**Il diabete: facts & figures**

**Il diabete in Italia e in Puglia**

Il **diabete** rappresenta una delle sfide di salute più complesse per il Sistema sanitario nazionale. Nell'arco di un periodo di tempo relativamente breve (**dal 2001 al 2015**), la percentuale di diabetici in Italia è passata **dal 3,7% al 5,5%** (figura 1).

**Figura 1: Andamento della prevalenza del diabete in Italia: 2001-2015 (ISTAT)**



Gli Italiani che soffrono di diabete sono oltre **3,5 milioni**, pari al **5,5%** della popolazione, percentuale che sale quasi al **9%** nella fascia di età tra i **20 e i 79** anni. Ciò vuol dire che quasi **1** Italiano su **10** in età attiva ha il diabete, con evidenti ripercussioni sul sistema sanitario, ma anche sulla società e sull'economia in generale. Si tratta di una malattia che tende ad espandersi di anno in anno: sono circa **1,8** **milioni**, un ulteriore **4%** della popolazione adulta, i concittadini a rischio di svilupparla, che soffrono cioè della condizione di [prediabete](http://www.diabete.com/opencms/sezioni/capireDiabete/prediabete.html). Si stima che entro il 2035 le persone affette da diabete potrebbero salire a oltre **6 milioni**, pari al **9%** della popolazione totale1.

In Italia, circa **27mila** persone fra **i 20 e i 79** anni muoiono ogni anno a causa del diabete: si tratta di **1** decesso ogni **20** minuti. Oltre a ridurre l’aspettativa di vita di **5-10** anni, il diabete è responsabile di complicanze serie ed invalidanti: ogni **7** minuti una persona con diabete ha un **attacco cardiaco**, ogni **26** minuti una va in **insufficienza renale**, ogni **30** minuti una ha un **ictus**, ogni **1,5** ore una subisce un’**amputazion**e, ogni **3** ore una entra in **dialisi**2.

Per quanto riguarda le complicanze nel lungo periodo, il diabete rappresenta la prima causa di malattie cardiovascolari, renali, degli occhi e degli arti inferiori. Si calcola che il **15%** di tutte le persone con diabete soffra di **coronaropatia**, il **22%** di **retinopatia** che può causare cecità, il **38%** ha **disfunzioni renali** che possono portare alla dialisi, il **3%** ha **problemi agli arti inferiori** che possono portare all’amputazione.

In Italia ogni **100** euro di spesa sanitaria, **8** euro sono destinati al diabete e alle sue comorbilità, pari a **9,5 miliardi** di euro all’anno, cui vanno aggiunti **11 miliardi** di costi indiretti causati dalla perdita di produttività per assenza da lavoro e prepensionamento3.

Esiste un gradiente geografico del diabete, con una maggiore prevalenza a carico del Sud e delle isole (figura 2). **La Puglia è la terza regione d’Italia per prevalenza di diabete (6,5% della popolazione)**, dopo **Basilicata** (**7%**) e **Campania** (**6,9%**).

**Figura 2: Prevalenza del diabete per area geografica Figura 3: Prevalenza del diabete nelle regioni italiane**

* Fonte: ISTAT 2014, elaborazione ISS Fonte: ISTAT 2014, elaborazione ISS*

Anche in **Puglia**, analogamente a quanto è accaduto a livello nazionale, il dato di prevalenza del diabete è cresciuto negli ultimi anni, passando dal **5,4%** nel **2003** all’attuale **6,5%,** per un totale di **270.000** persone, vale a dire, **1** pugliese ogni **15**. Numeri destinati ad aumentare in futuro, in considerazione dell’alto tasso di obesità, soprattutto tra giovani e giovanissimi, che in Puglia fa registrare un’incidenza del **30%** nella fascia d’età **6-17** anni, rispetto a una media nazionale del 25%.

Si stima, inoltre, che ci sia un ulteriore **2%** della popolazione, intorno alle **90.000** persone, con diabete non diagnosticato. Non ci sono differenze significative relativamente alla prevalenza del diabete tra le ASL regionali, con un *range* che varia dal **4%** nelle province di **Bari** e **Barletta-Andria-Trani** (BAT) al **6%** delle province di **Taranto** e **Foggia**4. Altro dato rilevante è che la Puglia ha il primato in Italia per numero di ricoveri per diabete come diagnosi principale.

