

DIABETES MONITOR

Journal

15TH
ITALIAN DIABETES
BAROMETER
REPORT 2021

**“LA PANDEMIA
DEL DIABETE TIPO 2
E IL SUO IMPATTO IN ITALIA
E NELLE REGIONI”**

IBDO FOUNDATION



NON COMMUNICABLE DISEASES OBSERVATORY

EDITOR IN CHIEF

Renato Lauro
Andrea Lenzi
Giuseppe Novelli

EDITOR

Domenico Cucinotta

EDITORIAL BOARD

Emanuela Baio
Lucio Corsaro
Roberta Crialesi
Claudio Cricelli
Francesco Dotta
Francesco Giorgino
Davide Lauro
Gerardo Medea
Antonio Nicolucci
Maria Chiara Rossi
Paolo Sbraccia
Federico Spandonaro
Gianluca Vaccaro
Ketty Vaccaro

MANAGING EDITOR

Alfonso Bellia
Simona Frontoni

DIABETES MONITOR è una rivista sul diabete, edita da IBDO Foundation.

La rivista ospita periodicamente, in numeri monotematici, analisi, indagini, approfondimenti e documenti redatti da esperti che operano in diversi campi, con l'obiettivo di animare il confronto e la ricerca di soluzioni sul diabete quale malattia di grande rilevanza clinico, sociale, epidemiologica, economica e politico-sanitaria.

Indice

EDITORIALE

PREFAZIONE INTERGRUPPO PARLAMENTARE OBESITA' E DIABETE

PREFAZIONE Istat

ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI – AMD

SOCIETÀ ITALIANA DI DIABETOLOGIA - SID

SOCIETÀ ITALIANA DI ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA PEDIATRICA - SIEDP

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE E DELLE CURE PRIMARIE - SIMG

OPERATORI SANITARI DI DIABETOLOGIA ITALIANI -OSDI

OBIETTIVI E NOTA METODOLOGICA

MISURARE E CONDIVIDERE

IL DIABETE

DIABETE IN ITALIA

DIABETE E MORTALITA'

IL DIABETE NELLE REGIONI ITALIANE

DIFFORMITA' REGIONALI ALLA ACCESSO ALLE CURE

L' IMPATTO ECONOMICO DEL DIABETE IN ITALIA

LA PREVENZIONE OFFRE LE MAGGIORI POTENZIALITA' DI SUCCESSO

DIABETE E COVID 19: UN'ANALISI SULLA VULNERABILITA' E LA RIDOTTA ASSISTENZA DELLA PERSONA CON DIABETE

DIABETES MONITOR 2021: LE ASPETTATIVE DELLA PERSONA CON DIABETE

IL PUNTO DI VISTA DELLE ASSOCIAZIONI PAZIENTI

EDITORS E COAUTORI

PROMOTORI E PARTNERS

INFOGRAFICA IL DIABETE IN ITALIA



Editoriale



Renato Lauro
Editor in Chief di Diabetes Monitor e Presidente di IBDO Foundation



Andrea Lenzi
Editor in Chief di Diabetes Monitor e Presidente CNBBSV della Presidenza del Consiglio dei Ministri Vergata



Giuseppe Novelli
Editor in Chief di Diabetes Monitor e Direttore della U.O.C. Laboratorio di Genetica Medica del Policlinico Universitario di Tor Vergata



Domenico Cucinotta
Editor dell'Italian Diabetes Barometer Report

Negli ultimi anni si sono fatti grandi progressi nella lotta al diabete, ma si può ancora fare molto contro la crescente sfida posta da questa patologia a livello globale, europeo e italiano. La pandemia del COVID 19 ha dimostrato l'estrema fragilità e vulnerabilità delle persone a rischio o con diabete tipo 2. Riuscendo a gestire in maniera adeguata il diabete di tipo 2 si contribuirà in modo significativo anche alla prevenzione di altre malattie croniche che ne condividono i fattori di rischio, i determinanti e le opportunità di intervento.

Secondo il rapporto Diabetes Atlas dell'International Diabetes Federation (IDF), il diabete causa 73 morti al giorno in Italia, quasi 750 in Europa. Il dato è tanto più allarmante se si considera che gli italiani che soffrono di diabete sono circa il 6% della popolazione e forse questo è un dato sottostimato. Una piaga sanitaria e sociale al tempo stesso sulla quale dobbiamo tutti riflettere e che l'attuale pandemia di COVID 19 ha evidenziato in termini di fragilità e vulnerabilità delle persone affette.

Uno studio del marzo di quest'anno, pubblicato su THE LANCET DIABETES & ENDOCRINOLOGY a firma dei professori Yan Xie e Ziyad Al-Aly del Clinical Epidemiology Center, Research and Development Service di Saint Louis, mostra come le persone contagiate dal Covid-19, soprattutto se anziane, hanno un rischio del 40% maggiore di diabete rispetto alle persone non contagiate. Eppure questo problema sembra sottovalutato, quasi a conferma del detto "Il diabete vede te, tu non vedi il diabete".

Oggi tutti noi sappiamo che la tutela della salute dei cittadini è uno dei temi al centro del dibattito politico, oltre che essere un diritto sancito dall'art. 32 della nostra Costituzione.

Nel contesto di questo dibattito gli aspetti più importanti che chi ha ruoli Istituzionali deve prendere in considerazione sono senz'altro quelli della prevenzione e della cronicità.

Il diabete, con il suo carico sociale, clinico ed economico, rappresenta un modello sul quale riflettere e trovare sinergie operative per una serie di motivazioni che non possono essere ignorate.

Siamo infatti in presenza di una vera pandemia confermata dai dati epidemiologici, che ci indicano che più 400 milioni di persone nel mondo sono affette da diabete. Bisogna agire prontamente per ridurre il peso clinico, sociale ed economico che questa patologia rappresenta e può rappresentare.

L'Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation, spin-off nato all'interno dell'Università Tor Vergata di

Roma, cerca di raggiungere questo obiettivo promuovendo la raccolta e la condivisione di importanti informazioni sull'entità del fardello rappresentato dal diabete e sull'efficacia degli interventi per combatterlo. Al cuore dell'iniziativa vi è un messaggio che non è possibile ignorare e che è diretto a tutti coloro che sono coinvolti nel fronteggiare la sfida posta dal diabete: un forte invito a 'misurare, condividere e migliorare'

Oggi le risposte appropriate alla crescente prevalenza del diabete sono note, tuttavia è necessario un impegno continuo e intelligente perché le acquisizioni teoriche trovino applicazione pratica. Istituzioni come il Ministero della Salute e il Parlamento possono e debbono dare risposte puntuali su quelle che sono le migliori strategie di approccio al problema e sulle le priorità di intervento e che debbono trovare nel PNRR gli strumenti per una concreta attuazione in termini di assistenza specialistica e territoriale.

Ma nel contempo bisogna coinvolgere le persone con diabete in programmi educativi perché solo il loro coinvolgimento attivo porta ad un miglior controllo e gestione della malattia e quindi ad una significativa riduzione delle complicanze. Purtroppo però nel nostro Paese ben 1 persona con diabete su 2 (51%) non è coinvolta in questo tipo di programmi.

Misurazione e condivisione porteranno poi a quelle sinergie tra gli operatori della sanità, tra i sistemi sanitari e persino tra le persone con diabete, che fanno sì che la cura del diabete sia ottimizzata e quindi maggiormente efficace. L'iniziativa dell'IBDO Foundation parte dal presupposto che la raccolta dei dati è necessaria per dimostrare l'impatto di sforzi ed approcci diversi, finalizzati alla riduzione dell'incidenza del diabete tipo 2, alla diagnosi precoce della malattia e al suo trattamento efficace, in modo da ridurre l'incidenza delle complicanze associate al diabete e i decessi prematuri. Dobbiamo essere consapevoli come l'obesità e diabete rappresentano, per l'Italia e l'Europa, un problema di salute particolarmente preoccupante per la rapidità della progressione del fenomeno che, nell'arco di due decenni, si è triplicato. E' reale il definire l'obesità e il diabete, "come "pandemie globali". I dati oggi in nostro possesso ci indicano che in Italia 4-5 abitanti persone su 10 soffrono di sovrappeso o sono obese, con tassi più elevati nelle regioni meridionali e con una tendenza all'aumento negli ultimi anni, e questo fenomeno non risparmia i bambini. Poiché l'obesità rappresenta un potente fattore di rischio per il diabete, tutto questo ha una forte incidenza sul numero di persone, adulti e bambini, che nei prossimi anni svilupperanno il diabete di tipo 2.

Le conseguenze per gli individui e la società sono serie in termini di riduzione sia dell'aspettativa sia della qualità della vita, con notevoli ricadute anche economiche,

questo soprattutto come conseguenza delle complicanze che la persona con diabete può sviluppare.

Questi sono dati di fatto che devono fare riflettere e, soprattutto ci invitano ad agire con urgenza e da qui la necessità di avere un Osservatorio sul diabete in Italia, che l'Università di Roma "Tor Vergata" si è dimostrato disponibile a promuovere e ad ospitare nella prestigiosa sede di Villa Mondragone.

Un altro aspetto sul quale tutti dovrebbero soffermarsi è caratterizzato da due equilibri fondamentali: l'equilibrio tra un'alimentazione sana e livelli adeguati di attività fisica e quello tra responsabilità individuale nei confronti della salute, con scelte dettate da informazione ed educazione corrette e basate sull'evidenza scientifica nel rispetto, ove possibile, dei contesti culturali delle varie entità regionali, e responsabilità dei governi e delle istituzioni nazionali, regionali e locali nel creare e promuovere ambienti e contesti favorevoli a scelte salutari. In questo un compito fondamentale è rappresentato dalla comunità scientifica, che deve poter adottare strategie mirate e basate su linee guida condivise e percorsi cognitivi e formativi validati. In campo nutrizionale è necessario diffondere informazioni chiare e corrette, per raggiungere un livello di piena consapevolezza e responsabilità del consumatore, evitando confusione e disorientamento nella popolazione. L'adozione di un corretto stile di vita non può essere imposto per legge, ma l'educazione alimentare del cittadino-utente e l'autoregolamentazione sulla base di stringenti codici etici di comportamento da parte dell'industria alimentare, in accordo con le istituzioni governative, restano gli strumenti di gran lunga più efficaci.

Una precisa fotografia del diabete in Italia non può prescindere da una analisi delle complicanze croniche tardive della malattia che, in un'epoca in cui è ormai raro il decesso per cause acute, ne rappresentano il vero, principale, costo umano ed economico.

Bisogna sentire ascoltare le voci di tutti i protagonisti del "sistema salute" italiano per far sì che il diabete esca da quel cono di invisibilità e diventi una malattia sulla quale prevenzione e trattamenti precoci possono cambiare l'evoluzione pandemica in atto.

Infine il ricorso alla digitalizzazione sanitaria, prevista dal PNRR, deve consentire una maggiore capillarità assistenziale e modelli definiti di disease management, non portando in competizione il territorio con le strutture specialistiche, ma trovando modelli nuovi di gestione condivisa della malattia cronica. Questo report, giunto alla sua quindicesima edizione, prodotto dall'Italian Barometer Diabetes Observatory (IBDO) in collaborazione con Istat e con il contributo di CORESEARCH e BHAVE illustra una serie di dati e di passaggi chiave che possono contribuire ad affrontare con

successo la crescita tumultuosa del diabete di tipo 2, anche nel contesto dell'attuale gravissima crisi sanitaria globale e che, al contempo, possono avere un impatto di vasta portata sullo sviluppo complessivo delle malattie croniche. Il report per sua natura vuole animare il dibattito istituzionale e fornire dati per implementare le politiche sanitarie sul diabete tipo 2 in Italia.

Contributi Istituzionali



Prefazione



Sen. Daniela Sbröllini
Presidente Intergruppo
parlamentare
"Obesità e Diabete"



On. Roberto Pella
Presidente Intergruppo
parlamentare
"Obesità e Diabete"

Il valore di disporre dei dati dell'Italian Diabetes Barometer Report ci impone, innanzitutto, un ringraziamento a IBDO Foundation e a Istat, unitamente a tutti coloro che contribuiscono alla redazione e alla pubblicazione dello studio in qualità di esperti.

Il faticoso sentiero che ci sta portando a uscire dall'emergenza pandemica globale di questi due ultimi anni ci rende tutti maggiormente consapevoli di quanto sia importante prendersi cura delle fragilità e delle vulnerabilità delle persone con diabete e con malattie croniche non trasmissibili e dell'attenzione che dobbiamo prestare al tema delle interconnessioni a livello planetario.

È necessario affrontare in maniera più efficiente e strutturata un'emergenza di Salute Pubblica, quale è il diabete, creando organismi che siano in grado di coordinare tutti i soggetti e i settori impegnati nell'educazione sanitaria, dal mondo dell'istruzione e dell'alfabetizzazione ai mezzi di comunicazione di massa, organizzando campagne di prevenzione e di sensibilizzazione su tutto il territorio nazionale.

Al tempo stesso, i centri di diabetologia esistenti sono da potenziare integrandoli all'interno di un'autentica rete di medicina territoriale in grado curare e prendersi cura delle persone con diabete nella maniera più efficace attraverso la diagnostica, terapie più innovative, telemedicina e un accesso uniforme alle cure e ai trattamenti su tutto il territorio nazionale.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ci dà, per la prima volta dopo tanto tempo, la possibilità di attuare questo modello e di plasmare un nuovo approccio culturale al tema, in particolare attraverso la Missione 6: una gestione più appropriata e attenta ai bisogni della persona con diabete tipo 2, integrando l'assistenza specialistica con quella territoriale e potenziando le reti di prossimità.

Il coinvolgimento dei territori e dei decisori locali e l'implementazione degli strumenti di telemedicina rappresentano elementi chiave che consentiranno una presa in carico più efficace del paziente e, prima ancora, di "prenderci cura" del cittadino, della sua qualità di vita e

del suo benessere. Una prossimità che sia in grado di valorizzare in misura crescente la relazione medico-paziente, essenziale per la cura delle persone più fragili e vulnerabili.

Una programmazione adeguata necessiterà altresì di piattaforme interoperabili per garantire accesso e monitoraggio a dati confrontabili, consolidati e corretti, una risorsa imprescindibile per spiegare e governare fenomeni complessi. Nessuna decisione o politica pubblica, a ogni livello decisionale, può essere correttamente agita se non dispone di dati che ne avvalorino le linee di intervento e di azione prioritarie. Per questa ragione innovazione e digitalizzazione rappresentano obiettivi altrettanto chiave per il Servizio Sanitario Nazionale che vogliamo costruire.

Dare impulso e concretezza, attraverso gli strumenti legislativi a nostra disposizione, alle istanze provenienti da tutti i soggetti operanti nel mondo del diabete, in maniera sinergica, al fine di ridurre la prevalenza e i fattori di rischio di questa patologia, è un obiettivo da perseguire oggi con sempre maggior impegno e determinazione.

L'Intergruppo parlamentare "Obesità e Diabete", costituito in seno alla XVIII Legislatura quale spazio di dialogo e confronto parlamentare permanente e bipartisan sui temi dell'Obesità e del Diabete, sarà sempre a disposizione di questa meritevole e importante iniziativa, auspicando che i contenuti dell'Italian Diabetes Barometer Report, anno dopo anno, possano testimoniare dell'impegno di ciascuno di noi nella lotta al diabete nel nostro Paese.

Da parte nostra ribadiamo l'impegno volto a rendere il Report patrimonio di un sapere condiviso, al servizio della nostra attività istituzionale e parlamentare.



43

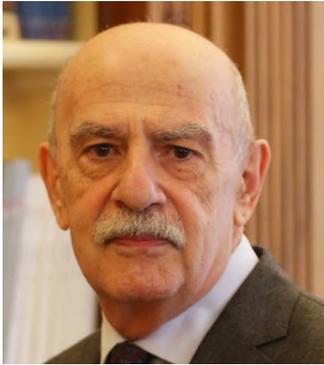
62

62

68

33

Introduzione



Gian Carlo Blangiardo
Presidente Istat

L'analisi e il monitoraggio della salute, delle sue determinanti sociali e, più in generale, del benessere e della qualità della vita costituiscono per l'Istituto un impegno primario nei confronti di tutti i suoi utenti: la comunità scientifica e della ricerca, con la Istat intrattiene una collaborazione disinteressata e aperta, le istituzioni e i decisori politici, gli operatori della educazione e della formazione, i soggetti della comunicazione, il mondo del lavoro e delle imprese, le organizzazioni della società civile, e i cittadini, a partire dai più giovani.

L'ITALIAN DIABETES BAROMETER Report, che quest'anno è arrivato alla 15a edizione, rappresenta ormai un punto di riferimento fondamentale per la conoscenza della malattia diabetica, della sua epidemiologia e delle sue implicazioni sociali, economiche e cliniche e mette al servizio della ricerca e della sanità pubblica una grande ricchezza di informazioni e spunti per l'agenda futura. Il diabete fa parte delle patologie croniche non trasmissibili, che hanno un impatto elevato sul sistema sanitario. Un impatto che, se non efficacemente contrastato, negli anni futuri è destinato a crescere. Si tratta di una sfida globale, recepita anche dall'Organizzazione delle Nazioni Unite, che, nell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, ha fissato, nel target 3.4, l'obiettivo di ridurre di un terzo la mortalità prematura riconducibile alle malattie non trasmissibili, tra le quali è compreso il diabete.

La pandemia ha reso ancor più evidente come sia indispensabile poter disporre di dati affidabili, aggiornati, confrontabili e consolidati per spiegare fenomeni complessi, per poter prendere decisioni informate e mettere in atto azioni efficaci e sostenibili, secondo modalità che ci auguriamo possano essere sempre più coordinate e condivise tra istituzioni, cittadini e pazienti.

La collaborazione tra Istat e IBDO Foundation, instaurata in occasione del Rapporto del 2017, ha prodotto da allora con continuità, ogni anno, informazioni e analisi statistiche caratterizzate da elevato valore scientifico e robustezza metodologica, fornendo un solido quadro di riferimento sulle condizioni di salute e sugli stili di vita

della popolazione e misurando i livelli e le variazioni dei principali indicatori epidemiologici. Nello stesso tempo, non abbiamo mancato di richiamare l'attenzione sul persistere di disuguaglianze sociali e distanze anche profonde tra i territori del nostro paese; situazioni che incidono sulla stessa probabilità di sviluppare il diabete e di gestirlo in modo ottimale.

In Italia, dal 2010 al 2020, il numero di persone con diabete è aumentato del 65%. A livello globale, secondo l'OMS, entro il 2045 è attesa una crescita del 51%.

Il diabete cosiddetto di tipo 2 è prevalente nelle persone anziane e si accompagna spesso a complicanze croniche a livello cardiovascolare, renale, neurologico. Circa l'80% delle persone che dichiarano di avere il diabete soffrono infatti di almeno un'altra malattia cronica. Per ogni decesso in cui il diabete è la causa iniziale, se ne contano tre per i quali è una concausa di morte, ovvero ha contribuito aggravando la causa iniziale o limitando le possibilità di cura.

Nel periodo fra gennaio e giugno 2020, in concomitanza con l'esordio della pandemia, la mortalità per diabete nel nostro paese ha subito un forte incremento: rispetto alla media 2015-2019, i decessi per diabete sono aumentati del 12,5%, con rialzi più consistenti nelle aree di maggiore diffusione del virus.

Nel corso della crisi pandemica, i soggetti diabetici sono stati un segmento di popolazione per il quale il decorso dell'infezione da Sars Cov 2 spesso è stato molto più complesso, con un aumentato rischio di ospedalizzazione,

di ricorso a terapie intensive e più esposto a un severo rischio di letalità. Di qui l'importanza dell'accesso alle cure, ai trattamenti, alle vaccinazioni delle persone con diabete di tipo 2, condizione essenziale perché esse possano esercitare il diritto alla salute sancito dall'art.32 della nostra Costituzione. Nel 2020, un concorso di fattori, soprattutto di tipo sociale, ha aumentato il rischio di insorgenza del diabete (nonché le sue complicanze): incrementi dell'obesità e del tasso di sedentarietà di tutta la popolazione, giovani compresi, complici le restrizioni del lockdown e l'isolamento, nonché la chiusura delle strutture sportive.

Il perdurare della pandemia, ormai per il secondo anno, getta ombre sulla stima degli andamenti futuri dell'incidenza di questa condizione. Ci sono motivi per ritenere che, anche una volta fuori dalla fase pandemica, le malattie come il diabete di tipo 2 continueranno la loro traiettoria crescente, probabilmente anche in modo più accelerato.

La multi-morbilità e la comorbilità nelle malattie trasmissibili, come il COVID-19, ci impongono di affrontare in modo sistematico i fattori di rischio comuni e investire in diagnostica, screening e diagnosi precoce, anche e soprattutto delle malattie croniche (non trasmissibili), incluso il diabete.

In merito alle conseguenze del COVID-19, i primi studi disponibili sugli effetti dell'infezione attribuirebbero alle persone che hanno contratto la malattia un maggior rischio di insorgenza di diabete. Se il legame tra Sars Cov 2 e diabete di nuova insorgenza fosse confermato, anche un piccolo aumento della prevalenza globale del diabete potrebbe avere conseguenze pesanti. Per questo motivo, l'azione sul diabete dovrebbe essere considerata anche come parte della risposta alla pandemia e vista come un investimento importante nella preparazione ad eventuali epidemie future.

Il contributo dell'Istat allo sforzo comune per fronteggiare queste sfide sta nell'osservazione e nello studio sempre più vasti e approfonditi dei fenomeni, anche sociali, economici, ambientali e culturali, che sono alla base del diabete e di quelli che ne accompagnano l'insorgenza, come documentano le indagini di cui si parla in questo Report.

L'analisi e il monitoraggio della salute, delle sue determinanti sociali e, più in generale, del benessere e della qualità della vita costituiscono per l'Istituto un impegno primario nei confronti di tutti i suoi utenti: la comunità scientifica e della ricerca, con la Istat intrattiene una collaborazione disinteressata e aperta, le istituzioni e i decisori politici, gli operatori della educazione e della formazione, i soggetti della comunicazione, il mondo del lavoro e delle imprese, le organizzazioni della società civile, e i cittadini, a partire dai più giovani.



0.05

17.05

24.05

31.05

07.08

14.08

21.08

28.08

40

30

20

10

0

*Il Punto di vista
delle
Società Scientifiche*





Graziano Di Cianni
Presidente AMD

Bisogna migliorare ulteriormente le performance italiane nella gestione del diabete, ma soprattutto a riempire ancor più di contenuto il principio universalistico, vero fiore all'occhiello del nostro SSN, la cui attuazione però non può misurarsi sui grandi numeri e sui centri d'eccellenza, ma soltanto sulle risposte di salute che riusciamo a offrire fattivamente ai cittadini meno fortunati, e in modo uniforme su tutto il territorio nazionale

Siamo arrivati quest'anno alla quindicesima edizione dell'Italian Diabetes Barometer Report e la pandemia "silenziosa" del diabete prosegue la sua corsa.

L'ultimo rapporto europeo sull'Obesità pubblicato di recente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, riporta che oltre la metà della popolazione adulta europea (59%) – e al suo interno un bambino su tre – è obeso o in sovrappeso. Obesità e sovrappeso, condizioni che concorrono a determinare circa il 13% dei decessi di ogni anno, sono strettamente correlate allo sviluppo del diabete e delle sue complicanze croniche quali quelle cardiovascolari, renali, oculari. Individuare una strategia efficace di prevenzione e gestione del diabete equivale, pertanto, ad incidere in maniera efficace sulle "malattie a lungo termine". E' questa una delle grandi che i Servizi sanitari dei Paesi a economia matura, a bassa natalità e con invecchiamento crescente, sono chiamati ad affrontare. Sfida resa ancora più difficile in seguito all'impatto della pandemia di Covid-19. La survey condotta lo scorso anno dall'Associazione Medici Diabetologi in collaborazione con il Ministero della Salute, ha evidenziato uno scenario preoccupante. La necessità di gestire l'emergenza sanitaria ha imposto una profonda riorganizzazione, per non dire un vero stravolgimento, degli ambulatori e dei reparti. Il personale della diabetologia è stato impiegato in prima linea nei reparti Covid, e questo ha determinato una riduzione sostanziale delle attività di nuova diagnosi e delle visite erogate alle persone con diabete, naturalmente eccezion fatta per i casi urgenti. La diminuzione della popolazione complessiva assistita in diabetologia è una delle conseguenze drammatiche del Covid, il cui impatto reale potrà essere valutato con precisione soltanto nei prossimi anni. Allo

stesso tempo, tuttavia, la diabetologia ha dato prova di elasticità e capacità di riorganizzazione, adottando tra l'altro strategie di assistenza da remoto che hanno contribuito in modo sostanziale a sopperire alla diminuzione delle visite in presenza, e senz'altro hanno consentito di mantenere vivo il rapporto medico-paziente e garantire la continuità assistenziale.

Oggi però, a più di due anni dall'inizio della pandemia, siamo di fronte a una ripresa e a un nuovo, indifferibile cambiamento: sembra che tutti gli attori coinvolti nella gestione dell'assistenza sanitaria – inclusa la politica e le istituzioni – abbiano compreso che le sfide legate al dilagare delle cronicità, e in particolar modo del diabete, non possano che giocarsi e decidersi sul territorio. Sotto tanti profili e in diversi ambiti, stiamo quindi vivendo un'epoca di passaggio. E dovremmo cogliere la trasformazione come opportunità, per rafforzare e affinare sul serio la medicina di prossimità, senza però commettere l'errore di semplificarla fino alla banalizzazione, privando le persone con diabete di quel modello di presa in carico – fondato anche su una legislazione dedicata – che rimane un punto di forza del sistema italiano.

Il rafforzamento dei presidi territoriali dedicati (case di comunità) così come previsti dalla Missione 6 del PNRR e lo sviluppo della sanità digitale sono i capisaldi della trasformazione dell'assistenza territoriale, sempre più prossima al cittadino. Evoluzioni necessarie, rispetto alle quali la Diabetologia italiana è già pronta e sta già lavorando, soprattutto affinché – quali che siano le singole scelte regionali – non si compiano passi indietro rispetto a due punti fermi: l'approccio multiprofessionale, garantito dall'assistenza specialistica del team diabetologico, e l'allargamento dell'accesso alla diagnosi e ai percorsi

di cura, che può essere garantito soltanto da un'architettura "a rete" del modello di presa in carico. Rete nella quale la Medicina generale è correttamente sempre più inclusa e operativa.

Si tratta di strategie, in fase di trasformazione e perfezionamento, che rappresentano l'unica ricetta possibile per rispondere alle due sfide principali che emergono dai dati del Barometer, e che sono, a mio avviso, una gestione migliore del diabete nelle fasce di popolazione in difficoltà – anche e soprattutto sul piano socio-economico – e il livellamento delle disuguaglianze assistenziali e di accesso alle cure che ancora caratterizzano, purtroppo, i modelli di presa in carico delle singole Regioni. Interpretando in vista di questi due grandi obiettivi la riorganizzazione della sanità territoriale, potremmo riuscire non soltanto a migliorare ulteriormente le performance italiane nella gestione del diabete, ma soprattutto a riempire ancor più di contenuto il principio universalistico, vero fiore all'occhiello del nostro SSN, la cui attuazione però non può misurarsi sui grandi numeri e sui centri d'eccellenza, ma soltanto sulle risposte di salute che riusciamo a offrire fattivamente ai cittadini meno fortunati, e in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.



Agostino Consoli
Presidente SID

La diabetologia italiana deve essere capaci di animare il dibattito istituzionale sul diabete, confrontandoci con il Ministero della Salute, il Parlamento, le Regioni e con tutte quelle realtà istituzionali che hanno potere gestionale e decisionale sulla gestione del diabete.

Siamo consapevoli tutti di quanto il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenti un cruciale punto di svolta per il nostro Paese. Il PNRR non è soltanto un programma di investimento tradizionale ma è pensato come vero e proprio progetto trasformativo, dove gli stanziamenti di risorse sono necessariamente accompagnati da un imponente pacchetto di riforme strumentali al superamento delle barriere che hanno frenato lo sviluppo degli investimenti pubblici e privati negli scorsi decenni e delle debolezze strutturali che hanno per lungo tempo rallentato la crescita e determinato livelli occupazionali insoddisfacenti, soprattutto per i giovani e le donne.

Alla Salute è dedicata la Missione 6 del PNRR. Il Piano stanziava 15,63 miliardi in totale per le due componenti della Missione e cita l'approccio "One-Health" come riferimento per una riforma che definisca un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

La Misura 6 del PNRR appare indirizzata secondo almeno 3 "filosofie" di intervento

- Portare l'assistenza al malato cronico FUORI DALL'OSPEDALE
- Portare la erogazione della cura il più vicino possibile al destinatario della cura
- Utilizzare, ovunque possibile, soluzioni telematiche per la erogazione della cura (viaggia il dato, non viaggia il paziente)

Si avverte il concreto pericolo che una declinazione pratica frettolosa ed approssimativa di queste "filosofie" (intrinsecamente totalmente condivisibili) nella loro applicazione alla assistenza delle persone con diabete mellito (esempio paradigmatico di malattia cronica) possa distruggere quanto di buono costruito dalla legi-

slazione degli ultimi 30 anni relativamente alla assistenza al diabete e rappresentare un significativo passo indietro rispetto a quelle che sono le più moderne acquisizioni relative alla cura della malattia ed alla prevenzione delle sue pericolose complicanze invalidanti.

Al tempo stesso la assistenza alla persona con diabete deve essere rimodulata e razionalizzata anche alla luce degli indirizzi tracciati dalla misura 6 del PNRR, non solo perché non può essa stessa non essere parte del processo di rinnovamento e trasformazione che il PNRR prevede, ma anche perché si avverte, per quanto esposto sopra, un impellente bisogno di razionalizzazione dell'uso delle risorse e di omogenizzazione nazionale dei percorsi e dei processi.

