

3.3 Diabete

1) REGIONE	CALABRIA
2) Titolo del progetto o del programma	Screening Diabete Mellito e Ridotta Tolleranza Glucidica su una popolazione di donatori di sangue afferente al Centro Avis
3) Identificativo della linea o delle linee di intervento generale (indicate nel quadro d'insieme)	3.3 Diabete
4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del piano operativo regionale	3.3.1
5) Breve descrizione dell'intervento programmato *	
6) Beneficiari (target dell'intervento)	popolazione (di età compresa tra i 18 e 65 anni) donatori di sangue
7)Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti**	Prevenzione della malattia diabetica e delle sue complicanze individuando, in una coorte di soggetti apparentemente sani i portatori di Diabete Mellito o di Ridotta Tolleranza Glucidica

Breve descrizione dell'intervento programmato*

Razionale dell'intervento eventualmente supportato da elementi oggettivi	<p>A fronte della rilevanza assunta dalla malattia diabetica in quanto emergenza di sanità pubblica, <i>si</i> riapre la discussione sulla necessità di realizzare interventi di diagnosi precoce a livello di popolazione.</p> <p>I dati epidemiologici indicano che il numero di persone affette da diabete è in costante aumento: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i malati sarebbero circa 220 milioni in tutto il mondo, un numero destinato a crescere per effetto dell'incremento demografico, dell'invecchiamento e dell'elevata prevalenza di sovrappeso e obesità, conseguente ai cambiamenti degli stili di vita.</p> <p>Secondo i dati riportati nell'annuario statistico Istat 2009, la prevalenza di diabete mellito è cresciuta al 4,8% (era 4,0% nel 2003 e 4,5% nel 2006), per un totale di circa 3 milioni di persone ammalate. Valori tendenzialmente più elevati si registrano tra le donne (5%) e nel Sud (5,5%). Oltre il 90% dei casi è riferibile al diabete di tipo 2, caratteristico dell'età adulta, mentre la quota rimanente riguarda la forma infantile-giovanile (tipo 1).</p> <p>La mortalità ha mostrato negli ultimi anni un andamento altalenante, intorno al valore di 3,4 per 100.000 tra i maschi e 3,2 tra le femmine nel 2003.</p> <p>Sul versante dei costi, l'impatto del diabete è stato stimato pari al 6,7% dell'intera spesa sanitaria nazionale, pubblica e privata.</p> <p>A fronte della consistenza dei numeri e del carico sanitario e sociale che può essere imputato alla malattia e alle sue complicanze, si torna a discutere sull'opportunità di realizzare campagne di screening a livello di popolazione, volte a diagnosticare precocemente il diabete (di tipo 2) negli adulti e a ridurre gli esiti negativi associati alla sua progressione.</p>
--	---

