

## Diabete: costi per le complicanze in aumento

A colloquio con **Domenico Mannino**

Presidente eletto AMD, Associazione Medici Diabetologi

**Negli ultimi decenni la ricerca scientifica ha portato ad un notevole arricchimento dell'armamentario terapeutico per la cura del diabete: in 30 anni si è passati da 2 a 7 classi di farmaci orali, con meccanismi d'azione altamente innovativi. Eppure i dati evidenziano un utilizzo ancora molto alto di vecchi farmaci e un accesso limitato alle nuove terapie. Può spiegarci il motivo?**

Il dato circa il maggior utilizzo dei vecchi farmaci rispetto ai nuovi, è assolutamente realistico e confermato da numerose evidenze tra cui lo studio ARNO.

L'uso dei farmaci per la cura del diabete è talvolta incongruo ed è riconducibile al fenomeno definito "inerzia terapeutica", dovuto da un lato alle difficoltà di tipo organizzativo, perché riuscire a individuare il paziente giusto cui prescrivere il farmaco giusto richiede tempo e non è semplice, a volte al comportamento dello specialista, che è indotto per vari motivi ad atteggiamenti di tipo conservativo non intervenendo con la necessaria tempestività. Vi è poi il problema della prescrizione dei farmaci innovativi, riservata attualmente allo specialista diabetologo. I nuovi farmaci, alcuni dei quali in realtà ormai prossimi alla scadenza brevettuale, sono soggetti al Piano terapeutico e così, pur essendo efficaci, anche rispetto alle complicanze del diabete, e sicuri, in quanto non provocano ipoglicemia, non vengono utilizzati nella misura opportuna. L'obiettivo del Piano terapeutico è contenere la spesa farmaceutica ma in questo modo si rischia di negare a molti pazienti l'accesso alle terapie più efficaci e con miglior profilo di sicurezza, con conseguente possibile aumento della spesa per il trattamento delle complicanze.

**Quali sono gli ostacoli più importanti per i Centri di diabetologia rispetto alla piena attuazione del modello di gestione integrata?**

Il vero problema rispetto all'applicazione del modello di gestione integrata è rappresentato dalla presenza di tanti modelli di assistenza quante sono le Regioni, con differenze persino all'interno di una singola Regione.

Quello che accade è che l'assistenza integrata per il diabete viene meglio realizzata al centro-nord, dove esistono già modelli di integrazione assistenziale anche per altre patologie croniche mentre in altre numerose realtà l'assistenza diabetologica è ancora lasciata a modelli improvvisati. Poi ci sono ostacoli di tipo

prettamente organizzativo. Il sistema "Hub&Spoke" funziona per particolari patologie, è molto meno efficace per una patologia cronica come il diabete, che richiede l'integrazione di un sistema di assistenza capillare organizzato su più livelli. Gli organismi regolatori dovrebbero rendersi conto che l'assistenza a una persona con diabete è qualcosa di profondamente diverso, che richiede risorse, personale, tempistiche e organizzazione, mentre al momento in alcune realtà non si riesce nemmeno a mettere in rete specialisti e medici di medicina generale. ■ ML

## Diabete: cresce la mortalità per le complicanze

A colloquio con **Giorgio Sesti**

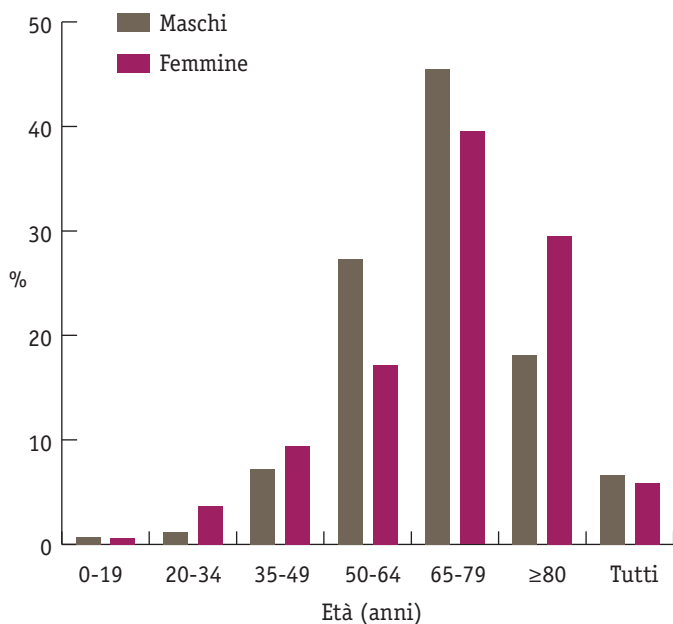
Presidente della Società Italiana di Diabetologia

**Qual è l'impatto sociale ed economico del diabete in Italia e quali sono le prospettive future?**

La malattia diabetica ha un impatto drammatico sia dal punto di vista sociale che economico. Si tratta di una patologia molto complessa, che non coinvolge solo la vita del paziente in tutti i suoi aspetti ma l'intero nucleo familiare.

