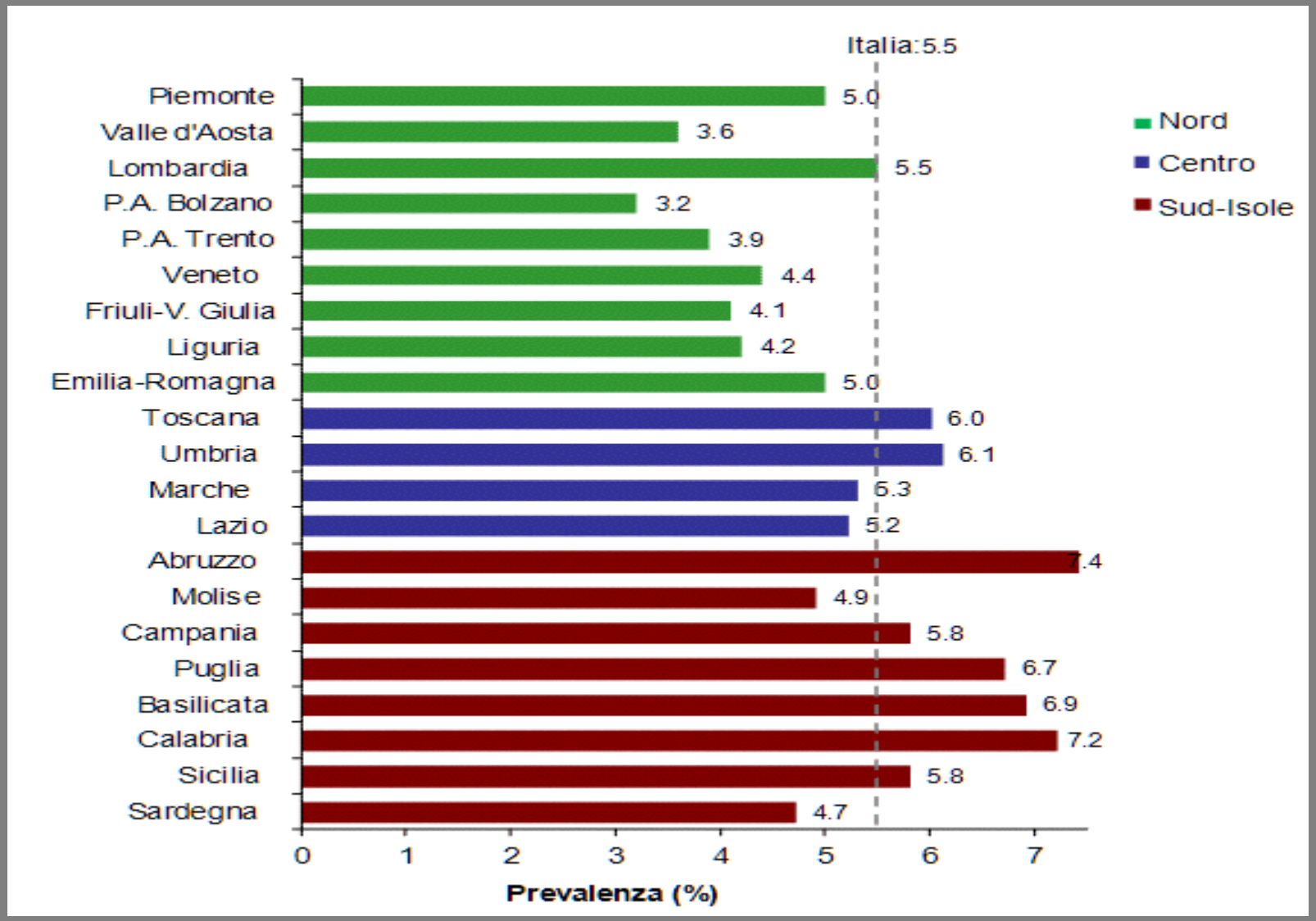
Fonte Istat 2012, elaborazione Iss

Per quanto riguarda la distribuzione geografica, la prevalenza è più alta nel Sud e nelle Isole, con un valore del 6,2%, seguita dal Centro con il 5,5% e dal Nord con il 4,9%. I dati di prevalenza per area geografica e per regione non sono standardizzati, quindi le differenze osservate potrebbero dipendere da una diversa composizione per età della popolazione nelle diverse aree geografiche. Tuttavia elaborazioni effettuate sui dati del 2011 mostrano che le differenze permangono anche dopo la standardizzazione