Questa deve partire dalle seguenti considerazioni:

1. La assistenza alla persona con diabete si è evoluta, non riguarda il mero controllo della glicemia, bensì una azione di protezione globale verso il rischio di sviluppare tutte le patologie cui la persona con diabete è maggiormente esposta. E' una azione che si avvale oggi di una farmacopea innovativa, di precise tecniche di intervento atte a promuovere comportamenti orientati alla salute, di tecnologie d'avanguardia per la somministrazione dell'insulina e per il monitoraggio dei parametri metabolici (anche da remoto)
2. Perché questa azione di "protezione globale" si estrinsechi al meglio è molto opportuno (se non necessario) che almeno il primo screening per le complicanze del diabete mellito faccia parte della attività specialistica della diabetologia, e che le strutture a questa preposta abbiano i mezzi strumentali necessari a farlo.

3. Anche se è auspicabile (e verosimilmente necessario) che TUTTE le persone affette da diabete, almeno una volta vengano visitate (e censite) presso una struttura specialistica di diabetologia, un ampio numero di persone con diabete può e deve essere successivamente seguito prevalentemente dalla medicina generale (nelle strutture che ad essa saranno adibite nella attuazione dei nuovi indirizzi) purchè si realizzi in tutte le regioni un sistema di gestione integrata (possibilmente basato su comunicazioni telematiche) tra la medicina generale e la assistenza specialistica diabetologica.

La diabetologia italiana ha un livello culturale eccellente, certamente adeguato per affrontare queste sfide, e che bisogna tuttavia costantemente e ulteriormente far crescere. Il diabetologo italiano deve continuare a essere un medico a tutto tondo, deve trattare la persona con diabete e non solo la sua glicemia, rappresentando un punto di riferimento obbligato anche per gli altri specialisti che si occupano delle persone con diabete, con i quali dovrà istituire sempre più ampie collaborazioni. Lavorare sull'innovazione e sulla digitalizzazione della sanità, prevista dal PNRR, deve trovarci pronti, come Società Scientifiche, per gestire al meglio una patologia complessa quale è il diabete.

In tal senso il diabetologo deve essere in grado di sfruttare quotidianamente e in modo adeguato tutte le tecnologie informatiche, bio-ingegneristiche e farmacologiche a disposizione. Questo favorirà la razionalizzazione delle risorse e una crescita professionale importante nel ruolo e nell'organizzazione sanitaria.

Il tempo del diabetologo sarà utilizzato al meglio, come clinico e driver di processo, se, a viaggiare, saranno più i dati che le persone, senza perdere di vista però il contatto clinico e umano con la persona con diabete. Per questo si dovrà sempre di più e meglio interagire in rete non solo con il paziente, ma anche con la medicina generale e gli altri specialisti, in maniera da fungere da hub anche informatico per la persona con diabete. Sarà fondamentale potenziare sempre più quei processi di conservazione dei dati che consentano poi di analizzarli e valorizzarli al meglio, sulla scia di quello che la SID sta facendo con il database Darwin e con il progetto Arno. E' anche il momento di eliminare i silos collaborativi e stabilire sinergie fattuali per riproporre all'interno del momento di grande riforma sanitaria dovuto al DM71 e al PNRR il ruolo che i centri di diabetologia debbono avere e dare loro risorse professionali, strutturali e organizzative.

Abbatere i silos significa per la Società Italiana di Diabetologia trovare, attivare ed implementare sinergie e collaborazioni in primis con l'Associazione medici diabetologi (AMD), società scientifica non più cugina, ma so-

rella, con la Società Italiana di Endocrinologia (SIE), da sempre nostro "brodo di cultura", e con istituzioni come IBDO Foundation. Ma anche in strettissima collaborazione con Diabete Italia, con Fand e con le altre associazioni rappresentanti le persone con diabete e il terzo settore. Assoluta sinergia di intenti con la medicina generale e la SIMG, con la quale è necessario fare rete, puntando alla creazione di percorsi condivisi, sia clinici sia formativi, con i colleghi di altre specialità (soprattutto cardiologi, nefrologi e gastroenterologi).

Altresì, non bisogna dimenticare che la diabetologia ha bisogno di formazione e ricerca, e all'interno della propria "terza missione", di una nuova capacità di aprirsi al territorio, intercettando i bisogni emergenti della società civile.

Aprirsi al sociale come "terza missione" significa porre come Società Scientifica la propria attenzione su quanto circonda l'ambito di interesse culturale e scientifico nel quale ci muoviamo. Temi come quello dell'urbanizzazione, dei contesti culturali e sociali legati all'obesità, soprattutto quella infantile-giovanile, la correlazione tra ambiente e determinanti della salute, devono necessariamente vederci protagonisti attivi del dibattito, soprattutto se parliamo di prevenzione.

La diabetologia italiana deve essere in grado di assumere iniziative per la promozione della salute dei cittadini, studiando e monitorando i determinanti della salute specifici del proprio contesto urbano, facendo leva sui punti di forza delle città e riducendo drasticamente i rischi per la salute, prevedendo anche modalità di coinvolgimento attivo dei cittadini e forme di partenariato pubblico - privato per la realizzazione di politiche che mettano al centro la salute come diritto. Se lavoriamo su queste leve assieme alle Istituzioni, possiamo contribuire a migliorare la qualità di vita dei cittadini e prevenire obesità e diabete tipo 2.

Bisogna dare forza e consistenza ai programmi di formazione e aggiornamento, cercando anche di concepire e applicare forme di comunicazione e di trasmissione della conoscenza che siano ancor più efficaci ed efficienti, che affianchino e superino webinar e corsi Ecm, e che gettino le basi per una formazione di eccellenza di diabetologi in grado di gestire la complessità clinica, sociale, economica e politica del diabete.

La ricerca deve essere un punto fondamentale e un pilastro di crescita culturale, scientifica e professionale, ed è quanto SID vuole di fare attraverso progetti quali il Golden Age e il database Darwin. Il Progetto Golden Age si è aggiudicato un importante finanziamento di 1,4 milioni di euro, essendo risultato uno dei soli quattro vincitori (su oltre un centinaio di application) del bando Aifa

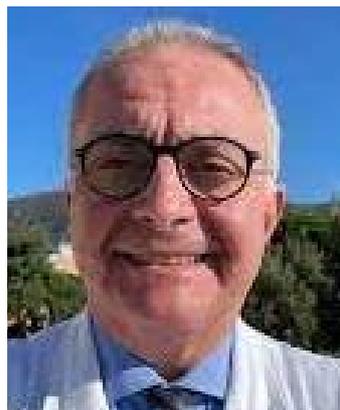
per la ricerca indipendente. Il progetto, che avrà una durata triennale, prevede un confronto intraclasse tra farmaci SglT2 inibitori, in termini di efficacia e sicurezza negli anziani. Lo studio partito in questi mesi, avrà una durata triennale e coinvolgerà circa 30 centri di diabetologia italiani e deve consentirci di avere una identità di ricerca scientifica indipendente e autorevole.

Credo che la raccolta e l'analisi dei dati rappresenti un punto importante e fondamentale della crescita e dell'identità della diabetologia italiana. Come SID abbiamo previsto da tempo un aggiornamento e potenziamento del database Darwin, partito quattro anni fa, che ci ha permesso di raccogliere nel tempo una serie di dati clinici e farmacologici di pazienti diabetici, trattati presso decine di centri italiani. Questo database rappresenta una preziosa fonte di informazioni real world anche sul trattamento farmacologico e l'analisi dei dati in esso contenuti ha già prodotto una serie di pubblicazioni. Abbiamo ovviamente intenzione di andare avanti su questa strada e sviluppare ulteriori real world analyses, anche in collaborazione con partner istituzionali o privati.

Infine, dobbiamo essere capaci di animare il dibattito istituzionale sul diabete, confrontandoci con il Ministero della Salute, il Parlamento, le Regioni e con tutte quelle realtà istituzionali che hanno potere gestionale e decisionale sulla gestione del diabete, uscendo dagli ambiti dei confronti interni tra specialisti e misurando le nostre opinioni nei tavoli multidisciplinari, portando in essi la nostra identità, la nostra cultura, il nostro expertise scientifico e la nostra visione clinico-organizzativa, nello sforzo costante e trasparente di migliorare le conoscenze e la salute.



Mariacarina Salerno
Presidente SIEDP



Giuseppe d'Annunzio
Vicepresidente SIEDP

L'incremento lento ma costante dell'incidenza del diabete tipo 1 nella fascia 0-18 anni e il riscontro di un numero crescente di bambini ed adolescenti con prediabete e diabete tipo 2, necessita di una assistenza diabetologica-pediatrica.

Il diabete mellito rappresenta la più frequente endocrinopatia nell'età pediatrica. Ancora oggi in Italia la maggioranza dei casi di diabete nell'infanzia e nell'adolescenza è rappresentata dal tipo 1, autoimmune, necessitante di terapia insulinica continuativa, la cui frequenza è in progressivo incremento.

In qualità di pediatri, osservazione condivisa è la comparsa di diabete tipo 2 negli adolescenti, secondaria all'esponentiale crescita dell'obesità. Il diabete tipo 2 è patologia emergente più difficile da trattare poiché è fondamentale sensibilizzare le famiglie su una problematica responsabile di complicanze vascolari anche gravi e a comparsa precoce, ma molto spesso non ben compresa. Il trattamento del diabete tipo 1 ha visto negli anni recenti un incremento dell'impiego della tecnologia per il monitoraggio del glucosio e per la somministrazione di insulina. Sempre più numerosi sono i pazienti anche in giovanissima età che indossano i sensori in grado di dialogare con i microinfusori, strumenti accurati e precisi che non solo interrompono l'erogazione dell'insulina in caso di previsione di ipoglicemia, ma in alcuni casi somministrano autonomamente aggiunte di insulina se il livello di glucosio aumenta.

Per i pazienti che non utilizzano i microinfusori sono disponibili stilo iniettori innovativi e le nuove insuline sono caratterizzate da profili farmacocinetici e farmacodinamici precisi e specifici, in termini di durata di azione e di riproducibilità.

Compito dei pediatri diabetologi è fornire ai pazienti quanto di più ritenuto indicato per la gestione del diabete mellito, unitamente alla terapia educativa e medico nutrizionale, condivisa con le più importanti figure professionali del team diabetologico, in particolare la in-

fermiera educatrice, risorsa sempre più la dietista dedicata e la psicologa. Analogamente la fornitura dei presidi deve essere assicurata in tutte le regioni del Paese, senza differenze o discriminazioni. A questo scopo il ruolo delle Associazioni di pazienti è fondamentale per sensibilizzare le Istituzioni in merito.

La pandemia da COVID19 ha influenzato sensibilmente il diabete mellito. E' stata riportata una maggiore frequenza di esordio clinico in grave cheto acidosi, conseguenza in parte delle restrizioni imposte dal lockdown e dal minor accesso alle strutture ospedaliere. L'esordio clinico in grave scompenso rappresenta un rischio grave di complicanze acute e può condizionare negativamente il decorso successivo. Risulta pertanto indispensabile sensibilizzare sia i pediatri che le famiglie sul pronto riconoscimento e interpretazione dei sintomi propri dell'esordio, quali poliuria, polidipsia, calo ponderale.

Il lockdown ha d'altro canto stimolato lo sviluppo e l'impiego della telemedicina, molto apprezzata dai pazienti e dalle famiglie, che hanno mantenuto i contatti con il team diabetologico evitando così sia un preoccupante senso di abbandono e soprattutto gravi alterazioni del compenso metabolico. La telemedicina rappresenta una modalità nuova che appare indispensabile favorire e mantenere, con il potenziamento delle strumentazioni necessarie e la definizione delle procedure burocratiche e medico legali.

Anche la terapia del diabete tipo 2 richiede un approccio multidisciplinare, e l'impiego di farmaci risulta indicato in determinate forme cliniche, associato comunque ad una intensa attività educativa.



Claudio Cricelli
Presidente SIMG



Gerardo Medea
*Responsabile nazionale
Area Metabolica SIMG*

La gestione del diabete tipo 2 passa da un cambiamento radicale di quanto fatto sino ad oggi. Bisogna coinvolgere la maggioranza dei Medici (non solo MMG) in un processo di rinnovamento culturale sulla gestione delle cronicità definendo e condividendo le buone pratiche cliniche per la corretta gestione del paziente cronico: diagnostiche e terapeutiche, con particolare attenzione alla aderenza e persistenza dei trattamenti.

Quasi 24 milioni di italiani (il 40% della popolazione) sono colpiti da almeno una malattia cronica (ipertensione, diabete, artrite, osteoporosi, malattie cardiovascolari ecc...). Queste patologie assorbono circa l'80% dei costi sanitari complessivi, con uscite pari a 66,7 miliardi di euro ogni anno. Un dispendio enorme per il sistema sanitario, che deve trovare nella medicina del territorio gli strumenti per garantire la sostenibilità.

In questo contesto il diabete tipo 2 è il paradigma delle malattie croniche ed è quella che necessita una presa in carico della persona con diabete da parte del medico di famiglia.

I dati dell'Istituto di Ricerca Health Search, promossa dalla SIMG, ci indicano che la prevalenza del diabete mellito tipo 2 (DM2) è in costante aumento anche in Italia.

I dati prodotti dalla SIMG nel 2020, evidenziano una prevalenza nella popolazione oltre i 14 anni intorno all'8,1% (con ampia variabilità regionale, in quanto nel Sud d'Italia si arriva a prevalenze fino al 10-12%).

Ogni MMG con 1500 assistiti ne ha quasi 700 ad alto rischio di DM2: ci chiediamo allora quale struttura specialistica può reggere l'impatto di questo tsunami epidemiologico. E se si diagnosticassero veramente tutti i diabetici misconosciuti (un milione e mezzo secondo alcuni, 200/300.000 secondo altri) reggerebbe l'attuale sistema di assistenza (pur scaricandolo tra cure primarie e secondarie)?

E' evidente come affrontare la complessità di una patologia in aumento e con un grado di complessità, dovuto anche alle comorbidità, deve vedere il medico di medicina generale fortemente coinvolto nella gestione delle

persone con DM2, sia nella prevenzione primaria, che nella diagnosi precoce, fino arrivare alla stratificazione del rischio cardiovascolare e del livello di complessità del paziente, in una presa in carico dello stesso atto a prevenire le complicanze, impostando la terapia e il piano di cura, in una visione di gestione integrata con un Centro di Diabetologia.

Un medico di medicina generale che oggi, alla luce della missione 6 del PNRR e della territorializzazione dell'assistenza al malto cronico, avrà l'onere di avere in carico tutti i pazienti durante il follow-up della malattia e che dovrà gestire molti aspetti della terapia farmacologica e non (modulazione dei dosaggi, interazioni farmacologiche, controindicazioni).

Questi compiti, sia pur complessi per i carichi di lavoro e i rapidi mutamenti delle conoscenze scientifiche, rappresentano tuttavia un'importante opportunità di crescita professionale per il medico di medicina generale, non più semplice prescrittore, ma responsabile di un processo assistenziale che lo vedrà coinvolto e responsabile.

Noi tutti siamo consapevoli che oggi una persona con diabete ha difficoltà ad accedere alle visite specialistiche, e i recenti dati del Rapporto Civico sulla salute 2022, di Cittadinanzattiva, ci indicano che i tempi massimi di attesa per una visita è di 362 giorni. Una situazione chiaramente non accettabile anche in considerazione della vulnerabilità e fragilità clinica del paziente con diabete.

Questo quadro assistenziale può e deve trovare risposte concrete nel pieno e concreto coinvolgimento dei medici di medicina generale nella presa in carico del paziente diabetico in tutte le fasi della malattia.

È necessario perciò che i medici di medicina generale

siano informati e aggiornati circa i nuovi farmaci e le linee guida di trattamento poiché molte cose sono cambiate in questi ultimi anni, in un coinvolgimento attivo nella programmazione sanitaria, nella ricerca e nella prevenzione primaria e secondaria.

SIMG oramai condivide da anni con le due più importanti società diabetologiche italiane, SID e AMD, la necessità di una assistenza integrata in un chronic care model reale, con l'obiettivo di migliorare l'assistenza diabetologica nel nostro paese.

Dalla contrapposizione alla collaborazione, dai compartimenti stagni all'integrazione dei ruoli, dagli steccati culturali alla necessità condivisa di elevare le conoscenze e la preparazione diabetologica dei Medici di Famiglia, a garanzia di una continuità di cura che la patologia esige senza dubbi e riserve.

In un documento politico recentemente sottoscritto da AMD SID e SIMG le tre società si sono impegnate a realizzare una serie d'azioni comuni atte a risolvere alcune storiche criticità di sistema nella gestione delle persone con diabete e soprattutto a dare una spinta propulsiva ad un nuovo e moderno modello d'assistenza delle cronicità, che alla luce dell'implementazione del DM 71 trova un'opportunità realizzativa, utilizzando tutti gli strumenti – clinico, politici, culturali e tecnologici – di cui oggi disponiamo.

Noi tutti sappiamo che il DM 71 si pone l'obiettivo di proporre un nuovo modello organizzativo per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale e rendere attuativo quanto indicato dalla Component 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR.

Il DM71 pone tra i suoi obiettivi il potenziamento della medicina del territorio attraverso una serie di interventi, tra cui la realizzazione di strutture come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, la presa in carico del paziente cronico

In tale riassetto territoriale la figura del Medico di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, può giocare un ruolo determinante grazie alle sue competenze nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie croniche.

Va considerato però che la Medicina Generale è particolare perché per sua natura sottoposta al peso di una moltitudine variegata e onerosa di problematiche cliniche e bio psico sociali, che deve essere considerata a tutti i livelli e che nella gestione del paziente diabetico deve trovare precise sinergie cliniche tra il medico di medicina generale e lo specialista.

L'emergenza epidemiologica del diabete che investe anche il nostro sistema necessita, evidenziati dai dati dell'Italian Barometer Diabetes Report redatto da IBDO Foundation, Istat e CORESEARCH, di un sempre migliore coordinamento delle azioni, dei percorsi e delle competenze esistenti intorno al diabete, ed esige sempre più una razionalizzazione degli interventi, privilegiando qualità ed etica, garantendo il miglior rapporto possibile tra efficacia e sicurezza, tra efficienza e appropriatezza. I riferimenti culturali sono indispensabili ma non esauriscono le necessità. Sono richiesti integrazione e coordinamento tra i vari livelli assistenziali per poter organizzare percorsi efficaci ed efficienti. In altri termini, è necessaria la condivisione e le sinergie cliniche tra medico di medicina generale e specialista.

Bisogna coinvolgere la maggioranza dei Medici (non solo MMG) in un processo di rinnovamento culturale sulla gestione delle cronicità definendo e condividendo le buone pratiche cliniche per la corretta gestione del paziente cronico: diagnostiche e terapeutiche, con particolare attenzione alla aderenza e persistenza dei trattamenti. Se ai MMG si chiede legittimamente di essere più incisivi nello screening del DM2 per azzerare il fenomeno dei casi misconosciuti della patologia bisogna metterli nelle condizioni organizzative per operare.... e non si tentino, invece temerarie operazioni di attribuire compiti propri della medicina primaria all'ospedale come ha cercato di fare qualche Regione.

In conclusione per vincere questa sfida bisogna stravolgere il vecchiume della attuale organizzazione delle cure del territorio garantendo la nascita di una Medicina Generale moderna, integrata, responsabile, efficiente, ben organizzata con standard qualitativi e dotazione di risorse economiche ed umane di altissimo livello.

Noi come SIMG possediamo tutti gli strumenti e le conoscenze per questa svolta epocale e lo rivendichiamo senza presunzione.



Carolina Larocca
Presidente OSDI

Restano le criticità legate alla carenza di personale dedicato ed esperto, che dovranno essere considerate nell'ottica della riorganizzazione prevista dal PRRN, perché è palese che nell'ambito della cronicità esiste una specificità assistenziale che non si può improvvisare.

A livello generale si rileva certamente un aumento sia dell'incidenza della patologia con nuove diagnosi, che di tutti i fattori di rischio in particolare obesità, di cui è allarmante quella infantile, e delle complicanze in particolare di malattie oculari e piede diabetico associate a depressione, e criticità economiche...

Pur essendo cresciuta la domanda di visite e controlli, anche in conseguenza dei ritardi relativi alle liste di attesa legati alla pandemia e come per molte altre patologie è assodato che regioni Italiane rispondono ai bisogni assistenziali in maniera molto diversa e il diabete non fa eccezione a ciò. E questo comporta che dove esiste maggiore sensibilità al problema diabete le risposte siano ovviamente migliori e più appropriate per il paziente e meno gravose per gli operatori.

Ovunque è da segnalare che vi è stato un incremento delle prestazioni sia in presenza che da remoto e che soprattutto la possibilità della telemedicina e del teleconsulto hanno consentito una buona continuità assistenziale ma soprattutto il contatto con il paziente indispensabile per una buona aderenza terapeutica.

In alcune realtà si sono sperimentati e con successo programmi di educazione terapeutica on line, resi possibili dalla una politica aziendale attenta e lungimirante, ma soprattutto dalla competenza degli operatori di diabetologia.

Nonostante le iniziative finora adottate, che andranno implementate, le nuove frontiere terapeutiche, restano le criticità legate alla carenza di personale dedicato ed esperto, che dovranno essere considerate nell'ottica della riorganizzazione prevista dal PRRN, perché è palese che nell'ambito della cronicità esiste una specificità assistenziale che non si può improvvisare.

Obiettivi del Report e Nota Metodologica

Domenico Cucinotta
IBDO Foundation

Roberta Cialesi
Istat

Antonio Nicolucci
CORESEARCH

Lucio Corsaro
BHAVE



Obiettivi chiave per combattere il diabete

PREVENZIONE

- Il diabete di tipo 2 condivide diversi fattori di rischio modificabili con altre malattie croniche. Concentrandosi su tali fattori di rischio attraverso la promozione della salute generale, la consapevolezza e l'intervento diretto, è possibile prevenire o ritardare l'insorgenza del diabete.

DIAGNOSI

- La diagnosi e il trattamento precoce e innovativo, possono migliorare le prospettive delle persone affette da diabete di tipo 2 e altre malattie croniche perché la tempestività del controllo riduce il rischio di complicanze.

DIRITTO ALLE CURE

- Le persone con un diabete hanno diritto a ricevere cure e assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale. Le disomogeneità a livello regionale contribuiscono in maniera significativa a determinare disuguaglianze nella cura della persona con diabete, soprattutto nell'erogazione di presidi e trattamenti farmacologici.

CONSAPEVOLEZZA

- Considerare l'inerzia come l'insieme di comportamenti individuali, collettivi e di sistema che rallentano o si oppongono al cambiamento generando esiti clinici, sociali, economici e assistenziali che si riflettono in maniera significativa sulla qualità e aspettativa di vita della persona con diabete

VULNERABILITA' E FRAGILITA'

- La pandemia del COVID 19 ha evidenziato come le persone con diabete tipo 2 siano più fragili e vulnerabili. Le comorbidità, soprattutto nelle persone anziane, aggravano il quadro clinico ed evidenziano criticità e complicanze che gravano sulla persona, sulle famiglie e su tutta la comunità in termini di welfare.

DATI

- Disporre di dati permette alle Istituzioni l'analisi delle criticità e di individuare le linee di programmazione sanitaria a livello nazionale, regionale e locale. L'Italia ha abbondanza di dati sanitari e sul diabete, ma che non si integrano tra loro e che finiscono per diventare autoreferenziali e quindi inutili. Fare una analisi sistematica delle fonti dati disponibili integrandoli con la fonte istituzionale di Istat, permette una valutazione sinergica, complessiva e non di parte.

ASSISTENZA

- La persona con diabete, come ogni malato cronico, ha necessità di una assistenza continua per garantire soprattutto la prevenzione delle complicanze. L'Italia dispone di una rete specialistica che deve integrarsi con quella territoriale e della medicina generale in un modello di chronic disease management moderno ed efficace, dove la telemedicina e la digitalizzazione sanitaria possono essere strumenti utili, ma non sostitutivi del contatto medico-paziente.

È necessario un approccio coordinato che coinvolga partner pubblici e privati nel corso di tutte le fasi della prevenzione, della diagnosi precoce e della migliore gestione.

L'Italian Diabetes Barometer Report "LA PANDEMIA DEL DIABETE E IL SUO IMPATTO IN ITALIA E NELLE REGIONI" vuole essere il contributo DELL'ITALIAN BAROMETER DIABETES OBSERVATORY, in collaborazione con Istat e con il contributo di CORESEARCH e BHAVE, per dare agli stakeholder di riferimento una trattazione del diabete tipo 2 come paradigma delle malattie croniche e del valore della prevenzione, della diagnosi e del trattamento precoce e innovativo, per descrivere la portata economica, sociale, clinica e politica sorprendente che ha il diabete in Europa e in Italia. A seguire vengono illustrati i dati a livello delle singole Regioni e delle Province, dove si evidenziano differenze significative che debbono essere oggetto di riflessione da parte delle Istituzioni politiche, amministrative e sanitarie e delle Società Scientifiche per programmare interventi mirati.

Questa pubblicazione non sarebbe stata possibile senza il sostegno e il contributo di alcuni colleghi che hanno collaborato alla stesura e revisione di parti di questo report ed in particolare:

Alfonso Bellia, Lidia Bonfanti, Alessandra Burgio Luca Busetto, Agostino Consoli, Lucio Corsaro, Emanuele Corsaro, Alessia D'Errico, Paolo Di Bartolo, Gennaro di Fraia, Francesco Dotta, Simona Frontoni, Lidia Gargiulo, Francesco Grippo, Davide Lauro, Rosaria Le Donne, Domenico Mannino, Gerardo Medea, Chiara Rossi, Paolo Sbraccia, Federico Serra, Federico Spandonaro, Gianluca Vaccaro, Ketty Vaccaro.

Gli autori e i co-autori hanno deciso di donare il proprio tempo e le proprie risorse a titolo gratuito al fine di aumentare la consapevolezza sul diabete in Italia e migliorare la qualità di cura e di vita di oltre 4 milioni di persone che convivono con questa malattia nel nostro Paese. A loro e alle loro famiglie è dedicato questo Report.

Sebbene abbiano compiuto ogni ragionevole sforzo per garantire la massima accuratezza dei contenuti, non si assumono alcuna responsabilità per eventuali errori ed omissioni. Inoltre, il loro coinvolgimento personale non implica in alcun modo che questa pubblicazione rifletta le opinioni e le convinzioni delle istituzioni cui appartengono. A tutti loro e alla Novo Nordisk che ha voluto sostenere in maniera condizionata la pubblicazione di questo report, va il nostro ringraziamento.

Ci si auspica che questa pubblicazione possa contribuire al dibattito istituzionale e ad un miglioramento sostenibile della prevenzione e della diagnosi del diabete tipo 2, nonché dell'erogazione di cure efficaci ed economicamente accessibili in Italia.

Note metodologiche.

La fotografia sullo stato del diabete e sull'assistenza nel nostro Paese è stata resa possibile dall'esistenza di numerose fonti informative, costantemente aggiornate, e di studi ad hoc condotti per esplorare specifici aspetti riguardanti la patologia diabetica.

I dati riguardanti la prevalenza del diabete e gli stili di vita della popolazione derivano principalmente dalle indagini periodiche o da approfondimenti specifici condotti dall'Istat, che puntualmente ogni anno aggiorna le fonti di riferimento sull'impatto del diabete in Italia.

Altra fonte dati significativa per l'elaborazione del Report è stata la consultazione delle pubblicazioni di EPICENTRO dell'ISS.

Le fonti informative fanno riferimento agli Annali AMD per quanto riguarda l'assistenza specialistica, a Health Search per la Medicina Generale, all'Osservatorio Arno Diabete o dall'analisi di database amministrativi regionali.

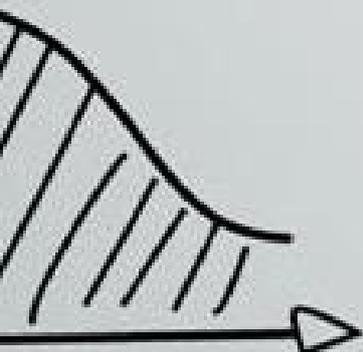
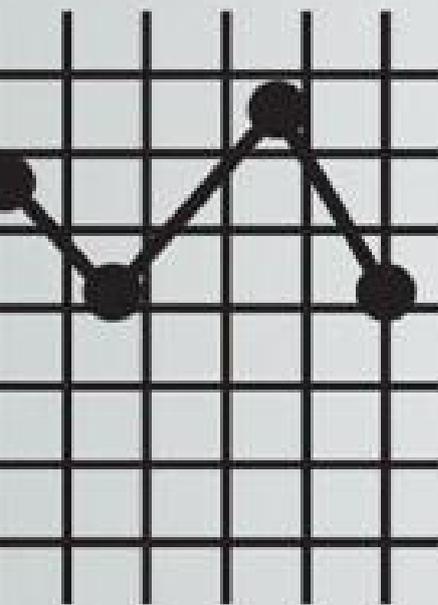
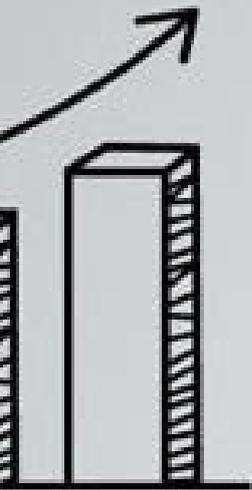
I dati regionali derivano dai dati Istat e dagli annali delle SDO del Ministero della Salute.

* Il documento si concentra principalmente sul diabete di tipo 2; diversamente ne viene data esplicita indicazione.