Scopi generali che si propone	<p>contribuire alla prevenzione della malattia diabetica e delle sue complicanze individuando, in una coorte di soggetti apparentemente sani i portatori di Diabete Mellito o di Ridotta Tolleranza Glucidica che ad un controllo di routine, eseguito per altri motivi, presentano una glicemia a digiuno superiore a 100 mg/dl (iperglicemia a digiuno o IFG) e valutare nel nostro territorio l'incidenza (prevalenza) percentuale del Diabete misconosciuto e della Ridotta tolleranza glucidica su una popolazione apparentemente sana</p> <p>L'intervento precoce di queste condizioni consente attraverso adeguati interventi sullo stile di vita e/o tempestive prescrizioni di terapia farmacologia di prevenire/ritardare lo sviluppo della malattia conclamata e delle sue complicanze</p>
Fasi e attività	<p>Ai Centri AVIS ed ADSPEM di Cosenza e Reggio Calabria afferrisce annualmente una popolazione (di età compresa tra i 18 e 65 anni) di circa 3500 donatori di sangue, con una media di due accessi anno. Gli esami di routine, previsti dal protocollo nazionale per i donatori di sangue, includono la glicemia a digiuno che, al fine del presente lavoro, consideriamo screening di base.</p> <p>1° step: glicemia a digiuno</p> <p>2° step: lettura degli esami ed individuazione dei soggetti con glicemia a digiuno maggiore di 100mg/dl e che non abbiano già una diagnosi di Diabete :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se la glicemia rilevata è >di 126 mg/dl viene ripetuta e se anche al secondo prelievo risulta essere ancora >di 126mg /dl soggetto viene inviato al Servizio di Endocrinologia e Diabetologia per la diagnosi, l'inquadramento ed il trattamento del Diabete • Se la glicemia a digiuno è compresa tra 100 e 125mg/dl vengono inviati al Servizio di Diabetologia o Endocrinologia per un inquadramento diagnostico:soggetti a rischio (familiarità per diabete, soprappeso o obesità, pregresso Diabete Gestazionale) viene consigliata l'esecuzione di uno dei seguenti esami: <ul style="list-style-type: none"> - OGTT con 75 g di glucosio a 120 minuti - esecuzione dell'HbA1c <p>Se glicemia 2 ore dopo carico orale di glucosio <a 140 = Iperglicemia a digiuno(IFG)</p> <p>Se glicemia 2 ore dopo carico orale di glucosio 140-199 mg/dl= ridotta tolleranza glucidica</p> <p>Se glicemia 2 ore dopo carico orale di glucosio > di 200 = Diabete Mellito</p> <p>HbA1c>7.5 = Diabete Mellito</p> <p>HbA1c 6.00-6.49= Ridotta tolleranza al glucosio</p> <p>3° step: i soggetti per i quali si ravvisano le suddette condizioni saranno inviati al MMG con adeguata relazione per il follow up del caso</p>
Attori e portatori di interesse coinvolti	<p>Popolazione (di età compresa tra i 18 e 65 anni) donatori di sangue</p> <p>IL personale sanitario medico e paramedico dei Servizi Trasfusionali dell'AVIS ed ADSPEM hanno il compito di individuare tra i donatori i soggetti potenzialmente a rischio ed inviarli ai servizi di Endocrinologia e Diabetologia</p> <p>Il diabetologo ha il compito di programmare, prescrivere ed interpretare gli esami (HbA1c, OGTT) inoltre ha il compito di relazionarsi con il</p>

	medico di medicina di base e programmare il follow up.
Criticità	Recupero dei dati , possibile abbandono dei donatori
Tempi di attuazione	Dieci giorni dall'arruolamento alla diagnosi Per il Follow up: accesso ai controlli ogni 6 mesi
Indicatori (di processo, di risultato)**	<p>N° di Pazienti con diagnosi di IFG o IGT o Diabete Melito 2 Tipo di indicatore : descrittivo generale Denominatore : n° di donatori visti nell'anno Risultato : % di nuove diagnosi di IFG o IGT o Diabete rispetto al n° tot.dei donatori visti nell'anno Dati da raccogliere : Classificazione di IFG o IGT o Diabete, anno di diagnosi</p> <p>Monitoraggio clinico % di pazienti con almeno 2 valutazioni dell'HbA1c nell'anno Tipo di indicatore : processo Denominatore : numero totale di pazienti con DM2 visti nell'anno Risultato : % di pazienti con almeno 2 valutazioni dellHbA1c nel'anno rispetto al totale dei pazienti visti nell'anno</p>
Risultati attesi	<p>Diagnosticare il Diabete tipo2 nella fase asintomatica prima della comparsa si complicanze croniche gravi</p> <p>Nel corso dello screening per diabete possono essere identificati soggetti con alterazioni della glicemia non diagnostiche per diabete (IGT e IFG) nei quali interventi sullo stile di vita possono consentire di prevenire o ritardare lo sviluppo della malattia conclamata</p>

1) REGIONE	CALABRIA
2) Titolo del progetto o del programma	Prevenzione e gestione delle complicanze del diabete tipo 2
3) Identificativo della linea o delle linee di intervento generale (indicate nel quadro d'insieme)	3.3 Diabete
4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del piano operativo regionale	3.3.2
5) Breve descrizione dell'intervento programmato *	
6) Beneficiari (target dell'intervento)	Pazienti in trattamento con iporali di età compresa tra 50 e 70 anni
7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti**	prevenzione delle complicanze o , nel caso fossero già presenti, l'arresto della loro progressione in pz tra 50 e 70 anni