- **Prevalenza del diabete per area geografica**

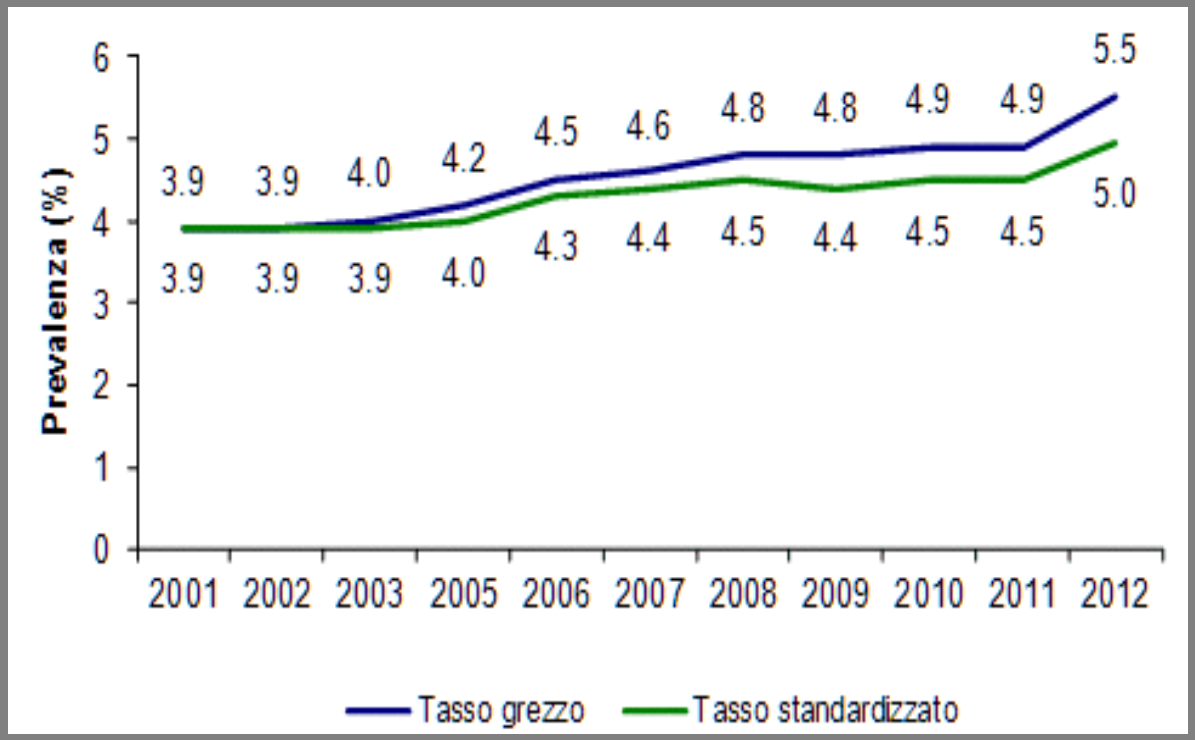


- **Prevalenza del diabete nelle regioni italiane**



I dati riportati nell'annuario statistico ISTAT 2012 indicano che è diabetico il 5,5% degli italiani (5,5% delle donne e 5,4 % degli uomini), pari a oltre 3.000.000 di persone

- **Andamento della prevalenza del diabete Italia (2001-2012)** **Fonte Istat 2012, elaborazione Iss**



EPIDEMIOLOGIA

Tra i 4.900.000
cittadini del Veneto
250.000 sono i pazienti
con Diabete (noto)
il **95%** è di tipo 2
con 20.000 nuovi casi/anno

