

IL DIABETE IN ITALIA

I NUMERI DEL RAPPORTO ARNO 2015

Sono 5 milioni i diabetici nel nostro Paese, un dato che negli ultimi 30 anni è più che raddoppiato. In 18 anni, i casi noti sono aumentati di oltre il 70%. L'assistenza alle persone con diabete è diventata quindi una delle voci più 'pesanti' nel budget della sanità e ottenere informazioni precise sui percorsi assistenziali e sulla spesa è di importanza cruciale per migliorarne l'assistenza e garantire allo stesso tempo la sostenibilità economica.

È quanto emerge dai dati contenuti nel *Rapporto Arno diabete 2015*, frutto della collaborazione tra la Società Italiana di Diabetologia (Sid) e il Cineca. L'analisi ha preso in esame i dati relativi a oltre 30 Asl ed è stata eseguita su un campione di 550.000 persone con diabete, rappresentativo della popolazione italiana.

Questo dato corrisponde a una prevalenza del diabete del 6,2% (pari a una stima di 3,780.000 italiani con diabete). A questi vanno aggiunti i casi di diabete non riconosciuto, che si stima siano 1 ogni 4 casi di diabete noto. Questo porta i casi complessivi a circa 5 milioni e la prevalenza del diabete in Italia a circa 8,1%.

65 anni e 1 su 4 più di 80 anni, mentre il 3% ha meno di 35 anni. La prevalenza fra i 50 e i 79 anni è superiore nei maschi rispetto alle femmine, mentre nella fascia di età 20-34 anni è circa tripla nelle femmine rispetto ai maschi. La prevalenza complessiva è maggiore nei maschi.

Accesso e costi dell'assistenza

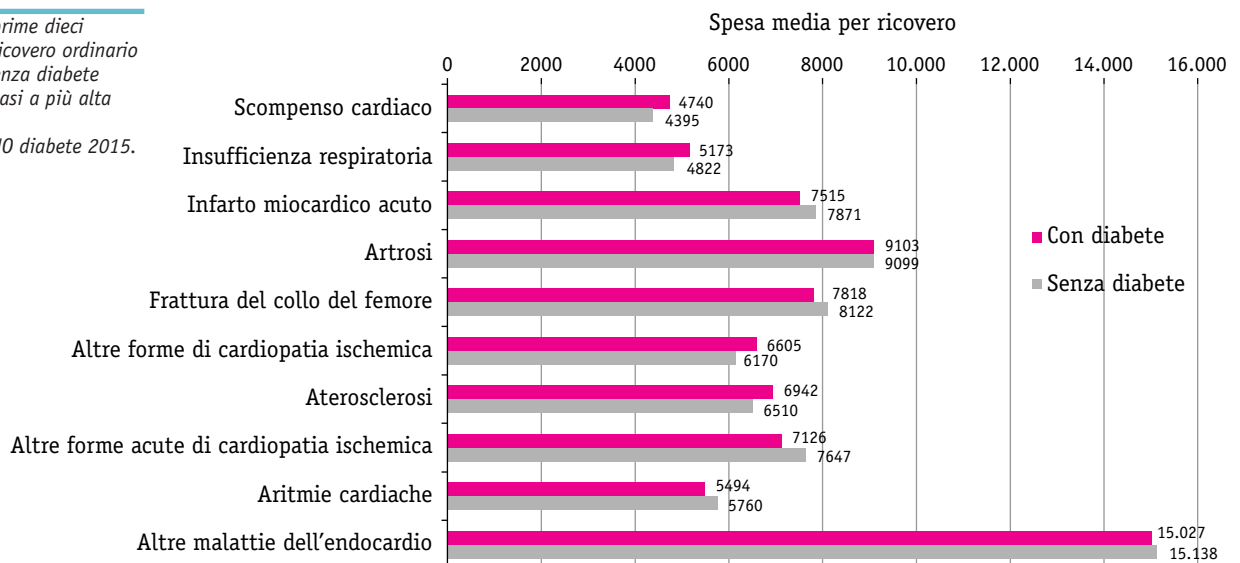
Il 96% delle persone con diabete assume almeno un farmaco per il diabete o per altre patologie e consuma un numero di confezioni di farmaci circa doppio (71 contro 32) rispetto ai non diabetici. Il 93% delle persone con diabete ha ricevuto dal SSN almeno una prestazione specialistica (visita ambulatoriale o esami del sangue o strumentali), contro il 73% dei non diabetici. Una persona con diabete su 5 si ricovera almeno una volta l'anno (media di 1,7 volte) e la degenza media nei diabetici è superiore di quasi un giorno rispetto ai non diabetici.