La mortalità per diabete mellito risulta più alta della media nazionale, con un tasso di **4,57 per 10.000** abitanti a fronte di un tasso nazionale di 3,38 per 10.000 abitanti. Nella ASL BAT, nel nord barese e in alcuni comuni della ASL di Taranto, questo fenomeno è più rilevante.

La Puglia destina ogni anno l’**11%** della spesa sanitaria, oltre **770 milioni**, alla cura del diabete, tra le voci più pesanti della sanità regionale3.

**Il diabete in Europa**

Il diabete è una delle patologie più diffuse in Europa, dove si stimano **52 milioni** di persone diabetiche, pari al **7,9%** della popolazione (**1 adulto su 13**), che saliranno a circa **69 milioni** nel 2035, anche come conseguenza del progressivo invecchiamento della popolazione. Se oggi, infatti, il **37%** della popolazione europea ha **più di 50 anni**, nel 2035 la percentuale salirà ad oltre il **44%**. La **Germania** detiene il primato per il maggior numero di persone con diabete (**oltre 7 milioni**), seguita da Turchia, Russia, Spagna e **Italia** che si colloca al quinto posto con oltre **3,5 milioni** di diabetici. Sono oltre **17 milioni**, il **33%** del totale, gli Europei che hanno il diabete a propria insaputa, e rischiano quindi di aggravare la propria condizione facendo passare anche anni prima di ricevere una diagnosi e cure appropriate5.

Nel 2014, **537mila** decessi in Europa sono stati causati dal diabete, che rappresenta la quarta causa di morte nell’Unione Europea6. Nel **23%** dei casi si tratta di soggetti al di sotto dei **60 anni**5.

L’*International Diabetes Federation* ha calcolato una spesa sanitaria totale di **144 miliardi** di dollari nel 2014, pari al **24%** della spesa sostenuta per il diabete a livello globale, che potrà arrivare a circa **160 miliardi** nel 2035. Gran parte dei costi sono dovuti al trattamento delle comorbilità e delle ospedalizzazioni5.

**Il diabete in Europa (popolazione 20-79 anni)**

*Fonte: International Diabetes Federation, 2014*

**Il diabete nel mondo**

Il **9%** della popolazione mondiale, **415 milioni** di persone, è affetto da diabete. Un numero che è destinato ad aumentare fino a circa **600 milioni** di individui entro il 2035, il che vuol dire che ogni **10 secondi 3 persone** si ammalano di diabete, per un totale di circa **10 milioni** di nuovi casi all’anno7.

Si stima inoltre che siano circa **180 milioni** i casi di diabete non diagnosticati. In altre parole, se nel mondo **1** persona su **12** ha il diabete, **1** persona su **2** ne è affetto inconsapevolmente.

Il **90-95%** di tutti i casi di diabete è associato al diabete di **tipo 2**, solo il 5-10% al diabete di tipo 18.

Va inoltre considerato che circa **un terzo** della popolazione “fa i conti” con il **prediabete**, condizione caratterizzata da livelli di glucosio nel sangue superiori alla norma, ma non così elevati da determinare un diabete conclamato, che però espongono il soggetto che ne è affetto ad un maggior rischio di evoluzione verso il diabete vero e proprio e le sue complicanze9.

Nel mondo **ogni 7 secondi** una persona muore a causa del diabete, per un totale di **4,9 milioni** di decessi registrati nel 2014. Le malattie cardiovascolari rappresentano la causa principale di mortalità, fino al **50%** di tutte le morti correlate al diabete8.

**Numero di persone con diabete e percentuale di casi non diagnosticati nel mondo, anno 2014**

*Fonte: International Diabetes Federation, 2014*

**

Ogni **9** dollari di spesa sanitaria a livello globale, **1** dollaro è provocato dal diabete che nel 2014 ha determinato una spesa complessiva di **612 miliardi** di dollari8. Va inoltre considerato che i costi correlati al diabete non diagnosticato vanificano i potenziali benefici della diagnosi precoce e del trattamento tempestivo. A tal proposito, uno studio realizzato negli Stati Uniti ha stimato che la mancata diagnosi di diabete comporta un ulteriore aggravio della spesa sanitaria di **18 miliardi** di dollari in un anno10. Al fine di valutare il carico globale del diabete, bisogna tener presente che ai costi sanitari (farmaci, visite, ospedalizzazioni), si sommano i costi sociali della malattia causati da perdita di produttività e disabilità, che hanno un impatto notevole sull’individuo, sulla famiglia e sull’intera collettività.