Si stimano in **125.000** le persone con **diabete ignoto**

PAZIENTI IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO PER DIABETE MELLITO

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SOLO IPOGLICEMIZZANTI	8609	8847	9221	9719	10130	10531	10680	10552
SOLO INSULINE	948	1039	1102	1273	1404	1623	1762	1806
IPOGLICEMIZZ.+INSULINE	1015	1061	1122	1268	1442	1524	1585	1603
TOTALE	*10.572*	*10.947*	*11.435*	*12.260*	*12.976*	*13.678*	*14.027*	*13.961*
Prevalenza dei Diabetici Nella popolazione totale ULSS. N. 13	***4,18***	***4,28***	***4,39***	***4,64***	***4,87***	***5,09***	***5,18***	***5,16***

Costi della malattia diabetica

- In Italia
- il costo medio/anno per paziente con diabete è di **2.589 euro**
- pari al costo annuale di **11 miliardi di euro** per il SSN.

Fonte: ISTAT

Costi SSN per il diabete

- nel 2010 la malattia diabetica ha determinato il 10-15% dei costi dell'assistenza sanitaria nazionale

- più di **70.000 ricoveri** per complicanze quali:
  - ictus cerebrale,
  - infarto del miocardio,
  - insufficienza renale,
  - retinopatia diabetica,
  - amputazione degli arti inferiori.

Costi della malattia diabetica

Il Veneto spende ogni anno - per la cura dei pazienti con diabete – oltre 750 milioni di Euro

Il 60% di tale spesa è legata alla cura delle complicanze

Progetto Obiettivo DGR Veneto n. 3485/2009

- Monitoraggio epidemiologico continuo del diabete
- Screening: prevenzione primaria a tutte le età
- Diagnosi precoce: prevenzione secondaria
- Prevenzione complicanze croniche: prevenzione terziaria
- Gestione integrata fra MMG e team diabetologici
- Personalizzazione di PDTA condivisi
- Forme innovative di assistenza coordinate in rete informatica
- Organizzazione della cura su tre livelli assistenziali
- Rete dei team specialistici con maggiore razionalizzazione nella distribuzione sul territorio.

Obbiettivi

- Una diagnosi tempestiva e appropriata ed una cura ottimale per minimizzare il rischio di sviluppare complicanze acute e croniche
- migliorare lo stile di vita nella popolazione generale
- prevenire lo sviluppo di diabete di tipo 2 nei soggetti a maggior rischio.

Gestione del Diabete,quali criticità?

- Insufficienti percorsi formativi
- Limitata educazione sanitaria e terapeutica
- Erogazione non capillare dei presidi diagnostici e terapeutici
- Parziale e poco condivisa implementazione della gestione integrata
- Scarsa comunicazione telematica tra operatori e pazienti
- Carente continuità assistenziale
- Difficile transizione dalla diabetologia pediatrica a quella dell'adulto
- Disomogenea aderenza alle linee guida
- Ridotto coinvolgimento di Associazioni e Famiglie

Piani aziendali per la prevenzione e organizzazione dell'assistenza

- Descrizione delle risorse economiche, umane e strumentali
- Inoltrati alla Regione Veneto nella primavera 2010
- Esaminati e approvati dalla Giunta Regionale (dic. 2010)
- Finanziati con DGR n. 951 del 5 luglio 2011