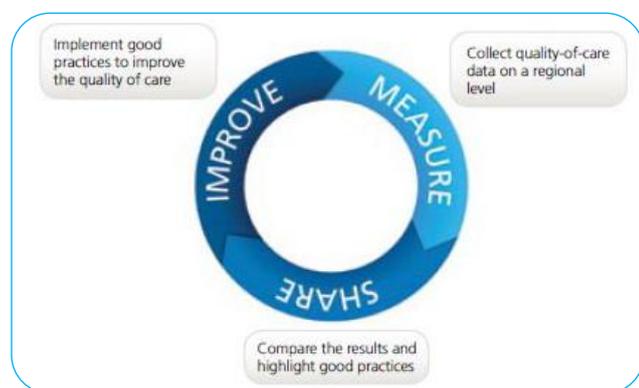
*Misurando e condividendo
i dati in modo efficace è
possibile migliorare gli
outcome*



Misurando e condividendo i dati, anche sfruttando le possibilità offerte dall'informatica sanitaria, è possibile migliorare la vita delle persone con diabete e altre malattie croniche.

Non sarà possibile migliorare le cure per le malattie croniche, incluso il diabete, fino a quando non si arriverà ad una solida comprensione del loro stato attuale. Le strategie, i metodi di trattamento e i sistemi sanitari possono essere migliorati solo se si misurano e confrontano gli outcome in modo costante e continuo. La raccolta di indicatori dell'assistenza sanitaria e dei relativi outcome, nonché le analisi basate su reddito, età, genere ed etnia, sono necessarie per consentire ai decisori politici l'adeguata valutazione degli effetti degli interventi e della destinazione dei budget sanitari, e per assicurare un progresso verso l'uguaglianza.

La misurazione e la condivisione dei dati sulla qualità delle cure aumentano la conoscenza portando a trattamenti migliori per le persone con malattie croniche come il diabete. Tali azioni possono anche contribuire a migliorare la consapevolezza e la comprensione di una patologia e delle relative pratiche terapeutiche. Esistono molti modi per misurare la qualità delle cure erogate alle persone con malattie croniche; ad esempio, in diabetologia il monitoraggio dei ricoveri prevenibili è un buon indicatore della qualità delle cure primarie.



Il circolo virtuoso di raccolta, condivisione e miglioramento degli outcome

Oggi bisogna avere anche registro comune sul diabete che acquisisca informazioni sulla qualità delle cure offre grandi possibilità per il monitoraggio e il miglioramento continui. Comunque, è anche necessaria la raccolta di informazioni su fattori di rischio come tabagismo, alimentazione non corretta, mancanza di attività fisica e consumo di bevande alcoliche.

L'Italian Diabetes Barometer Report lavora sull'analisi sistematica dei dati provenienti da varie fonti pubbliche di Società Scientifiche e autorevoli Enti di ricerca.

Database e raccolta di dati sistematici sul diabete in Italia

I dati Istat sul diabete in Italia

Ogni anno l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) effettua un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione e alcuni comportamenti sanitari e stili di vita, utilizzando un set di indicatori costruiti sulla base delle informazioni raccolte nell'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". I risultati presentati si riferiscono a famiglie di fatto selezionate attraverso un campionamento casuale a due stadi stratificato. Alle persone partecipanti all'indagine è stato richiesto, secondo l'esigenza, di compilare autonomamente un questionario cartaceo o di rispondere a una intervista faccia a faccia. Gli elementi raccolti hanno successivamente subito un processo di validazione attraverso controlli di congruenza con i dati ricavati da altre indagini o da ricerche precedenti.

Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (dati sdo) del Ministero della Salute

Il Rapporto SDO è un importante documento, a cura della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, che fotografa ogni anno l'attività di ricovero e cura per acuti degli ospedali italiani, pubblici e privati, in modo affidabile e completo. La fonte dei dati è il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), lo stesso che, con le numerose informazioni disponibili, consente ad esempio, grazie allo strumento del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), di verificare e misurare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia e della appropriatezza - che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza. Il "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (SDO) relativo all' Anno 2018", pubblicato a gennaio 2020 dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute, evidenzia come la rilevazione abbia raggiunto un elevato livello di completezza, pari al 99,8% per gli istituti pubblici e 99,1% per gli istituti privati accreditati, con una copertura complessiva pari al 98,8%. Inoltre nel 98% delle schede è possibile avere l'informazione completa sull'identificativo del paziente al fine di poter approfondire la conoscenza sui profili ospedalieri della popolazione.

Il sistema di sorveglianza Passi del Centro Nazionale di Epidemiologia, sorveglianza e promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità

In Italia, dal 2006, è attivo il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), iniziativa di Ministero della Salute, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS e Regioni, con l'obiettivo di monitorare in maniera continua abitudini, stili di vita, comportamenti e principali attività di prevenzione. L'indagine è condotta dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) di tutte le 21 Regioni e Province autonome, che effettuano ogni anno migliaia di interviste telefoniche ai cittadini. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle ASL, specificamente formato, ogni mese effettua circa 25 interviste telefoniche con un questionario standardizzato.

Il rapporto Osservasalute dell'università Cattolica del Sacro Cuore

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane nasce su iniziativa dell'Istituto di Sanità Pubblica-Sezione di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e svolge la sua attività in collaborazione con gli Istituti di Igiene delle altre Università Italiane e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere ed Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute). Questa attività collaborativa è multidisciplinare e coinvolge circa duecentotrenta esperti di Sanità Pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici ed economisti che, a diverso titolo e con diverse competenze, hanno posto al centro del proprio orizzonte scientifico la salute degli individui e delle collettività per promuoverne il continuo miglioramento.

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane si articola in 21 sezioni regionali e provinciali autonome

Il Rapporto Osservasalute fornisce annualmente i risultati del check-up della devolution in sanità, corredando dati e indicatori con un'analisi critica sullo stato di salute degli italiani e sulla qualità dell'assistenza sanitaria a livello regionale.

L'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni

Italiane offre un quadro sulla prevalenza della cronicità in Italia e lo scenario futuro che si prospetterà nel nostro Paese nei prossimi 10 anni. I dati mostrano che, nel 2028, saranno 25 milioni i malati cronici e si spenderemo 70,7 miliardi di Euro per assisterli. Oggi sono le donne e i cittadini con basso livello di istruzione i più colpiti dalle patologie croniche

Gli "Annali dell'associazione Medici Diabetologi-AMD"

Gli Annali AMD rappresentano una pubblicazione periodica che ha permesso dal 2006 ad oggi di valutare annualmente i profili assistenziali delle persone con diabete tipo 1 (DMT1) e diabete tipo 2 (DMT2) seguite presso i servizi di diabetologia italiani.

Più in dettaglio, un ampio network di servizi di diabetologia dotati di una cartella clinica informatizzata usata per la normale gestione dei pazienti in carico dispone di un software fornito da AMD che permette l'estrazione di un set standardizzato di informazioni cliniche (File Dati AMD).

Il database ottenuto è utilizzato per il calcolo degli indicatori di qualità della cura sia a livello centralizzato sia a livello locale. In questo modo viene promossa un'attività di benchmarking basata sul confronto della propria performance con quella registrata a livello nazionale (approccio best performers).

Questa attività, perfettamente in linea con quanto raccomandato dal Piano Nazionale Diabete, ha prodotto negli anni un miglioramento sistematico di tutti gli indicatori considerati e si è rivelata cost-effective.

Ma il database degli Annali rappresenta anche una fonte preziosa di dati di ricerca osservazionale. Infatti, ha permesso di approfondire tanti aspetti chiave, quali ad esempio la cura del paziente anziano, la medicina di genere, gli aspetti cardiovascolari, renali ed epatici e l'appropriatezza di utilizzo dei farmaci.

L'osservatorio Arno Diabete-Società Italiana di Diabetologia - SID

Attivo da oltre 25 anni, ARNO nasce da una collaborazione tra Cineca, la Società Italiana di Diabetologia e i servizi farmaceutici delle ASL con l'obiettivo di costituire un osservatorio come base informativa, con il paziente al centro del processo, per la programmazione sia clinica che sanitaria.

Da molti anni i Rapporti ARNO (giunti al XXXI volume) consentono di tracciare la storia assistenziale di fasce di popolazione portatrici di patologie croniche, studiandole sotto il profilo epidemiologico, socio-sanitario ed economico. In particolare questo Rapporto mostra il

profilo assistenziale della popolazione con diabete nel SSN e fornisce informazioni preziose sulla frequenza e le cause dei ricoveri, i farmaci, i dispositivi, gli esami e le visite prescritte ed i relativi costi diretti della malattia, con anche un focus dedicato al diabete gestazionale. L'obiettivo di questo volume è quello di fornire gli strumenti per una lettura/interpretazione dei dati da parte degli operatori coinvolti direttamente nel setting assistenziale sia territoriale che ospedaliero, in una prospettiva non solo economica, La peculiarità dell'Osservatorio ARNO consiste nel fornire alle ASL convenzionate un data warehouse clinico orientato alle popolazioni e ai problemi, il quale integra, per ogni singolo paziente, i dati provenienti dai vari database amministrativi (ricette di prescrizione farmaceutica erogate dal SSN al singolo cittadino, schede di dimissione ospedaliera, specialistica ambulatoriale ecc.), i dati anagrafici ed ulteriori flussi informativi (dati socio-demografici).

Oggi l'Osservatorio ARNO è composto da una rete di 32 ASL sparse sul territorio nazionale e raccoglie i dati di oltre 11 milioni di abitanti.

Disponibile via web, mette a disposizione dell'utente percorsi di analisi navigabili strutturati a seconda dei diversi profili di popolazione. ma anche epidemiologica e che permettano di orientare opportunamente gli interventi socio-sanitari.

Il rapporto Health Search/sissi della SIMG

Nel 1998 La Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) ha avviato il progetto "Health Search", il cui obiettivo era lo sviluppo di un database nel quale fossero raccolte tutte le informazioni derivanti dalla pratica clinica quotidiana di un network di MMG volontari distribuiti su tutto il territorio nazionale. In una prima fase, a gestione esclusiva della SIMG, il database ha visto aumentare il numero dei MMG coinvolti dai 660 del 2001 fino ai 684 del 2003. A partire dal 2004, con il passaggio di gestione del database (Health Search - CSD LPD [HSD]) al gruppo francese di CEGEDIM, il numero dei nuovi MMG partecipanti ha registrato una crescita continua. Attualmente, il database raccoglie i dati generati dalla normale pratica clinica di oltre 900 MMG, i quali utilizzano Millewin®, un software appositamente dedicato, per la registrazione e la gestione dei dati clinici. In virtù dei criteri di selezione adottati da HSD, la popolazione di oltre un milione e mezzo di pazienti attivi (vivi e registrati nelle liste dei MMG) rappresentata nel database ha una distribuzione per sesso e fasce di età sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione generale italiana in età adulta, come risulta dal confronto con i dati Istat.

Le informazioni registrate da ogni MMG, attraverso il software Millewin® sono tutte quelle concernenti la sua pratica clinica quotidiana e variano dalle informazioni demografiche alle informazioni cliniche, dai dati di prescrizione a quelli di prevenzione.

Sissi è un database che, grazie ai dati provenienti da Health Search, consente di radiografare la spesa sanitaria per singolo paziente su un arco di tempo di dieci anni. Ad oggi non esiste nessun altro strumento che sappia svelare così dettagliatamente le dinamiche della spesa pubblica.

SIMG e Istat hanno siglato un protocollo d'intesa per studiare insieme in modo ancora più puntuale stato di salute e bisogni sanitari della popolazione italiana. La convenzione stipulata dalla società scientifica e dall'Istituto nazionale di statistica, prevede che i dati raccolti dalla rete di Health Search, siano validati dall'ente e impiegati per i suoi fini istituzionali, a partire da quella fotografia delle condizioni di salute del Paese che l'Istat è solito scattare ad ogni quinquennio. Il protocollo con l'Istat innesca una collaborazione reciproca diretta a migliorare ricerca e analisi: l'Istituto si avvarrà dei dati Sissi per i suoi studi e, al contempo, validerà statisticamente i dati CEIS-SIMG.

Diabetes Monitor di Medipragma, Università di Roma Torvergata e IBDO Foundation

L'Istituto di studi e ricerche di mercato Medi-Pragma in collaborazione con l'Università di Roma Tor Vergata e con IBDO Foundation presenta annualmente i dati della settima edizione dell'indagine Diabetes Monitor.

Diabetes Monitor è un osservatorio dell'evoluzione degli atteggiamenti delle persone con diabete riguardo la gestione della malattia e della terapia. La natura continuativa dell'indagine statistica ha permesso di evidenziare quali siano le tendenze più comuni quando si parla di atteggiamento della Persona con diabete rispetto alla propria condizione.

Il Diabetes Monitor distingue cinque momenti di analisi e presa delle decisioni da parte della Persona con Diabete:

- Attitudine verso la malattia
- Diagnosi
- Trattamento
- Autocontrollo
- Fonti informative e associazionismo

L'analisi intende evidenziare solo i temi centrali rispetto al ruolo attivo che la Persona con Diabete assume nella gestione della propria condizione. L'approccio adottato ha consentito la definizione di un unico "ambiente di ricerca" in grado di monitorare il percorso compiuto dall'individuo.

Il diabete

Alfonso Bellia

Davide Lauro

Simona Frontoni

Paolo Sbraccia

IBDO Foundation



Secondo la definizione dell'OMS, con il termine diabete mellito (DM) si intende un gruppo di disordini metabolici con diverse cause, che influenzano il metabolismo glucidico, lipidico e proteico.

Il diabete è dunque una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) e dovuta a un'alterata quantità o funzione dell'insulina. L'insulina è l'ormone, prodotto dal pancreas, che consente al glucosio l'ingresso nelle cellule e il suo conseguente utilizzo come fonte energetica. Quando questo meccanismo è alterato, il glucosio si accumula nel circolo sanguigno.

Il diabete è una malattia che può causare serie complicanze, a livello di cuore, vasi sanguigni, rene, occhi, nervi, cervello.

La sua prevenzione attraverso corretti stili di vita, la diagnosi e il trattamento precoce rappresentano gli strumenti irrinunciabili per ridurre il rischio di tali complicanze invalidanti.

Tipi di diabete

Il diabete di tipo 1 è una malattia autoimmune. La sua causa è sconosciuta, ma caratteristica è la presenza nel sangue di anticorpi diretti contro antigeni presenti a livello delle cellule che producono insulina, detti ICA, GAD, IA-2, IA-2 β . Questo danno, che il sistema immunitario induce nei confronti delle cellule che producono insulina, potrebbe essere legato a fattori ambientali (tra i quali, sono stati chiamati in causa fattori dietetici) oppure a fattori genetici, individuati in una generica predisposizione a reagire contro fenomeni esterni, tra cui virus e batteri. Quest'ultima ipotesi si basa su studi condotti nei gemelli monozigoti (identici) che hanno permesso di dimostrare che il rischio che entrambi sviluppino diabete tipo 1 è del 30-40%, mentre scende al 5-10% nei fratelli non gemelli e del 2-5% nei figli. Si potrebbe, quindi, trasmettere una "predisposizione alla malattia" attraverso la trasmissione di geni che interessano la risposta immunitaria e che, in corso di una banale risposta del sistema immunitario a comuni agenti infettivi, causano una reazione anche verso le β cellule del pancreas, con la produzione di anticorpi diretti contro di esse (auto-anticorpi). Questa alterata risposta immunitaria causa una progressiva distruzione delle cellule β , per cui l'insulina non può più essere prodotta e si scatena così la malattia diabetica.

Sebbene possa fare la sua comparsa anche in età adulta, in genere si sviluppa nei bambini e nei giovani. Le

persone con diabete di tipo 1 dipendono dalle iniezioni di insulina per la sopravvivenza.

Il diabete di tipo 2 è la forma più comune di diabete e rappresenta circa il 90% dei casi di questa malattia. La causa è ancora ignota, anche se è certo che il pancreas è in grado di produrre insulina in quantità normali o persino aumentate. Ma le cellule dell'organismo diventano resistenti all'azione dell'insulina. In genere, la malattia si manifesta dopo i 30-40 anni e numerosi fattori di rischio sono stati riconosciuti associarsi alla sua insorgenza. Tra questi: sovrappeso/obesità, scarsa attività fisica, familiarità per diabete e l'appartenenza ad alcune etnie. Riguardo alla familiarità, circa il 40% dei diabetici di tipo 2 ha parenti di primo grado (genitori, fratelli) affetti dalla stessa malattia, mentre nei gemelli monozigoti la concordanza della malattia si avvicina al 100%, suggerendo una forte componente ereditaria per questo tipo di diabete.

Il diabete gestazionale (GDM) è una forma di diabete con insorgenza o prima rilevazione durante la gravidanza e interessa almeno una gravidanza su 25 a livello globale. Se non diagnosticato o se inadeguatamente trattato, il GDM può portare a neonati più grandi del normale, tassi più elevati di morte neonatale e anomalie fetali. Le donne con GDM e i bambini nati da gravidanze con GDM sono inoltre esposti ad un aumentato rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 in uno stadio successivo della vita.

Esistono anche altri tipi di diabete, come il diabete autoimmune dell'adulto (LADA). I pazienti con questo tipo di diabete presentano spesso caratteristiche intermedie tra tipo 1 e tipo 2.

Le complicanze del diabete

Il diabete può portare a numerose gravi complicanze, che in genere si manifestano dopo alcuni anni. L'insorgenza delle complicanze è particolarmente rilevante in caso di diagnosi non tempestiva del diabete e trattamento inadeguato

- la malattia cardiovascolare (angina, infarto, ictus, arteriopatia periferica e insufficienza cardiaca congestizia) è la causa più comune di decesso tra le persone con diabete
- la nefropatia nelle persone con diabete è tra le principali cause di insufficienza renale terminale che necessita di trapianto o dialisi

- la patologia a carico degli occhi (retinopatia) può causare ipovisione o addirittura cecità
- i danni a carico dei nervi periferici (neuropatia) possono portare a intorpidimento, ulcere, infezioni e persino amputazioni degli arti inferiori. La neuropatia diabetica colpisce anche altre sedi del nostro organismo, tra cui il cervello.

A causa di tali complicanze, le persone con diabete sono esposte ad un rischio quasi doppio di morte prematura rispetto alle persone non affette da diabete.

Le complicanze, e in particolare le complicanze cardiovascolari, generano un pesante fardello legato al diabete di tipo 2. Tuttavia, interventi intensivi nel lungo termine indirizzati a fattori di rischio multiplo nelle persone con diabete di tipo 2 e nefropatia ad uno stadio iniziale (microalbuminuria) possono ridurre il rischio di eventi cardiovascolari e microvascolari di circa il 50%. Inoltre, una diminuzione dell'1% nei valori di HbA_{1c} è associata ad una diminuzione del 21% del rischio di sviluppare una complicanza. L'intervento intensivo combinato a politerapia farmacologica e modifica comportamentale può portare a benefici permanenti in termini di complicanze vascolari e mortalità da tutte le cause, ivi incluse quelle cardiovascolari.

Lo studio UKPDS (UK Prospective Diabetes Study) nel 1998 ha rilevato che, tenendo sotto stretto controllo anche la pressione arteriosa delle persone con diabete e ipertensione, si riducono il rischio di decesso e le complicanze associate al diabete. Lo stesso studio ha inoltre evidenziato che il rischio di complicanze è ridotto da una qualsiasi riduzione di HbA_{1c}. Tuttavia, i riscontri dello UKPDS, riferiti a soggetti con diabete appena diagnosticato, contrastano con dati sperimentali recenti. Lo studio ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) ha rilevato che un controllo troppo intensivo, al di sotto delle linee guida internazionali, è associato ad un'aumentata mortalità cardiovascolare e da tutte le cause nelle persone fragili perché anziane o con precedenti eventi cardiovascolari. Inoltre, pur non avendo riscontrato un aumento della mortalità, sia lo studio ADVANCE (Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicron-MR Controlled Evaluation), sia il VADT (Veterans Affairs Diabetes Trial) hanno rilevato l'assenza di effetti benefici del controllo glicemico intensivo quando attuato su persone che soffrono di diabete già da molto tempo. D'altra parte, in tutte le sperimentazioni recenti si è visto che il controllo glicemico intensivo ha effetti positivi sulle complicanze microvascolari. Nel loro insieme, questi dati

suggeriscono che uno stretto controllo metabolico è fondamentale nelle fasi iniziali della malattia, essendo in grado di produrre benefici che si mantengono a distanza di molti anni. Di converso, un intervento aggressivo in fase tardiva potrebbe non produrre i risultati auspicati, soprattutto in persone anziane o con elevato rischio cardiovascolare.

Recenti meta-analisi hanno riscontrato che, nel complesso, il controllo glicemico intensivo, rispetto a quello standard, riduce significativamente gli eventi coronarici senza produrre un aumentato rischio di mortalità. Tuttavia gli strumenti e gli obiettivi del trattamento variano tra popolazioni e all'interno delle stesse; per questo motivo il trattamento deve essere personalizzato sulla base delle caratteristiche individuali.

Va poi ricordato che esistono evidenze ben consolidate rispetto al fatto che le persone con diabete traggono beneficio dal trattamento per la dislipidemia con statine e quello dell'ipertensione con i farmaci attivi sul sistema renina-angiotensina-aldosterone.

Infine la disponibilità di nuovi farmaci che riducono la glicemia nel diabete di tipo 2 (incretinomimetici e glicosurici) consente oggi di garantire un approccio terapeutico sempre più mirato e personalizzato, in grado di ottenere non solo il raggiungimento degli obiettivi glicemici ma anche di ridurre, contemporaneamente, il rischio di complicanze, in particolare di quelle cardiovascolari e renali.

La prevenzione

Al momento, il diabete di tipo 1 non può essere prevenuto. I fattori scatenanti ambientali che si pensa generino il processo che porta alla distruzione delle cellule che producono insulina nel corpo sono ancora oggetto di studio.

Sebbene ci siano una serie di fattori che influenzano lo sviluppo del diabete di tipo 2, è evidente che i più influenti sono i comportamenti di vita comunemente associati all'urbanizzazione. Questi includono il consumo di cibi malsani e stili di vita inattivi con comportamento sedentario. Studi provenienti da diverse parti del mondo hanno stabilito che la modifica dello stile di vita con l'attività fisica e/o una dieta sana può ritardare o prevenire l'insorgenza del diabete di tipo 2.

Gli stili di vita moderni sono caratterizzati da inattività fisica e lunghi periodi di sedentarietà. Gli interventi

comunitari possono raggiungere individui e famiglie attraverso campagne, educazione, marketing sociale e incoraggiare l'attività fisica sia all'interno che all'esterno della scuola e del luogo di lavoro. IDF raccomanda l'attività fisica almeno tra tre e cinque giorni alla settimana, per un minimo di 30-45 minuti.

Prendersi cura del proprio stile di vita è essenziale per prevenire il diabete di tipo 2 e le sue complicanze. Nei primi anni di vita, quando si stabiliscono abitudini alimentari e di attività fisica e quando si può programmare la regolazione a lungo termine del bilancio energetico, esiste una finestra particolarmente critica per prevenire lo sviluppo del sovrappeso e ridurre il rischio di diabete di tipo 2. Stili di vita sani possono migliorare i risultati sulla salute anche nelle fasi successive della vita.

Gli interventi e le politiche basati sulla popolazione consentono scelte sane attraverso politiche nell'agricoltura, nei trasporti e nella pianificazione urbana per diventare più accessibili e facili. Scelte sane possono essere promosse in contesti specifici (scuola, lavoro e casa) e contribuire a una migliore salute per tutti. Includono l'esercizio fisico regolare e un'alimentazione saggia che aiuterà a mantenere i livelli normali di glucosio nel sangue, pressione sanguigna e lipidi.

Studi sulla prevenzione del diabete di tipo 2

Ci sono evidenze da studi negli Stati Uniti, Finlandia, Cina, India e Giappone che i cambiamenti nello stile di vita (raggiungendo un peso corporeo sano e una moderata attività fisica) possono aiutare a prevenire lo sviluppo del diabete di tipo 2 nelle persone ad alto rischio.

Lo studio Da Qing ha esaminato l'effetto di un intervento di dieta ed esercizio di 6 anni in individui cinesi con ridotta tolleranza al glucosio (IGT) e un'età media di 45 anni. Il solo intervento dietetico è stato associato a una riduzione del 31% del rischio di sviluppare il tipo 2 diabete, mentre il solo intervento di esercizio ha mostrato una riduzione del 46%. Il gruppo dieta ed esercizio combinato ha avuto una riduzione simile del 42% del rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 durante un periodo di follow-up di 6 anni.

Il Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) è stato il primo studio randomizzato controllato a esaminare in modo specifico l'effetto di un intervento sullo stile di vita nella prevenzione del diabete di tipo 2. Questo studio ha

assegnato in modo casuale 522 individui in sovrappeso o obesi con IGT a un intervento sullo stile di vita o a un gruppo di controllo e li ha seguiti per circa 3 anni. L'intervento sullo stile di vita ha fornito una consulenza personalizzata incentrata sul raggiungimento e il mantenimento di un peso corporeo sano, sulla riduzione dell'assunzione di grassi, sull'aumento dell'assunzione di fibre e sull'aumento dell'attività fisica. Dopo due anni, l'incidenza del diabete di tipo 2 nel gruppo di intervento era inferiore alla metà di quella osservata nel gruppo di controllo.

Il Diabetes Prevention Program (DPP) è stato condotto su 3234 adulti statunitensi con IGT. A differenza della maggior parte degli studi precedenti, la coorte era diversificata e comprendeva un'ampia percentuale di donne (68%) e minoranze etniche (45%) e ha confrontato l'intervento sullo stile di vita rispetto all'intervento farmacologico (metformina) e un gruppo di controllo con placebo per 2,8 anni. Il DPP ha riferito che sia l'intervento sullo stile di vita che la metformina hanno avuto effetti positivi sulla prevenzione del diabete di tipo 2 e sul ripristino della normale tolleranza al glucosio. L'intervento sullo stile di vita è stato più efficace nella prevenzione del diabete di tipo 2, in particolare negli anziani.

L'Indian Diabetes Prevention Program (IDPP) era uno studio prospettico basato sulla comunità, che ha esaminato se la progressione al diabete di tipo 2 potesse essere influenzata da interventi nei nativi indiani asiatici con IGT che erano più giovani, più magri e più resistenti all'insulina rispetto ai multietnici americani, Popolazioni finlandesi e cinesi. I risultati hanno mostrato che la progressione del diabete di tipo 2 da IGT è elevata nei nativi indiani dell'Asia. Sia la modifica dello stile di vita che la metformina hanno ridotto significativamente l'incidenza del diabete di tipo 2 negli indiani asiatici con IGT.

Policy options



La recente esperienza, maturata a causa dell'emergenza pandemica da COVID-19, ha fatto emergere una serie di criticità del sistema, acuite dalla riduzione nei volumi di attività diagnostica e, più in generale, dalla diminuzione della popolazione assistita in diabetologia. Recentemente l'Associazione Medici Diabetologi e la Società Italiana di Diabetologia, hanno pubblicato un position paper per stimolare la discussione attorno al ruolo dei centri di diabetologia, del diabetologo e dell'integrazione assistenziale con il medico di medicina generale e del territorio, alla luce della missione 6 del PNRR. Il documento è stato inviato al Ministro della Salute, al Presidente del Comitato delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, ai Presidenti delle XII Commissioni di Camera e Senato e ai Presidenti dell'Intergruppo Parlamentare Obesità e Diabete.

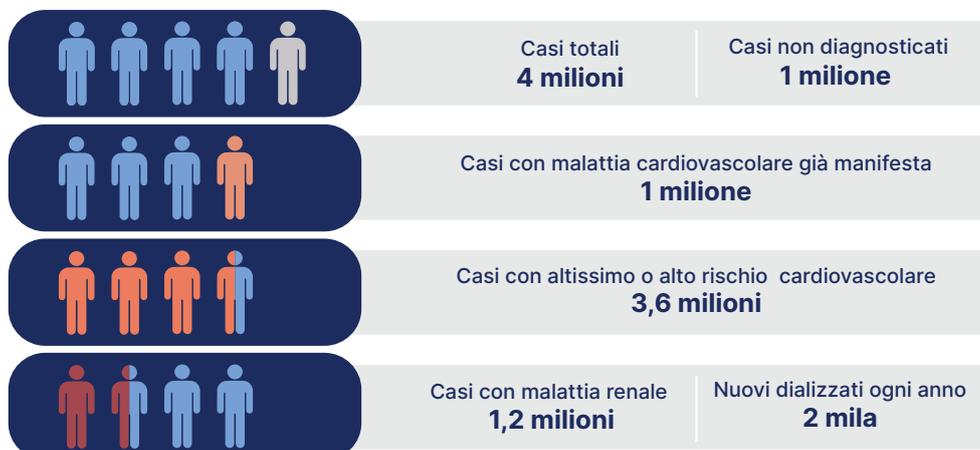
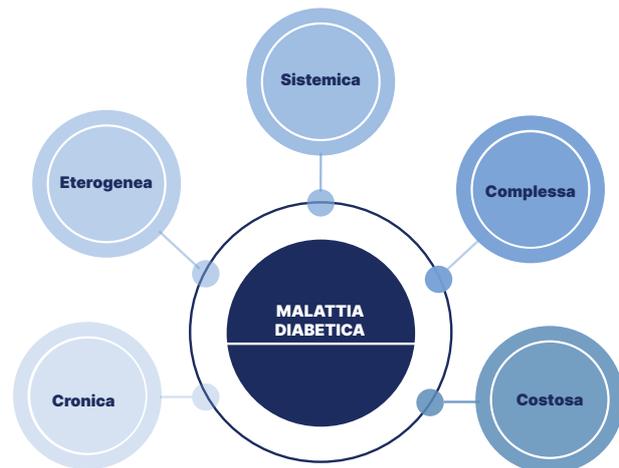
Le opportunità per l'assistenza diabetologica alla luce del PNRR

IL DIABETE

Il **diabete** è una delle più **diffuse** malattie **crniche** non trasmissibili e rappresenta una patologia **complessa** che **necessita di un approccio multi-professionale e di un forte collegamento fra Diabetologie e Medicina Generale**. Con una prevalenza in continua crescita, il diabete viene identificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) quale priorità globale per tutti i sistemi sanitari. Ad oggi nel mondo si stimano oltre 500 milioni di adulti con diabete, numero destinato ad aumentare a 640 milioni nel 2030. In Europa il diabete interessa circa 60 milioni di adulti.^[1] **Gli italiani con diabete sono circa 4 milioni**, e si stima che un ulteriore milione abbia la malattia senza che essa sia mai stata diagnosticata.^[2] Per quanto la curva epidemiologica sembrasse aver raggiunto un plateau nelle ultime valutazioni effettuate prima della pandemia COVID-19^[3], recenti evidenze fanno temere un ulteriore significativo aumento della prevalenza della malattia legato proprio alle conseguenze della pandemia.^[4]

Se non diagnosticato, diagnosticato tardivamente o non trattato appropriatamente - **anche a causa di un insufficiente collegamento tra Medicina Generale e Specialistica** - il diabete può causare complicanze severe che possono interessare diversi organi e incidere negativamente sul benessere della persona, **condizionandone pesantemente la qualità di vita e abbreviandola in media di 6 anni**.

