



LA PANDEMIA SILENTE DEL DIABETE: UN'EMERGENZA SANITARIA, SOCIALE ED ECONOMICA

Antonio Nicolucci

*Direttore Dipartimento di Farmacologia Clinica e Epidemiologia,
Consorzio Mario Negri Sud*

*Coordinatore Data Analysis Board,
Italian Barometer Diabetes Observatory*



La pandemia silente

In tutto il mondo la prevalenza del diabete sta crescendo ad un ritmo vertiginoso, come conseguenza del diffondersi dell'obesità

Ogni anno più di tre milioni di persone muoiono a causa delle complicanze cardiovascolari del diabete

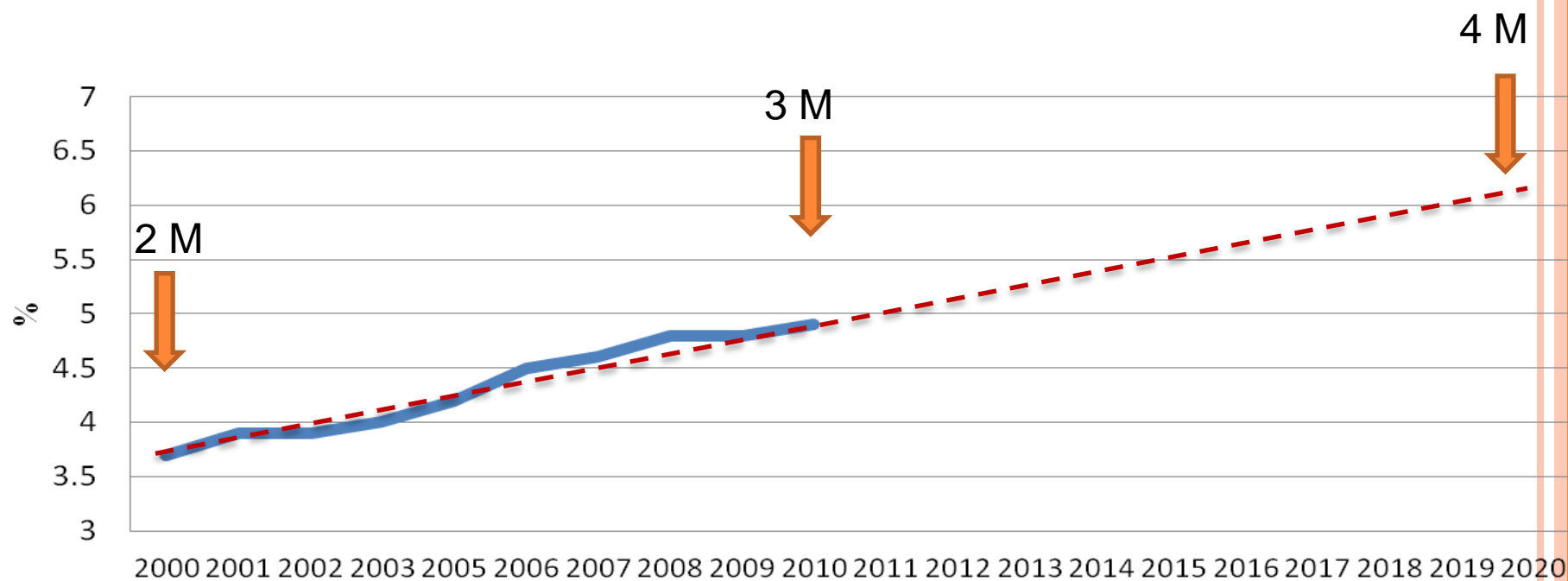
Inoltre, il diabete raddoppia il rischio di morte per tumori, malattie renali, malattie epatiche, malattie gastrointestinali, malattie respiratorie, infezioni, cadute, malattie mentali, suicidi

Per una persona che riceve la diagnosi di diabete a 40 anni l'aspettativa di vita è ridotta di 5-10 anni