La spesa sostenuta dal SSN per curare le persone con diabete ammonta a circa 15 miliardi di euro l'anno. La spesa sanitaria pro capite annua nelle persone con diabete è circa doppia rispetto a quella dei non diabetici (rispettivamente euro 2900 contro euro 1500). Metà di questa spesa è generata dai ricoveri, il 21% dalla

Descrizione della popolazione diabetica

Oltre il 65% delle persone con diabete ha più di

Spesa media per le prime dieci diagnosi in caso di ricovero ordinario nei soggetti con e senza diabete (sono considerati i casi a più alta incidenza di spesa).
Fonte: Rapporto ARNO diabete 2015.



specialistica, il 20% dai farmaci non per il diabete, solo il 7% dai farmaci antidiabetici e il 4% dai dispositivi. Da notare che la spesa per le visite diabetologiche ambulatoriali rappresenta appena l'1% della spesa totale. Il costo della gestione standard del diabete è circa il 10% della spesa totale, mentre il costo delle complicanze croniche rappresenta il 90%.

Terapie farmacologiche

Il farmaco in assoluto più utilizzato (in conformità con le linee guida) è la metformina (>80% dei soggetti). Oltre il 40% dei soggetti è trattato con sulfoniluree o repaglinide, fra l'altro usate più spesso negli anziani, i più fragili e a rischio di effetti indesiderati. Ancora molto limitato – circa il 12% – l'uso delle incretine (inibitori DPP-4 e agonisti del recettore GLP-1), nonostante il loro rapporto rischio-beneficio sia più favorevole.

Stabile da anni è l'uso di pioglitazone (5%) e acarbosio (3%).

Radicalmente opposta la situazione sul fronte insuline: sempre più usati gli analoghi e sempre meno le vecchie insuline umane DNA-ricombinanti. Il 27% dei diabetici è trattato con insulina, da sola o in associazione ad altre terapie. Le insuline più usate sono glargine e lispro. Da notare che dei circa 850 milioni di euro spesi per i farmaci antidiabetici, circa la metà viene spesa per le insuline.

Una grande proporzione di pazienti diabetici assume anche altri farmaci e questi contribuiscono alla spesa più degli antidiabetici. L'uso di farmaci diversi dagli antidiabetici è molto più comune fra i diabetici che fra i non diabetici. Tuttavia le percentuali di utilizzo sono inferiori all'atteso, considerando le caratteristiche delle persone con diabete e le raccomandazioni delle linee guida. A fronte della presenza di ipertensione in oltre l'85% dei diabetici, i trattati sono solo il 72%. In considerazione degli ambiziosi obiettivi di LDL colesterolo, soprattutto nei soggetti con malattia cardiovascolare, i trattati con farmaci ipolipemizzanti dovrebbero essere molti di più del 48% osservato. Anche il trattamento con antiaggreganti piastrinici, data la necessità di agire efficacemente in prevenzione secondaria nei numerosissimi soggetti diabetici

con accertata malattia cardiovascolare, è prescritto solo nel 34%.

Automonitoraggio

I soggetti che fanno uso di dispositivi (lancette punge-dito e strisce per la misurazione della glicemia, aghi per penne o siringhe) sono circa la metà del totale. È una percentuale decisamente bassa se si considera che circa il 25% dei soggetti è in trattamento insulinico e che circa il 40% dei soggetti assume secretagoghi (sulfonilurea oppure repaglinide), farmaci a rischio di ipoglicemia, un evento che talora è misconosciuto perché asintomatico o paucisintomatico e che andrebbe rivelato proprio con un regolare e ben strutturato automonitoraggio glicemico domiciliare.

Ricoveri e prestazioni ambulatoriali

Nelle persone con diabete la causa di ricovero più frequente è lo scompenso cardiaco, tre volte più dei non diabetici; la seconda è l'insufficienza respiratoria, con tassi più che doppi. Oltre doppia nei non diabetici anche la percentuale di ricoveri per infarto del miocardio e ictus. L'elevato tasso di ricovero tra i diabetici fa supporre che le patologie sottese potrebbero essere più appropriatamente annoverate fra le complicanze del diabete e non fra le comorbidità. Se è vero che gran parte dei diabetici riceve prestazioni specialistiche e con frequenze maggiori dei non diabetici, è anche vero che circa il 18% dei diabetici non esegue alcun esame di laboratorio e il 33% nessuna visita specialistica. In particolare, l'emoglobina glicata A1c (HbA1c), che dovrebbe essere misurata in tutti i diabetici almeno due volte l'anno, è stata prescritta nel 66% dei casi. Anche il dosaggio del colesterolo e della creatinina sono stati eseguiti solo nel 62% e nel 63% dei soggetti rispettivamente. Prescrizioni inferiori a quanto raccomandato nelle linee guida si osservano anche per visita oculistica e microalbuminuria.