La **complessità** nella gestione del diabete rappresenta una sfida per l'intero ecosistema sanitario. Coinvolge molteplici professionisti nell'attività di diagnosi, monitoraggio e trattamento, e inoltre impegna risorse sempre più rilevanti per garantire l'accesso alle cure migliori e all'innovazione, nel rispetto dei principi di equità e uguaglianza.^[5] Secondo le stime, in Italia ogni paziente genera per i soli costi diretti un impatto economico per il Servizio Sanitario Nazionale pari a circa € 3.500 all'anno^[6-7] per un totale di circa 14 miliardi annui. A questi vanno aggiunti i costi indiretti che sono stati stimati essere di entità almeno pari ai costi diretti.^[8]



DECESSI ANNUI A CAUSA O ANCHE A CAUSA DEL DIABETE 125 MILA

IL CONTESTO ITALIANO

La **rilevanza sociale oltre che sanitaria** del diabete è stata sancita, in Italia, prima ancora che negli altri Paesi del mondo, dalla **legge n. 115 del 1987** ("Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito"^[9]). Essa sancisce il diritto all'assistenza specialistica da parte dei centri diabetologici, rapporto ulteriormente valorizzato nel **Piano Nazionale della Malattia Diabetica** elaborato nel 2012 dal Ministero della Salute. **Il modello italiano si basa su una rete capillare di centri o ambulatori specialistici**, diffusi su tutto il territorio nazionale, **in costante dialogo con la Medicina Generale** e che spesso, ma non sempre,

includono **competenze multi-professionali**.^[10]

In un numero limitato di centri più evoluti opera un **team multi-professionale composto da diabetologi, infermieri, dietisti, psicologi e podologi esperti di diabete**. In diversi centri sono operativi ambulatori dedicati all'uso delle nuove tecnologie alla gravidanza, alle complicanze vascolari e neurologiche e al piede diabetico. All'interno degli ospedali, i team diabetologici multi-professionali possono includere anche cardiologi, nefrologi, neurologi, oculisti, infettivologi, chirurghi vascolari e altri specialisti.



CRITICITÀ NELL'ASSISTENZA DIABETOLOGICA

La recente esperienza, maturata a causa dell'emergenza pandemica da COVID-19, ha fatto emergere una serie di criticità del sistema, acuite dalla riduzione nei volumi di attività diagnostica e, più in generale, dalla diminuzione della popolazione assistita in diabetologia. L'aumento di patologie croniche come il diabete, con pazienti caratterizzati da marcata vulnerabilità e fragilità, ha reso evidente la necessità di **ripensare il rapporto tra assistito e territorio** al fine di renderlo più sinergico con i servizi attualmente offerti dai centri diabetologici multi-professionali e di **garantire maggiore integrazione tra le Strutture Diabetologiche e la Medicina del territorio**.

DISUGUAGLIANZA

Solo il **30%** delle persone con diabete riceve anche **assistenza specialistica**. Solo una parte minoritaria dei pazienti che accedono alle strutture diabetologiche riceve consulenza da parte dei dietisti e ha accesso a percorsi di educazione terapeutica.

ETERogeneità

L'**accesso** all'assistenza specialistica risulta **variabile** sia **tra regioni** che all'interno delle stesse, e si rileva una distribuzione sottotimale delle strutture diabetologiche.

SPECIALISTI ISOLATI

I singoli Specialisti ambulatoriali, che operano in assenza di Team multi-professionali, non riescono a erogare un'assistenza completa e incisiva.

POCA INTEGRAZIONE

In assenza della necessaria integrazione fra Strutture Diabetologiche e Medicina Generale, gli outcome di salute peggiorano e si fanno più ricorrenti e minacciose le complicanze.

CARENZA DI RISORSE UMANE

Anche laddove siano presenti centri multi-professionali, questi non sempre sono nelle condizioni di garantire adeguati volumi di assistenza (visite della giusta durata, presa in carico di tutti i pazienti).

IL RUOLO DEL DIABETOLOGO ALL'INTERNO DELLA MISSIONE 6 DEL PNRR

La Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dedica un ampio spazio alla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale, nel tentativo di rispondere alle criticità che la pandemia ha reso ancora più evidenti, e che potrebbero aggravarsi a causa dell'accresciuta domanda di salute derivante dal trend demografico, epidemiologico e sociale.^[11] L'esperienza emergenziale e le nuove opportunità offerte dal PNRR delineano un contesto in cui si impone di ragionare in ottica di **potenziamento e rafforzamento dell'offerta di salute dedicata alla cronicità di cui il diabete rappresenta il modello per eccellenza.**

L'auspicio è che i cambiamenti derivanti dall'adozione del PNRR, anche attraverso l'istituzione delle "case della comunità", trovino fondamento nelle esperienze positive già attuate.

Il coordinamento del modello di presa in carico da parte del diabetologo, una compiuta

integrazione fra Strutture Diabetologiche e Medicina Generale all'interno di un sistema di rete, l'organizzazione e la corretta allocazione delle risorse umane e strutturali sono elementi essenziali per continuare a garantire e migliorare i livelli qualitativi e gli outcome di salute dell'assistenza diabetologica, così come prevista dal Piano Nazionale della Malattia Diabetica.

L'auspicio è che il nuovo modello organizzativo, mutuando gli aspetti virtuosi dell'esperienza clinico-assistenziale maturata negli ultimi anni - a partire dalla multi-professionalità garantita dal team diabetologico - sappia declinare questo patrimonio di professionalità, conoscenze e competenze in chiave di maggiore prossimità e capillarità, sfruttando a pieno anche l'opportunità offerta dalle nuove tecnologie.

Qui di seguito alcune priorità, individuate da AMD e SID, sulle quali le due Società scientifiche sarebbero liete di collaborare e confrontarsi con le Istituzioni:

1 **Potenziare la rete diabetologica e basarla su centri multi-professionali ospedalieri o territoriali**



2 **Ottimizzare la rete diabetologica inserendo i professionisti isolati nei centri multi-professionali**



3 **Articolare la rete diabetologica in 350-400 centri multi-professionali, ognuno dei quali assiste circa 15000 persone**



4 **Allocare fondi per ampliare il reclutamento e la formazione di personale dedicato all'assistenza al diabete** (1 diabetologo ed 1 infermiere ogni 1.000 pazienti quindi almeno 4.000 Specialisti vs i 2.000 attuali ed almeno 4.000 infermieri vs i 1.500 attuali, 1 dietista ogni 5.000 pazienti, quindi almeno 800 dietisti vs i 400 attuali; almeno 1 psicologo ed 1 podologo ogni 10.000 pazienti, quindi almeno 400 psicologi e podologi vs i pochissimi oggi disponibili, aumentare di almeno il 50% il numero di contratti per le Scuole di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del metabolismo)



5 **Garantire maggiore sinergia tra Specialisti endocrinologi/diabetologi e medici di Medicina Generale prevedendo la collaborazione di membri del Team diabetologico presso le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le RSA**



6 **Implementare e potenziare la digitalizzazione** (teleconsulti, teleassistenza, educazione terapeutica via web, condivisione di dati clinici, ecc.) integrando i processi per migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il continuo dialogo medico-paziente ed il confronto tra professionisti



7 **Rafforzare le funzioni e la professionalità del diabetologo nel suo ruolo di coordinatore dell'intero percorso di cura, anche attraverso una formazione specifica dedicata alle competenze manageriali**



Bibliografia

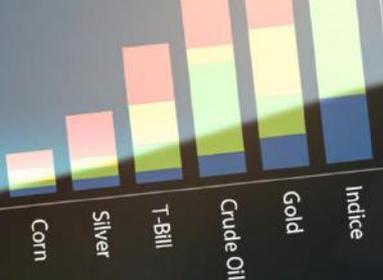
1 Source: <https://diabetesatlas.org>; 2 Istat, Aspetti della vita quotidiana. 2021; 3 Bonora E et al. Burden of diabetes in Italy in 2018: a look at a systemic disease from the ARNO Diabetes Observatory. *BMJ Open Diab Res Care* 2020; 4 Xie, Y. & Al-Aly, Z. *Lancet Diabetes Endocrinol.* Epub March 21, 2022; 5 Bononia University Press, Il diabete in Italia, Prima edizione, aprile 2016; 6 Scalone L et al., *PLoS ONE* 9 (12), 2014; 7 Bruno G. et al., *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases* 22, 694-690 2012; 8 Marcellusi A. et al., *Eur J Health Econ* Epub 27 Nov 2014; 9 Legge 16 marzo 1987, n. 115, Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito.; 10 Ministero della Salute, Commissione permanente sulla malattia diabetica, Piano; sulla malattia diabetica, 6 dicembre 2012.; 11 MEF, Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), maggio 2021.



Il diabete in Italia

Lidia Gargiulo
Alessandra Burgio
Roberta Cialesi

Istat



Sales Pipeline

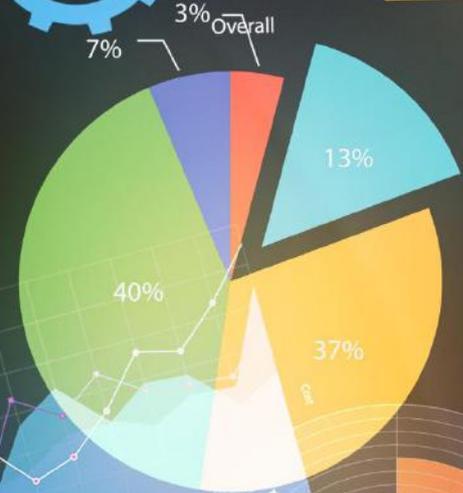
- Quality
- Value
- Volume
- Proposal analysis
- Cost
- Labor
- Negotiation
- Customer Management



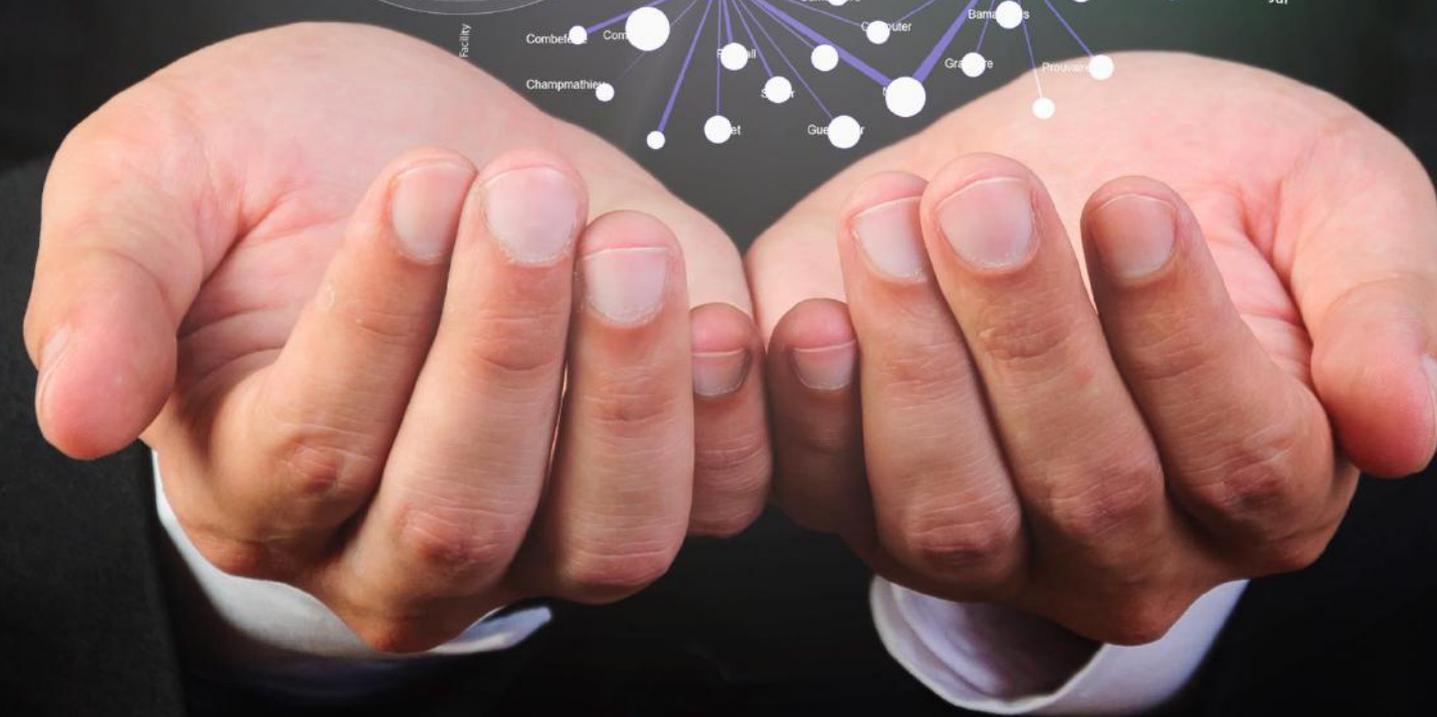
Company Annual Sells



Portfolio Diversification



- Gold
- Stock
- Bond
- Crude Oil
- Currency



La lotta contro la malattia diabetica è prevista ormai da oltre un decennio in un piano strategico nazionale e promossa anche tra gli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, che si propone di ridurre di oltre un terzo la mortalità prematura dovuta alle patologie cronico-degenerative. I soggetti diabetici nella crisi pandemica hanno rappresentato, com'è noto, un target di popolazione che ha sperimentato un decorso dell'infe-

zione da Covid-19 spesso molto più complesso, con un aumentato rischio di ospedalizzazione, di ricorso a terapie intensive e più esposto a un severo rischio di letalità.

In Italia si stima che oltre 3,5 milioni di persone nel 2020 hanno dichiarato di essere affette da diabete, pari al 5,9% dell'intera popolazione. La distribuzione per età presenta un andamento crescente: varia dallo 0,8% tra le persone fino ai 44 anni al 21,9% tra gli ultra85enni;

Prospetto 1. Persone che dichiarano di essere affette da diabete per sesso e classe di età. Anni 2010 e 2020.

Tassi per 100 persone, composizioni percentuali e valori assoluti (in migliaia)

| CLASSI DI ETÀ | 2010 | | | 2020 | | |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Uomini | Donne | Totale | Uomini | Donne | Totale |
| TASSI PER 100 PERSONE | | | | | | |
| Fino a 44 | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0,8 | 0,8 | 0,8 |
| 45-54 | 3,3 | 2,7 | 2,9 | 3,7 | 2,0 | 2,9 |
| 55-64 | 8,4 | 6,6 | 7,5 | 8,4 | 6,4 | 7,4 |
| 65-74 | 12,6 | 13,1 | 12,8 | 15,2 | 12,9 | 14,0 |
| 75-84 | 19,6 | 19,5 | 19,5 | 21,0 | 20,2 | 20,5 |
| 85 e oltre | 17,5 | 22,1 | 20,7 | 21,0 | 22,3 | 21,9 |
| 65e oltre | 15,5 | 16,6 | 16,1 | 17,9 | 17,2 | 17,5 |
| 65 e oltre standardizzato (a) | 15,5 | 16,7 | 16,1 | 17,7 | 16,6 | 17,2 |
| Totale | 4,5 | 5,2 | 4,9 | 5,9 | 5,9 | 5,9 |
| Totale standardizzato (a) | 4,8 | 4,8 | 4,8 | 5,5 | 4,7 | 5,1 |
| COMPOSIZIONI PERCENTUALI | | | | | | |
| Fino a 44 | 5,9 | 6,2 | 6,1 | 6,5 | 5,6 | 6,1 |
| 45-54 | 10,3 | 7,2 | 8,6 | 10,3 | 5,4 | 7,8 |
| 55-64 | 23,8 | 15,6 | 19,3 | 20,3 | 15,5 | 17,8 |
| 65-74 | 27,4 | 28,0 | 27,7 | 29,0 | 26,1 | 27,5 |
| 75-84 | 26,9 | 30,0 | 28,6 | 25,2 | 29,6 | 27,5 |
| 85 e oltre | 5,7 | 13,0 | 9,7 | 8,8 | 17,8 | 13,4 |
| 65 e oltre | 60,0 | 71,0 | 66,0 | 62,9 | 73,5 | 68,3 |
| Totale | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| VALORI ASSOLUTI (IN MIGLIAIA) | | | | | | |
| Fino a 44 | 77 | 101 | 178 | 112 | 102 | 215 |
| 45-54 | 136 | 116 | 251 | 177 | 99 | 275 |
| 55-64 | 312 | 252 | 564 | 349 | 281 | 630 |
| 65-74 | 359 | 452 | 811 | 499 | 474 | 973 |
| 75-84 | 353 | 483 | 836 | 434 | 539 | 972 |
| 85 e oltre | 75 | 209 | 284 | 151 | 323 | 474 |
| 65 e oltre | 787 | 1.144 | 1.931 | 1.083 | 1.336 | 2.419 |
| Totale | 1.311 | 1.612 | 2.923 | 1.722 | 1.818 | 3.539 |

nel 68% dei casi i soggetti diabetici sono persone anziane. Tuttavia, come evidenzia buona parte della letteratura, il dato stimato potrebbe escludere una parte della popolazione che, non avendo consapevolezza di essere affetto dalla patologia o anche scoprendola con ritardo, non la riporta in modo tempestivo tra le patologie autoriferite, causando quindi una sottostima che può raggiungere secondo alcuni anche un 20%.

In 20 anni le persone con diabete sono quasi raddoppiate (nel 2000 erano 2milioni150mila). Negli ultimi 10 anni il tasso grezzo calcolato sull'intera popolazione risulta aumentato di poco più del 20% (era 4,9% nel 2010), ossia in misura minore del progressivo invecchiamento della popolazione registrato nell'ultimo decennio (l'indice di vecchiaia è passato infatti da 144,4 individui over 65 ogni 100 giovani fino a 15 anni nel 2010 a 179,4 nel 2020).

Il periodo della crisi pandemica, che si è prolungato per il secondo anno

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

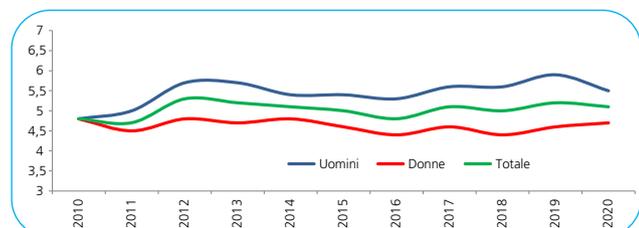
(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto, la popolazione di riferimento è la popolazione Europea (Eurostat 2013)

¹ Hanna Tolonen Paivikki Koponen Jennifer S. Mindell Satu Mannisto Simona Giampaoli Carlos Matias Dias Tarja Tuovinen Antje Go waldKari Kuulasmaa for the European Health Examination Survey Pilot Project. Under-estimation of obesity, hypertension and high cholesterol by self-reported data: comparison of self-reported information and objective measures from health examination survey. European Journal of Public Health, Volume 24, Issue 6, 1 December 2014, Pages 941–948, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku074>, June 2014 <https://academic.oup.com/eurpub/article/24/6/941/609852>. Il report evidenzia che anche nel caso del diabete si rileva una sottostima nel confronto tra i dati autoriferiti e quelli con misurazioni oggettive, sebbene lo scarto sia contenuto rispetto a patologie quali ipertensione e ipercolesterolemia.

consecutivo, non lascia comunque ben sperare per la stima del diabete nei prossimi anni, posto che nel primo anno (2020) si sono registrati andamenti crescenti di diversi fattori che aumentano il rischio di insorgenza del diabete (nonché le sue complicanze): ossia incrementi dell'obesità e di attività sedentarie, complici le restrizioni del lockdown e l'isolamento, nonché la chiusura di strutture sportive. Inoltre studi preliminari sugli effetti dell'infezione da Covid-19 attribuirebbero alle persone che hanno contratto la malattia un maggior rischio di insorgenza di diabete, tra le conseguenze del post-Covid19.

Il diabete è sempre stata una patologia più diffusa tra gli uomini, invece nel 2020 almeno rispetto al totale popolazione, e confrontando i tassi grezzi, le differenze di genere sembrano essersi annullate, convergendo allo stesso valore pari a 5,9%. Tenendo conto invece della maggiore longevità delle donne, e depurando questo tasso dal fattore età, viene restituito il noto divario che vede svantaggiato il genere maschile: il tasso standardizzato per età è pari a 5,5% tra gli uomini e 4,7% tra le donne. L'andamento nel tempo dei tassi standardizzati per età distinti per sesso attesta che le differenze di genere si sono via via ampliate dopo il 2010 (Figura 1).

Figura 1. Popolazione con diabete per genere. Anni 2010 – 2020. Tassi standardizzati per 100 persone (a)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana
(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto, la popolazione di riferimento è la popolazione europea (Eurostat 2013)

Gli incrementi della prevalenza del diabete negli ultimi dieci anni si devono principalmente a quelli registrati tra gli uomini anziani (Figura 2), sebbene nel 2020 si sia registrato un aumento significativo tra le donne più anziane (+3 punti percentuali tra le over75) rispetto all'anno precedente.

Figura 2. Popolazione che dichiara di essere affetta da diabete, per età e genere. Anni 2000, 2010 e 2020. Tassi per 100 persone



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

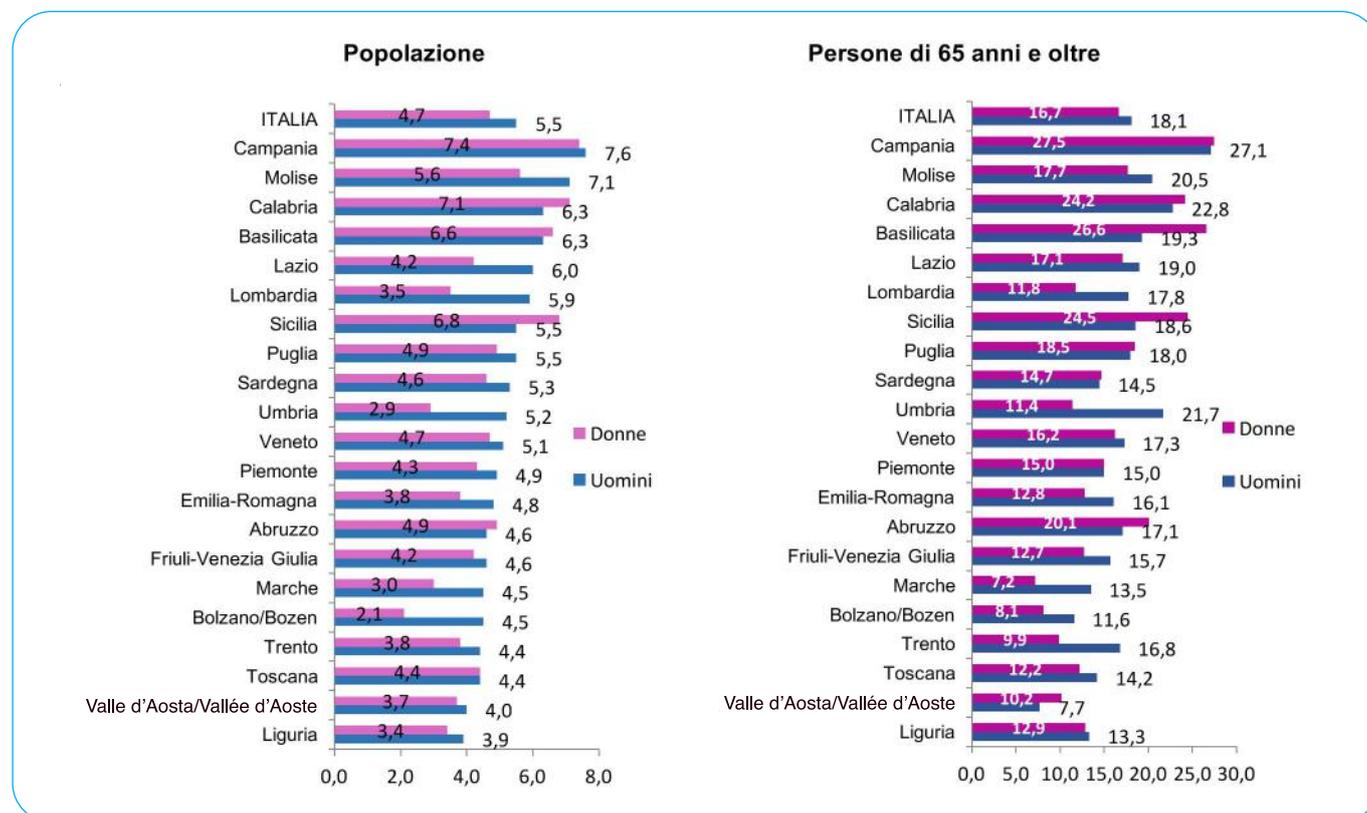
La geografia della patologia diabetica ripropone anche per il 2020 il ben noto divario territoriale, con il Nord e il Centro che presentano tassi grezzi pari a 5,4 e 5,5 per 100 persone, mentre nel Mezzogiorno i tassi raggiungono quasi il 7%. Le differenze territoriali si osservano anche confrontando la popolazione anziana: la prevalenza si stima pari al 15,1% nel Nord, al 15,9% nel Centro e al 22% nel Mezzogiorno.

L'analisi dei tassi grezzi evidenzia quanto sia rilevante il peso di questa patologia nella popolazione anziana, coinvolgendo in media oltre un anziano su 6, e quanto sia necessario adeguare in modo differenziato sul territorio un idoneo impiego di risorse per poter modulare una efficace risposta del servizio sanitario regionale, cui compete la programmazione sanitaria al fine di soddisfare la domanda di assistenza che genera questa patologia, soprattutto in presenza di complicanze.

Nel 2020, le stime di prevalenza grezze a livello regionale attestano che Basilicata, Calabria e Campania sono le regioni con i valori più elevati: sul totale della popolazione queste sono rispettivamente pari all'8,0%, 7,9% e 7,6%, significativamente superiori al dato medio dell'Italia (5,9%). La patologia diabetica è invece significativamente meno diffusa, sempre nel confronto con il dato Italia, nella Provincia autonoma di Bolzano (3,4%), quella di Trento, nelle Marche e in Valle d'Aosta, che con il 4,5% sono le regioni che si collocano nella parte più bassa della graduatoria. Analoghe differenze regionali si riscontrano per le persone anziane affette da diabete, ma alla Campania (con un tasso del 27,2%), alla Basilicata (24,4%) e alla Calabria (24,2%), si aggiunge la Sicilia con una stima del 22,3% di anziani con diabete, a fronte di quote di gran lunga inferiori rilevate in Valle d'Aosta (9%) e nella PA di Bolzano (10,2%).

La diffusione della patologia diabetica, quando si depura dalla maggiore longevità che contraddistingue le donne, evidenzia, come già argomentato, lo svantaggio maschile anche nel 2020. Tra le regioni emergono, però, alcune eccezioni, in quanto questa patologia risulta più diffusa tra le donne: ciò accade in modo più evidente in Sicilia, meno in Calabria e Basilicata, soprattutto se si considera la popolazione anziana. La Campania, anche quando si controllano i tassi per età, mostra i livelli più elevati della prevalenza di diabete sia per le donne che per gli uomini (rispettivamente 7,4% per le prime e 7,6% per i secondi) e tra gli anziani le quote si attestano a 27,5% tra le donne e 27,1% tra gli uomini. Tassi inferiori alla media nazionale si rilevano tra gli uomini residenti in Trentino Alto Adige. Le regioni che evidenziano differenze di genere più marcate a favore delle donne sono l'Umbria, la Lombardia e le Marche, a cui si aggiungono Lazio e PA di Trento quando si considera il complesso della popolazione (Figura 3).

Figura 3. Popolazione e persone di 65 anni e oltre che dichiarano di essere affette da diabete per regione (a). Anno 2020. Tassi standardizzati per 100 persone e per 100 persone di 65 anni e oltre (b).



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

(a) Le regioni e le Province autonome sono rappresentate in ordine decrescente rispetto alla prevalenza sul totale della popolazione maschile sia per la popolazione complessiva che per quella anziana.

