

DOCUMENTO NOVO NORDISK

ANNO X - SPECIALE 2020

IMPATTO DELL'EPIDEMIA DA COVID-19 SULL'ASSISTENZA ALLE PERSONE CON DIABETE MELLITO

Autori

Antonio Nicolucci, Centre for Outcomes Research and Clinical Epidemiology (CORESEARCH), Pescara;

Agostino Consoli, Dipart. di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento & Center for Advanced Studies and Technologies (CAST) - Università "G. D'Annunzio", Chieti - Pescara

INTRODUZIONE

La malattia diabetica si associa a un aumentato rischio di contrarre infezioni virali severe. Si è osservato, ad esempio, che nei periodi di epidemia influenzale il rischio di ricovero in ospedale è sei volte maggiore per le persone con diabete **(1)**. Quest'ultimo risulta anche spesso associato a un aumentato rischio di infezione da H1N1 (virus influenzale pandemico) e rappresenta un fattore di rischio con complicanze nei soggetti che contraggono questa infezione **(2)**. Negli ultimi anni, è stato identificato in Arabia Saudita un nuovo ceppo di coronavirus, responsabile della Middle East Respiratory Syndrome (MERS CoV), una malattia respiratoria letale in oltre un terzo dei casi. Fra i fattori di rischio esaminati, la presenza di diabete si associava a un rischio 7 volte maggiore di contrarre la malattia **(3)**. Inoltre, il diabete mellito di tipo 2 è particolarmente prevalente nelle persone anziane, fra le quali una su cinque risulta affetta dalla malattia, e si accompagna spesso a complicanze croniche a livello cardiovascolare, renale, oculare, vascolare periferico e neurologico. In particolare, oltre il 20% delle persone con diabete ha già avuto un evento cardiovascolare e dati molto recenti rendono ragione di come la presenza di malattia cardiovascolare renda ancor più pericolosa l'infezione da coronavirus (covid-19) **(4)**. La concomitanza di questi fattori fa delle persone anziane con diabete, e delle persone con diabete con co-morbilità, una categoria particolarmente fragile e suscettibile a infezioni virali severe, con conseguenze che possono essere letali **(5,6)**. Alla luce di queste considerazioni, l'epidemia di covid-19 in corso nel nostro Paese suscita particolari preoccupazioni per le implicazioni che essa comporta per i pazienti affetti da diabete mellito. In effetti, secondo i dati raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità, su 105 decessi avvenuti in Italia fino al 4 marzo, l'età media delle persone decedute è pari a 81 anni, con una prevalenza di diabete del 33.8%. In altre parole, tra le persone decedute in

Italia fino al 4 marzo per infezione da covid-19, una su tre era affetta da diabete.

Diabete e ambiente urbano

Il numero delle persone che vivono nelle città è in crescita costante: cento anni fa solo due persone su dieci, nel mondo, vivevano nelle aree urbane; nel 2050 questo numero arriverà a sette su dieci. Il trasferimento della popolazione verso le aree urbane si accompagna a cambiamenti sostanziali degli stili di vita: cambia il modo di vivere, i lavori sono sempre più sedentari, l'attività fisica diminuisce, aumenta l'accesso ad alimenti a basso costo, a basso valore nutritivo e ad elevato contenuto calorico. Emergono pertanto condizioni sociali e culturali che rappresentano un potente volano per obesità e diabete. I cambiamenti demografici in corso, l'urbanizzazione, l'adozione di stili di vita non salutari, l'invecchiamento della popolazione e l'isolamento sociale, ma anche il progressivo impoverimento della popolazione, si riflettono in un aumento costante della prevalenza di diabete. Nelle grandi città vivono oggi due terzi delle persone affette da diabete. Vivere in zone ad alta densità abitativa può accrescere il rischio di contagio da malattie virali, e richiede pertanto alle persone con diabete che vivono in aree metropolitane una particolare attenzione a seguire le norme prudenziali suggerite dal Ministero della Salute. Tra queste norme prudenziali vi è la pressante raccomandazione alle persone anziane di rimanere a casa. È vero però che un importante numero di persone anziane vive da sola. A Roma, ad esempio, il 28,4% delle persone anziane (> 64 anni) vive da sola **(7)**. La mancanza di una rete sociale di supporto determina per molte di queste persone la necessità di uscire di casa, in deroga alle raccomandazioni governative, al fine di procurarsi i beni di prima necessità.