La valutazione degli esiti permette di concludere che nella storia naturale del diabete ancora troppo spesso si sviluppano le complicanze, soprattutto cardiovascolari.

ARNO diabete 2015: spunti di riflessione sulle terapie farmacologiche

A colloquio con **Enzo Bonora**

Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo, Università
e Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona
Presidente della Società Italiana di Diabetologia

Dal quadro descritto nel rapporto emerge che oltre il 40% dei soggetti è trattato con sulfoniluree o repaglinide, mentre è ancora molto limitato — circa il 12% — l'uso delle incretine. Come si spiega questo dato?

I vecchi farmaci stanno solo lentamente calando a favore dei nuovi perché i medici di medicina generale non possono prescriberli e circa il 60% dei pazienti non è assistito dai diabetologi. Se consideriamo che gli assistiti nei Centri sono circa 1,5 milioni e che coloro che prendono incretine sono circa 300.000 significa che 1 su 5 prende questi farmaci. Non è un dato del tutto negativo. Nei Centri diabetologici le sulfoniluree e le glinidi restano utilizzate per un uso combinato, soprattutto in triplice terapia. Quando sono usate in monoterapia o in duplice, il motivo è talora da ricondurre ad inerzia nel cambiare per mancanza di tempo nel compilare il piano terapeutico. Non c'è alcuna preclusione ideologica ma una sorte di resa di fronte all'incalzante ritmo di lavoro (visite ogni 15-20 minuti per molte ore).

Grande uso di insulina nel diabete di tipo 2: appropriato e, soprattutto, sostenibile?

Esiste anche una certa resistenza in alcuni diabetologi nel prescrivere farmaci più costosi per il timore di essere accusati di gravare sulla spesa. Alcuni decisori sono ancora convinti che i nuovi farmaci antidiabetici siano più costosi dei vecchi. In realtà non c'è alcun costo in eccesso se si considera il costo complessivo del farmaco (in certi casi quasi dimezzato dal payback), quello dei presidi per l'autocontrollo e quello della spesa per le ipoglicemie (chiamate al 118, accessi al PS, ricoveri) pari a circa 41 milioni di euro all'anno per gli episodi da riferire a sulfoniluree e glinidi. Questa considerazione, particolarmente appropriata per glibenclamide, responsabile di circa 2 ipoglicemie gravi su 3 di quelle nei trattati con farmaci orali, dovrebbe sgombrare il campo da ogni perplessità in chi deve decidere cosa prescrivere e in chi governa la sanità a livello nazionale, regionale e locale.

Quali possono essere le conseguenze sia per la salute del paziente che per il Sistema Sanitario Nazionale di questa 'resistenza'?

L'uso dell'insulina è spesso indicato nel diabete tipo 2, soprattutto nei soggetti con malattia di più lunga durata o con importante compromissione della funzione betacellulare. I diabetologi sanno che l'insulina non tradisce mai e che non è mai sbagliato usarla. Tuttavia oggi sono disponibili molte valide alternative e probabilmente in non pochi casi potrebbero essere usate associazioni fra farmaci orali o fra farmaci orali e iniettabili non insulinici con pari efficacia, minore o assente rischio di ipoglicemia, automonitoraggio meno frequente e minore spesa. Si tratterebbe di sfruttare al meglio il ricco armamentario disponibile e di non perdere le opportunità offerte dall'innovazione.

Per le insuline sono sempre più usati gli analoghi e sempre meno le vecchie insuline umane DNA-ricombinanti. Come mai in questo caso non esiste resistenza al nuovo?

Il successo degli analoghi alla fine degli anni Novanta non è stato sorprendente perché la loro farmacocinetica è certamente più vicina a quella desiderabile. Perché abbiano avuto una più immediata applicazione nella pratica clinica non è di facilissima comprensione. Forse il fatto che la terapia insulinica sia appannaggio dei diabetologi ha favorito questo fenomeno. C'è stata minore dispersione dei pazienti candidati all'uso delle nuove insuline fra diabetologi e colleghi che non prescrivono molta insulina. Forse la maggiore facilità (nessun piano terapeutico per gli analoghi rapidi, rapida rimozione del piano terapeutico per gli analoghi basali) e le assenti restrizioni alla prescrizione (tutti i pazienti sono candidati) sono un'altra spiegazione. Anche l'uscita dal mercato di alcune insuline tradizionali ha probabilmente contribuito alla diffusione degli analoghi dell'insulina. ■ ML