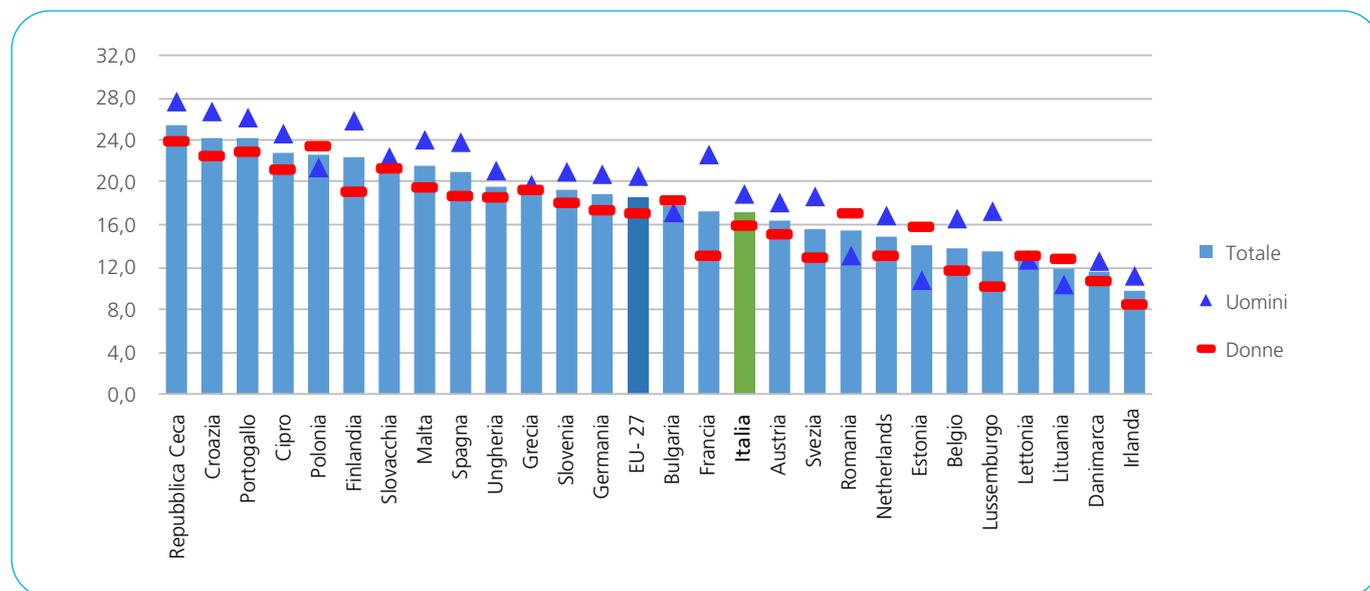
(b) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto, la popolazione di riferimento è la popolazione europea (Eurostat 2013).

Il confronto con i paesi europei

Nel contesto europeo, l'Italia presenta una prevalenza del diabete leggermente più contenuta rispetto alla media europea UE-27 (6,5% contro 7,4%), considerando il totale della popolazione (15 anni e più). Questa differenza si mantiene anche quando si analizza il tasso grezzo tra la popolazione anziana, che si attesta rispettivamente al 17,1% contro il 18,5%. In cima alla graduatoria dei paesi europei, con le più alte quote di anziani con diabete, si posizionano la Repubblica Ceca (25,3%), la Croazia e il Portogallo (24,1%), in coda invece Irlanda (9,7%), Danimarca (11,5%) e Lituania (11,8%). Tra i grandi paesi europei Spagna e Germania presentano tassi per gli over65 più elevati rispetto all'Italia (20,9% la prima e 18,8% la seconda); la Francia, invece, registra un valore molto simile al nostro (17,2%), ma con un elevato differenziale di genere: 22,5% per gli uomini e 13% tra le donne, evidente anche in Lussem-

burgo e Finlandia (+7 punti percentuali). Il gap di genere a svantaggio degli uomini è pari a 3,7 punti percentuali nella media europea, valore simile a quello rilevato in Italia, ma fanno eccezione diversi paesi dell'Europa dell'Est, in cui i tassi per le donne anziane sono più elevati rispetto a quelli degli uomini: ad esempio Romania (+4 p.p.), Polonia (+2 p.p.), ma anche Estonia (+5 p.p.) e Lituania (+2 p.p.) dove si osservano le più basse prevalenze di diabete tra i paesi UE per gli uomini anziani (rispettivamente 10,7% e 10,3%).

Figura 4. Paesi europei a confronto per la prevalenza del diabete nella popolazione di 65 anni e più, per genere. Anno 2019. Tassi per 100 persone.



Fonte: Eurostat, Indagine Europea sulla salute (Ehis,2019)

Diabete e disuguaglianze sociali in Italia

L'insorgenza del diabete, come noto, colpisce maggiormente i gruppi di popolazione in condizioni socio-economiche più disagiate, descritte generalmente in letteratura mediante il livello di istruzione degli individui e le risorse economiche familiari. Bassa istruzione e scarso reddito si associano spesso a stili di vita non salutarci (cattive abitudini alimentari, sedentarietà, insufficiente ricorso alla prevenzione primaria e secondaria), maggior rischio di obesità e di insorgenza di malattie metaboliche. Inoltre, tali condizioni possono ridurre le opportunità di accesso a servizi e prestazioni sanitarie di qualità o causare il ritardo nell'accesso ai servizi per la presenza di lunghe liste di attesa.

Le disuguaglianze sociali rispetto al titolo di studio nel 2020 sono più marcate tra le donne affette da diabete: il divario è massimo a 45-64 anni con una prevalenza tre volte più elevata tra le donne con bassa istruzione (5,8%) rispetto alle più istruite (1,8%); negli uomini il gap è significativo ma più contenuto (7,4% vs. 4,3%). Negli anziani le differenze sono ridotte, ma sempre più rilevanti per le donne (19,9% vs. 10,5%) rispetto agli uomini (19,3% vs. 14,4%). Anche i dati riferiti al reddito familiare (misurato in quinti) confermano incrementi della prevalenza del diabete man mano che si passa dai

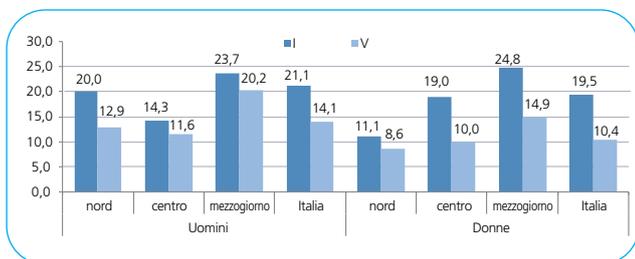
livelli di reddito più alti a quelli più bassi, ma con intensità diverse secondo il genere, l'età e il territorio. Nella popolazione di 45 anni e oltre la prevalenza del diabete tra le persone con basso reddito (I quinto) è 1,6 volte più elevata (11,9%) rispetto alle persone con alto reddito (V quinto, 7,5%). Tale divario è ancora più marcato tra le donne (11,0% vs. 6,4%) e nella classe di età 45-64 anni in entrambi i generi (9,4% vs. 4,6% negli uomini; 5,9% vs. 2,7% nelle donne). Negli anziani di 65 anni e oltre si riduce leggermente, ma è comunque significativo: 21,3% vs. 14,1% negli uomini; 19,7% vs. 11,1% nelle donne. Secondo i dati resi disponibili da Eurostat per la popolazione anziana, questo divario è in linea con la media europea e con la maggior parte dei Paesi. In Francia, in particolare, il distacco è più marcato: la prevalenza del diabete è pari al 9,7% tra i più abbienti e 22,8% tra gli anziani più svantaggiati economicamente.

Rispetto al 2015 sono aumentate le differenze secondo il reddito familiare: la prevalenza delle persone di 45 anni e oltre a basso reddito era 1,4 volte più alta di quelle ad alto reddito. L'aumento ha riguardato soprattutto le donne (il divario è passato da 1,4 a 1,7) e in particolare le donne di 45-64 anni (da 1,7 a 2,2).

Nel territorio, considerando solo gli anziani di 65 anni e oltre che hanno prevalenze di diabete più elevate, le disuguaglianze rispetto al reddito si differenziano secondo

il genere (Figura 5). Negli uomini si rileva un forte divario tra basso e alto reddito solo al Nord (20,0% vs. 12,9%), mentre nelle donne tale divario è massimo al Centro (19,0% vs. 10,0%) e significativo anche nel Mezzogiorno dove quasi una donna anziana su quattro con reddito basso dichiara di soffrire di diabete.

Figura 5. Persone di 65 anni e oltre con basso (I quinto) e alto (V quinto) reddito che dichiarano di essere affette da diabete per sesso e ripartizione geografica. Anno 2019. Tassi standardizzati per 100 persone (a)



Fonte: Istat, Indagine europea sulla salute (EHIS)
I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto, la popolazione di riferimento è la popolazione europea (Eurostat 2013).

Rinuncia a prestazioni sanitarie

La rinuncia a prestazioni sanitarie in presenza di un bisogno mette in evidenza problemi di accesso e quindi di equità del sistema sanitario. Le difficoltà di accesso generalmente sono determinate da problemi economici (per costi elevati e/o scarse risorse disponibili), da motivi legati a caratteristiche dell'offerta (lunghe liste di attesa o difficoltà nel raggiungere i luoghi di erogazione del servizio) e, dal 2020, da motivi legati alla pandemia da Covid-19 (blocco dell'erogazione e della prenotazione di alcune prestazioni "differibili" e timori di contagio nelle strutture sanitarie). Tali rinunce nel medio-lungo periodo possono avere conseguenze negative sulle condizioni di salute delle persone, in particolare nei soggetti resi fragili dalla presenza di malattie croniche gravi, quali il diabete, e soprattutto nei casi di multicronicità, condizione molto frequente tra i pazienti diabetici (circa l'80% delle persone che dichiarano di avere il diabete soffrono di almeno un'altra malattia cronica).

Nel 2020, in Italia, il 13,1% delle persone di 45 anni e oltre ha dichiarato di aver rinunciato, pur avendone bisogno, a prestazioni sanitarie (visite specialistiche, escluse odontoiatriche, o accertamenti diagnostici) negli ultimi 12 mesi per motivi legati a difficoltà di accesso²; nel 2019 la quota era pari al 8,3%. Nelle persone multicroniche con diabete la rinuncia nel 2020 è stata molto più elevata, pari al 20,1%, quasi il doppio rispetto al 2019 (11,1%) (Prospetto 2). L'incremento tra i due anni

delle rinunce è stato ancora più rilevante tra i multicroniche con diabete di 65 anni e oltre (dal 10,0% del 2019 al 19,4% del 2020). Tuttavia è nella classe di età 45-64 anni che risulta più alta la quota di persone multicroniche con diabete che nel 2020 ha lamentato tali difficoltà (22,5%) e in cui è massimo il divario rispetto al complesso della popolazione della stessa età, dove il 12,3% ha dichiarato di aver rinunciato a qualche prestazione sanitaria.

I motivi della rinuncia legati alla pandemia da Covid-19 spiegano gli incrementi osservati tra 2019 e 2020 e sembrano aver messo in secondo piano le difficoltà dovute a motivi economici, preponderanti nel periodo precedente, che sono diminuite dal 7,7% al 4,1% tra i multicroniche con diabete di 45 anni e oltre. È rimasta invece stabile la quota di coloro che ha rinunciato a causa delle lunghe liste di attesa: 6,1% in entrambi gli anni.

Le restrizioni imposte per contenere i contagi, la sospensione dell'erogazione dei servizi sanitari rinviabili e, in misura minore, il timore di contrarre infezioni, sono stati indicati come motivi di rinuncia connessi al Covid-19 dal 11,7% dei multicroniche con diabete di 45 anni e oltre, ovvero oltre la metà di coloro che hanno indicato almeno un motivo di rinuncia (20,1%). La rinuncia connessa al Covid-19 è ancora più frequente tra i multicroniche con diabete di 65 anni e oltre (12,0%). Tuttavia, è nella classe 45-64 anni che si registra lo svantaggio più ampio dei multicroniche con diabete rispetto alla popolazione generale (10,6% vs. 5,4%). In questa classe di età anche la rinuncia a causa delle lunghe liste di attesa pesa in modo rilevante per i multicroniche con diabete (7,3%) rispetto alla popolazione totale (3,6%) (Prospetto 2).

Sono più spesso le donne a rinunciare a prestazioni sanitarie (14,3% vs. 11,7% degli uomini), in particolare in presenza di diabete e di altre malattie croniche (22,7% vs. 17,2%). Per quest'ultime si sono registrati gli aumenti più importanti rispetto al 2019, soprattutto a 65 anni e oltre (da 10,4% a 21,9%). Tuttavia è nella classe 45-64 anni che una donna multicronica con diabete su quattro ha dichiarato difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie (25,6%). Anche i motivi legati al Covid-19 sono stati causa di rinuncia a prestazioni sanitarie più frequentemente nelle donne rispetto a gli uomini (Prospetto 2).

Tra i multicroniche anziani con diabete, i più fragili, la rinuncia a prestazioni sanitarie per difficoltà di accesso, al netto delle differenze dovute alla struttura per età, si conferma più frequente rispetto al totale della popolazione in entrambi i sessi e in tutte le ripartizioni geografiche (Figura 6). Negli uomini ha riguardato maggiormente i residenti nel Mezzogiorno (17,7%),

² per motivi economici, per lunghe liste d'attesa, per difficoltà di raggiungimento della struttura, per motivi legati all'emergenza sanitaria da Covid-19.

Prospetto 2. Multicronici con diabete di 45 anni e oltre che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato a prestazioni sanitarie (a) pur avendone bisogno per sesso e classe di età. Anni 2019-2020. Tassi per 100 persone.

| CLASSI DI ETÀ' | Multicronici con Diabete | | | | | | Totale | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|------|-------|------|--------|------|--------|------|-------|------|--------|------|
| | Uomini | | Donne | | Totale | | Uomini | | Donne | | Totale | |
| | 2019 | 2020 | 2019 | 2020 | 2019 | 2020 | 2019 | 2020 | 2019 | 2020 | 2019 | 2020 |
| 45-64 | | | | | | | | | | | | |
| Rinuncia a prestazioni sanitarie (b) | 12,6 | 20,0 | 16,9 | 25,6 | 14,5 | 22,5 | 7,4 | 10,7 | 10,6 | 13,8 | 9,0 | 12,3 |
| - per motivi economici | 9,3 | 7,7 | 13,7 | 7,3 | 11,2 | 7,5 | 5,3 | 4,0 | 7,8 | 5,4 | 6,6 | 4,7 |
| - per lunghe liste di attesa | 6,7 | 6,9 | 8,3 | 7,8 | 7,4 | 7,3 | 3,1 | 3,2 | 4,5 | 3,9 | 3,8 | 3,6 |
| - per motivi legati al Covid | - | 9,2 | - | 12,2 | - | 10,6 | - | 4,6 | - | 6,2 | - | 5,4 |
| 65 e oltre | | | | | | | | | | | | |
| Rinuncia a prestazioni sanitarie (b) | 9,7 | 16,1 | 10,4 | 21,9 | 10,0 | 19,4 | 6,4 | 13,3 | 8,1 | 15,0 | 7,3 | 14,3 |
| - per motivi economici | 5,6 | 1,1 | 7,6 | 4,5 | 6,6 | 3,0 | 3,5 | 1,6 | 4,9 | 2,8 | 4,3 | 2,3 |
| - per lunghe liste di attesa | 4,9 | 4,3 | 6,3 | 6,9 | 5,6 | 5,8 | 3,5 | 3,6 | 4,2 | 4,2 | 3,9 | 4,0 |
| - per motivi legati al Covid | - | 11,7 | - | 12,2 | - | 12,0 | - | 8,8 | - | 8,8 | - | 8,8 |
| 45 e oltre | | | | | | | | | | | | |
| Rinuncia a prestazioni sanitarie (b) | 10,5 | 17,2 | 11,7 | 22,7 | 11,1 | 20,1 | 7,0 | 11,7 | 9,4 | 14,3 | 8,3 | 13,1 |
| - per motivi economici | 6,6 | 3,0 | 8,8 | 5,1 | 7,7 | 4,1 | 4,6 | 3,0 | 6,5 | 4,2 | 5,6 | 3,6 |
| - per lunghe liste di attesa | 5,4 | 5,0 | 6,7 | 7,1 | 6,1 | 6,1 | 3,3 | 3,4 | 4,4 | 4,1 | 3,8 | 3,8 |
| - per motivi legati al Covid | - | 11,0 | - | 12,2 | - | 11,7 | - | 6,3 | - | 7,4 | - | 6,9 |

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

(a) visite specialistiche (escluse odontoiatriche) o accertamenti specialistici.

(b) per motivi economici, per lunghe liste d'attesa, per difficoltà di raggiungimento della struttura. Solo per il 2020 sono inclusi anche i motivi legati all'emergenza sanitaria da Covid-19.

mentre nelle donne è tra le residenti al Centro che l'indicatore sale al 28,2%, ben 6,5 punti percentuali in più rispetto alla media nazionale. I motivi connessi con l'emergenza sanitaria sono sempre preponderanti rispetto agli altri motivi, in particolare al Nord per entrambi i generi (maschi 12,5%, femmine 13,7%) e al Centro per gli uomini (12,8%).

Figura 6. Multicronici con diabete di 65 anni e oltre che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato a prestazioni sanitarie (a) pur avendone bisogno per sesso e ripartizione geografica. Anno 2020. Tassi standardizzati per 100 persone (b)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

(a) Rinuncia a visite specialistiche (escluse odontoiatriche) o accertamenti specialistici per motivi economici, per lunghe liste d'attesa, per difficoltà di raggiungimento della struttura o per motivi legati all'emergenza sanitaria da Covid-19.

(b) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto, la popolazione di riferimento è la popolazione europea (Eurostat 2013).

Qualità della vita e compromissione dell'autonomia tra gli anziani con multimorbilità e diabete

La plurimorbilità del diabete, ossia la malattia diabetica combinata con altre patologie è ben studiata in letteratura, ma è interessante conoscere quanto tale quadro nosologico contribuisca a peggiorare il benessere complessivo, complicando in misura maggiore la vita quotidiana di chi ne è colpito, sia sui vari aspetti della qualità della vita, sia in casi più gravi compromettendo il livello di autonomia personale.

Il giudizio sulla soddisfazione della vita nel suo complesso consente di avere una misura globale del benessere soggettivo e più in generale di qualità della vita. Per analizzare questo aspetto tra i soggetti con diabete, il primo passo è stato quello di segmentare la popolazione adulta e anziana, quella più spesso colpita da più malattie croniche, rispetto alla presenza di multimorbilità in concomitanza o meno della patologia diabetica.

Gli indicatori di soddisfazione sono stati calcolati in base ai punteggi assegnati in una scala di valutazione da 0 a 10 (dove 0 indica "per niente soddisfatto" e 10 "molto soddisfatto"). I punteggi da 8 a 10 identificano il livello elevato di soddisfazione; specularmente, quando il punteggio non raggiunge la sufficienza (0-5) il grado di soddisfazione è classificato "scarso". L'analisi evidenzia giudizi in media più sfavorevoli tra la popolazione che sperimenta la multimorbilità associata al diabete. Tra questi ultimi infatti, la quota di quanti giudicano elevato il livello di soddisfazione per la propria vita è più bassa

(30,2% tra 45-64 anni e 31,2% per gli over 65) sia rispetto ai coetanei multicronici che non hanno il diabete (rispettivamente 35,5% e 34,7%), sia, naturalmente, rispetto ad anziani che non hanno pluripatologie (rispettivamente 46,6% e 46,9%). Anche la lettura dell'indicatore speculare, ossia riferito a chi giudica scarso il livello di soddisfazione per la propria vita, evidenzia che tra gli anziani con multimorbilità associata al diabete la percentuale è pari al 23,1%, si riduce al 17,9% tra chi non è affetto da diabete pur avendo altre patologie croniche e si dimezza all'11,1% tra gli anziani senza multimorbilità.

Oltre alla soddisfazione per la vita nel suo complesso, sono stati indagati attraverso indicatori soggettivi, anche alcuni ambiti fondamentali della vita quotidiana quali le relazioni, familiari e amicali, la salute, il tempo libero e la situazione economica. La convivenza con più patologie contestualmente alla patologia diabetica peggiora la qualità della vita per tutti gli ambiti considerati nel confronto con gli altri gruppi di anziani, sebbene con differenziali variabili. È infatti molto netto il divario rispetto al giudizio sulla propria salute: gli anziani senza pluripatologie solo nel 15,6% dei casi giudicano scarsa la soddisfazione per la propria salute a fronte del 55,5% di chi dichiara più patologie croniche e diabete. Tuttavia, anche in quest'ultimo gruppo di popolazione il 43% giudica elevato il livello di soddisfazione per la propria salute, ma la percentuale raddoppia all'82% tra gli anziani senza pluripatologie (Prospetto 3). Le reti relazionali, soprattutto quelle più strette della famiglia, che rappresentano un'importante risorsa per il supporto sia emotivo che

Prospetto 3. Persone di 45 anni e più per grado di soddisfazione nei vari ambiti di vita, presenza di multicronicità e comorbilità con il diabete, per classe di età. Anno 2020. Tassi per 100 persone

| GRADO DI SODDISFAZIONE NEI VARI AMBITI DI VITA | Multicronici con diabete | | Multicronici senza diabete | | Senza multicronicità | | Totale | |
|--|--------------------------|---------------|----------------------------|---------------|----------------------|---------------|------------|---------------|
| | 45-64 anni | 65 anni e più | 45-64 anni | 65 anni e più | 45-64 anni | 65 anni e più | 45-64 anni | 65 anni e più |
| Elevato | | | | | | | | |
| Per la vita nel suo complesso (a) | 30,1 | 31,2 | 35,5 | 34,7 | 46,6 | 46,9 | 44,2 | 39,6 |
| Per le relazioni familiari (b) | 83,6 | 85,6 | 85,6 | 89,4 | 90,1 | 90,8 | 89,0 | 89,0 |
| Per le relazioni amicali (b) | 73,6 | 63,7 | 78,6 | 69,0 | 84,6 | 78,4 | 83,0 | 71,9 |
| Per la salute (b) | 51,2 | 43,2 | 64,5 | 56,6 | 89,0 | 82,2 | 83,3 | 65,7 |
| Per il tempo libero (b) | 58,1 | 58,4 | 58,3 | 65,2 | 67,7 | 75,0 | 65,7 | 67,9 |
| Per la situazione economica (b) | 44,7 | 5,7 | 46,3 | 59,8 | 57,2 | 68,2 | 55,1 | 62,1 |
| Scarso | | | | | | | | |
| Per la vita nel suo complesso (c) | 22,0 | 23,1 | 17,6 | 17,9 | 10,9 | 11,1 | 44,2 | 15,7 |
| Per le relazioni familiari (d) | 14,6 | 13,0 | 12,6 | 9,2 | 8,2 | 6,8 | 89,0 | 8,7 |
| Per le relazioni amicali (d) | 24,8 | 34,7 | 19,3 | 29,6 | 13,6 | 19,0 | 83,0 | 25,8 |
| Per la salute (d) | 47,4 | 55,5 | 33,6 | 42,3 | 9,3 | 15,6 | 83,3 | 32,3 |
| Per il tempo libero (d) | 40,2 | 39,7 | 39,8 | 33,4 | 30,5 | 22,4 | 65,7 | 29,6 |
| Per la situazione economica (d) | 53,9 | 46,9 | 52,2 | 38,8 | 41,3 | 29,7 | 55,1 | 35,9 |

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

(a) Punteggio compreso tra 8 e 10 su una scala da 0 a 10.

(b) Percentuale di persone che si dichiara "molto o abbastanza soddisfatto".

(c) Punteggio compreso tra 0 e 5 su una scala da 0 a 10.

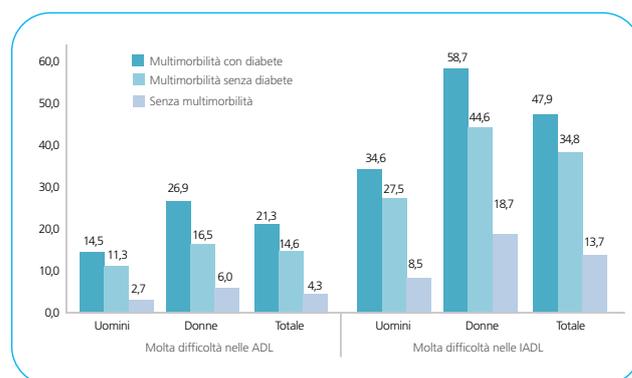
(d) Percentuale di persone che si dichiara "per niente o poco soddisfatto".

materiale per gli anziani più fragili in salute, mostrano i più elevati livelli di soddisfazione (85,6% si ritiene molto soddisfatto) e i differenziali più bassi rispetto agli altri gruppi di anziani considerati. Permane comunque un 13% che si dichiara insoddisfatto per le relazioni familiari. Riguardo alla soddisfazione per la propria situazione economica i giudizi del target di popolazione analizzato si bilanciano, in quanto il 51,7% si giudica molto soddisfatto e il 46,9% ritiene scarso il suo livello di soddisfazione.

Quando la multimorbilità si combina con la patologia diabetica emerge un aumentato rischio di perdita dell'autonomia, più frequentemente, infatti, gli anziani che ne sono affetti presentano gravi difficoltà nelle attività quotidiane, sia della cura della propria persona (Activities Daily Living - ADL), che in quelle della cura domestica (Instrumental Activities Daily Living - IADL).

È pari al 21,3% la quota di anziani con multimorbilità associata a diabete che riferisce gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL) - ossia mangiare da solo, vestirsi e spogliarsi, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, fare il bagno o la doccia da soli, usare i servizi igienici - rispetto al 14,6% di coloro che, pur con multimorbilità, non hanno il diabete, e si riduce al 4,3% tra gli anziani senza multicronicità. Ancora maggiore è il rischio di perdere l'autonomia nelle attività di cura domestica - ossia usare il telefono, fare la spesa, prepararsi i pasti, svolgere attività domestiche leggere o pesanti, assumere le medicine e gestire le proprie risorse economiche o pratiche amministrative. La quota di persone con gravi difficoltà in almeno una di tali attività raggiunge il 47,9% nel gruppo target, resta elevata anche nel gruppo senza diabete ma con altre patologie croniche (38,4%) e scende al 13,7% tra chi non ha problemi di multicronicità. Il rischio di compromissione dell'autonomia è molto più forte tra le donne anziane in tutti i gruppi di anziani considerati, sia per le ADL che per le IADL, come si evince dalle più elevate prevalenze rispetto agli uomini, solo in parte attribuibile alla loro maggiore longevità (Figura 7).

Figura 7. Persone di 65 anni e più con gravi difficoltà nelle attività quotidiane di cura personale (ADL) e nelle attività quotidiane della vita domestica (IADL) per presenza di multimorbilità e diabete per sesso. Anno 2019. Tassi per 100 persone



Fonte: Istat, Indagine europea sulla salute (EHIS)



Diabete e mortalità

Francesco Grippo

Gennaro Di Fraia

Roberta Cialesi

Istat



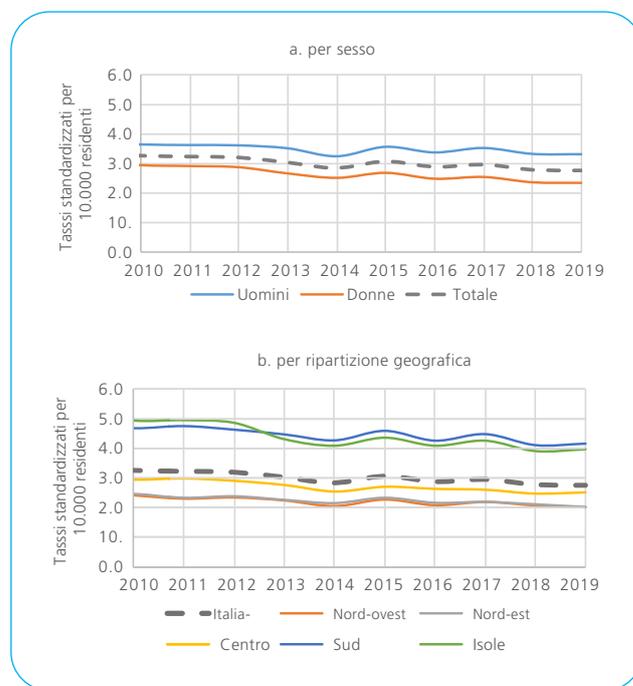
Il diabete, responsabile di oltre il 3% dei decessi totali in Italia, è una delle principali cause di morte soprattutto nella popolazione più anziana. In questo paragrafo, verrà discussa l'evoluzione della mortalità per questa causa e le differenze di genere e territoriali nel periodo 2010-2019, anni per i quali sono disponibili dati consolidati sulle cause di morte. Tuttavia, i dati preliminari del 2020 testimoniano un importante aumento della mortalità per diabete in relazione alla pandemia di COVID-19, pertanto verranno forniti anche alcuni risultati basati su questi dati.

I decessi per diabete² sono aumentati da 20.563 nel 2010 a 21.637 nel 2019 (+5,2%). Rapportando questi numeri alla popolazione, si evidenzia un lieve aumento del tasso, che passa da 3,5 a 3,6 decessi per 10.000 residenti. Tale aumento è un effetto dell'invecchiamento della popolazione, difatti il tasso di mortalità standardizzato per età è diminuito da 3,3 a 2,8 per 10.000 residenti, sebbene con un andamento irregolare nel tempo: la diminuzione è stata più marcata tra il 2009 e il 2014, mentre nell'ultimo quinquennio l'andamento è variabile con aumenti nel 2015 e nel 2017, anni in cui si sono verificati picchi nella mortalità generale.

Il divario di genere è aumentato nel tempo per una riduzione più rapida dei tassi di mortalità nelle donne, già più bassi di quelli degli uomini a inizio periodo (Figura 1a). Complessivamente il tasso femminile è diminuito del 20% passando da 2,9 decessi per 10.000 nel 2010 a 2,3, mentre quello degli uomini si è ridotto di appena il 9%, passando da 3,6 a 3,3.

