

# Teramo. DIABETE, SCATTA ALLARME ROSSO

## DIABETE, SCATTA ALLARME ROSSO

L'assistenza alle persone con diabete rappresenta, in tutto il mondo sviluppato uno dei principali problemi di organizzazione dei sistemi di tutela della salute.

Ciò va ben al di là del significato della cura della singola malattia, ma piuttosto rappresenta quasi un paradigma del modello di assistenza alla cronicità, che, nella maggior parte delle realtà mondiali, appare oggi **epidemiologicamente prevalente**.

Nella malattia diabetica l'impatto sociale, economico e sanitario ha imposto la ricerca di percorsi organizzativi in grado di minimizzare il più possibile l'incidenza degli eventi acuti o delle complicanze invalidanti che comportano costi elevatissimi, diretti ed indiretti.

Le cause del manifestarsi di quella che viene definita come una vera e propria epidemia sono da ricercarsi in almeno quattro fattori fondamentali: 1) proliferare di abitudini alimentari scorrette; 2) crescita del numero di persone obese o in sovrappeso; 3) affermarsi di stili di vita sempre più sedentari; 4) invecchiamento della popolazione.

Dati recentemente pubblicati dall'*International Diabetes Federation* (IDF) sostengono che **nel 2010** oltre **284 milioni** di persone fossero affette da diabete, e le proiezioni dell'organizzazione non sono rassicuranti: si prevede che nel **2030 i diabetici adulti (fascia d'età 20-79) saranno 438 milioni**.

La diffusione del diabete sta crescendo in ogni regione del mondo, ed è previsto che il tasso di prevalenza globale **aumenterà dal 6,4% del 2010 al 7,7% nel 2030**.

Attualmente, vi sono **in Italia almeno tre milioni di persone con diabete** cui si aggiunge una quota stimabile in **circa un milione di persone che, pur avendo la malattia, non ne sono a conoscenza**. Le disuguaglianze sociali agiscono fortemente sul rischio diabete: la prevalenza della malattia è, infatti, più elevata nelle classi sociali più basse e tal effetto è evidente in tutte le classi di età.

In Italia l'ISTAT (Indagine Multiscopo - Annuario Statistico Italiano) stima per **il 2011 una prevalenza di diabete noto pari al 4,9% (5,0% nelle donne, 4,7% negli uomini)**.

**Attualmente il diabete occupa il secondo posto tra le patologie per i più alti costi diretti, avendo determinato nel 2010 il 10-15% dei costi dell'assistenza sanitaria in Italia. In assenza di complicanze, questi sono pari a circa 800 €/anno a persona, mentre in presenza di complicanze possono variare tra i 3000 e i 36.000 €/anno a persona.**

***Alla luce di quanto esposto Il Ministero della Salute DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE DIREZIONE GENERALE PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA -Commissione Nazionale Diabete- ha predisposto un Piano Strategico Nazionale sul Diabete, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 7/02/2013 suppl. ordinario n.9 serie generale n.32.***

Secondo i dettami di tale **Piano Strategico**, un corretto sviluppo dei servizi non può fare a meno di una approfondita **conoscenza epidemiologica** dell'incidenza, della prevalenza, dei cambiamenti nei *trend*, *variabilità geografica* e dei costi relativi al diabete. L'implementazione di un adeguato sistema informativo, costruito e reso accessibile a livello locale, regionale e nazionale, appare pertanto necessaria per procedere alla programmazione ed alla pianificazione degli interventi.

Il Piano illustra le principali vie per affrontare le problematiche relative alla malattia, individuando tra gli **obiettivi centrati "Organizzare, ed implementare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione ed al miglioramento dell'assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia"**. Tale obiettivo ha i seguenti **Indirizzi strategici**:

- Integrazione e potenziamento dei flussi informativi esistenti (*esenzione ticket, SDO, prescrizioni farmaceutiche, ecc.*),
- condivisione di metodologie e principi per la conduzione di studi epidemiologici;
- possibile costruzione di registri di patologia in accordo con la normativa nazionale;
- condivisione delle esperienze con il contesto internazionale, in particolare a livello europeo.

Ciò deve essere potenziato a livello regionale ed integrato a livello nazionale al fine di rispondere all'esigenza di quantificare e monitorare gli eventi e produrre rapporti periodici sull'andamento della patologia e delle sue complicanze, nonché sulla qualità della cura erogata.

#### **ATTIVITA' AUSL TERAMO**

Alla luce di questa premessa, è importante sottolineare che la AUSL di Teramo in riferimento al **Piano Strategico Nazionale sul Diabete, in tema di Epidemiologia del Diabete**, è già ad uno stato avanzato dei lavori.

In particolare:

- 1. 1. è stato istituito un sistema di Sorveglianza Epidemiologica tramite la messa a punto di un registro del diabete mellito noto di tipo 1 e 2 su base di popolazione e non su base campionaria comprendente l'età 0-99+.**
  
- 1. 2. E' stata stimata la Prevalenza del diabete di tipo 1 e di tipo 2 noto della popolazione residente nel territorio della AUSL di Teramo per gli anni 2010 e 2011, stratificata per classe di età e sesso.**

La stima della prevalenza è stata valutata utilizzando il metodo internazionale "cattura-ricattura a fonti multiple" utilizzando le seguenti 3 fonti informative **Archivi informatizzati dei servizi di diabetologia** presenti nei presidi ospedalieri di Atri, Giulianova, Teramo e Sant'Omero; **Archivi informatizzati relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)**. **Archivi informatizzati relativi alle prescrizioni farmaceutiche.**

