

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

Dr. Antonio Nicolucci

Capo Dipartimento di Farmacologia Clinica e Epidemiologia  
Consorzio Mario Negri Sud  
Santa Maria Imbaro (CH)

La prevalenza del diabete mellito cresce a velocità vertiginosa in tutte le regioni del mondo, a causa dell'adozione sempre più diffusa di stili di vita inappropriati (eccessivo introito calorico alimentare, sedentarietà) che stanno determinando in tutte le fasce di età un aumento incontrollabile dell'obesità e del sovrappeso.

Sebbene generalmente percepita dall'opinione pubblica come una patologia cronica ad andamento benigno, in realtà il diabete ha effetti devastanti dal punto di vista clinico, sociale ed economico. Ogni anno nel mondo più di tre milioni di persone muoiono a causa delle complicanze cardiovascolari del diabete. Inoltre, in presenza di diabete raddoppia il rischio di morte associato ad un ampio spettro di condizioni croniche e acute quali tumori, malattie renali, malattie epatiche, malattie gastrointestinali, malattie respiratorie, infezioni, cadute, malattie mentali, suicidi.

Per questa ragione, una diagnosi di diabete all'età di 40 anni determina una riduzione dell'aspettativa di vita di 5-10 anni. A tutti gli effetti, la prognosi del diabete è in molti casi non dissimile da quella di tante forme di tumore.

In Italia il numero di persone affette da diabete è cresciuto di 1 milione negli ultimi 10 anni, raggiungendo la quota di 3 milioni, oltre ad una quota imprecisata, ma sicuramente superiore al milione, di persone affette dalla malattia senza saperlo. Se la crescita continuerà ai ritmi attuali, nel 2020 le persone affette da diabete noto saranno 4 milioni, con enormi ripercussioni riguardo i costi e l'organizzazione dell'assistenza. A rendere il quadro ancora più preoccupante è la crescita continua del numero di cittadini ultrasessantacinquenni, il cui numero negli ultimi 8 anni è passato dai 10 ai 12 milioni (proiezioni ISTAT indicano che se il trend attuale verrà mantenuto il numero potrà raggiungere i 20 milioni nel 2050). Poiché una persona su 10 fra i 65 e i 70 anni e una su cinque oltre i 70 è affetta da diabete, crescerà sempre di più la quota di persone anziane che, oltre al diabete, sarà affetta dalle altre condizioni croniche tipiche della terza età, ponendo seri problemi di accesso alle cure, con drammatici risvolti sociali. L'assistenza agli anziani fragili rappresenterà quindi una delle sfide più importanti per il SSN. Sul versante opposto, l'aumento continuo dei casi di obesità in età infantile ed adolescenziale porterà sempre di più alla comparsa di diabete di tipo 2 nei giovani adulti, con un impatto altrettanto drammatico sia sul versante clinico/assistenziale (soggetti che dovranno convivere per una intera vita con il diabete e le sue complicanze) che su quello economico (perdita di produttività, pensionamento precoce). Ad aggravare ulteriormente le previsioni concorre la situazione di crisi economica del Paese. Il diabete è infatti molto più frequente nelle fasce socio-economiche svantaggiate e il numero di famiglie che vivono in stato di povertà relativa o assoluta cresce anno dopo anno.

Questo quadro epidemiologico in rapida evoluzione ha delle ricadute estremamente importanti sia sul versante assistenziale che su quello economico. A tutt'oggi, nonostante la disponibilità di un ampio numero di opzioni terapeutiche, le persone con diabete sono colpite in un'alta percentuale di casi da complicanze acute e croniche. Le persone con diabete hanno infatti un rischio da 2 a 6 volte maggiore di essere ricoverate in ospedale per complicanze croniche quali patologie cardiovascolari, cerebrovascolari, renali, vascolari periferiche, amputazioni. Oltre alle complicanze croniche, anche le complicanze acute, come ad esempio le ipoglicemie indotte da alcune fra le terapie più utilizzate, sono responsabili di importanti costi diretti ed indiretti, di effetti negativi sulla qualità della vita, la soddisfazione per la cura ricevuta e l'adesione alle raccomandazioni mediche, e presentano importanti implicazioni sul versante politico, legate ad esempio al problema del rinnovo delle patenti di guida.