È rimasto invece sostanzialmente invariato il gradiente territoriale, con tassi di mortalità standardizzati più elevati al Sud (4,2 per 10.000 nel 2019) e nelle Isole (4,0) e più bassi al Centro (2,5) e al Nord (2,0) (Figura 1b).

Figura 1. Mortalità per diabete in Italia. Anni 2010-2019, tassi standardizzati per 10.000 residenti (a)



Fonte: Istat, Indagine sui Decessi e le cause di morte.
(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione europea (Eurostat 2013).

Campania (5,0), Sicilia e Calabria (4,6) sono le regioni con la mortalità per diabete più elevata, mentre livelli inferiori a 2 decessi per 10.000 si registrano nelle Province Autonome di Bolzano e Trento (1,7) in Lombardia (1,8), in Friuli-Venezia Giulia e in Valle d'Aosta (1,9) (Figura 2). La geografia resta simile per i due sessi: Campania, Sicilia e Calabria sono le regioni con i tassi più elevati sia tra gli uomini che tra le donne, con tassi superiori a 5 decessi per 10.000 tra gli uomini e a 4 per 10.000 per le donne.

Le differenze territoriali e di genere viste per l'intera popolazione si riscontrano anche nella popolazione di 65 anni e più, essendo la mortalità per diabete, come per le altre malattie croniche, concentrata prevalentemente in questo gruppo di popolazione: nel 2019 oltre il 94% dei decessi riguardano persone di 65 anni e più (20.341). Per gli over 65 (Figura 3) il tasso standardizzato di mortalità maschile per diabete è pari a 15,5 decessi per 10.000 residenti di questa età, ma supera 24 decessi per 10.000 in Campania e in Sicilia; tra le donne la media nazionale è pari a 11,4 e sale a 22,9 in Campania e 20,5 in Sicilia. Il confronto con il 2010 evidenzia andamenti differenziati tra i sessi: soprattutto nelle ripartizioni centro-meridionali è evidente la minore diminuzione dei tassi maschili rispetto a quelli femminili. I tassi delle

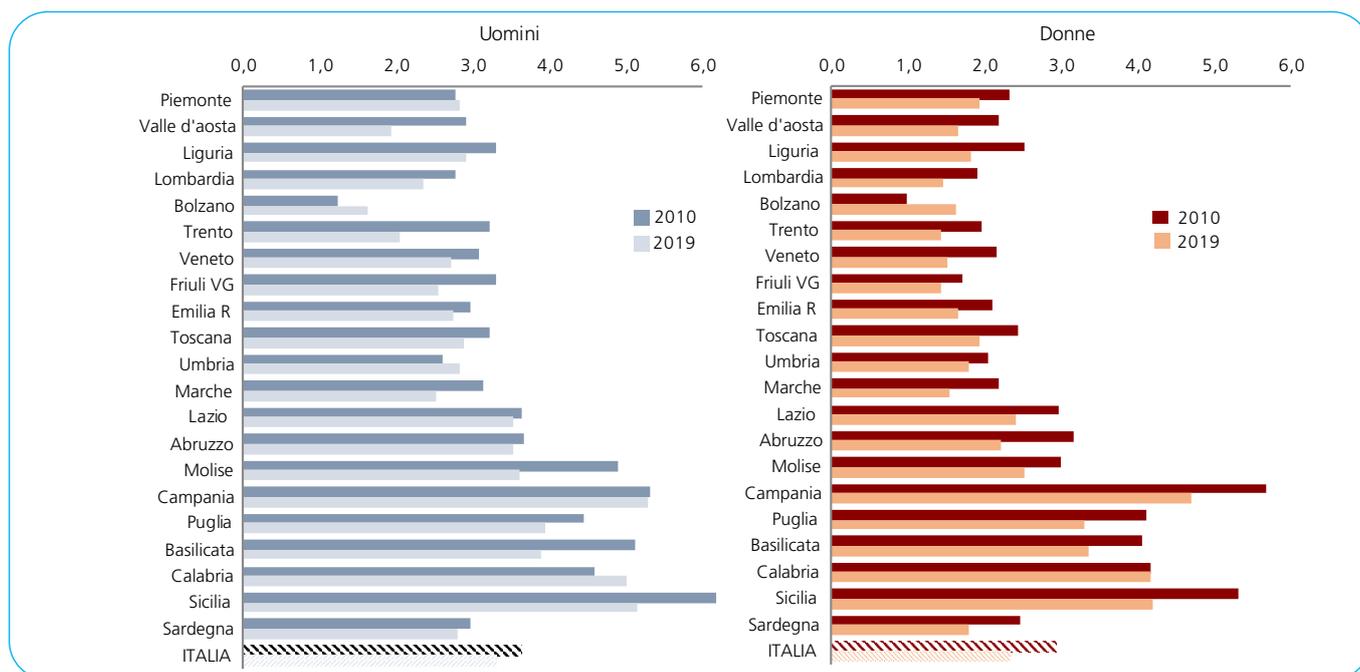
¹ Si ringrazia Marco De Angelis per la cartografia.

² Qui ci si riferisce ai decessi in cui il diabete è la causa iniziale di morte, ovvero la causa direttamente responsabile del decesso. Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità la causa iniziale di morte "è la malattia o l'evento esterno che ha avviato la sequenza di eventi che ha condotto direttamente a morte".

donne sono diminuiti in quasi tutte le regioni (fa eccezione solo la Provincia autonoma di Bolzano dove nel 2010 si registravano i valori dei tassi più bassi d'Italia),

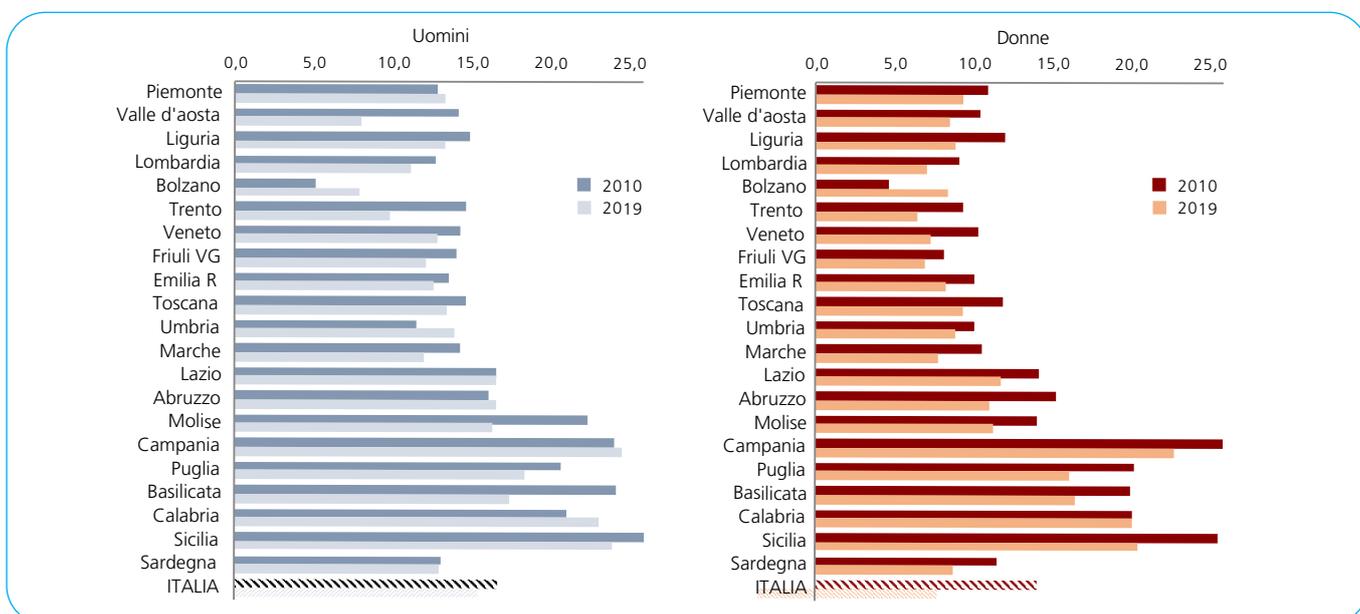
mentre quelli maschili sono aumentati in Piemonte, Abruzzo, Campania e Calabria e nella Provincia autonoma di Bolzano.

Figura 2. Mortalità per diabete per regione di residenza e sesso. Anni 2010 e 2019, tassi standardizzati per 10.000 residenti



Fonte: Istat, Indagine sui Decessi e le cause di morte

Figura 3. Mortalità per diabete 65 anni e più per regione di residenza e sesso. Anni 2010 e 2019, tassi standardizzati per 10.000 residenti



Fonte: Istat, Indagine sui Decessi e le cause di morte

Mortalità per diabete nelle province

L'analisi dei dati di mortalità per diabete, sempre con riferimento agli ultimi dati consolidati relativi al 2019, a livello provinciale evidenzia una spiccata variabilità nel territorio sia per incidenza dei decessi per diabete rispetto a quelli per tutte le cause, sia per numero di decessi per diabete rispetto alla popolazione residente (tasso grezzo per 10.000, Prospetto 1). Sebbene i valori mostrino una tendenza a crescere passando dalle aree settentrionali a quelle meridionali del paese, si rilevano delle specificità in corrispondenza di alcune province.

Nelle regioni del Centro-nord si riscontra una maggiore eterogeneità intra regionale dei tassi, viceversa le regioni del Meridione, pur caratterizzate da una maggiore omogeneità, evidenziano anche livelli più elevati. In Veneto, ad esempio, dove il tasso medio è di 2,7 decessi per 10.000, si passa dal valore di 2,2 riscontrato a Treviso a

4,3 di Rovigo. Analoga situazione si ha per la Lombardia, dove si passa da 1,7 nella provincia di Monza e della Brianza a 3,4 di Mantova e Pavia, e in Friuli Venezia Giulia con 1,9 a Gorizia e 3,9 a Trieste. Per le regioni meridionali, si riscontra una certa variabilità in Sicilia, soprattutto per gli uomini, per i quali il tasso varia tra 3,2 di Ragusa a 6,7 di Enna.

L'analisi dei tassi grezzi risente della diversa struttura per età delle popolazioni, infatti le differenze di genere nella mortalità per diabete osservate mediante i tassi grezzi dipendono in parte dalla struttura per età più anziana delle donne rispetto agli uomini che, infatti, risultano avere un tasso grezzo più elevato (3,8 per 10.000 vs. 3,3). Sebbene complessivamente si registri uno svantaggio per le donne, in circa un terzo delle province il tasso di mortalità per diabete degli uomini supera quelle delle donne.

Prospetto 1. Mortalità per diabete per provincia di residenza e sesso. Anno 2019

| | Maschi | | | Femmine | | | Totale | | |
|---------------------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------------------|
| | decessi | % sul totale dei decessi | tasso grezzo per 10.000 residenti | decessi | % sul totale dei decessi | Tasso grezzo per 10.000 residenti | decessi | % sul totale dei decessi | tasso grezzo per 10.000 residenti |
| Italia | 9.951 | 3,3 | 3,4 | 11.686 | 3,5 | 3,8 | 21.637 | 3,4 | 3,6 |
| Nord-ovest | 2.113 | 2,5 | 2,7 | 2.373 | 2,6 | 2,9 | 4.486 | 2,6 | 2,8 |
| Piemonte | 682 | 2,7 | 3,2 | 798 | 2,9 | 3,6 | 1.480 | 2,8 | 3,4 |
| Torino | 305 | 2,4 | 2,8 | 363 | 2,7 | 3,1 | 668 | 2,6 | 3,0 |
| Vercelli | 29 | 2,7 | 3,5 | 33 | 2,6 | 3,8 | 62 | 2,6 | 3,6 |
| Novara | 65 | 3,4 | 3,6 | 67 | 3,0 | 3,6 | 132 | 3,2 | 3,6 |
| Cuneo | 93 | 2,7 | 3,2 | 113 | 3,1 | 3,8 | 206 | 2,9 | 3,5 |
| Asti | 41 | 2,9 | 3,9 | 62 | 4,0 | 5,7 | 103 | 3,5 | 4,8 |
| Alessandria | 106 | 3,7 | 5,2 | 90 | 2,8 | 4,2 | 196 | 3,2 | 4,7 |
| Biella | 21 | 2,1 | 2,5 | 37 | 3,0 | 4,1 | 58 | 2,6 | 3,3 |
| Verbano-Cusio-Ossola | 22 | 2,5 | 2,9 | 33 | 3,3 | 4,1 | 55 | 2,9 | 3,5 |
| Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste | 13 | 1,9 | 2,1 | 18 | 2,6 | 2,8 | 31 | 2,2 | 2,5 |
| Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste | 13 | 1,9 | 2,1 | 18 | 2,6 | 2,8 | 31 | 2,2 | 2,5 |
| Liguria | 290 | 2,9 | 3,9 | 330 | 2,9 | 4,1 | 620 | 2,9 | 4,0 |
| Imperia | 51 | 3,7 | 5,0 | 50 | 3,4 | 4,6 | 101 | 3,5 | 4,8 |
| Savona | 62 | 3,4 | 4,7 | 63 | 3,2 | 4,4 | 125 | 3,3 | 4,6 |
| Genova | 146 | 2,7 | 3,7 | 178 | 2,8 | 4,1 | 324 | 2,7 | 3,9 |
| La Spezia | 31 | 2,3 | 2,9 | 39 | 2,5 | 3,5 | 70 | 2,4 | 3,2 |
| Lombardia | 1.128 | 2,4 | 2,3 | 1.227 | 2,3 | 2,4 | 2.355 | 2,4 | 2,3 |
| Varese | 105 | 2,3 | 2,4 | 117 | 2,5 | 2,6 | 222 | 2,4 | 2,5 |
| Como | 87 | 3,0 | 3,0 | 94 | 2,9 | 3,1 | 181 | 3,0 | 3,0 |
| Sondrio | 19 | 1,9 | 2,1 | 32 | 3,0 | 3,5 | 51 | 2,5 | 2,8 |
| Milano | 360 | 2,4 | 2,3 | 364 | 2,2 | 2,2 | 724 | 2,3 | 2,2 |
| Bergamo | 108 | 2,2 | 2,0 | 145 | 2,8 | 2,6 | 253 | 2,5 | 2,3 |
| Brescia | 121 | 2,2 | 2,0 | 136 | 2,2 | 2,1 | 257 | 2,2 | 2,0 |
| Pavia | 94 | 3,0 | 3,5 | 93 | 2,5 | 3,4 | 187 | 2,7 | 3,4 |
| Cremona | 36 | 2,0 | 2,0 | 38 | 1,8 | 2,1 | 74 | 1,9 | 2,1 |
| Mantova | 68 | 3,1 | 3,4 | 71 | 2,8 | 3,4 | 139 | 3,0 | 3,4 |
| Lecco | 29 | 1,8 | 1,8 | 36 | 2,0 | 2,1 | 65 | 1,9 | 1,9 |
| Lodi | 29 | 2,8 | 2,6 | 26 | 2,2 | 2,3 | 55 | 2,5 | 2,4 |
| Monza e della Brianza | 72 | 1,8 | 1,7 | 75 | 1,8 | 1,7 | 147 | 1,8 | 1,7 |

| | Maschi | | | Femmine | | | Totale | | |
|---------------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------------|
| | decessi | % sul totale dei decessi | tasso grezzo per 10.000 residenti | decessi | % sul totale dei decessi | Tasso grezzo per 10.000 residenti | decessi | % sul totale dei decessi | tasso grezzo per 10.000 residenti |
| Nord-est | 1.602 | 2,8 | 2,8 | 1.641 | 2,5 | 2,8 | 3.243 | 2,6 | 2,8 |
| Trentino Alto Adige / Südtirol | 92 | 2,0 | 1,7 | 128 | 2,6 | 2,4 | 220 | 2,3 | 2,1 |
| Bolzano / Bozen | 38 | 1,8 | 1,4 | 65 | 2,9 | 2,4 | 103 | 2,3 | 1,9 |
| Trento | 54 | 2,2 | 2,0 | 63 | 2,4 | 2,3 | 117 | 2,3 | 2,2 |
| Veneto | 658 | 2,9 | 2,8 | 643 | 2,5 | 2,6 | 1.301 | 2,7 | 2,7 |
| Verona | 96 | 2,3 | 2,1 | 124 | 2,6 | 2,6 | 220 | 2,5 | 2,4 |
| Vicenza | 103 | 2,7 | 2,4 | 93 | 2,2 | 2,1 | 196 | 2,4 | 2,3 |
| Belluno | 38 | 3,3 | 3,9 | 28 | 2,1 | 2,7 | 66 | 2,7 | 3,3 |
| Treviso | 101 | 2,6 | 2,3 | 95 | 2,2 | 2,1 | 196 | 2,4 | 2,2 |
| Venezia | 145 | 3,3 | 3,5 | 130 | 2,7 | 3,0 | 275 | 3,0 | 3,2 |
| Padova | 127 | 3,0 | 2,8 | 121 | 2,6 | 2,5 | 248 | 2,8 | 2,7 |
| Rovigo | 48 | 3,6 | 4,2 | 52 | 3,2 | 4,3 | 100 | 3,4 | 4,3 |
| Friuli-Venezia Giulia | 175 | 2,6 | 3,0 | 176 | 2,3 | 2,8 | 351 | 2,5 | 2,7 |
| Udine | 81 | 2,8 | 3,2 | 81 | 2,5 | 3,0 | 162 | 2,6 | 3,1 |
| Gorizia | 27 | 3,2 | 4,0 | 13 | 1,4 | 1,8 | 40 | 2,3 | 2,9 |
| Trieste | 39 | 2,7 | 3,5 | 52 | 3,0 | 4,3 | 91 | 2,9 | 3,9 |
| Pordenone | 28 | 2,0 | 1,8 | 30 | 1,8 | 1,9 | 58 | 1,9 | 1,9 |
| Emilia-Romagna | 677 | 2,9 | 3,1 | 694 | 2,6 | 3,0 | 1.371 | 2,7 | 3,1 |
| Piacenza | 35 | 2,2 | 2,5 | 44 | 2,4 | 3,0 | 79 | 2,3 | 2,8 |
| Parma | 79 | 3,4 | 3,6 | 63 | 2,3 | 2,7 | 142 | 2,8 | 3,1 |
| Reggio nell'Emilia | 77 | 2,9 | 3,0 | 81 | 2,9 | 3,0 | 158 | 2,9 | 3,0 |
| Modena | 103 | 3,0 | 3,0 | 100 | 2,6 | 2,8 | 203 | 2,8 | 2,9 |
| Bologna | 161 | 3,0 | 3,3 | 175 | 2,8 | 3,3 | 336 | 2,9 | 3,3 |
| Ferrara | 52 | 2,4 | 3,1 | 67 | 2,7 | 3,7 | 119 | 2,6 | 3,5 |
| Ravenna | 58 | 2,5 | 3,1 | 48 | 1,9 | 2,4 | 106 | 2,2 | 2,7 |
| Forlì-Cesena | 66 | 3,3 | 3,4 | 72 | 3,1 | 3,6 | 138 | 3,2 | 3,5 |
| Rimini | 46 | 2,9 | 2,8 | 44 | 2,4 | 2,5 | 90 | 2,6 | 2,7 |
| Centro | 1.9038 | 3,1 | 3,4 | 2.215 | 3,2 | 3,6 | 4.153 | 3,2 | 3,5 |
| Toscana | 599 | 2,9 | 3,3 | 711 | 3,1 | 3,7 | 1.310 | 3,0 | 3,5 |
| Massa-Carrara | 34 | 2,9 | 3,6 | 49 | 3,6 | 4,9 | 83 | 3,3 | 4,3 |
| Lucca | 60 | 2,7 | 3,2 | 79 | 3,1 | 4,0 | 139 | 2,9 | 3,6 |
| Pistoia | 46 | 2,9 | 3,3 | 49 | 2,9 | 3,2 | 95 | 2,9 | 3,3 |
| Firenze | 167 | 3,1 | 3,5 | 186 | 3,1 | 3,6 | 353 | 3,1 | 3,5 |
| Livorno | 50 | 2,6 | 3,1 | 73 | 3,3 | 4,2 | 123 | 2,9 | 3,7 |
| Pisa | 57 | 2,5 | 2,8 | 87 | 3,4 | 4,1 | 144 | 3,0 | 3,4 |
| Arezzo | 63 | 3,3 | 3,8 | 57 | 2,7 | 3,3 | 120 | 3,0 | 3,5 |
| Siena | 41 | 2,5 | 3,2 | 57 | 3,2 | 4,1 | 98 | 2,9 | 3,7 |
| Grosseto | 46 | 3,5 | 4,3 | 49 | 3,2 | 4,3 | 95 | 3,3 | 4,3 |
| Prato | 35 | 3,1 | 2,8 | 25 | 2,0 | 1,9 | 60 | 2,5 | 2,3 |
| Umbria | 147 | 3,0 | 3,5 | 164 | 3,0 | 3,6 | 311 | 3,0 | 3,6 |
| Perugia | 101 | 2,9 | 3,2 | 109 | 2,8 | 3,2 | 210 | 2,9 | 3,2 |
| Terni | 46 | 3,3 | 4,3 | 55 | 3,6 | 4,7 | 101 | 3,5 | 4,5 |
| Marche | 221 | 2,7 | 3,0 | 240 | 2,6 | 3,1 | 461 | 2,7 | 3,0 |
| Pesaro e Urbino | 38 | 2,1 | 2,2 | 42 | 2,0 | 2,3 | 80 | 2,0 | 2,2 |
| Ancona | 64 | 2,6 | 2,8 | 83 | 2,9 | 3,4 | 147 | 2,7 | 3,1 |
| Macerata | 46 | 2,6 | 3,0 | 53 | 2,8 | 3,3 | 99 | 2,7 | 3,2 |
| Ascoli Piceno | 42 | 3,7 | 4,2 | 39 | 3,1 | 3,7 | 81 | 3,4 | 3,9 |
| Fermo | 31 | 3,1 | 3,7 | 23 | 2,1 | 2,6 | 54 | 2,6 | 3,1 |
| Lazio | 971 | 3,4 | 3,5 | 1.100 | 3,6 | 3,7 | 2.071 | 3,5 | 3,6 |
| Viterbo | 62 | 3,4 | 4,0 | 85 | 4,4 | 5,3 | 147 | 3,9 | 4,7 |
| Rieti | 28 | 3,0 | 3,7 | 47 | 4,5 | 6,0 | 75 | 3,8 | 4,9 |
| Roma | 700 | 3,5 | 3,4 | 738 | 3,3 | 3,3 | 1.438 | 3,4 | 3,4 |
| Latina | 94 | 3,5 | 3,3 | 127 | 4,7 | 4,4 | 221 | 4,1 | 3,9 |
| Frosinone | 87 | 3,2 | 3,7 | 103 | 3,7 | 4,2 | 190 | 3,5 | 3,9 |
| Sud | 2.889 | 4,2 | 4,3 | 3.726 | 5,2 | 5,3 | 6.615 | 4,7 | 4,8 |
| Abruzzo | 250 | 3,5 | 3,9 | 257 | 3,4 | 3,9 | 507 | 3,4 | 3,9 |
| L'Aquila | 62 | 3,6 | 4,2 | 59 | 3,1 | 3,9 | 121 | 3,3 | 4,1 |
| Teramo | 47 | 2,8 | 3,1 | 61 | 3,6 | 3,9 | 108 | 3,2 | 3,5 |
| Pescara | 62 | 3,7 | 4,1 | 62 | 3,5 | 3,8 | 124 | 3,6 | 3,9 |
| Chieti | 79 | 3,8 | 4,2 | 75 | 3,3 | 3,8 | 154 | 3,5 | 4,0 |
| Molise | 64 | 3,5 | 4,3 | 70 | 3,5 | 4,6 | 134 | 3,5 | 4,4 |
| Campobasso | 43 | 3,4 | 4,0 | 43 | 3,0 | 3,9 | 86 | 3,2 | 3,9 |
| Isernia | 21 | 3,8 | 5,1 | 27 | 4,9 | 6,4 | 48 | 4,4 | 5,7 |
| Campania | 1.214 | 4,6 | 4,3 | 1.651 | 5,9 | 5,6 | 2.865 | 5,2 | 5,0 |
| Caserta | 201 | 5,0 | 4,5 | 276 | 6,8 | 5,9 | 477 | 5,9 | 5,2 |
| Benevento | 56 | 3,6 | 4,2 | 82 | 4,9 | 5,9 | 138 | 4,2 | 5,0 |
| Napoli | 626 | 4,7 | 4,2 | 842 | 5,9 | 5,4 | 1.468 | 5,3 | 4,8 |
| Avellino | 100 | 4,4 | 4,9 | 118 | 5,1 | 5,6 | 218 | 4,8 | 5,3 |
| Salerno | 231 | 4,3 | 4,3 | 333 | 5,8 | 6,0 | 564 | 5,0 | 5,2 |

| | Maschi | | | Femmine | | | Totale | | |
|-----------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------------|
| | decessi | % sul totale dei decessi | tasso grezzo per 10.000 residenti | decessi | % sul totale dei decessi | Tasso grezzo per 10.000 residenti | decessi | % sul totale dei decessi | tasso grezzo per 10.000 residenti |
| Puglia | 758 | 3,9 | 3,9 | 997 | 4,9 | 4,9 | 1.755 | 4,4 | 4,4 |
| Foggia | 129 | 4,3 | 4,3 | 186 | 5,8 | 5,9 | 315 | 5,1 | 5,1 |
| Bari | 235 | 4,2 | 3,9 | 296 | 5,0 | 4,7 | 531 | 4,6 | 4,3 |
| Taranto | 123 | 4,3 | 4,5 | 156 | 5,2 | 5,3 | 279 | 4,8 | 4,9 |
| Brindisi | 86 | 4,3 | 4,6 | 98 | 4,8 | 4,9 | 184 | 4,5 | 4,7 |
| Lecce | 123 | 3,1 | 3,3 | 175 | 4,0 | 4,3 | 298 | 3,5 | 3,8 |
| Barletta-Andria-Trani | 62 | 3,6 | 3,2 | 86 | 5,1 | 4,4 | 148 | 4,3 | 3,8 |
| Basilicata | 120 | 3,8 | 4,4 | 161 | 4,8 | 5,7 | 281 | 4,3 | 5,0 |
| Potenza | 78 | 3,6 | 4,4 | 100 | 4,4 | 5,4 | 178 | 4,1 | 4,9 |
| Matera | 42 | 4,1 | 4,4 | 61 | 5,7 | 6,1 | 103 | 4,9 | 5,2 |
| Calabria | 483 | 4,8 | 5,1 | 590 | 5,8 | 6,0 | 1.073 | 5,3 | 5,6 |
| Cosenza | 166 | 4,3 | 4,9 | 215 | 5,7 | 6,0 | 381 | 5,0 | 5,5 |
| Catanzaro | 90 | 5,1 | 5,2 | 123 | 6,5 | 6,8 | 213 | 5,8 | 6,0 |
| Reggio di Calabria | 153 | 5,5 | 5,8 | 166 | 5,7 | 6,0 | 319 | 5,6 | 5,9 |
| Crotone | 45 | 5,4 | 5,2 | 44 | 5,5 | 5,1 | 89 | 5,5 | 5,2 |
| Vibo Valentia | 29 | 3,5 | 3,7 | 42 | 5,1 | 5,3 | 71 | 4,3 | 4,5 |
| Isole | 1.409 | 4,1 | 4,4 | 1.731 | 4,8 | 5,2 | 3.140 | 4,5 | 4,8 |
| Sicilia | 1.179 | 4,6 | 4,9 | 1.488 | 5,4 | 5,9 | 2.667 | 5,0 | 5,4 |
| Trapani | 118 | 5,2 | 5,6 | 138 | 5,5 | 6,4 | 256 | 5,4 | 6,0 |
| Palermo | 264 | 4,4 | 4,4 | 335 | 5,0 | 5,2 | 599 | 4,7 | 4,8 |
| Messina | 138 | 4,0 | 4,6 | 191 | 4,9 | 6,0 | 329 | 4,5 | 5,3 |
| Agrigento | 130 | 5,3 | 6,2 | 166 | 6,6 | 7,5 | 296 | 6,0 | 6,9 |
| Caltanissetta | 69 | 4,7 | 5,5 | 85 | 5,6 | 6,4 | 154 | 5,1 | 5,9 |
| Enna | 53 | 5,7 | 6,7 | 62 | 6,1 | 7,4 | 115 | 5,9 | 7,1 |
| Catania | 261 | 5,0 | 4,9 | 317 | 5,7 | 5,7 | 578 | 5,4 | 5,3 |
| Ragusa | 50 | 3,2 | 3,2 | 79 | 4,9 | 4,9 | 129 | 4,1 | 4,1 |
| Siracusa | 96 | 4,5 | 4,9 | 115 | 5,4 | 5,8 | 211 | 5,0 | 5,4 |
| Sardegna | 230 | 2,7 | 2,9 | 243 | 2,9 | 2,9 | 473 | 2,8 | 2,9 |
| Sassari | 61 | 2,4 | 2,5 | 59 | 2,5 | 2,4 | 120 | 2,4 | 2,5 |
| Nuoro | 29 | 2,5 | 2,8 | 25 | 2,3 | 2,4 | 54 | 2,4 | 2,6 |
| Cagliari | 55 | 2,8 | 2,7 | 77 | 3,8 | 3,5 | 132 | 3,3 | 3,1 |
| Oristano | 30 | 3,2 | 3,9 | 24 | 2,6 | 3,0 | 54 | 2,9 | 3,5 |
| Sud Sardegna | 55 | 2,7 | 3,2 | 58 | 3,1 | 3,3 | 113 | 2,9 | 3,3 |

I tassi standardizzati a livello provinciale, che consentono un'analisi delle differenze di mortalità al netto delle diverse strutture per età di uomini e donne nel territorio, mostrano una notevole variabilità sul territorio. Prendendo in considerazione la popolazione di 65 anni e più, per gli uomini il tasso varia da 8 decessi per 10.000 nelle province di Bolzano, Lodi e Lecco a 30 ad Agrigento; per le donne l'intervallo di variazione va da 4 decessi a Gorizia a 27 a Caserta. I valori dei tassi provinciali tendono a crescere passando dalle aree settentrionali a quelle meridionali, confermando la tendenza vista con i tassi grezzi, ma mettono anche in evidenza aree in cui i tassi si discostano dalla media della regione e dell'area geografica di appartenenza (Figura 4). Nel Nord-ovest, dove la mortalità per diabete è generalmente contenuta si evidenzia, ad esempio, un cluster di più elevata mortalità costituito da alcune province piemontesi (Vercelli, Novara, Cuneo, Asti, Alessandria), Imperia e Savona a cui si aggiungono Verbano-Cussio-Ossola solo per le donne e Pavia solo per gli uomini. Nel Nord-est si ha una situa-

zione simile per la provincia di Rovigo. Al Centro, si nota un certo aumento di mortalità passando dalle province adriatiche verso il Tirreno. Al Sud si riscontra una situazione più omogenea, generalmente i livelli tendono a crescere e non vi sono aree con livelli bassi di mortalità paragonabili a quelli della maggior parte delle province del Centro-nord.