**3. E' stata fatta un'analisi della distribuzione geografica, al fine di individuare aree del territorio della AUSL di Teramo con priorità di intervento sulla base delle evidenze epidemiologiche prodotte. L'analisi della distribuzione geografica è stata condotta con disaggregazione comunale, per classi di età e sesso.**

**4. E' stata condotta un'analisi della distribuzione geografica delle prescrizioni farmaceutiche disaggregata per comuni e per la prevalenza al 2010 e 2011.**

**5. E' stata analizzata la distribuzione dell'afferenza dei pazienti con diabete, presso i servizi di Diabetologia proveniente dalla AUSL di TE, dalle AUSL di altre province abruzzesi e provenienti da altre AUSL di altre regioni.**

**6. E' stata messa a punto la fonte informativa dei ricoveri (SDO) e DRG per una successiva analisi e valutazione dei costi.**

In corso di realizzazione:

1. Analisi sulla storia familiare di diabete tipo 1 e 2. Tale studio consentirà di evidenziare cluster familiari e sulla base delle evidenze ottenute si potranno suggerire programmi di educazione sanitaria per la prevenzione del diabete tipo 2, che come dimostrato dalla letteratura comincia ad

assumere un valenza importante anche nell'età inferiore ai 20 anni.

## 2. Analisi della prevalenza delle patologie associate al diabete noto nella popolazione generale,

con particolare riferimento ai tumori.

### 1. Analisi della qualità della vita e dell'assistenza percepita dai pazienti.

### 2. Valutazione dei costi

- Costo per farmaci e presidi sanitari consumati dai reparti ospedalieri (in particolare dalle

diabetologie) per il trattamento dei pazienti.

- Costo per farmaci e presidi sanitari consumati sul territorio da pazienti affetti da diabete.
- Costo per personale e altre risorse dei 4 Servizi di diabetologia attivi nei presidi ospedalieri dell'AUSL.
  - Costo per pazienti ricoverati per diabete in tutti i reparti AUSL se reperibili attraverso il DRG o la diagnosi.

#### Primi risultati ottenuti

**Diabete di tipo 1.** Andando ad analizzare la prevalenza a livello comunale, si è notato che i comuni con più alta prevalenza sono quasi sempre i **comuni montani**, con eccezione del comune di Fano Adriano per le donne e per il comune di Castel Castagna per gli uomini. In generale i **comuni con più alta prevalenza** sono: **Valle Castellana, Rocca Santa Maria, Cortino, Crognaleto, Fano Adriano, Pietracamela, Isola del Gran sasso, Castelli, Arsita, Colledara, Tossicia, Bisenti, Castel Castagna**. Sempre con alta prevalenza ma meno montani sono Campoli, Torricella Sicura, Cellino Attanasio e Canzano. Per i maschi come comuni bisogna aggiungere anche Atri e Montefino.

**Maschi.** Analizzando le classi di età (<15, 15-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70,>70) si nota subito che all'aumentare dell'età aumenta la prevalenza della malattia. Sono presenti due picchi età > 70 anni ed età pediatrica <15 anni.

**Femmine.** Meno spiccato l'incremento progressivo con l'età. Mostra il picco nell'età > 70 anni.

**Diabete di tipo 2.** Per diabete di tipo 2 a livello comunale si è notato **che i comuni con più alta prevalenza sono anche in questo caso i comuni montani, con eccezione del comune di Pietracamela per le donne e per i comuni di Colledara e Isola del Gran Sasso per gli uomini**. In generale i comuni con più alta prevalenza sono: Valle Castellana, Rocca Santa Maria, Cortino, Crognaleto, Fano Adriano, Pietracamela, Isola del Gran sasso, Castelli, Arsita, Colledara, Tossicia, Bisenti, Castel Castagna. Sempre con alta prevalenza ma meno montani sono Campoli, Torricella Sicura, Cellino Attanasio e Canzano. Per i maschi come comuni bisogna aggiungere anche Atri e Montefino, come si può vedere dalle mappe di seguito riportate.

Analizzando le classi di età (<15, 15-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70,>70) si nota subito che all'aumentare dell'età aumenta la prevalenza della malattia. Sono presenti due picchi età 61-70 e >70 anni in entrambi i sessi.

Infine, relativamente alle prescrizioni farmaceutiche emerge che:

### 1. le prescrizioni farmaceutiche in tutti i comuni della provincia di Teramo

sono **in aumento**, si va da un minimo di **3,6%** nei comuni di Giulianova e Sant'Egidio alla Vibrata, fino al **10,8%** nel comune di Castel Castagna, come si può vedere bene dal grafico seguente;

2. tutti i comuni che hanno un elevato andamento di prescrizioni farmaceutiche "coincidono" con tutti comuni con più alta prevalenza già individuati in precedenza, come ad esempio CASTEL CASTAGNA, PIETRACAMELA, CERMIGNANO, FANO ADRIANO, CORTINO, ROCCA SANTA MARIA, VALLE CASTELLANA, ARSITA, TOSSICIA, BISENTI, MONTEFINO, CROGNALETO, CAMPLI, MONTORIO AL VOMANO, CASTELLI, ISOLA DEL GRAN SASSO D'ITALIA ecc. e questo vale sia per l'anno 2010 che per il 2011.

**Dai nostri risultati preliminari si evince che tale Sistema di Sorveglianza potrà rappresentare un modello da estendere a tutto il territorio regionale.**