Breve descrizione dell'intervento programmato*

Razionale dell'intervento eventualmente supportato da elementi oggettivi	<p>L'impatto clinico del diabete è direttamente correlato con la presenza e la severità delle complicanze croniche. Sia le complicanze cardiovascolari che quelle a carico del rene, della retina e del piede, hanno effetti devastanti sia in termini di spettanza di vita che di qualità di vita.</p> <p>È ampiamente noto, inoltre, che il numero dei casi affetti dalla malattia è in continuo aumento e che è stato stimato un incremento dei casi del 165% nel 2050.</p> <p>Sono soprattutto le complicanze cardiovascolari aterosclerotiche a spiegare l'eccesso di mortalità e morbilità presente nel diabete mellito. Studi clinici (studio BARI-2I) hanno dimostrato che ridurre tutti i fattori di rischio cardiovascolari con un intervento intensivo è efficace nel prevenire o rallentare le complicanze cardiovascolari.</p> <p>Pertanto solo un approccio globale alla malattia, non limitato al controllo glicemico, può consentire di ridurre in maniera clinicamente significativa l'impatto delle complicanze macro e microangiopatiche (Cardiopatía ischemica, ICTUS, cecità, amputazioni a carico degli arti inferiori, dialisi) sulla mortalità e morbilità del diabete</p>
Scopi generali che si propone	<p>Attivazione di un percorso assistenziale educativo e terapeutico che prevede</p> <ul style="list-style-type: none"> - una serie di attività diagnostiche da effettuare nell'arco di un anno relative a esami di laboratorio di routine, P.A., E.C.G. doppler arterioso arti inferiori esame del fondo oculare, indice W. - interventi di attività educativa rivolte alla promozione dell'autocura,

	all'adozione di stili di vita idonei e per una azione di monitoraggio dei segni e sintomi indicativi per la comparsa di complicanze ed indici di aggravamento per avviare rapidamente il paziente ad effettuare consulenze specialistiche del caso
Fasi e attività	<p>Arruolamento di n. 500 pazienti in trattamento con iporali di età compresa tra 50 e 70 anni</p> <p>Attività educative di gruppo: due incontri di due ore ciascuno dei pazienti con infermieri, assistente sociale dietiste diabetologo affrontando l'inquadramento generale sulle problematiche della patologia, l'autocontrollo glicemico, la cura del piede, l'alimentazione, l'esercizio fisico. Gli incontri hanno cadenza quindicinale.</p> <p>Attività di verifica dell'apprendimento (6 mesi) Incontri di gruppo di due ore condotti da infermieri, dietiste, assistente sociale per valutare l'efficacia dell'intervento educativo, follow up monitoraggio e rinforzi educativi.</p> <p>Due visite ambulatoriali l'anno per controllo dei parametri vitali: peso, P.A. circonferenza vita ,esami di laboratorio dei fattori di rischio (glicemia, HbA1c, creatinina, clearance della creatinina, colesterolo, HDL, LDL, trigliceridi, microalbuminuria, esame delle urine)</p>
Attori e portatori di interesse coinvolti	Pazienti diabetici, Diabetologo , Dietista, Infermiera Assistente sociale
Criticità	Mancanza di personale infermieristico e assistente sociale
Tempi di attuazione	24 mesi
Indicatori (di processo, di risultato)**	<p>Monitoraggio clinico: % dei pazienti che parteciperanno agli incontri di educazione Tipo di indicatore : processo Denominatore : numero totale dei pazienti arruolati Risultato : % di pazienti con due incontri previsti</p> <p>Protezione cardiovascolare : % dei pazienti con almeno una valutazione del profilo lipidico nell'anno Tipo di indicatore : processo Denominatore : numero totale dei pazienti arruolati Risultato : % di pazienti visti</p>
Risultati attesi	<p>Migliorare la qualità di vita della persona assistita e della famiglia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ridurre il numero di ospedalizzazioni per complicanze croniche del diabete - Ridurre il tasso di mortalità

1) REGIONE	CALABRIA
2) Titolo del progetto o del programma	Progetto Diabete Calabria: riorganizzazione dell'assistenza diabetologica con integrazione tra Medici di Medicina Generale e Centri di Diabetologia
3) Identificativo della linea o delle linee di intervento generale (indicate nel quadro d'insieme)	3.3 Diabete
4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del piano operativo regionale	3.3.3
5) Breve descrizione dell'intervento programmato *	
6) Beneficiari (target dell'intervento)	Popolazione
7)Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti**	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete