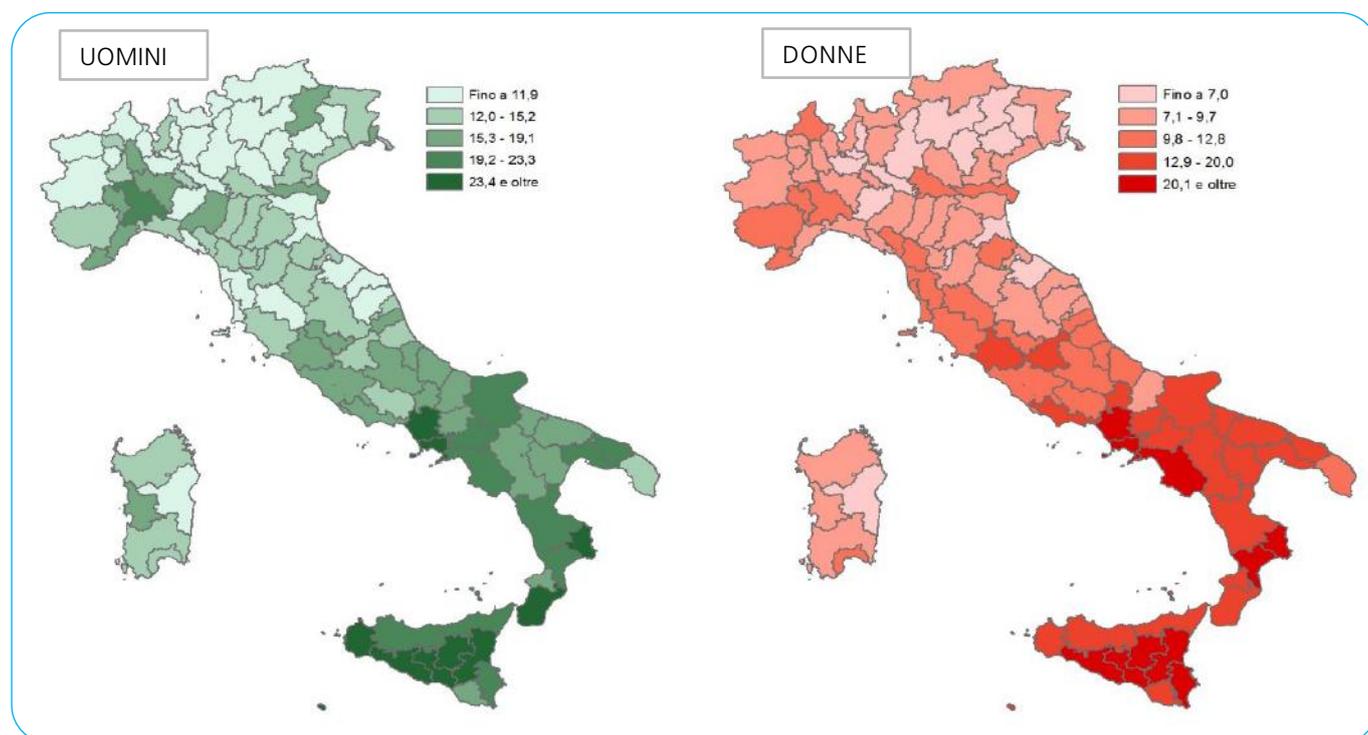
In quasi tutte le province i tassi standardizzati evidenziano per le donne valori più bassi rispetto agli uomini, salvo poche eccezioni, soprattutto riguardanti province del Sud e delle Isole, in particolare Ragusa e Vibo Valentia.

Per gli ultrasessantacinquenni, tra le 10 province con più bassa mortalità nel 2019 si trovano Cremona, Monza e della Brianza, Lecco, Pordenone e Pesaro-Urbino per entrambi i sessi, controllando per il fattore età. A queste si aggiungono Aosta, Biella, Bolzano, Trento e Piacenza, per gli uomini e Vicenza, Treviso, Ravenna, Prato e Gorizia per le donne. All'opposto le dieci province con i tassi

più elevati sono distribuite in Campania, Sicilia e Calabria: Caserta, Napoli, Agrigento, Caltanissetta, Catania, Enna e Crotone hanno la più alta mortalità per diabete a 65 anni e più sia per le donne che per gli uomini. Per i

soli uomini si riscontrano i tassi più elevati a Reggio di Calabria, Trapani e Palermo, mentre per le sole donne a Catanzaro, Siracusa e Salerno.

Figura 4. Mortalità per diabete 65 anni e più per provincia di residenza e sesso.
Anno 2019, tassi standardizzati per 10.000 residenti



Fonte: Istat, Indagine sui Decessi e le cause di morte

Il diabete come concausa di morte

Come visto precedentemente, il diabete è la causa iniziale di circa 22 mila decessi, ma questa patologia può risultare presente tra le malattie che hanno un ruolo nel determinare il decesso, ovvero essere una concausa. Sulla scheda di morte Istat, infatti, il medico certificatore riporta l'intero processo morboso che ha condotto direttamente al decesso e gli altri stati morbosi che hanno contribuito a questo evento. Queste informazioni consentono di individuare la causa iniziale, ma anche le altre cause riportate sono oggetto di analisi. Il diabete analizzato come concausa incrementa il numero di casi di circa 4 volte. Nel 2019 sono 77.534 (72.788 oltre i 65 anni) i decessi che menzionano diabete, come causa iniziale o concausa, circa il 12% del totale dei decessi (tabella 1).

Dal 2010 questo numero è aumentato del 6%, ma nelle donne l'aumento è stato dell'1% mentre negli uomini del 12%. Tuttavia l'aumento osservato è un effetto dell'invecchiamento della popolazione; considerando i tassi standardizzati, infatti, si evidenzia una diminuzione generalizzata. Negli uomini di 65 anni e oltre il tasso standardizzato passa da 64,2 decessi per 10.000 abitanti nel 2010 a 58,4 con una diminuzione del 9%, mentre per le donne il valore è passato da 46,6 a 38,4 facendo registrare una diminuzione del 18%. Queste diminuzioni sono in linea con quanto osservato per la causa iniziale.

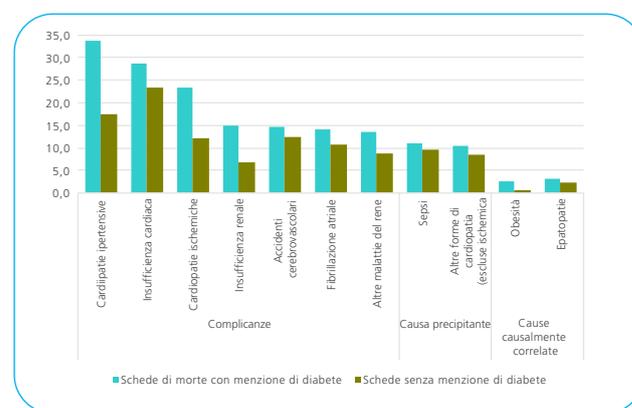
Tabella 1. Decessi che menzionano diabete per anno di decesso sesso e classe di età. Anni 2010 e 2019, valori assoluti, tassi standardizzati per 10.000 abitanti e percentuali sul totale dei decessi

| Anno | Uomini | | Donne | | Totale | |
|--|--------------|----------|--------------|----------|--------------|----------|
| | Tutte le età | 65 e più | Tutte le età | 65 e più | Tutte le età | 65 e più |
| <i>Numero di decessi che menzionano diabete</i> | | | | | | |
| 2010 | 34.223 | 30.289 | 38.902 | 37.071 | 73.125 | 67.360 |
| 2019 | 38.247 | 34.964 | 39.287 | 37.824 | 77.534 | 72.788 |
| <i>Tassi standardizzati per 10.000 residenti</i> | | | | | | |
| 2010 | 13,2 | 64,2 | 9,4 | 46,6 | 11,0 | 53,9 |
| 2019 | 11,9 | 58,4 | 7,7 | 38,4 | 9,5 | 46,7 |
| <i>Percentuale di decessi con menzione di diabete rispetto ai decessi per tutte le cause</i> | | | | | | |
| 2010 | 12,1 | 12,9 | 13,0 | 13,7 | 12,6 | 13,3 |
| 2019 | 12,5 | 13,3 | 11,8 | 12,3 | 12,2 | 12,8 |

Un'analisi più approfondita delle schede di morte può contribuire a fare chiarezza sul ruolo svolto delle malattie nel processo fatale. Attraverso metodi statistici che prendono in considerazione la posizione delle cause all'interno della scheda è possibile desumere se una certa malattia viene riportata dai medici certificatori come conseguenza o causa antecedente di un'altra, oppure se si tratta di una causa compresente senza relazioni causali con la precedente³. In relazione al diabete, questa analisi rivela che sono molto numerose le condizioni riportate come complicanze del diabete (Figura 5). Tra quelle più frequenti tra gli ultrasessantacinquenni si evidenziano le cardiopatie ipertensive, presenti in quasi il 34% dei decessi con diabete contro il 17% degli altri decessi. Altre complicanze sono l'insufficienza cardiaca (29% dei casi con diabete, 24% negli altri), le cardiopatie ischemiche (23% nei decessi con diabete contro il 12% degli altri) e l'insufficienza renale la cui frequenza tra i decessi dei diabetici (15%) è oltre il doppio rispetto al gruppo di confronto. Menzioni frequenti si hanno anche per gli accidenti cerebrovascolari e la fibrillazione atriale. Accanto a questo gruppo di patologie, chiaramente identificate come complicanze del diabete, si collocano alcune condizioni che, stando ai risultati dell'analisi statistica, non possono essere definite vere e proprie complicanze, ma sono comunque riportate nei concatenamenti morbosi insieme al diabete: si tratta probabilmente di complicazioni di altre malattie, il cui decorso viene peggiorato dalla presenza del diabete. Per

questo motivo, queste malattie sono identificate come cause precipitanti e le più frequenti sono la sepsi e le cardiopatie diverse dalle ischemiche e ipertensive. Un ultimo gruppo di cause è costituito da malattie che vengono riportate anch'esse nella sequenza morbosa insieme al diabete, ma non è possibile identificare chiaramente la direzione della causalità con il diabete. È il caso, ad esempio, dell'obesità, riportata in circa il 3% dei casi con diabete ma molto rara negli altri decessi, e delle epatopatie.

Figura 5. Decessi di 65 anni e più per presenza di alcune di alcune cause di morte e presenza del diabete come concausa. Anno 2019, percentuale sul totale dei decessi



Fonte: Istat, Indagine sui Decessi e le cause di morte

La mortalità per diabete durante la pandemia di COVID-19⁴

Stando ai dati provvisori della rilevazione sui decessi e le cause di morte, nel periodo gennaio-giugno 2020 si sono verificati 372.665 decessi⁵ in Italia. Rispetto agli stessi mesi del quinquennio 2015-2019 si sono registrati 42 mila decessi in più della media (+12,7%). Gran parte di questo eccesso è spiegato dalla mortalità per COVID-19, responsabile di oltre 33 mila vittime, ma anche altre cause hanno contribuito ad incrementare il numero dei decessi. Sono decisamente aumentati, infatti, i decessi per polmoniti (+28,7%) e in particolare quelle interstiziali passate da pochi casi a oltre 2.800 nel 2020. Verosimilmente questi eccessi sono dovuti alla sotto-notifica dei

³ Il metodo e i risultati dell'analisi sono dettagliatamente descritti nell'articolo Orsi et al. 2021. Analysing complications of COVID-19 from death certificates: which ones kill most? RIVISTA DI STATISTICA UFFICIALE N. 1/2021 https://www.istat.it/it/files/2021/05/RSU-1_2021_Article-3.pdf

⁴ In questa sezione si fa riferimento ai dati provvisori sulle cause di morte del periodo gennaio-giugno 2020, diffusi il 15 aprile 2022 sulla pagina web dell'Istat al seguente link <https://www.istat.it/it/archivio/240401>, sezione "Cause di morte".

⁵ Si riporta qui il dato proveniente dalla rilevazione Istat sui decessi e le cause di morte che consente di analizzare le cause di morte, il numero dei decessi per tutte le cause potrebbe discostarsi leggermente da altri dati forniti dall'Istat perché basati su altre fonti dati.

casi COVID-19, soprattutto nel primo periodo della pandemia, sono quindi molto probabilmente un effetto diretto della pandemia. Ma sono anche aumentati i decessi per molte altre malattie croniche per l'effetto indiretto del virus sulla popolazione più fragile e per il sovraccarico

a cui è andato incontro il sistema sanitario nazionale. È notevolmente cresciuta la mortalità per malattie croniche delle basse vie respiratorie (+17,0%), demenza (+16,1%), malattia di Alzheimer (+12,0%) e diabete (+12,5% Tabella 2).

Tabella 2. Decessi per sesso, classe di età, ripartizione geografica di evento e causa di morte. Gennaio-giugno 2015-2020, valori assoluti e variazione percentuale del 2020 rispetto alla media del quinquennio precedente

| Ripartizione geografica / causa di morte | Uomini | | Donne | | Totale | | Uomini | | Donne | | Totale | |
|--|-----------------|--------------|----------|--------------|----------|--------------|--|--------------|----------|--------------|----------|--------------|
| | 65 e più | Tutte le età | 65 e più | Tutte le età | 65 e più | Tutte le età | 65 e più | Tutte le età | 65 e più | Tutte le età | 65 e più | Tutte le età |
| | Valori assoluti | | | | | | Variazioni percentuali rispetto alla media 2015-2019 | | | | | |
| Nord-ovest | | | | | | | | | | | | |
| COVID-19 | 11.066 | 12.397 | 8.805 | 9.215 | 19.871 | 21.612 | | | | | | |
| Altre cause | 41.414 | 47.071 | 51.479 | 54.950 | 92.893 | 102.021 | 13,1 | 10,9 | 15,7 | 14,6 | 14,5 | 12,9 |
| <i>di cui diabete</i> | 1.303 | 1.437 | 1.671 | 1.719 | 2.974 | 3.156 | 33,6 | 34,3 | 33,8 | 32,8 | 33,7 | 33,5 |
| Tutte le cause | 52.480 | 59.468 | 60.284 | 64.165 | 112.764 | 123.633 | 43,3 | 40,2 | 35,5 | 33,9 | 39,0 | 36,8 |
| Nord-est | | | | | | | | | | | | |
| COVID-19 | 3.331 | 3.637 | 2.973 | 3.072 | 6.304 | 6.709 | | | | | | |
| Altre cause | 26.939 | 30.906 | 32.141 | 34.371 | 59.080 | 65.277 | 4,1 | 3,2 | 1,4 | 0,9 | 2,6 | 2,0 |
| <i>di cui diabete</i> | 861 | 941 | 1.020 | 1.050 | 1.881 | 1.991 | 15,4 | 13,7 | 15,6 | 15,2 | 15,5 | 14,5 |
| Tutte le cause | 30.270 | 34.543 | 35.114 | 37.443 | 65.384 | 71.986 | 17,0 | 15,3 | 10,8 | 9,9 | 13,6 | 12,4 |
| Centro | | | | | | | | | | | | |
| COVID-19 | 1.555 | 1.759 | 1.229 | 1.303 | 2.784 | 3.062 | | | | | | |
| Altre cause | 27.491 | 31.669 | 32.121 | 34.587 | 59.612 | 66.256 | -1,1 | -1,8 | -2,7 | -3,1 | -2,0 | -2,5 |
| <i>di cui diabete</i> | 981 | 1.065 | 1.240 | 1.279 | 2.221 | 2.344 | 7,5 | 5,4 | 7,9 | 7,7 | 7,8 | 6,6 |
| Tutte le cause | 29.046 | 33.428 | 33.350 | 35.890 | 62.396 | 69.318 | 4,4 | 3,6 | 1,0 | 0,5 | 2,6 | 2,0 |
| Sud | | | | | | | | | | | | |
| COVID-19 | 739 | 923 | 557 | 612 | 1.296 | 1.535 | | | | | | |
| Altre cause | 29.041 | 34.540 | 32.745 | 35.939 | 61.786 | 70.479 | -1,0 | -1,3 | -2,3 | -2,5 | -1,7 | -1,9 |
| <i>di cui diabete</i> | 1.491 | 1.692 | 1.960 | 2.047 | 3.451 | 3.739 | 10,9 | 9,9 | 1,1 | 1,0 | 5,1 | 4,9 |
| Tutte le cause | 29.780 | 35.463 | 33.302 | 36.551 | 63.082 | 72.014 | 1,5 | 1,3 | -0,7 | -0,8 | 0,4 | 0,2 |
| Isole | | | | | | | | | | | | |
| COVID-19 | 198 | 235 | 169 | 182 | 367 | 417 | | | | | | |
| Altre cause | 14.554 | 17.129 | 16.623 | 18.168 | 31.177 | 297 | -3,2 | -3,7 | -2,2 | -2,4 | -2,7 | -3,0 |
| <i>di cui diabete</i> | 735 | 812 | 943 | 984 | 1.678 | 1.796 | 6,3 | 5,8 | 4,7 | 4,5 | 5,4 | 5,1 |
| Tutte le cause | 14.752 | 17.364 | 16.792 | 18.350 | 31.544 | 35.714 | -1,9 | -2,4 | -1,2 | -1,4 | -1,5 | -1,9 |
| Italia | | | | | | | | | | | | |
| COVID-19 | 16.889 | 18.951 | 13.733 | 14.384 | 30.622 | 33.335 | | | | | 3,4 | 2,6 |
| Altre cause | 139.439 | 161.315 | 165.109 | 178.015 | 304.548 | 339.330 | 3,5 | 2,5 | 3,4 | 2,8 | 13,1 | 12,5 |
| <i>di cui diabete</i> | 5.371 | 5.947 | 6.834 | 7.079 | 12.205 | 13.026 | 15,0 | 14,0 | 11,7 | 11,3 | 13,8 | 12,7 |
| Tutte le cause | 156.328 | 180.266 | 178.842 | 192.399 | 335.170 | 372.665 | 16,1 | 14,5 | 12,0 | 11,1 | | |

Il diabete è tra le cause con l'aumento più significativo, ed è aumentato soprattutto nelle aree del paese maggiormente colpite durante la prima ondata pandemica. Nel Nord-ovest l'incremento di mortalità nel primo semestre del 2020 è stato del 36,8% e la mortalità per diabete è aumentata del 33,5%, nel Nord-est la mortalità generale è aumentata del 12,4% e il diabete del 14,5%, mentre le altre cause fanno registrare un aumento del 2%. Nelle altre ripartizioni, a fronte di una stabilità o addirittura lieve decrescita della mortalità, aumenta il numero di decessi per diabete.

Le considerazioni fatte sono valide sia per la popolazione generale sia per i soli ultrasessantacinquenni, essendo la fascia di età più interessata dal fenomeno, ma ci sono differenze di genere con peculiarità nelle varie ripartizioni. In generale, tra gli ultrasessantacinquenni l'incremento tra gli uomini è stato del 15,0%, più elevato di quello delle donne (11,7%), ma nelle ripartizioni del Centro-Nord sono le donne a mostrare incrementi di mortalità per diabete più elevati degli uomini.

Sui dati preliminari di marzo-aprile 2020 è stata inoltre condotta l'analisi descritta nel paragrafo precedente per determinare il ruolo del diabete nei processi morbosi che coinvolgono il COVID-19. Circa il 16% dei decessi COVID-19 ha anche il diabete tra le concause rispetto al 14% negli altri casi, ma questa malattia viene frequentemente riportata come causa antecedente del COVID-19, ovvero come cause che ne favorisce il decorso fatale. Sebbene non ci siano ancora indicazioni sugli altri mesi dell'anno, alcune informazioni si possono derivare dall'analisi delle schede di morte dei pazienti Sars-CoV-2 raccolte dall'ISS nell'ambito delle attività di Sorveglianza e analizzate insieme all'Istat. In questa collaborazione sono state analizzate 18.313 schede di morte nei due anni 2020 e 2021 riferite a deceduti di 30 anni e più, corrispondenti al 13% dei decessi positivi al SARS-CoV-2 totali segnalati alla Sorveglianza nei due anni (la percentuale è del 15% per il 2020 e dell'11% nel 2021). Sebbene non si tratti di un campione estratto ad hoc, le schede esaminate hanno una composizione per età e sesso del tutto equiparabile a quella della totalità dei decessi segnalati.

Focalizzando l'attenzione sui 16.337 decessi di over 65 (9.085 uomini e 7.252 donne), tra questi deceduti Sars-CoV-2 positivi, il diabete è solo raramente una causa iniziale di morte (90 decessi su oltre 16 mila). Come è ragionevole prevedere, è il COVID-19 a rappresentare la quasi totalità delle cause iniziali (circa l'89% nei due

anni), circa il 4% dei casi ha come causa iniziale una malattia del sistema circolatorio e il 3% un tumore, altre cause raggiungono piccole percentuali. Tuttavia il diabete è una delle concause più presenti: il 16% dei decessi over 65 analizzati menziona questa malattia tra le concause, con una prevalenza leggermente superiore negli uomini (17% contro il 15% delle donne). Questa percentuale è seconda solamente alle cardiopatie ipertensive presenti in circa il 20% di questi decessi e si mantiene pressoché invariata durante le varie fasi della pandemia.

⁶ Istat-Iss, Comunicato stampa – Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente – Anni 2020-2021 e gennaio 2022, <https://www.istat.it/it/archivio/266865>.

Il diabete nelle regioni italiane

Alessia D'Errico
Istat

Antonio Nicolucci
CORESEARCH

(Lidia Bonfanti)

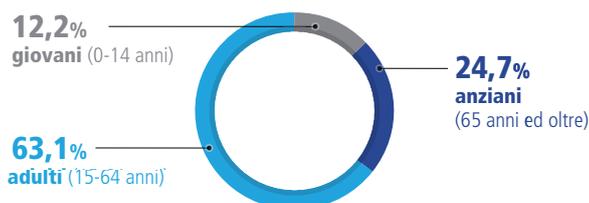
L'impatto del diabete in Abruzzo

In Abruzzo il 5,9% delle persone si dichiara diabetico. L'Abruzzo è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile superiori alla media nazionale. Il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze e per amputazione dell'arto inferiore è peggiore rispetto alla media nazionale. Nel 2019 il tasso standardizzato di mortalità nei maschi è lievemente più alto del dato medio nazionale

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 76.000

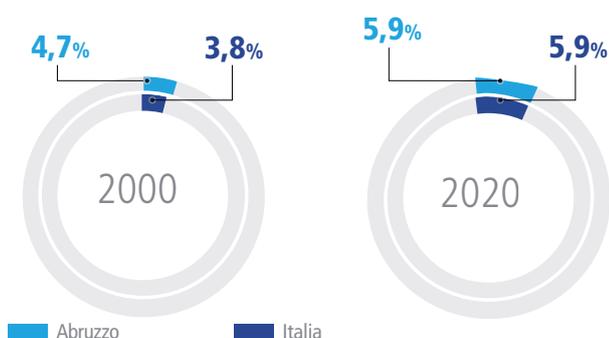
ABRUZZO 1.281.012 abitanti
Provincia dell'Aquila (AQ) 290.811 abitanti
L'AQUILA 69.349 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



L'età media in Abruzzo (46,8) è superiore alla media nazionale (45,9). La speranza di vita è leggermente superiore sia per i maschi (80,2 contro 79,8) che per le femmine (85,1 contro 84,5).

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



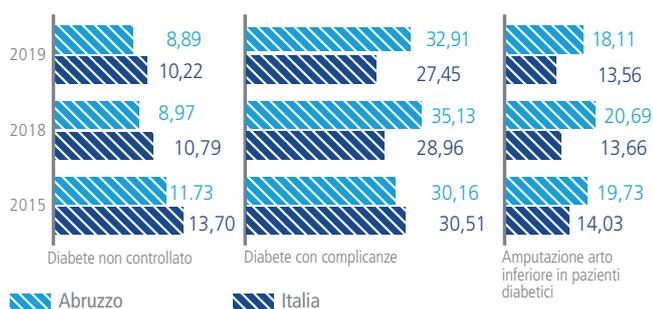
ATTIVITÀ FISICA (%)



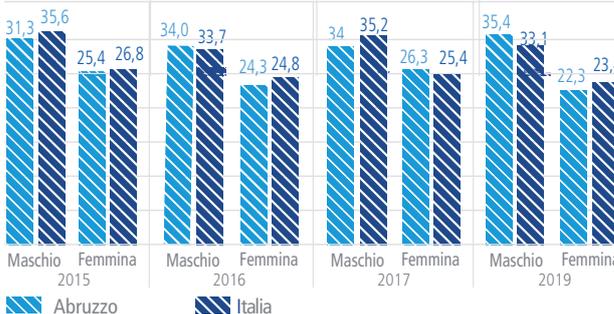
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale. In ABRUZZO il Piano Nazionale sulla malattia diabete è stato recepito con la D.G.R. n. 609 del 19 agosto 2013.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE ABRUZZO ATTINENTE AL DIABETE

- **L.R. 18 Agosto 2004, N.27 Modifiche ed integrazioni alla L.R. 48/1988:** Norme di attuazione della legge 16.3.1987, n° 115 recante: Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito
- **Circolare Direzione Sanità Servizio Assistenza Farmaceutica N.19498/13/2756 del 22.10.2003** 'Lantus insulina glargine' D.M. 4 agosto 2003
- **Legge Regionale n. 37 del 2 luglio 1999 Piano Sanitario Regionale 1999 - 2001**
- **Legge Regionale n. 109 del 16 novembre 1999 Modifica alla l.r. 14.5.1999 n. 28**, recante disposizioni per la prevenzione e cura del diabete mellito
- **Legge Regionale n. 28 del 14 maggio 1999 Modifica delle Leggi Regionali 15 giugno 1988, n. 48 e 16 settembre 1998**, n. 85 concernenti le norme per l'attuazione della Legge 16 marzo 1987, n. 115, recante disposizioni per la prevenzione e cura del diabete mellito
- **Legge Regionale N. 85 del 16 settembre 1998** - Modifica alla L.R. 15 Giugno 1998 n. 48 concernente Norme di attuazione della Legge 16 marzo 1987, n. 115, recante disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito
- **Legge Regionale N. 32 del 27 luglio 1993** - Modifica della LR 15 giugno 1988, n° 48 concernente << norme di attuazione della legge 16 marzo 1987, n. 115, recante disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito>>
- **Legge Regionale N. 35 del 11 aprile 1990** - Norme per la tutela della salute e del benessere psicofisico della donna partoriente e del neonato
- **Legge Regionale 15 giugno 1988, n. 48** - Norme di attuazione L.16/3/87, n.115 **del 840/1997** Tetti erogazione presidi per autocontrollo
- **Decreto n. 75 del 5 luglio 2016** - Approvazione del documento tecnico "PDTA del diabete"
- **DGR n. 24 del 25 gennaio 2022-** Approvazione del "PDTA del Diabete e rete Diabetologica"

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti.

Il manifesto dei diritti della persona con diabete non è stato ancora recepito in Abruzzo.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

L'impatto del diabete in Alto Adige

Provincia Autonoma
Bolzano

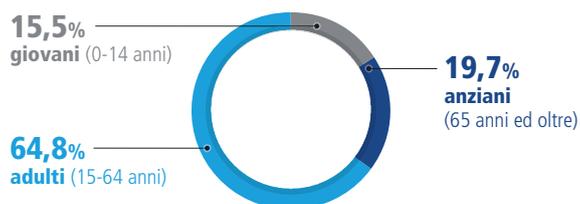
Il 3,4% delle persone che vive nella P.A. di Bolzano si dichiara diabetico è tra le prevalenze più basse riscontrate in Italia. Anche per l'obesità infantile si riscontra il dato di prevalenza più basso d'Italia. Il consumo di farmaci per il diabete è il più basso in Italia: 40,8 DDD /1000 abitanti / die. Il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato è molto alto rispetto al dato italiano, mentre il tasso per amputazione dell'arto inferiore è più basso della media italiana.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 18.000

P.A. di BOLZANO (BZ)
BOLZANO

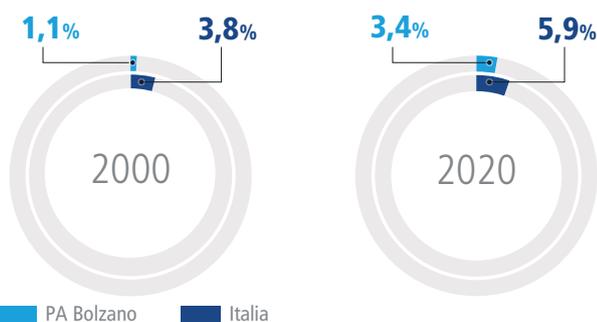
534.912 abitanti
107.467 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



I tassi di mortalità sono i più bassi d'Italia, sia per i maschi che per le femmine. La % di soggetti che pratica sport in maniera continuativa è la più alta d'Italia.

