



**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE  
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE  
II° CONGRESSO NAZIONALE  
IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE  
CRITICITA' A CONFRONTO**

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE  
DIPARTIMENTO METABOLICO**

Il Diabete è una malattia sociale. Tre milioni di persone, il 5,5% della popolazione italiana è portatrice di diabete mellito: il 90% di tipo 2, l'8% di tipo 1, il 2% gestazionale. Netto incremento dell'incidenza si rileva nella popolazione *over 75*, in cui la prevalenza tocca il 20,3%. Le differenze regionali sono significative: nel Sud e nelle Isole l'incidenza del diabete arriva al 6,2%, nel Nord al 4,9%.

Il problema si presenta in modo ancora più significativo se si analizzano dati relativi alla condizione di pre-diabete: 2,5 milioni di persone si trovano in questa fase di pre-malattia. Dati ancora più allarmanti vedono ogni due pazienti diabetici un cittadino che ne è affetto senza saperlo. I dati sono in continua crescita da oltre 10 anni, sia in Italia che nel resto del mondo.

Il costo socio-economico del diabete è estremamente elevato, in particolar modo per il trattamento delle complicanze. Ogni anno il SSN spende il 9% delle risorse economiche, pari a 9,22 miliardi di euro, ovvero oltre 1 milione ogni ora. Un paziente diabetico costa in media 2600€ l'anno, il 68% per ospedalizzazioni, il 7% ai farmaci. Dal punto di vista dell'impatto sociale esistono dei costi invisibili legati alla ridotta produttività dei pazienti diabetici, infatti oltre il 28% ha gravi limitazioni nello svolgere le attività quotidiane.

Nel 2009 sono stati riscontrati 20.760 decessi per malattia diabetica e in 71.978 il diabete era concausa: oltre 27.000 cittadini italiani fra i 20 e i 79 anni muoiono di diabete ogni anno, 3 cittadini ogni ora (oggi il dato potrebbe essere superiore in virtù della crescita epidemiologica).

La prevenzione rappresenta una risposta decisiva a questi dati. Stile di vita corretto, dieta, esercizio fisico, abolizione del fumo consentirebbero di ridurre l'impatto socio-economico del diabete. Sovrappeso e obesità sono presenti nel 70,5% dei diabetici. Il 27,8% dei giovani affetti da diabete di tipo 1 sono fumatori, così come il 17% dei diabetici di tipo 2. Il paziente deve fare i conti con le difficoltà di informazione, diagnosi, accesso alle cure, con tempi di attesa incongrui, differenze regionali di gestione e trattamento, in una nazione i cui confini della sanità sono purtroppo regionali. Gli specialisti devono confrontarsi con un'organizzazione lavorativa che rende complesso e disomogeneo l'ingresso dei farmaci innovativi e con una scarsa sinergia multidisciplinare di gestione e trattamento del paziente. In Italia solo l'1,5% dei diabetici viene trattato con farmaci innovativi, in Europa il 15%. L'aderenza alle terapie è incostante e genera costi aggiuntivi; le ipoglicemie rappresentano una spina nel fianco della corretta gestione della terapia diabetica. Si stima una spesa superiore ai 50 milioni di euro l'anno dovuti alle ospedalizzazioni per sintomi di ipoglicemia, a cui si aggiunge un costo legato a traumi osteoarticolari da caduta che nell'anziano esitano il più delle volte in frattura. La Commissione Tecnica Nazionale del "Dipartimento Metabolico" sta lavorando sulle seguenti tematiche in funzione di abbattere gli sprechi economici, estrapolare sul territorio nazionale/regionale le criticità del settore, elaborare soluzioni concrete e sostenibili con un'ottimizzazione dell'outcome sul paziente e dell'impegno economico del SSN.

## SSN: CRITICITÀ E SOLUZIONI A CONFRONTO

- Prevenzione della malattia diabetica
- Prevenzione e stili di vita
- Ruolo dell'alimentazione
- Ruolo dell'attività fisica
- Costo/beneficio della prevenzione
- Prevenzione obbligatoria: una soluzione concreta
- L'importanza della vaccinazione preventiva stagionale antinfluenzale nel paziente diabetico
- Informazione corretta del paziente
- Liste d'attesa regionali e accesso alla diagnosi
- Disomogeneità territoriali del protocollo terapeutico regionale e ospedaliero
- Umanizzazione del rapporto medico-paziente
- Ruolo del medico specialista nel paziente diabetico
- Ruolo del medico di medicina generale nel paziente obeso
- Il paziente diabetico preso in carico nel *Country Hospital*
- Gestione e personalizzazione delle terapie nel paziente diabetico
- *Medical device* e corretto utilizzo nella misurazione della glicemia
- Prevenzione delle ipoglicemie e degli accessi acuti in pronto soccorso
- Prevenzione delle ipoglicemie e delle complicanze traumatiche da caduta
- Analisi costo/beneficio della prevenzione dell'ipoglicemia
- Incretine e paziente anziano: analisi costo/beneficio
- Difficoltà di accesso alle incretine e legislazione attuale
- Il paziente diabetico complesso: criticità di gestione
- L'importanza dei centri diabetici nella gestione multidisciplinare del paziente complesso
- Le complicanze del diabete: analisi di costo
- Le lesioni del microcircolo: evitabili/trattabili
- Palloni a rilascio di farmaco: difficoltà di accesso a *medical device* e tecniche innovative
- La gestione del piede diabetico
- La gestione delle ulcere diabetiche: domiciliare o ambulatoriale?
- Medicazioni avanzate a carico del cittadino?
- Complicanze della vista
- Centri d'eccellenza nella gestione del paziente diabetico
- Costo sociale del paziente diabetico

## **PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE DIABETICO**

Il paziente diabetico incorre in diverse difficoltà pratiche nella vita di tutti i giorni, alcune di esse possono e dovrebbero trovare risposta dalle istituzioni; il 28% dei diabetici dichiara di avere gravi limitazioni nello svolgere le attività quotidiane.