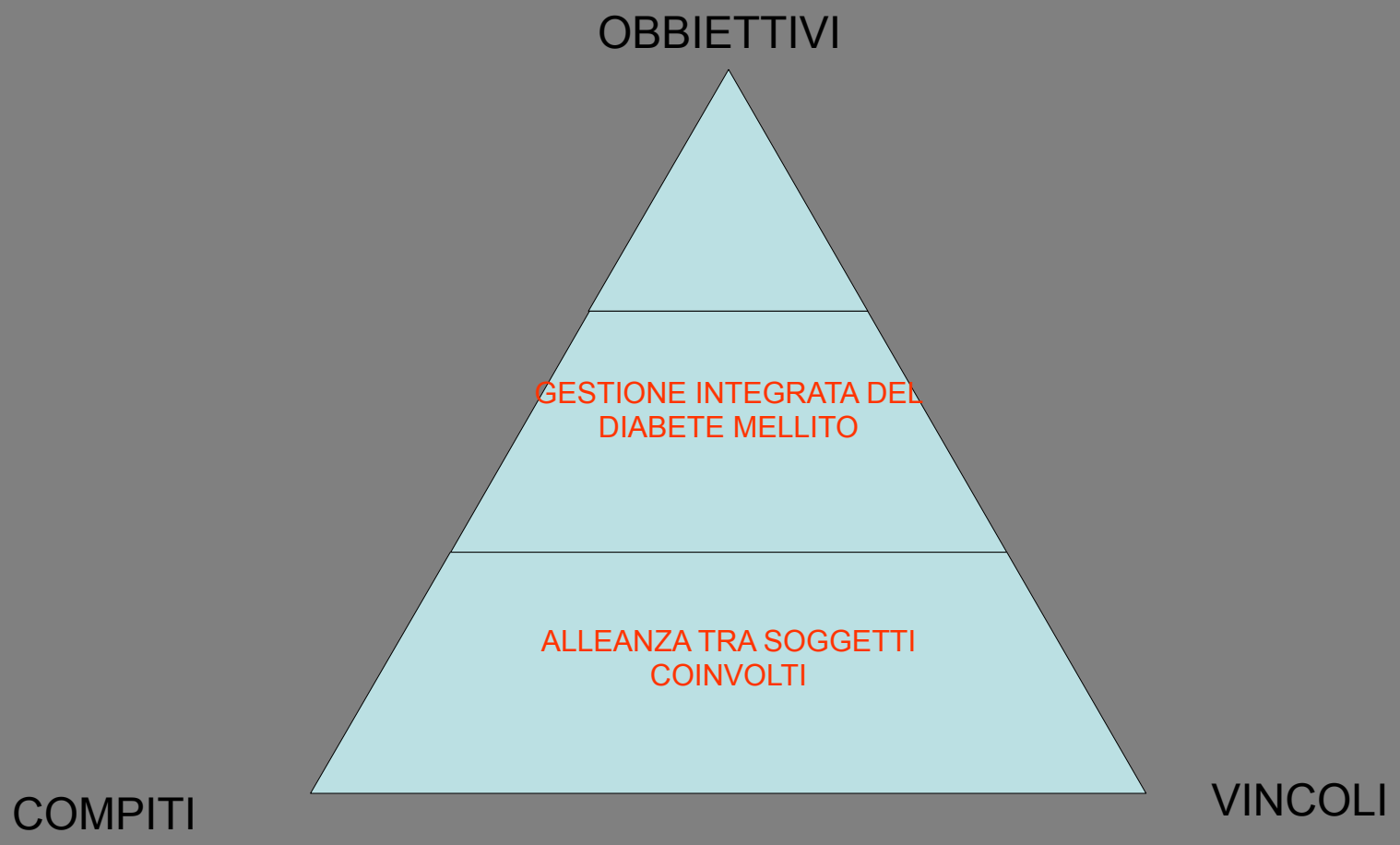
LEGGE REGIONALE n. 24 dell’11 novembre 2011

- strumento legislativo che disciplina gli interventi rivolti alla prevenzione, diagnosi e cura del diabete mellito, migliorando le modalità di cura dei cittadini diabetici attraverso la diagnosi più precoce della malattia e la prevenzione delle sue complicanze.

Documento per la riorganizzazione del Centro Diabetologico e per la presa in carico dei pazienti diabetici nel territorio della Azienda ULSS 13

- **Obiettivo di tale documento è quello di definire gli aspetti organizzativi, logistici ed operativi del Centro diabetologico a seguito della recente collocazione a livello Distrettuale e di definire la sua integrazione e collaborazione con la rete territoriale, in particolar modo con i Medici di Medicina Generale con le Associazione dei Pazienti e con le Farmacie Territoriali.**

L'ALLEANZA OPERATIVA



OBBIETTIVI SPECIFICI

- azioni di prevenzione e di diagnosi precoce
- azioni di prevenzione delle complicanze croniche
- cure tempestive ed appropriate in caso di complicanze acute
- l'educazione terapeutica e il maggiore coinvolgimento del paziente nella cura
- il sostegno attivo delle Associazioni dei pazienti.