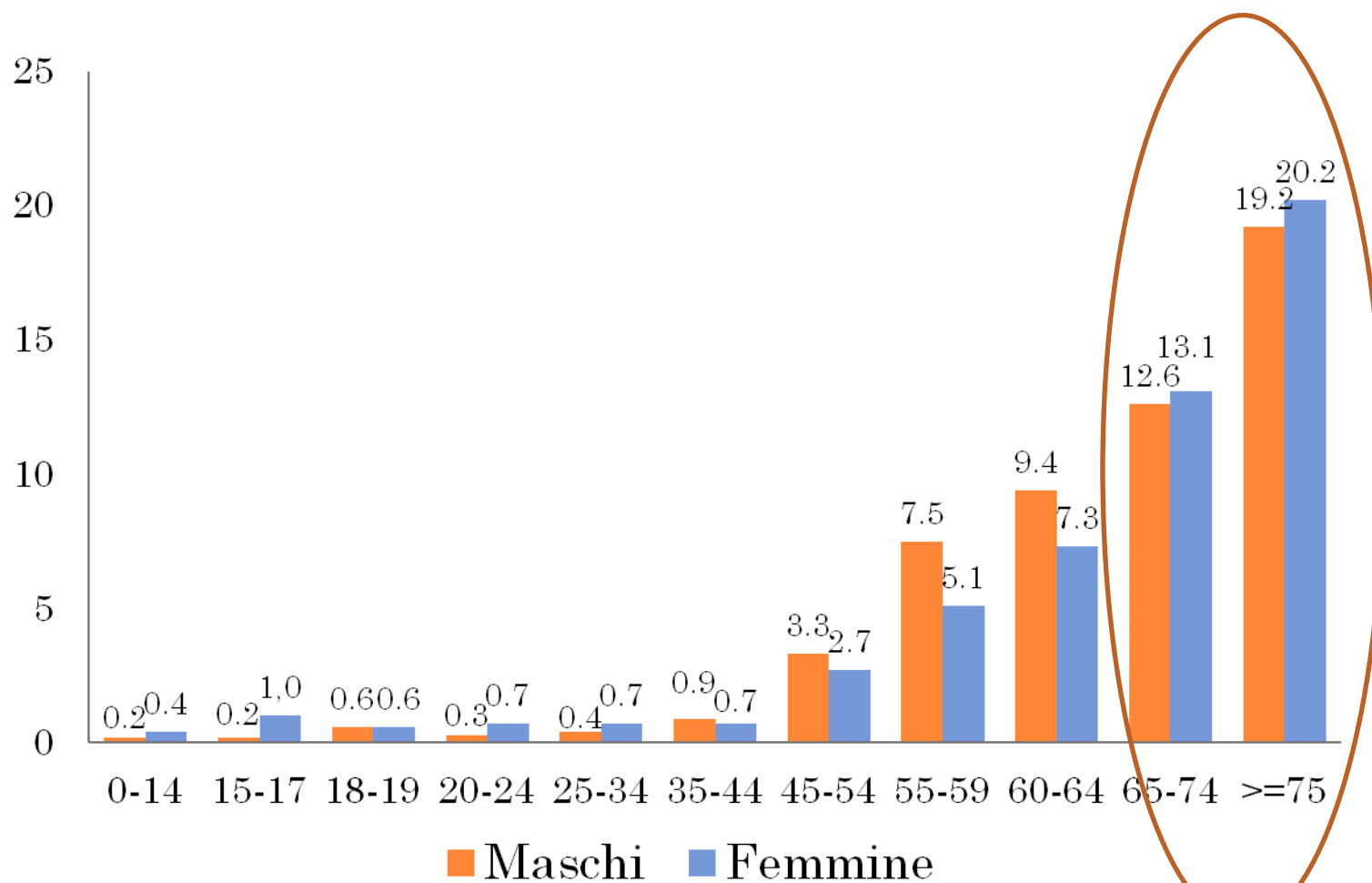
Di fatto, in molti casi la prognosi del diabete non è diversa da quella di alcune fra le più comuni forme di tumore.



Andamento della prevalenza del diabete in Italia: 2001-2010 (ISTAT)



Prevalenza del diabete in Italia per fasce di età e sesso. Dati ISTAT 2010.



Stime di crescita della popolazione di età ≥ 65 anni in Italia (ISTAT)



Complicanze e patologie concomitanti	OR (IC 95%)
IMA	1,85 (1,77-1,92)
Cardiopatía ischemica	2,47 (2,41-2,53)
Scompenso cardiaco	2,48 (2,40-2,56)
Aritmie	1,49 (1,45-1,53)
Complicanze cerebrovascolari	2,02 (1,97-2,07)
Ictus ischemico	2,07 (1,96-2,18)
Ictus emorragico	1,26 (1,12-1,40)
Complicanze renali	2,82 (2,73-2,91)
Neuropatia	3,77 (3,55-4,00)
Complicanze oculari	1,74 (1,70-1,79)
Complicanze arti inferiori	6,01 (5,44-6,64)
Vasculopatia periferica	4,09 (3,94-4,24)
Amputazioni	8,77 (7,16-10,75)
Amputazioni maggiori	4,31 (3,29-5,65)
Amputazioni minori	15,04 (11,12-20,34)
Malattie infettive	1,87 (1,83-1,90)