Da un punto di vista di accesso alle cure, va sottolineato che in Italia solo l'1,5% dei pazienti viene trattato con farmaci innovativi, contro il 15% della media Europea; come in molti altri ambiti, anche nella cura del diabete si riscontrano forti differenze regionali, che generano disparità di trattamento da cittadino a cittadino. Il medesimo problema è riscontrato dall'AID, che evidenzia anche la necessità di tutelare le donne con diabete gestazionale e soprattutto l'importanza di rendere più flessibili le norme che regolano l'accesso ai farmaci migliori da parte dei diabetici, troppo spesso ostacolati dalla burocrazia; in particolare sempre più risalto sarà dato ai farmaci in grado di gestire la glicemia senza indurre ipoglicemia.

Proprio gli attacchi di ipoglicemia sono un'altra criticità dal punto di vista dei pazienti, specie se anziani; tendenzialmente un attacco ipoglicemico provoca una caduta, e molto spesso una caduta per un anziano significa una frattura. Lo studio "Hysberg", in collaborazione con Federanziani, ha dimostrato che più dell'8% degli intervistati ha avuto nei 12 mesi precedenti uno più episodi di ipoglicemia, per cui è stato necessario l'intervento di terzi; nel 63,5% dei casi questi episodi hanno portato al ricovero ospedaliero.

Essendo aumentata l'aspettativa di vita anche per i malati di diabete, nella maggior parte dei casi si manifestano con il passare del tempo disturbi e malattie strettamente legate a questa patologia; i problemi cardiovascolari sono molto comuni e contribuiscono negativamente al coinvolgimento dei reni, fino alle nefropatie. Si stima che il 90-95% dei costi diretti e indiretti del diabete sia dovuto alle patologie correlate e al trattamento di queste, mentre il 5-10% riguarda le ospedalizzazioni per ipoglicemie e i farmaci ipoglicemizzanti, base del trattamento del diabete.

Proprio la multifattorialità caratteristica della malattia metabolica (soprattutto in età avanzata), fa insorgere il bisogno di specialisti in grado di seguire il paziente a 360 gradi, in strutture specializzate preposte. Il diabetico è costretto a ricorrere al parere di tanti specialisti diversi, spesso in diverse strutture, spostandosi e informandosi investendo tempo e risorse proprie, senza la garanzia di risolvere o migliorare la sua situazione di salute.

## LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

### DIPARTIMENTO METABOLICO

#### PREVENZIONE

**CRITICITÀ:** fallimento delle campagne di prevenzione per la riduzione dell'incidenza delle malattie metaboliche attraverso l'adozione di corretti stili di vita

**SOLUZIONI PROPOSTE:** adozione di idonei strumenti di educazione:

- Campagne di pubblicità comparativa tra alimenti (tipo pubblicità progresso) ed indicazione delle calorie nei menù
- Diffondere i distributori di alimenti e bevande "sane" nelle scuole e nei luoghi di cura
- Favorire forme di incentivazione dell'attività fisica (piste ciclabili, gruppi di cammino, Attività fisica Adattata ed altro)
- Utilizzo di modelli educazionali validati, riproducibili e misurabili

#### ASSISTENZA

**CRITICITÀ:** disomogeneità nell'accessibilità e nella qualità delle cure inter ed intra regionali

- difficoltà nel ricevere le idonee cure durante il ricovero per altra causa
- difficoltà dell'utilizzo delle migliori pratiche cliniche ed attrezzature (vedi note AIFA, Piani Terapeutici, creatinina non in esenzione, OCT, fundus camera, medicazioni avanzate, alimenti ipoproteici non concessa in alcune regioni ed altro)

**SOLUZIONI PROPOSTE:**

- omogeneità su tutto il territorio nazionale con impiego delle "Best Practice"
- creazione di fascicoli sanitari individuali, di registri regionali, facilitazione della circolazione delle informazioni tra gli operatori (informatizzazione)

**CRITICITÀ:** frammentazione delle cure

**SOLUZIONI PROPOSTE:**

- presa in carico globale del paziente
- Individuazione di centri di riferimento per problemi specifici (piede diabetico, accessi vascolari nella persona dializzata, trapianti d'organo ed altro)

## **SOLUZIONI PROPOSTE:**

- rivedere il Titolo V della Costituzione
- applicare modelli di Gestione Integrata Ospedale – Territorio (modello IGEA nel diabete)
- completamento dei percorsi di cura tramite la valutazione clinica ed economica (*Audit* clinico ed *Accountability*)
- considerare il Paziente e le Associazioni riconosciute di volontariato come risorse del sistema prevedendo corsi di formazione dedicati, la realizzazione di coordinamento regionali ed il loro coinvolgimento in tavoli tecnici.