OBBIETTIVI SPECIFICI

- una cura basata su PDTA standard, ispirati alle linee guida ma personalizzati
- una cura con approccio multidimensionale (medico-infermiere-dietista) e multidisciplinare (MMG-diabetologo-altri specialisti)

OBBIETTIVI SPECIFICI

- una gestione integrata fra MMG e diabetologi per la cura di tutti i diabetici fin dal momento della diagnosi della malattia e con interventi del team specialistico più o meno frequenti a seconda della situazione clinica

compiti per i MMG

- Prevenire il diabete, individuando i soggetti a rischio e suggerendo a quest'ultimi modifiche dello stile di vita.
- Ricercare il diabete misconosciuto
- Effettuare lo screening del diabete gestazionale
- Inviare i pazienti neo-diagnosticati al Centro Diabetologico

  secondo modalità concordate
- Assistere i diabetici nell'ambito di PDTA condivisi con il team diabetologico ed adattati al singolo paziente con piani di cura individuali
- Inviare al centro diabetologico i pazienti scompensati, le diabetiche gravide e le donne con diabete gestazionale, i pazienti con complicanze croniche medio-severe o in progressione

compiti per i MMG

- Condividere con il centro diabetologico l'assistenza anche dei pazienti ad alta complessità
- Predisporre e, laddove possibile, eseguire lo screening e la stadiazione periodica delle complicanze nei diabetici in follow-up in collaborazione col Centro Diabetologico
- Valutare periodicamente, anche mediante medicina d'iniziativa, i pazienti a bassa complessità

compiti per i MMG

- Collaborare alla rilevazione dei dati e all'aggiornamento della cartella clinica informatizzata
- Promuovere e attuare l'utilizzo di un sistema informativo per lo scambio di dati e informazioni utili a migliorare l'assistenza dei diabetici
- Contribuire all'educazione del paziente diabetico anche tramite incontri educazionali di gruppo, volti alla promozione di stili di vita virtuosi.

1° CONGRESSO NAZIONALE

a Società Italiana di Medicina dello Sport e dell'Esere

Firenze , 4-5 Novembre 2011

Il progetto "Un passo alla volta": un approccio innovativo per la riduzione del rischio cardiovascolare nei pazienti diabetici

Brugin E (a), Pescatore V (a), Noventa D (a), Cosma A (b), Franzolin R (c), Giada F (a)

(a) UOC Medicina dello Sport, Ospedale di Noale (VE)

(b) UOC Medicina, Servizio di Diabetologia, Ospedale di Mirano (VE)

(c)Unità Territoriale Assistenza Primaria, Noale (VE)

LE ORIGINI DEL PROGETTO

Nasce nel 2009 dall'esperienza di riabilitazione cardiovascolare della Medicina dello Sport di Noale

Contatto con CAD di Mirano e Dolo

Coinvolgimento delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria di Noale e Mira

Allargamento a Servizio di Cure Primarie Distrettuali, Scuola Infermieri, Sistema Epidemiologico Regione Veneto

Coinvolgimento di altre figure professionali (laureati e laureati specialisti in scienze motorie)

OBIETTIVI DEL PROGETTO

UN COUNSELING MOTIVAZIONALE STRUTTURATO MULTIDISCIPLINARE

FORMAZIONE DEL PERSONALE

Medici di medicina generale, diabetologi, medici dello sport, medici igienisti, cardiologi, infermieri, laureati in scienze motorie, psicologi, dietisti, dietologi, statistici

↓

corso di formazione di 36 ore condotto da un esperto pedagogista, formatore di operatori sanitari ed esperto di Educazione terapeutica in pazienti affetti da malattie croniche

SELEZIONE DEI PAZIENTI

soggetti dal database dei MMG dell'UTAP di Noale e Mira (ULSS 13)