LE IPOGLICEMIE COME PARADIGMA DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE

IMPATTO CLINICO

Le ipoglicemie rappresentano una causa di morte e di deficit cognitivi

IMPATTO SOCIALE

Effetto negativo sulla qualità della vita, sulla soddisfazione per la cura e sull'adesione alle raccomandazioni mediche

IMPATTO ECONOMICO

Costi diretti associati ai ricoveri in ospedale, agli accessi al pronto soccorso e alle cure mediche

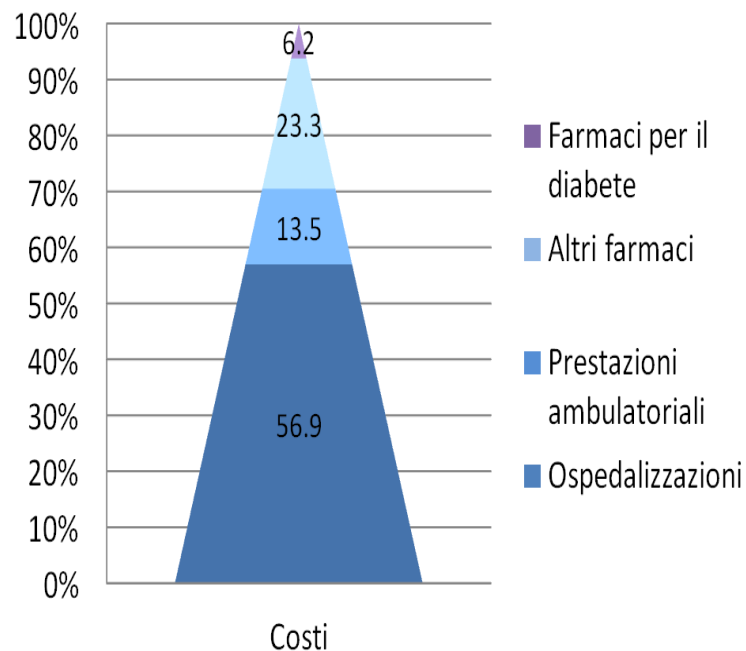
Costi indiretti causati dalla perdita di produttività, dal pensionamento precoce e dalla necessità di assistenza