Non meno gravoso è l'impatto economico, basti dire che i costi indiretti legati al welfare ammontano a ben 12 miliardi di euro, quattro volte i costi diretti, che sono di circa 3 miliardi. Inoltre, a differenza di quel che sta accadendo per le patologie oncologiche e per quella cardiovascolare, dove si registra un calo dei decessi, nel diabete la mortalità è in aumento. Uno studio del Global Burden Disease, pubblicato nel 2016 su *Lancet* e che ha preso in esame più di 200 patologie, sottolinea come il diabete, che nel 1990 era al 27° posto come causa di morte, sia salito dal 18° nel 2005 al 15° nel 2015. Peraltro, mentre il trend di mortalità per le altre patologie che precedono il diabete è in forte diminuzione, la mortalità per malattia diabetica è cresciuta del 25%.

Siamo di fronte ad una emergenza che non è esagerato paragonare a quella vissuta con l'AIDS. Le prospettive sono in parte migliorate e potrebbero migliorare ancora soprattutto grazie alla disponibilità di farmaci innovativi efficaci, agli avanzamenti delle tecnologie allo studio (come quella del pancreas artificiale) e ai dispositivi che consentono misurazioni della glicemia sempre più accurate. Tutto questo consente di trattare molto bene il diabete e di tenere sotto controllo i suoi effetti sul sistema cardiovascolare. Ma c'è purtroppo una zona grigia rappresentata dalle carenze nella diagnosi precoce: in Italia oltre un milione di persone diabetiche non sa di esserlo o non si cura. Molte persone arrivano dal diabetologo quando si sono già manifestate le complicanze. A questo proposito sarebbe opportuno mettere in campo campagne di educazione e sensibilizzazione come si fa per altre patologie.



Prevalenza del diabete in funzione dell'età e del genere secondo i dati dell'Osservatorio ARNO 2015

Un'attenzione a parte meriterebbe il diabete giovanile, che richiede un'assistenza particolare ed è anch'esso in aumento.

### **Come viene applicato il modello di gestione integrata previsto dal Piano Nazionale Diabete? Ci sono delle disomogeneità nelle diverse realtà regionali?**

Il Piano Nazionale Diabete, che prevede la gestione integrata del paziente diabetico, è stato approvato da tutte le Regioni, ma solo alcune lo hanno effettivamente applicato e nemmeno in queste viene attuato in modo omogeneo perché non poche ASL lo hanno disatteso. I dati disponibili dimostrano che, laddove viene attivata la gestione integrata coinvolgendo il Centro per la cura del diabete, la sopravvivenza dei pazienti aumenta, in quanto il paziente non viene perso al follow-up.

La disomogeneità che si riscontra a livello regionale è dovuta al fatto che solo certe Regioni hanno investito risorse adeguate, da destinare al personale e soprattutto alla creazione della rete informatica, strumento cruciale in quanto permette un dialogo costante tra il medico di medicina generale e il Centro per la cura del diabete e la condivisione delle informazioni cliniche relative ai pazienti.

Purtroppo, se i Centri per la cura del diabete non solo non vengono sostenuti ma, come sta avvenendo, vengono depotenziati o addirittura chiusi e se la rete informatica per la condivisione dei dati clinici non è sviluppata, è inevitabile che saremo sempre meno in grado di assicurare un adeguato controllo metabolico dei nostri pazienti, con tutte le conseguenze immaginabili. ■ ML

## La gestione a lungo termine del paziente dopo un evento coronarico acuto

*In Italia ogni anno si registrano oltre 135.000 eventi coronarici acuti, dei quali un terzo risulta fatale. Nei primi due anni successivi al primo infarto la probabilità di essere nuovamente ricoverati è superiore al 60% dei casi e il 30% di questi casi è dovuto ad una nuova sindrome coronarica acuta.*

*Uno dei problemi sanitari maggiori nella gestione dei pazienti con sindrome coronarica acuta, che sono a tutti gli effetti pazienti cronici, è l'abbandono delle cure dopo l'episodio acuto. Secondo le ultime rilevazioni, entro i due anni successivi all'infarto, almeno la metà dei pazienti smette di assumere i farmaci prescritti per la prevenzione di un nuovo evento. Per superare questa criticità sarebbe opportuna una gestione integrata e una presa in carico del paziente già al momento della sua dimissione dall'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) per impostare e concordare la strategia terapeutica più efficace e meglio tollerata dal paziente, sulla base del suo profilo di rischio. Ne abbiamo parlato con Raffaele Calabrò, Francesco Fedele e Giuseppe Musimeci.*

### **Sindrome coronarica acuta: informazione, dialogo e percorso a misura di paziente**

A colloquio con **Raffaele Calabrò**  
Membro XII Commissione Affari Sociali,  
Camera dei Deputati

### **Ritiene che il percorso assistenziale del paziente cronico con sindrome coronarica acuta oggi sia efficiente? Come favorire una migliore integrazione tra tutte le figure socio-sanitarie coinvolte nel suo percorso di assistenza?**

In primo luogo, è opportuno ricordare che le malattie ischemiche del cuore rappresentano tuttora la principale causa di morte in Italia con circa 75.000 decessi l'anno e sono quindi uno dei maggiori problemi di sanità pubblica. Negli anni, soprattutto grazie alla cardiologia interventistica, alla migliore conoscenza dei sintomi, alle terapie farmacologiche, abbiamo migliorato la gestione della fase acuta. Il numero crescente di persone che sopravvivono a un infarto accresce ogni anno la popolazione dei pazienti cronici, con esigenze di salute specifiche e complesse. Anche nel