Criteri di inclusione

Diabetici di tipo 2 senza complicanze

Terapia dietetica/antidiabetici orali+/-insulina

Durata di malattia compresa tra 6 mesi e 10 anni

HbA1c inferiore a 10.0%

Criteri di esclusione

Complicanze che impediscano il moto (grave neuropatia, vasculopatia, gravi alterazioni osteoarticolari)

Ischemia cardiaca e cerebrale, scompenso cardiaco

Condizione morbose gravi o a prognosi infausta

TUTTI I SOGGETTI

VALUTAZIONE BASALE:

Valutazione da parte del MMG

Rilevazione dei parametri antropometrici

Elettrocardiogramma

Esami bioumorali

Questionario SAT-P

Valutazione del livello di attività fisica (IPAQ)

RIVALUTAZIONE A 6 e 18 MESI: PARAMETRI ANTROPOMETRICI E HbA1c

RIVALUTAZIONE A 1 E 2 ANNI DALL'INIZIO DEL PROGETTO

(rischio cardiovascolare, controllo metabolico, incremento attività fisica)

SOGGETTI SELEZIONATI

GRUPPO 1

(UTAP Noale)

COUNSELING STRUTTURATO: APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE E PRESCRIZONE DI ATTIVITA' FISICA

?

GRUPPO 2

(UTAP Mira)

APPROCCIO TRADIZIONALE, COUNSELING BREVE

DIVISIONE IN GRUPPI (20 persone)

CIRCA 6 OPERATORI PER GRUPPO

INCONTRI MENSILI SU ARGOMENTI SPECIFICI

(MALATTIA DIABETICA, ESERCIZIO FISICO, ALIMENTAZIONE, COMPLICANZE)

DATI BASALI

120 SOGGETTI (39% femmine e 61% maschi)

ETA': 61.1 ± 7.7 anni

DURATA DIABETE: 6.3 ± 4.3 anni

BMI: 31.0 ± 5.1 kg/m2

(85.2% ≥ 25 kg/m2 e 52.8% ≥ 30 kg/m2)

CIRCONFERENZA ADDOMINALE: 106.2 ± 12.6 cm

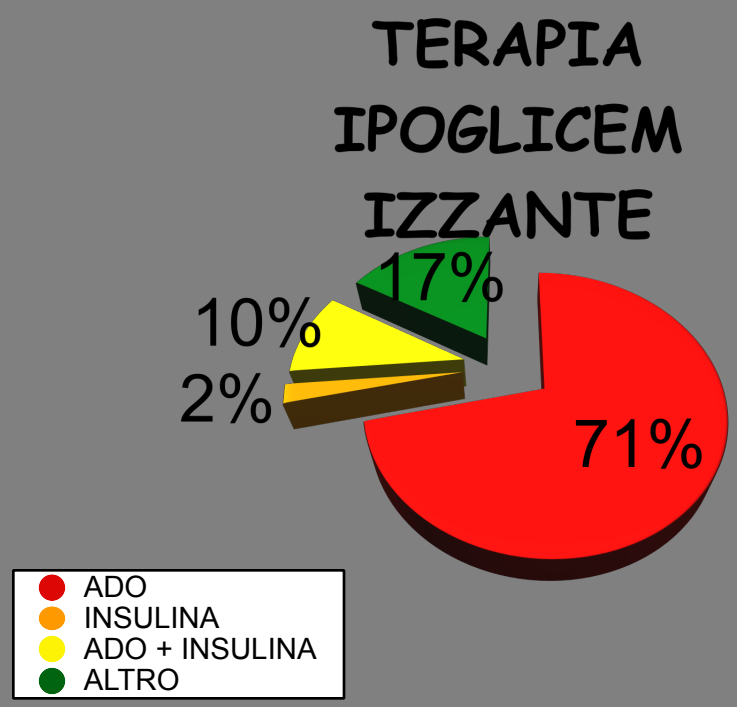
PRESSIONE SISTOLICA: 144 ± 15 mmHg

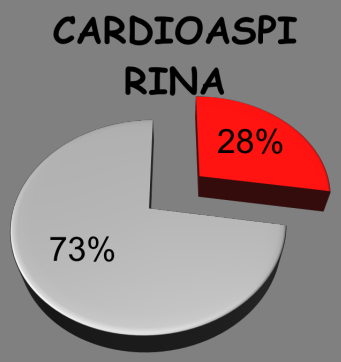
(46.7% ≥ 140 mmHg)