IMPATTO POLITICO

Rinnovo della patente di guida nelle persone a rischio di ipoglicemia



I COSTI DIRETTI DEL DIABETE

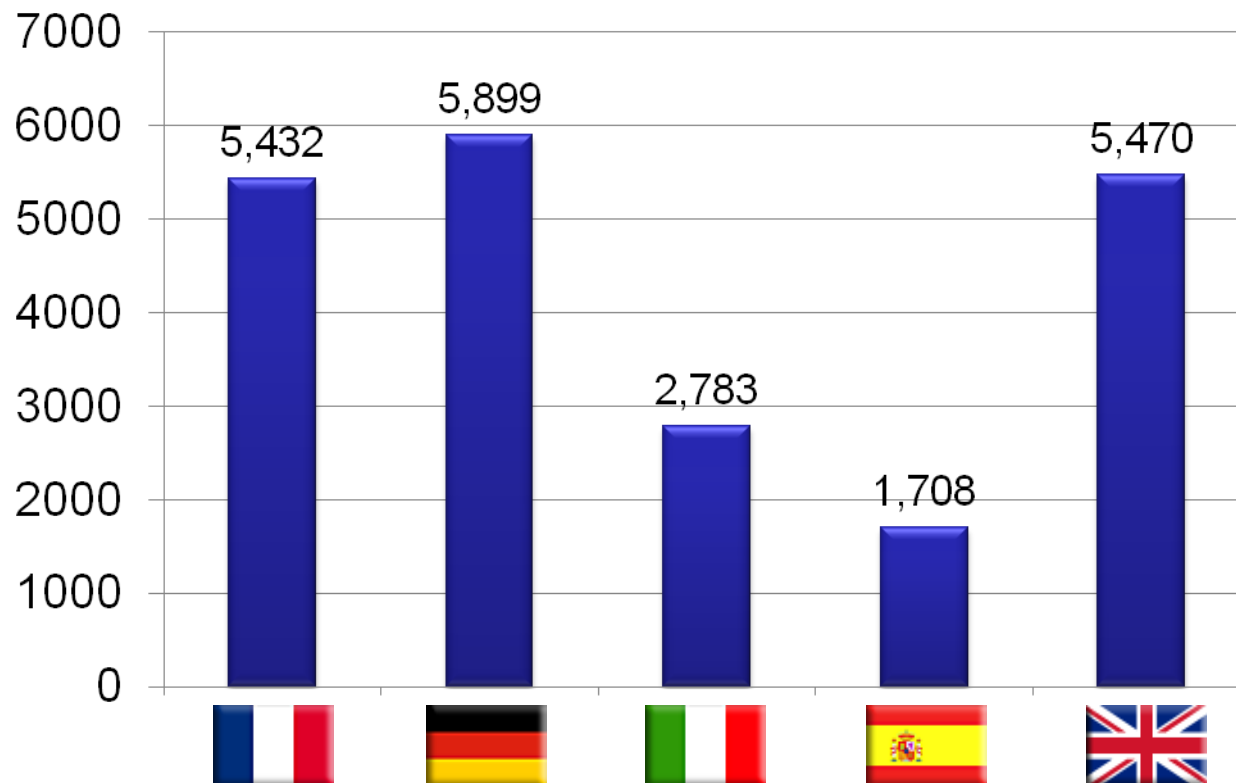


- I costi del diabete per il budget della sanità italiana ammontano al 9% delle risorse. Questo vuol dire più di **9,22 miliardi di EUR all'anno** o 1,05 milioni di EUR ogni ora.
- In generale il costo della sanità **per un cittadino italiano con diabete** è in media di **2.600 EUR all'anno**, più del doppio rispetto a cittadini di pari età e sesso, ma senza diabete.
- Solo il 6% della spesa riguarda i farmaci anti diabete, il 23% è legato alle terapie per le complicanze e le patologie concomitanti, **mentre il 71% è relativo al ricovero ospedaliero e alle cure ambulatoriali.**
- Da un punto di vista sociale, i costi economici includono anche **perdita di produttività** e conseguentemente **perdita di opportunità per lo sviluppo economico**



Costo medio per soggetto con diabete (€) London School of Economics 2011

Costi diretti



N.B. per la Spagna, utilizzando altre fonti, il costo potrebbe raggiungere i 3,015 €



**I costi diretti del diabete:
i dati dell'osservatorio ARNO diabete**

	2006	2010
Farmaci per il diabete	170	171
Altri farmaci	527	643
Prestazioni ambulatoriali	488	373
Ricoveri ospedalieri	1274	1569
Totale	2589	2756



Copenhagen Roadmap

Outcomes of the European
Diabetes Leadership Forum



TODAY, WE CAN CHANGE TOMORROW
EUROPEAN DIABETES LEADERSHIP FORUM
COPENHAGEN 2012

PREVENZIONE

- **Promuovere comportamenti salutari e creare condizioni ambientali che favoriscano l'adozione di stili di vita corretti**
- **Migliorare la salute dei bambini, delle donne in gravidanza e delle madri**
- **Implementare programmi di prevenzione per le popolazioni vulnerabili e ad alto rischio**

DIAGNOSI PRECOCE

- **Utilizzare questionari nazionali per la valutazione del rischio**
- **Disegnare ed implementare programmi di screening mirati ai fattori di rischio più importanti (health checks)**
- **Assicurare interventi educativi e sugli stili di vita nelle persone ad alto rischio**

MIGLIORARE LA QUALITA' DELLA CURA E IL MONITORAGGIO

- **Erogare un'assistenza coordinata e di alta qualità, che risponda ai bisogni delle persone che vivono con patologie croniche**
- **Promuovere un'assistenza basata sulla centralità della persona**
- **Utilizzare i sistemi informativi per ottenere dati che permettano di guidare le scelte e di identificare le priorità**

Conclusioni

- *Se il tasso di crescita del diabete continuerà ai livelli attuali, nessun sistema sanitario sarà più in grado di garantire equità di accesso a cure adeguate*
- *Una riduzione importante del peso clinico, sociale ed economico può essere ottenuta solo agendo di concerto con gli altri Paesi europei ed utilizzando gli indirizzi della Copenhagen Roadmap per intervenire contemporaneamente su:*
 - *Prevenzione primaria*
 - *Diagnosi e trattamento precoci*
 - *Miglioramento della qualità della cura*
- *Questi obiettivi possono essere raggiunti solo attraverso investimenti adeguati, uno sforzo coordinato che coinvolga tutte le parti in causa e un'organizzazione dell'assistenza con forte orientamento alle cronicità*