Complessivamente, i costi diretti per l'assistenza alle persone con diabete ammontano ad oltre 9 miliardi di Euro all'anno, cifra che potrà entro 10 anni raggiungere i 12 miliardi se non si riuscirà ad intervenire in maniera efficace per invertire il trend di crescita della patologia. Se ai costi diretti si sommano i costi indiretti legati alla perdita di produttività e al pensionamento precoce, la spesa annuale ammonta oggi a quasi 20 miliardi di Euro. In media, una persona con diabete costa al SSN circa 3.000 Euro l'anno, una cifra più che doppia rispetto ad una persona di pari età e sesso ma senza diabete. Quasi il 60% dei costi è attribuibile alle ospedalizzazioni, mentre la spesa dei farmaci per il diabete rappresenta solo il 6.2% dei costi totali. Un maggiore investimento sulle terapie innovative ed una maggiore attenzione all'appropriatezza prescrittiva, evitando la prescrizione di farmaci associati ad elevato rischio di ipoglicemie nelle persone anziane e/o vulnerabili, potrebbe ridurre in modo importante la spesa ospedaliera, rendendo disponibili maggiori risorse economiche da destinare ai programmi di prevenzione e diagnosi precoce.

Confrontando i dati dell'osservatorio ARNO diabete relativi al 2006 con quelli relativi al 2010 si evidenzia un aumento del costo pro-capite da 2589 a 2756 €. Tale aumento è il frutto primariamente di una spesa più elevata legata alle ospedalizzazioni e, in misura minore, della spesa per altri farmaci, mentre è rimasta invariata la spesa per i farmaci per il diabete e si è ridotta quella relativa alle prestazioni ambulatoriali specialistiche. Questi dati sono allarmanti per due ragioni: da una parte, l'aumento del costo medio per paziente, associato alla crescita nel tempo del numero dei pazienti, porterà in breve a minare la sostenibilità del sistema di erogazione delle cure. Dall'altra parte, l'aumento dei costi per i ricoveri e la riduzione delle prestazioni ambulatoriali va in controtendenza rispetto alle esigenze di un modello di cura cronica, principalmente basato sulle cure primarie.

Nonostante il quadro sia preoccupante, l'organizzazione dell'assistenza diabetologica nel nostro Paese, unica per l'esistenza di una capillare rete di strutture specialistiche che affiancano la Medicina Generale, sembra essere economicamente vantaggiosa. Da un'analisi della London School of Economics presentata nel 2011 è emerso come il costo medio per paziente con diabete in Italia sia infatti circa la metà rispetto ad altri Paesi europei quali Germania, Francia o Gran Bretagna. Tale peculiarità organizzativa va pertanto valorizzata e potenziata, attraverso l'implementazione diffusa di modelli di cura cronica e di gestione integrata fra cure primarie e secondarie.

Alla luce della crescita della patologia e dei costi associati, diventa indispensabile agire in modo tempestivo e coerente, al fine di invertire la tendenza attuale. A questo proposito, si è tenuto recentemente a Copenhagen il Diabetes European Leadership Forum, promosso dall'OECD e dalle Associazioni Scientifiche internazionali per la cura del Diabete, che ha visto la partecipazione di una importante delegazione politica e tecnica Italiana. L'Italia è stata anche identificata come esempio di best practice per le iniziative di monitoraggio continuo della qualità dell'assistenza diabetologica (Annali AMD e Italian Barometer Diabetes Observatory). Il Forum ha rappresentato l'occasione per tracciare una roadmap comune cui i governi nazionali dovranno ispirarsi per implementare piani di azione tempestivi ed efficaci (in allegato). La roadmap identifica tre aree primarie di intervento: la prevenzione, la diagnosi precoce e il miglioramento della qualità dell'assistenza e del monitoraggio della malattia diabetica.

Per quanto riguarda la prevenzione, si sottolinea la necessità di agire su tre aspetti distinti: 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.

Per migliorare la diagnosi precoce e consentire quindi un intervento più tempestivo ed efficace la Roadmap propone di: utilizzare questionari nazionali per la valutazione del rischio; disegnare ed implementare programmi di screening mirati al monitoraggio dei più importanti fattori di rischio (health checks); assicurare in modo tempestivo interventi educativi e sugli stili di vita nelle persone ad alto rischio.

Infine, il miglioramento della qualità dell'assistenza richiede: l'erogazione di un'assistenza coordinata e di alta qualità, che risponda ai bisogni delle persone che vivono con patologie croniche; la promozione di un'assistenza basata sulla centralità della persona e sull'empowerment; l'utilizzo dei sistemi informativi per ottenere dati che permettano di monitorare la qualità dell'assistenza, guidare le scelte e identificare le priorità.

Nel documento si sottolinea come il diabete possa rappresentare un caso modello per tutte le patologie croniche non trasmissibili, e come i governi possano trarre ispirazione dalla Roadmap per attivare strategie analoghe per un approccio complessivo alle cronicità.

In conclusione, il diabete rappresenta il paradigma delle malattie croniche non comunicabili, a causa della sua crescita imponente, che va di pari passo con l'aumentata prevalenza di abitudini e condizioni di vita favorevoli. L'aumento della prevalenza di persone di età  $\geq 65$  anni, obese, e di basso livello socio-economico comporterà una progressiva crescita di polipatologie croniche, ad elevata complessità assistenziale. 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.