PRESSIONE DIASTOLICA: 84 ± 9 mmHg

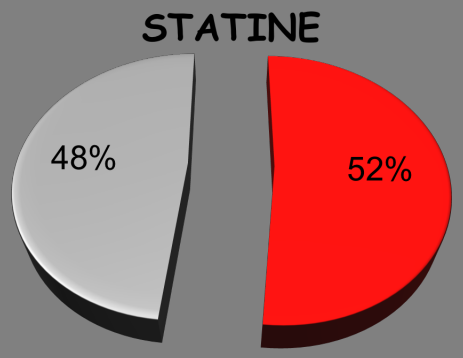
(26.2 % ≥ 90 mmHg)

TERAPIA FARMACOLOGICA




CARDIOASPI
RINA
28%
73%

ANTIPERTEN
SIVI
32%
68%

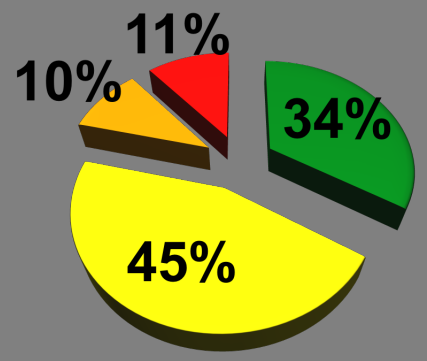

STATINE
48%
52%

RISULTATI PRELIMINARI A 6 MESI

- NON EVENTI AVVERSI CORRELATI ALL'ATTIVITA' FISICA PRESCRITTA
- DROP OUT: 7 SOGGETTI
- RIVALUTATI CIRCA 2/3 DEI SOGGETTI
- 62% SOGGETTI CALO PONDERALE E 84% RIDUZIONE DELLA CIRCONFERENZA VITA
- PRESSIONE ARTERIOSA TREND IN DISCESA

  (PAS da 146 ± 15 mmHg a 142 ± 5 mmHg e PAD da 84 ± 9 a 82 ± 10 mmHg)

EMOGLOBINA GLICATA



HbA1c: 7,5 ± 1,28 %

- INFERIORE A 7 %
- TRA 7.1 % E 8 %
- TRA 8.1 % E 9 %
- SUPERIORE A 9 %

HbA1c: 7,0 ± 0,9 %

L’ASSOCIAZIONE DIABETICI DEL MIRANESE IN COLLABORAZIONE CON L’UTAP DI NOALE APRE UN PUNTO DI RIFERIMENTO TERRITORIALE PER IL DIABETE

OBBIETTIVI

- AIUTARE I CITTADINI DEL TERRITORIO A COMPRENDERE COME UN SANO STILE DI VITA SIA IN GRADO DI PREVENIRE LA MALATTIA DIABETICA O DI EVITARE L’INSORGENZA DI GRAVI COMPLICANZE.
- AIUTARE I SOGGETTI DIABETICI A SAPER GESTIRE OGNI GIORNO LA MALATTIA CON L’USO CORRETTO DEI PRESIDI DIAGNOSTICI.
- AIUTARE I DIABETICI E I LORO FAMILIARI SULLE PROBLEMATICHE INERETNTI L’ACCETTAZIONE DELLA MALATTIA .
- AIUTARE A DISTRICARSI NEI VARI PROBLEMI BUROCRATICI.
- AIUTARE I GIOVANI ,ANCHE IN ETA’ SCOLARE ,A COMPRENDERE COME UN ADEGUATO STILE DI VITA E UN CORRETTO REGIME ALIMENTARE POSSANO COMBATTERE L’INSORGENZA DI OBESITA’ E DIABETE MELLITO