Breve descrizione dell'intervento programmato*

Razionale dell'intervento eventualmente supportato da elementi oggettivi	<p>La malattia diabetica è in rapido aumento nei Paesi industrializzati e la sua prevalenza è ora stimata essere superiore al 6%. A fronte di ciò esistono delle importanti criticità nella gestione dei pazienti che possono essere così riassunte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eterogeneità e carenza di sistematicità nella gestione dei pazienti diabetici • Necessità di distinguere le competenze: 1° livello (MMG) 2° livello (Struttura Specialistica) • Scarsa comunicazione tra MMG e Specialista • Carenza di programmi coordinati sulla educazione alla salute • Ricorso improprio al ricovero ospedaliero
Scopi generali che si propone	<p>Ottimizzare la cura della malattia diabetica e prevenirne le complicanze mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosi precoce della malattia diabetica • Promozione della partecipazione attiva del malato alla gestione della propria malattia • Monitoraggio/gestione metodica del paziente diabetico da parte del MMG (attività di 1° livello) • Ottimizzazione e razionalizzazione dell'accesso ai Centri di Diabetologia (attività di 2° livello) • Cura e diagnosi delle complicanze con integrazione delle diverse

La Fase di individuazione dei Medici di Medicina Generale e dei Centri di Diabetologia sarà completata entro il mese di Gennaio 2011.

La Fase di formazione per il primo gruppo di Medici di Medicina Generale (45 Medici) è già prevista, con eventi accreditati ECM, tra Gennaio e Marzo 2011 (quattro incontri, nelle seguenti date: 29 Gennaio, 19 Febbraio, 12 e 26 Marzo).

La Fase di Monitoraggio inizierà subito dopo l'ultimo incontro (26 Marzo) e si protrarrà per gli anni 2011 e 2012.

Indicatori (di processo, di risultato)

Gli Indicatori di processo saranno numerosi. Quelli più importanti sono di seguito riportati:

- Numero di pazienti con nuova diagnosi di diabete/anno
- Numero medio di visite/pazienti/anno in accordo alla classe di trattamento (solo dieta, ipoglicemizzanti orali, insulina±ipoglicemizzanti orali)
- Numero di pazienti con almeno 2 valutazioni dell'HbA1c nell'anno
- Numero di pazienti in terapia insulinica che hanno ricevuto le corrette istruzioni sul monitoraggio della glicemia e sulla sua gestione
- Numero di pazienti che hanno avuto almeno un esame dell'occhio nel corso dell'anno
- Numero di pazienti che hanno avuto almeno un esame del piede nel corso dell'anno
- Numero di pazienti con almeno una valutazione della microalbuminuria nel corso dell'anno o che ha evidenziato una nefropatia

Gli Indicatori di risultato saranno anch'essi numerosi, i principali dei quali sono:

- Numero di pazienti con $HbA1c \leq 7,0\%$
- Numero di pazienti con $PA \leq 130/80$ mmHg
- Numero di pazienti con livelli di colesterolo LDL ≤ 130 mg/dl

Risultati attesi

I risultati attesi del presente Progetto sono:

- Aumento del numero dei pazienti diabetici diagnosticati (emersione del diabete sommerso);
- Riduzione del livello dei fattori di rischio cardiovascolare (glicemia, emoglobina glicosilata, ipertensione, iperlipidemia, fumo di sigaretta);
- Riduzione delle spese per esami emato-chimici e strumentali (evitando l'inutile ripetizione degli esami presso il MMG ed il Centro di Diabetologia, grazie all'interazione tra gli stessi);
- Riduzione del numero di ricoveri impropri per diabete;
- Riduzione degli eventi cardiovascolari

Scheda finanziaria

La realizzazione del Progetto Diabete Calabria prevede la creazione di una rete telematica che consenta il continuo interscambio di informazioni tra MMG e Centri di Diabetologia, la formazione del personale (sia MMG che Medici dei Centri di Diabetologia) con condivisione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici, monitoraggio continuo delle attività dei MMG e dei Centri di Diabetologia.

Per tale motivo si prevede un costo di Euro 200.000,00 per anno, per gli anni 2011 e 2012.