Non va poi sottovalutato il fatto che il diabete è più frequente fra le fasce socialmente svantaggiate (bassa scolarità, basso livello socio-economico). Questo è un ulteriore elemento che lega il diabete al rischio di infezione virale, in quanto numerosi studi hanno evidenziato una forte correlazione fra morbilità e mortalità per forme virali pandemiche e basso reddito/basso livello socio-economico **(8)**.

Infezione da covid-19 e ripercussioni sull'assistenza diabetologica

La crescita esponenziale dei casi di coronavirus nel nostro Paese rappresenta una sfida eccezionale per il Sistema Sanitario Nazionale. Su tutto il territorio, ma soprattutto nelle aree maggiormente interessate dall'epidemia, sono in atto politiche di riduzione delle attività assistenziali ambulatoriali di routine, sia per la carenza di personale sanitario, sia per evitare il sovraffollamento delle sale di attesa degli ambulatori. Queste politiche potranno avere ricadute importanti per le persone con diabete. Esse,

infatti, oltre ad essere, come appena enunciato, a maggior rischio di contrarre l'infezione ed essere esposti alle possibili gravi complicanze di essa, si devono sottoporre con regolare frequenza a controlli ambulatoriali specialistici che, essendo affollati, espongono, a un intollerabile aumento del rischio di contagio. A questo si aggiunge il fatto che per ottenere in regime di rimborsabilità molte classi di farmaci anti-iperglicemizzanti è necessaria la redazione di un piano terapeutico da parte delle strutture specialistiche, presso le quali la persona con diabete si deve recare per la redazione di detto piano o per il suo rinnovo semestrale.

Da una parte, quindi, assistiamo a una forzata ma necessaria riduzione dell'assistenza ambulatoriale e raccomandiamo dunque alle persone con diabete, specie se oltre i 65 anni, di restare a casa e non recarsi in ambienti potenzialmente affollati, dall'altra queste misure "protettive" potrebbero causare la sospensione dei trattamenti in corso per mancato rinnovo del piano terapeutico, con importanti conseguenze sul livello di controllo della patologia diabetica. Si innescherebbe in tal caso un circolo vizioso, in quanto il cattivo controllo metabolico renderebbe le persone con diabete ancor più vulnerabili e maggiormente suscettibili alle infezioni. È urgente affrontare i rischi derivanti da questa situazione. È necessario insistere con l'informazione riguardo le misure di cautela da adottare, utilizzando messaggi che si rivolga-no specificamente alle persone con diabete, ed enfatizzando l'importanza di non interrompere le terapie in corso, prestando ancora più attenzione al controllo della malattia (rif.: *Italian Health Policy Brief, 2019*). A questo riguardo, sia l'International Diabetes Federation (IDF) che le società diabetologiche italiane (SID-Società Italiana di Diabetologia, AMD-Associazione Medici Diabetologi) hanno emanato raccomandazioni specifiche per le persone con diabete. In sintesi, è importante mantenersi idratati, monitorare ancora più scrupolosamente il glucosio nel sangue, misurare regolarmente la febbre, tenere sotto controllo i chetoni in caso di terapia a base di insulina, e seguire in modo puntuale le indicazioni che si ricevono dal proprio team di cura. In secondo luogo, le attività ambulatoriali devono essere riorganizzate in modo da evitare sovraffollamenti, con una profonda razionalizzazione del percorso di accesso, basato sulle effettive necessità assistenziali. Un elemento importante di questa razionalizzazione può e dovrebbe essere l'immediata sospensione, almeno fino a quando è in corso l'emergenza, dell'obbligo di piani terapeutici per i farmaci antidiabete, che è necessaria per ridurre al minimo il flusso fisico dei pazienti presso i centri di diabetologia.