**I benefici dell’early detection, early diagnosis, early treatment**

Fino al **90%** dei casi di diabete di tipo 2 potrebbe essere prevenuto attraverso l’implementazione di programmi di prevenzione rivolti ai soggetti a rischio di sviluppare la malattia11. Studi condotti in molti Paesi del mondo hanno dimostrato che programmi indirizzati alle persone con prediabete, volti a modificarne lo stile di vita, possono ridurre fino al **58%** il rischio di ammalarsi di diabete12.

Una parte rilevante della popolazione diabetica, tuttavia, rimane non diagnosticata o non riceve trattamenti farmacologici. Trattamenti precoci ed efficaci del diabete possono invece aiutare a ridurre il rischio di complicanze a lungo termine. Numerosi studi hanno dimostrato che il trattamento intensivo e precoce, attuato con immediatezza alla diagnosi, determina una prognosi più favorevole e previene lo sviluppo di complicanze. Per ogni **1%** di riduzione dei livelli di glucosio nel sangue, diminuisce del **21%** il rischio di **morte correlata al diabete**, del **14%** il rischio di **infarto del miocardio**, del **12%** il rischio di **ictus**, del **37%** il rischio di **complicanze micro vascolari** che possono portare a cecità e amputazione degli arti13.

Diversamente, i soggetti meno trattati intensivamente all’inizio, e nei quali si “permette” un deterioramento importante del controllo metabolico, sono destinati per sempre a una prognosi peggiore, con un maggior rischio di complicanze, e quindi con costi elevati sia assistenziali che in termini i salute e qualità di vita. Interventi in grado di prevenire l’insorgenza del diabete e di controllare la malattia in maniera ottimale, ritardando la comparsa delle comorbilità, rappresentano uno strumento costo-efficace per migliorare la salute e la qualità di vita delle persone, ridurre la spesa sanitaria e garantire la sostenibilità del sistema14.

**Bibliografia**

1Antonio Nicolucci, Maria Chiara Rossi, a nome del Comitato Scientifico del progetto Burden of Desease, Il Diabete una sfida per i sistemi sanitari, Italian Health Policy Brief, anno IV speciale 2014.

2Dati EASD 2013, tratti da: <http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=17075>

3Mennini FS, Marcellusi A, Viti R Aspetti economici nella corretta gestione del paziente diabetico, CEIS - Centre for Economic and International Study Economic Evaluation and HTA (EEHTA), Faculty of Economics, University of Rome "Tor Vergata”, 2015.

4Sistema di sorveglianza PASSI Regione Puglia.

5International Diabetes Federation (IDF) 2014. Consultabile su: <http://www.idf.org/sites/default/files/DA-regional-factsheets-2014_FINAL.pdf>

6Mladovsky P et al (2009) WHO on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies. Health in the European Union, Trends and Analysis. Observatory Studies Series N°19: p xxi.

7International Diabetes Federation (IDF) 2015.

8International Diabetes Federation (IDF) 2014. Consultabile su: <http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_EN.pdf>.

9Mainous III, AG et al (2014) BMJ Open Access. 4:e005002. Doi:10.1136/bmjopen-2014-005002.

10 Zhang Y, Dall TM, Mann SE, et al The economic costs of undiagnosed diabetes. Popul Health Manag 2009; 12:95-101.

11Guariguata, L, Whiting, DR, Hambleton, I, Beagley, J, Linnenkamp, U, Shaw, JE (2013) Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035.Diabetes Research and Clinical Practice, p. 143. 1 0 3: 1 3 7 – 1 4 9.

12US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, and National Institute of Diabetes and Digestive Kidney Disease (2008) Diabetes Prevention Program (DPP). Available from: <http://www.niddk.nih.gov/about-niddk/research-areas/diabetes/diabetesprevention-program-dpp/Documents/DPP_508.pdf>. Accessed 18 August 2015

13Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observation study. BMJ 2000;321(7258):405-12.

14Phillips LS, Branch WT, Cook CB, et al. Clinical inertia. Ann Intern Med 2001;135(9):825-34.