



Più di 170 milioni di persone nel mondo sono affette da

Diabete Mellito.

Questo numero è destinato a crescere in modo esponenziale nei prossimi anni soprattutto nei Paesi industrializzati, in conseguenza non solo dell'aumento della popolazione e della durata media di vita, ma anche della mancanza di esercizio fisico e dell'alimentazione poco corretta. Nel 2025 ci saranno 300 milioni di diabetici.

Più di 3 milioni di italiani soffrono di diabete ed 1 milione non lo sa: oltre i 40 anni, un italiano su tre è a rischio di diabete e quasi uno su cinque è già in una fase di pre-diabete (IFG o IGT).

Se scarsi sono i dati disponibili circa il costo del diabete nel nostro Paese, informazioni di estremo interesse ci vengono dagli U.S.A. e da altri Paesi europei, che da anni valutano i costi di numerose patologie per poter programmare l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

In U.S.A. i costi diretti (assistenza ambulatoriale, autocontrollo, ricoveri ospedalieri, farmaci, ecc.) annui ammontano a 45 bilioni di dollari, di cui la maggior componente è quella che deriva dall'elevato tasso di ospedalizzazione. A tali costi vanno aggiunti quelli indiretti (perdita di ore lavorative, disabilità, invalidità, morte prematura, ecc.) che ammontano almeno a 47 bilioni di dollari. Quindi complessivamente il costo dell'assistenza ai pazienti diabetici, che rappresentano il 3,5% della popolazione, risulta essere 4 o 5 volte superiore a quello della popolazione non diabetica.

Buona parte di questi costi concorrono anche a far lievitare i costi indiretti: in questo momento di crisi economica potrebbe prevalere da parte degli amministratori la tentazione del taglio indiscriminato. Sappiamo infatti che spesso l'approccio più comunemente utilizzato per ridurre i costi sanitari è quello di cercare di intervenire sulle voci di spesa più facilmente aggredibili, agendo sui singoli interventi, ad esempio diagnostici, terapeutici, tickets, ecc. effettuati dal paziente.

Ciò è, apparentemente, comprensibile in quanto un minor impiego in tali attività comporta sacrifici meno avvertibili nell'immediato dalla popolazione. Ma tagli di spesa oggi modesti, potrebbero comportare aumenti rilevanti di spesa in un futuro più o meno prossimo e quindi alla lunga rilevarsi operazioni tutt'altro che sagge anche sotto il mero profilo economico.

Questa intuizione però, per tramutarsi in interventi di politica sanitaria di razionalizzazione della spesa e di ottimizzazione dell'efficienza, necessita del sostegno di prove inconfutabili.

Di qui la considerazione che, alla luce delle prove scientifiche che hanno dimostrato l'efficacia delle cure in tale settore, il trattamento intensivo e preventivo della malattia sin dall'esordio non solo permette di

migliorare la qualità di vita del paziente diabetico, la morbilità e la mortalità della malattia, ma è anche vantaggioso sul piano economico.

### **I costi del diabete in Italia**

Una recente analisi sull'impatto economico del diabete in Italia, ad opera del Ministero della Salute, stima in 5,17 milioni di euro l'anno il costo totale di tale patologia, pari al 6,65% della spesa sanitaria nazionale complessiva.

Il costo dell'assistenza sanitaria erogata ad un paziente diabetico aumenta da 3 a 4 volte se sussistono o solo complicanze cardiocerebrovascolari o solo complicanze microvascolari (a carico di rene, retina e sistema nervoso periferico) e di 5 volte se sono presenti ambedue questi tipi di complicanze.

	<b>maschi (%)</b>	<b>femmine (%)</b>	<b>totale (%)</b>
infarto	9,1	3,3	6,2
tromboembolia cerebrale	3,4	2,4	2,9
cardiopatìa ischemica	6,0	6,3	6,1
angioplastica coronarica	1,2	0,5	0,8
bypass aortocoronarico	3,0	1,0	2,0

Prevalenza di eventi

coronarici e cerebrovascolari nei diabetici di tipo 2

Attualmente ci sono più di 170 milioni di persone nel mondo affette da diabete.

Se non cambierà nulla in termini di prevenzione, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il numero salirà a 300 milioni di persone nel 2025 soprattutto a causa di:

- aumento della popolazione;
- invecchiamento;
- urbanizzazione;
- abitudini alimentari sbagliate;
- stile di vita sedentario.

Nel 2025, si stima una prevalenza di diabete:

- **tripla** in Africa, Mediterraneo Orientale e Medio Oriente, Sud-Est Asiatico;
- **doppia** in America e Ovest Pacifico;
- **aumentata del 50%** circa in Europa.

### **L'autocontrollo del diabete**

Per autocontrollo del diabete si intende la misurazione domiciliare dei livelli glicemici eseguita dal paziente stesso. Questa opportunità ha rappresentato per il paziente un'importante rivoluzione consentendo una costante e più semplice gestione della malattia. Prelevando dal polpastrello una goccia di sangue è possibile "leggere", per mezzo di piccoli e maneggevoli apparecchi, il tasso di zucchero presente nel sangue.

Dopo un primo periodo di diffidenza, l'autocontrollo è diventato un rito quotidiano anche in Italia per

tutti i diabetici insulino dipendenti e per molti diabetici non insulino dipendenti.

Se è importante che i pazienti diabetici facciano autocontrollo, è fondamentale che lo facciano in maniera corretta e costante.

È stato dimostrato che l'uso corretto e costante dell'autocontrollo della glicemia, costituisce il mezzo migliore per limitare l'insorgenza di complicanze vascolari a carico degli organi bersaglio e per ridurre l'incidenza annuale dei ricoveri ospedalieri.

Non solo, anche i costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale ne traggono vantaggio: un diabetico ben controllato e che esegue correttamente la sua terapia, infatti, costa circa 1.800 euro l'anno, mentre un paziente con importanti complicanze arriva a costare anche più di 10.000 euro, oltre agli oneri sociali derivanti dalla possibilità che le complicanze vadano avanti come comparsa e come progressione.

Il successo dell'autocontrollo dipende dal corretto addestramento del diabetico, dal grado di motivazione e dalla stretta collaborazione tra medico e paziente. È indispensabile, infatti, accanto all'opera del medico, un'attiva e consapevole partecipazione del paziente che deve essere educato non solo ad effettuare l'autocontrollo glicemico domiciliare, ma anche ad analizzare i dati rilevati, ad interpretarli e ad apportare quei piccoli aggiustamenti terapeutici necessari per mantenere i valori glicemici in un range il più possibile normale.

- **A chi è consigliato l'autocontrollo**

Tutti i pazienti diabetici dovrebbero effettuare con una certa frequenza e con regolarità l'autocontrollo glicemico, soprattutto in presenza di "diabete instabile" o quando vi sia tendenza alla chetoacidosi (produzione eccessiva di corpi chetonici).

Influenza, stati di stress emotivo e altre patologie richiedono particolare attenzione e controlli più frequenti.

Importante è anche sottolineare che una grande utilità dell'autocontrollo nel Diabete Mellito tipo 2 non è stata dimostrata, anzi, secondo alcuni autori, un controllo eccessivo potrebbe causare solo estremo stato di ansia.

- **Quante volte va effettuato**

In alcuni casi l'autocontrollo glicemico è una scelta d'obbligo. Diabetici insulino dipendenti, e donne con diabete gestazionale devono sottoporsi all'autocontrollo in media sei-sette volte al giorno: a digiuno, dopo colazione, prima e dopo i pasti e alla sera prima di andare a letto.