Un altro aspetto importante, di cui già si avvertiva l'importanza, ma il cui ruolo viene potentemente enfatizzato da eventi come l'epidemia da covid-19, è l'impiego diffuso della telemedicina e della teleassistenza. La possibilità di monitorare da remoto l'andamento dei valori glicemici e di altri parametri (ad esempio pressione arteriosa, peso corporeo, ossimetria), rilevati direttamente dal paziente nel proprio domicilio, consentirebbe infatti di garantire la

continuità assistenziale evitando nel contempo visite di persona presso gli ambulatori.

CONCLUSIONI

L'epidemia da covid-19 sta portando repentini e profondi cambiamenti al nostro modo di vivere, ma anche al nostro modo di gestire la salute. La speranza di tutti è che l'impatto sulla nostra vita sia il più transitorio possibile. Tuttavia, per quello che riguarda la malattia diabetica e l'assistenza ad essa, i cambiamenti (che devono essere implementati subito, pena un prezzo ancora più alto che le persone con diabete dovranno pagare a questa epidemia) possono costituire una traccia per migliorare e razionalizzare l'assistenza alla persona con diabete anche nel futuro. La facilitazione dell'accesso a farmaci più moderni, più efficaci e più sicuri era certamente un'esigenza sentita anche prima dell'esplosione dell'epidemia e va comunque perseguita. L'impiego su scala sempre più vasta di telemedicina e teleassistenza, con il potenziamento da esse garantito di una solida rete di gestione integrata della patologia diabetica, è una delle poche risposte possibili all'aumento della prevalenza della malattia, anche a prescindere dall'ineluttabilità del loro impiego in contingenze eccezionali come l'attuale epidemia da covid-19.

Queste misure, comunque, non possono sostituire lo sforzo individuale di prudenza e coscienza che gli operatori sanitari e le persone affette da diabete mellito devono fare e stanno facendo ogni giorno perché i devastanti effetti dell'epidemia non siano più temibili per le persone affette da diabete. Queste persone vanno protette (e tenute il più possibile lontane dagli ambulatori) ma non abbandonate, e il controllo puntuale e ottimale del loro compenso metabolico non deve essere tra le vittime del covid-19.

Riferimenti

ANNO X - SPECIALE 2020

1 Peleg AY, Weerarathna T, McCarthy JS, Davis TM. *Common infections in diabetes: pathogenesis, management and relationship to glycaemic control. Diabetes Metab Res Rev.* 2007; 23:3-13.

2 Miller AC, Subramanian RA, Safi F, Sinert R, Zehtabchi S, Elamin EM. *Influenza A 2009 (H1N1) virus in admitted and critically ill patients. J Intensive Care Med.* 2012; 27:25-31.

3 Hui DS, Azhar EI, Kim YJ, Memish ZA, Oh MD, Zumla A. *Middle East respiratory syndrome coronavirus: risk factors and determinants of primary, household, and nosocomial transmission. Lancet Infect Dis.* 2018;18:e217-e227.

4. Zheng YY, Ma YT, Zhang JY, Xie X. COVID-19 and the cardiovascular system. *Nat Rev Cardiol*. 2020 Mar 5 2020. [Epub ahead of print]
5. W. Guan, Z. Ni, Yu Hu, W. Liang, C et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020; Feb 28. doi: 10.1056/NEJMoa2002032. [Epub ahead of print].
6. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020 Feb 24. doi: 10.1001/jama.2020.2648. [Epub ahead of print].
7. Roma Cities Changing Diabetes Report.
<https://healthcitythinktank.org/reportccdroma2019.pdf>.
8. Mamelund SE, Shelley-Egan C, Rogeberg O. The association between socioeconomic status and pandemic influenza: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2019;8:5.

Italian Health Policy Brief

Anno IX Speciale 2019 (Editore ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.)