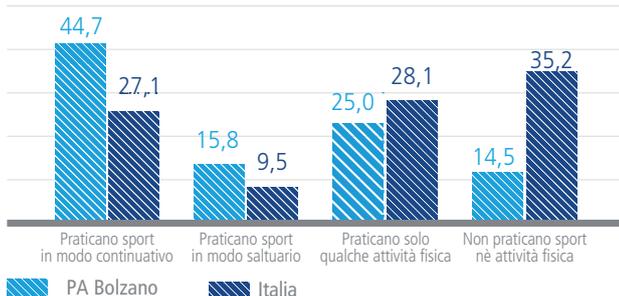
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



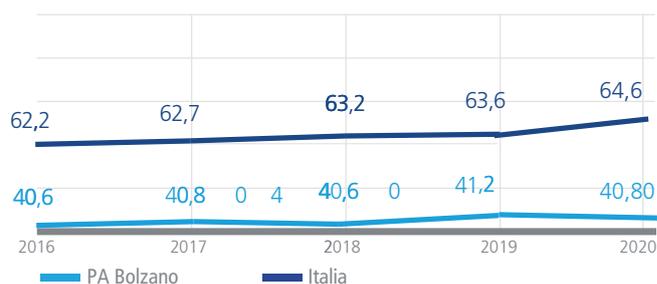
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



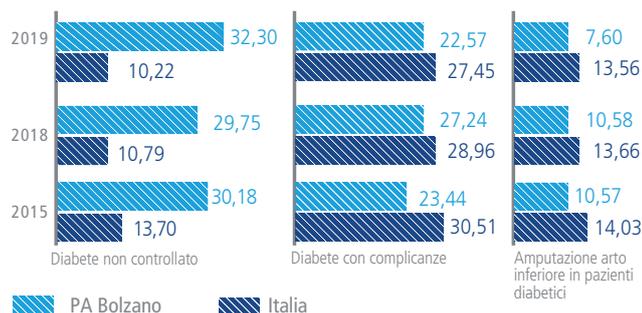
ATTIVITÀ FISICA (%)



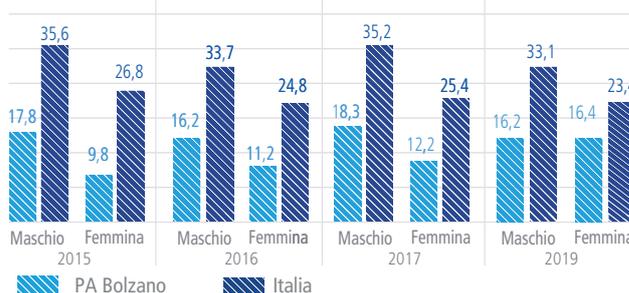
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale.

La Provincia Autonoma di Bolzano non ha ad oggi recepito il Piano Nazionale sulla Malattia diabetica.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE TRENINO ALTO ADIGE PA. BOLZANO ATTINENTE AL DIABETE

- **P.A. Bolzano – Alto Adige – Deliberazione della Giunta Provinciale del 27 settembre 2010, n. 1602**
Approvazione dell'elenco aggiornato degli aghi per gli iniettori di insulina a penna per diabetici

 - **P.A. Bolzano – Alto Adige – Deliberazione della Giunta Provinciale 28 settembre 2009, n. 2408**
Approvazione dell'elenco aggiornato delle strisce reattive per la determinazione della glicemia nel sangue per diabetici

 - **D.G.P Bolzano 14 marzo 2005, n. 809** – Erogazione del materiale di medicazione e dei presidi terapeutici

 - **Delibera di Giunta Provinciale n° 793 del 18/7/2017** Criteri sull'acquisizione di sistemi di monitoraggio continuo della glicemia e sulla loro erogazione gratuita a favore delle persone affette da diabete

 - **Deliberazione della Giunta Provinciale n° 1546 del 22/12/2015** Approvazione del Piano Provinciale Prevenzione 2016-2018 della Provincia Autonoma di Bolzano e nomina dei membri del tavolo intersettoriale
-

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

A livello regionale non è ancora stato creato un coordinamento/federazione delle associazioni.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete non è stato ancora recepito in Trentino Alto Adige.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

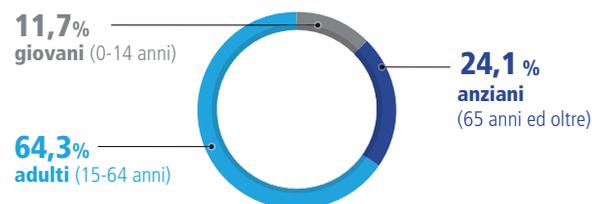
L'impatto del diabete in Basilicata

L'8% dei lucani è colpito da diabete. La prevalenza del diabete e dell'obesità infantile nella regione sono superiori alla media nazionale. Il consumo di farmaci antidiabetici è aumentato dal 2015 al 2020. Il tasso di osp. dalizzazione per diabete complicato e diabete con complicanze è superiore alla media italiana. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è superiore alla media nazionale in entrambi i sessi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 44.000

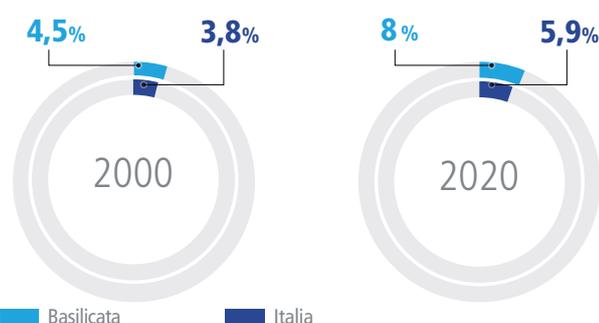
BASILICATA 545.130 abitanti
Provincia di Potenza (PZ) 352.490 abitanti
POTENZA 65.420 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



In Basilicata l'età media della popolazione è di 46,5 anni, un valore poco superiore alla media nazionale (45,9). La speranza di vita alla nascita è vicino alla media italiana sia per i maschi che per le femmine.

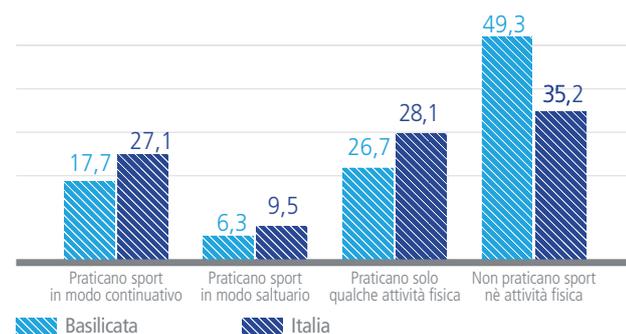
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



ATTIVITÀ FISICA (%)



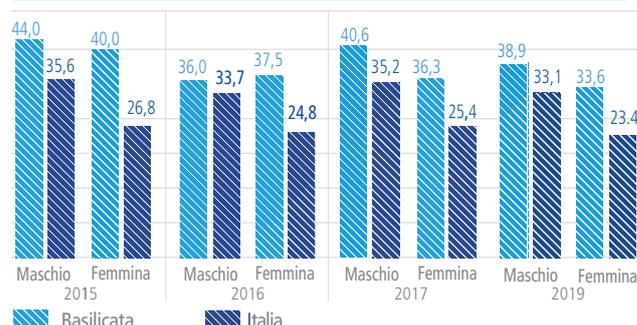
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale.

In BASILICATA il Piano Nazionale sulla malattia diabete è stato recepito con la Deliberazione della Giunta Regionale n.136 del 14 febbraio 2013.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE BASILICATA ATTINENTE AL DIABETE

- **Determinazione Dirigenziale, Listino Assistenza Sanitaria Integrativa Regionale (A.S.I.R.) del 9/10/2017**
- **Delibera n. 430 del 19 Maggio 2017** Integrazioni DGR n.452 del 29 Aprile 2016
- **Delibera n. 451 del 29 Aprile 2016** Linee guida per la prescrizione dispositivi per autocontrollo domiciliare glicemia
- **Delibera n° 1565 del 1° dicembre 2015** su adozione del Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con Diabete
- **Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con Diabete**
- **Erogazione presidi diagnostici e terapeutici per la prevenzione e la cura del diabete mellito**
- **Legge di stabilità regionale 2015**
- **Delibera N. 755 del 24/06/2014**
- **Legge regionale concessione Microinfusore**
- **Modello concessione Microinfusore**
- **Delibera di Giunta n. 761 del 24 GIU. 2014**
- **Approvazione Linee Guida Regionali per la Promozione della Salute nelle scuole**
- **Somministrazione dei farmaci a scuola** - firma protocollo tra USR, regione, ASP E ASM
- **Recepimento accordo Stato - Regioni** del 6 dicembre 2012, Rep.Atti n.233/CSR, su "Piano per la malattia diabetica"
- **Delibera 968 del 05/07/2011** - Assistenza sanitaria integrativa regionale - Direttiva vincolante
- **Legge 289/90** - Indennità di frequenza per i minori invalidi
- **Protocollo per il sostegno alle patologie croniche dell'età evolutiva:** diabete, obesità, celiachia, disturbi per l'accrescimento
- **Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente diabetico**
- **Accordo di programma** tra l'Università di Roma Tor Vergata, l'IBDO e la Regione Basilicata
- **Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità' 2011 - 2014**
- **Piano regionale integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità' 2012 - 2015**
- **Ammalarsi meno, curarsi meglio.**
- **Schema di accordo da sottoscrivere tra regione Basilicata - federfarma regionale e adf regionale**
- **Distribuzione per conto dei farmaci e per la erogazione presidi per diabetici**
- **Delibera n. 885 29/10/2021** - "Direttiva vincolante per lo sviluppo dell'assistenza diabetologica nella rete territoriale e Ospedaliera per il Diabete"

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti. Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete è stato recepito in Basilicata.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

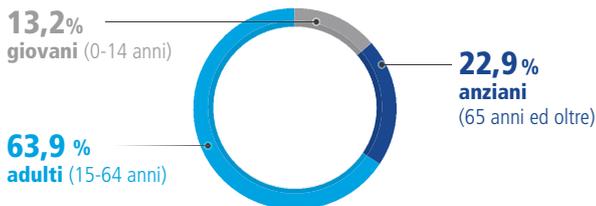
L'impatto del diabete in Calabria

In Calabria il 7,9% della popolazione si dichiara diabetico, uno fra i dati più elevati in Italia. Il consumo di farmaci per il diabete è il più elevato in Italia 85,7% DDD / 1000 abitanti / die. Il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato è nettamente inferiore rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete mostra un andamento in aumento per i maschi che per le femmine, restando in entrambi i casi tra i più elevati in Italia.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 147.000

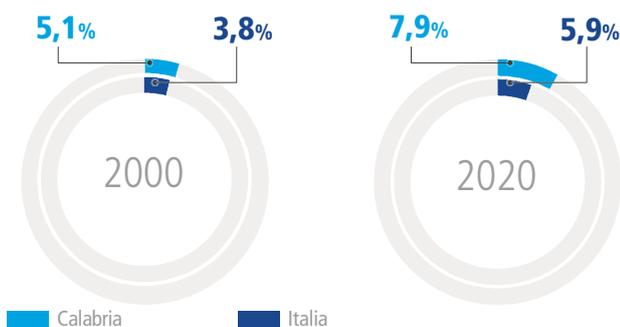
CALABRIA 1.860.601 abitanti
Provincia di Catanzaro (CZ) 344.439 abitanti
CATANZARO 86.183 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



In Calabria il 50,8% della popolazione non pratica alcuna attività sportiva, un dato superiore alla media nazionale (35,2%). Solo il 17,8% della popolazione dichiara di praticare sport in modo continuativo (media nazionale 27,1%).

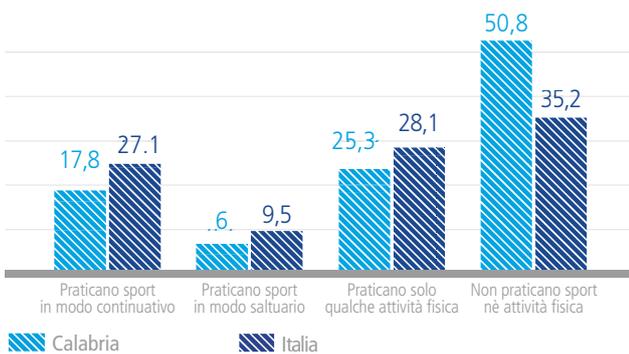
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)

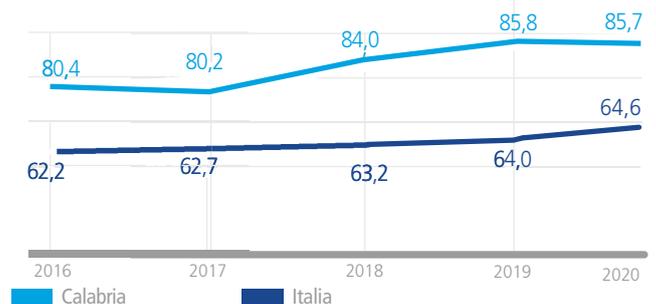


ATTIVITÀ FISICA (%)

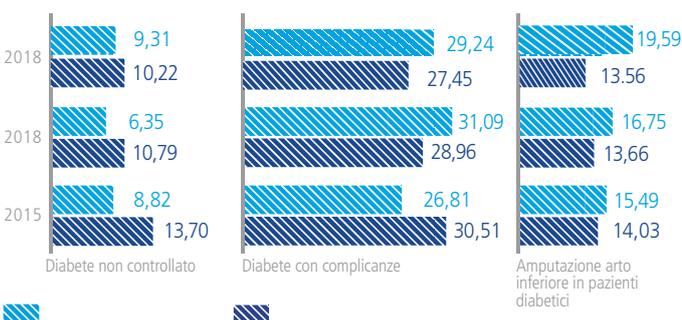


CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI

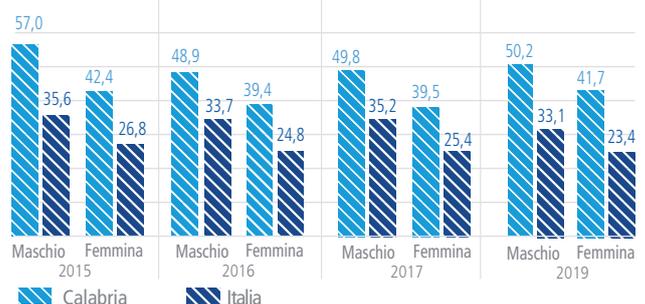
(DD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale. In CALABRIA il Piano Nazionale sulla malattia diabete è stato recepito con la Deliberazione della Giunta Regionale N. 89 del 19 giugno 2013

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE CALABRIA ATTINENTE AL DIABETE

- **Decreto Commissario ad Acta n. 11 del 25 Gennaio 2018** – Rete Assistenziale Diabetologica Integrata Territorio-Ospedale e Documenti di consenso della regione sull'erogazione dei presidi, prescrizione e gestione della terapia con microinfusore ed altre tecnologie, di indirizzo per la gestione del diabete gestazionale e di indirizzo per la gestione della gravidanza in donne con diabete pre-gestazionale tipo1 e tipo2
- **Decreto Commissario ad Acta n. 49 del 30 Gennaio 2018** – Modifiche Linee Guida in materia di prescrizione e dispensazione a carico del SSR di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete
- **Legge Regionale n. 50 del 22 Dicembre 2017** – Interventi per la realizzazione di soggiorni educativo-terapeutici nella Regione Calabria in favore di bambini, adolescenti e giovani con diabete mellito
- **Decreto Commissario ad Acta n. 146 del 7 Novembre 2017** - Linee guida in materia di prescrizione e dispensazione a carico del SSR di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete
- **Decreto Commissario ad Acta n. 13 del 2 Aprile 2015** - Approvazione PDTA per la Malattia diabetica nell'adulto ed in età pediatrica
- **Decreto del Dirigente Tutela della Salute e Politiche Sanitarie n. 719 del 2014** - Recepimento inserimento del bambino, adolescente e giovane con Diabete in ambiente scolastico
- **DPRG Regione Calabria n. 89 del 13 Giugno 2013** – Adozione Piano Nazionale Diabete
- **Decreto Regione Calabria n. 18705 del 22/12/2006** – Prescrizione, a carico del SSR delle specialità medicinali insulina glargine – insuline detemir – rosigitazione – pioglitazione – rosigitazione + metformina
- **Lettera circolare del 18/05/2005 n. 8890** – Erogazione gratuita presidi per diabetici
- **Lettera circolare del 13/04/2005 n. 5665** – Erogazione presidi per diabetici
- **Lettera circolare del 8/10/2003** – Ministero della Salute – Decreto 4 agosto 2003 in G.U. n.226 del 29 sett. 2003
- **Legge Regionale 3 aprile 1995, n. 9** – Piano Sanitario regionale 1995/1997
- **Decreto Commissario ad Acta n.96 27/07/2021** “Ricostituzione Coordinamento Regionale della Rete Assistenziale Diabetologica”

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale

delle associazioni Pazienti.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete in Calabria è stato recepito dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone nel 2011

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno libero accesso al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale

L'accesso alla prescrizione dei nuovi farmaci è vincolato all'inserimento nel Prontuario Terapeutico Regionale

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale, sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

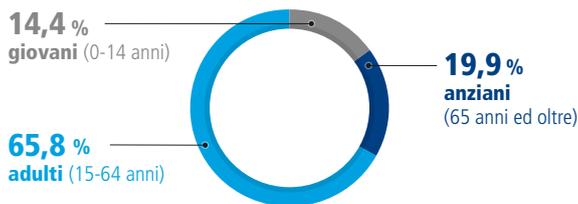
L'impatto del diabete in Campania

La Campania detiene il primato della prevalenza di sovrappeso/obesità infantile in Italia (44,2%). **La prevalenza delle persone che dichiarano di essere diabetiche (7,6%)** pur essendo superiore alla media nazionale (5,9%) non è così elevata come in altre regioni del Sud (es. Calabria 7,9%). È leggermente migliore rispetto ai dati nazionali il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete in Campania è marcatamente più alto rispetto alla media nazionale sia per i maschi che per le femmine, sebbene nel 2019 si sia registrato un calo rispetto agli anni precedenti.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 427.000

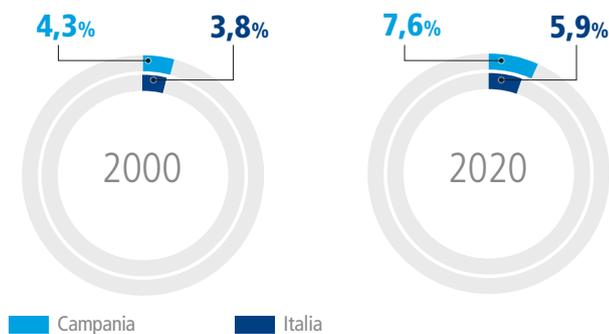
CAMPANIA 5.624.260 abitanti
Provincia di Napoli (NA) 2.986.745 abitanti
NAPOLI 922.094 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



La Campania è la regione più "giovane" con un'età media di 43,3 anni (45,9 la media nazionale), ma è anche il territorio dove la speranza di vita è minore (per i maschi: 78,5 anni, contro una media nazionale di 79,80 anni e per le femmine: 83,4 anni, contro una media nazionale di 84,5 anni).

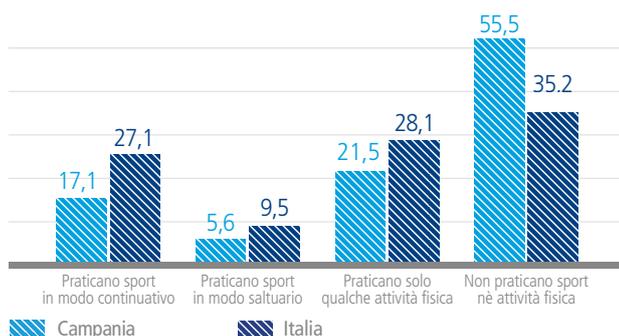
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



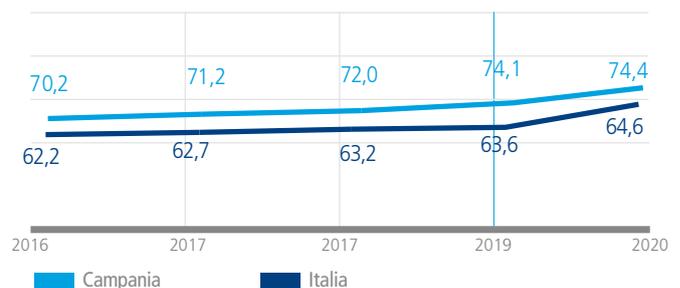
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



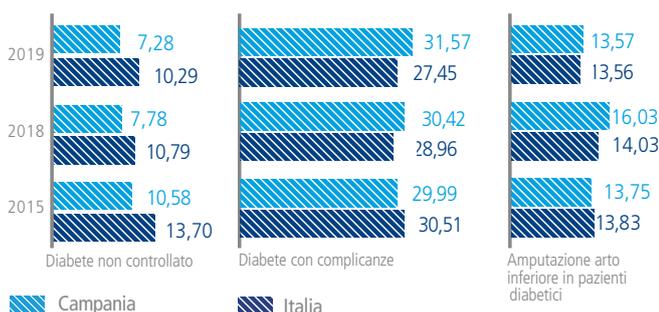
ATTIVITÀ FISICA (%)



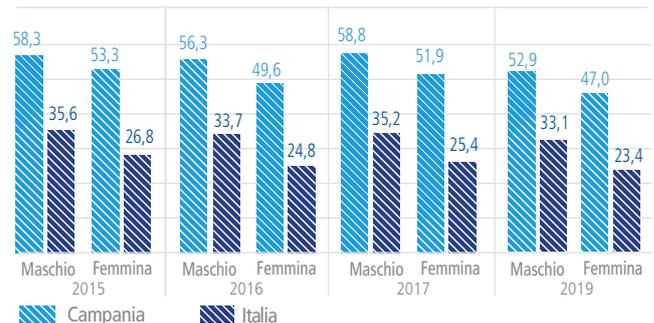
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale.

In CAMPANIA il Piano Nazionale sulla malattia diabete è stato recepito con la D.C.A n. 26 del 3 giugno 2014.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE CAMPANIA ATTINENTE AL DIABETE

- **Legge Regionale N.9 del 22 Luglio 2009** - "Disposizioni in attuazione della legge 16 marzo 1987, n. 115 relativa alla prevenzione e alla cura del diabete mellito"
- **Proroga del progetto a scopi educativi-riabilitativi per pazienti affetti da diabete di tipo 1 7 ottobre 2005 - Deliberazione N. 1277** - Area generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria
- **Linee Guida Regionali per l'assistenza al diabete in età pediatrica 16 gennaio 2004 - Deliberazione N. 37**
- **Linee di indirizzo Regionali e Circolari applicative 2003-2004 D.M. del 04.08.2003** Specialità medicinale Lantus Insulina glargine
- **Decreto dell'Assessore alla Sanità n. 832, del 27/11/2002** Modalità di concessione presidi diagnostici e terapeutici ai pazienti diabetici: legge 115/87
- **Circolare n.05/99 del 03/11/1999** Presidi diagnostici e terapeutici di cui agli artt. 3-4 L.115/87
- **D.G.R.4989 del 26/06/1997** Prestazioni diabetologiche riguardanti la prevenzione e la diagnosi precoce delle complicanze del diabete mellito. Legge 115/87 Recepimento allegata circolare
- **Circolare n.11/95 del 10/05/1995** Presidi diagnostici e terapeutici di cui agli artt. 3-4 L.115/87
- **Circolare n.10647 del 16/07/1991** Chiarimenti sulla circolare 5054/90 per l'erogazione di reflettometri
- **Circolare n.5054 del 03/03/1990** Presidi diagnostici e terapeutici di cui agli artt. 3-4 Legge 115/87
- **Decr. 87/2013** Accordo per la medicina Generale con Gestione Integrata Diabete
- **Decr. 159/2013** Commissione campi scuola Del 1168/2005 Linee di indirizzo di organizzazione della diabetologia
- **Decreto n. 14 del 13 gennaio 2017** costituzione della commissione diabetologica regionale ai sensi dell'articolo 4 della L.R. N.9/2009
- **Decreto n. 330 del 6 luglio 2016** determinazione del fabbisogno di Centri Diabetologici per il secondo livello assistenziale pubblici e privati per l'assistenza al paziente diabetico
- **Decreto Regionale del commissario ad Acta n.24 24/1/2020** Tecnologie applicate alla cura del diabete mellito: percorso prescrittivo monitoraggio e gestione dei flussi
- **Delibera della Giunta Regionale n.98 del 28/2/2017** Presidi diagnostici e terapeutici per i pazienti affetti da diabete. Provvedimenti
- **Decreto del Commissario ad Acta n.35 del 8/8/2017** Interventi tesi a migliorare l'appropriatezza organizzativa dei Ricoveri Ospedalieri: linee guida per l'attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC Diabete)
- **DCA 48 del 28/06/2019** Modalità di distribuzione presidi per diabetici e relativi prezzi
- **DCA 5 del 25/01/2018** Rete regionale Centri assistenza diabetologica Il livello- Modifica ed integrazione del DCA 51 del 7.11.2017
- **DCA 51 del 07/11/2017** Rete regionale Centri assistenza diabetologica Il livello
- **DCA 48 del 04/07/2014** PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI INTEGRATI OSPEDALE – Territorio per la gestione del piede diabetico
- **Delibera della Giunta Regionale n. 6 del 12/01/2021** LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI SULL'ATTIVAZIONE DEI SERVIZI SANITARI EROGABILI A DISTANZA (TELEMEDICINA) E IMPIEGO NELL'AMBITO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE CAMPANO
- **Delibera della Giunta Regionale n. 544 del 02/12/2020** RETE REGIONALE DEI CENTRI DI ASSISTENZA DIABETOLOGICA -AGGIORNAMENTO

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete è stato riconosciuto in Campania. Lettera Dirigenza 180/01/2011.

ACCESSO ALLE CURE

In Campania non ci sono **restrizioni regionali per il rimborso** di strisce e glucometri per l'auto-monitoraggio per i pazienti con diabete di tipo 2 (ad esempio pompe di insulina e accessori) ma esistono raccomandazioni della Commissione Diabetologica che ricalcano le linee guida AMD SID come es PDTA ASL NA 1.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

L'impatto del diabete in Emilia Romagna

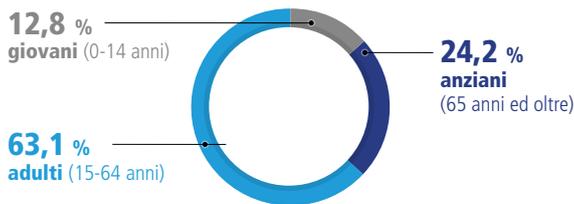
In Emilia Romagna la prevalenza di persone che dichiarano di essere diabetiche è del 5%. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete resta al di sotto della media nazionale per entrambi i sessi. Tuttavia bisogna segnalare tassi di ospedalizzazione per diabete non controllato e diabete con complicanze molto più elevati rispetto alla media italiana. L'Emilia Romagna è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile inferiore alla media nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 222.000

EMILIA ROMAGNA
Provincia di Bologna (BO)
BOLOGNA

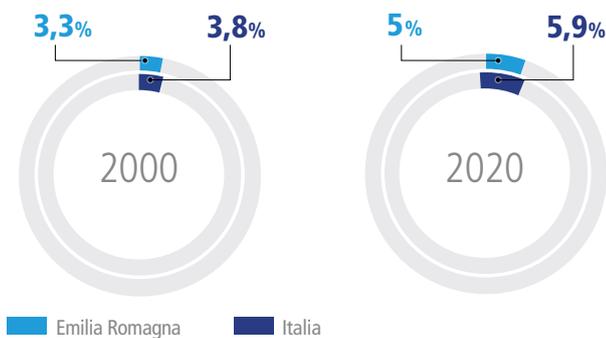
4.438.937 abitanti
1.015.608 abitanti
391.686 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



In Emilia-Romagna il 42,7% della popolazione dichiara di praticare sport continuativamente o saltuariamente (media nazionale 36,6%) mentre il 26,9% non pratica alcuna attività fisica (media nazionale 35,2%). La speranza di vita per i maschi (80,3) e per le femmine (84,8) risulta poco più elevata rispetto alla media nazionale. L'età media (46,5) risulta anche essa superiore rispetto alla media nazionale (45,9).

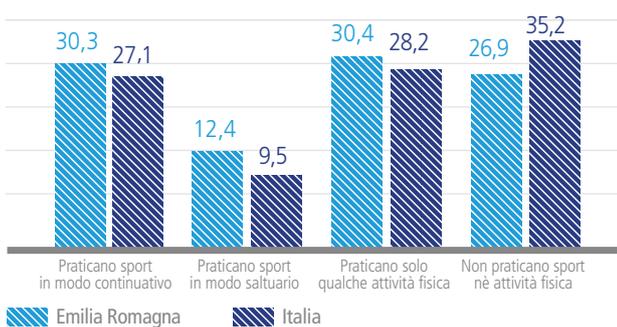
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



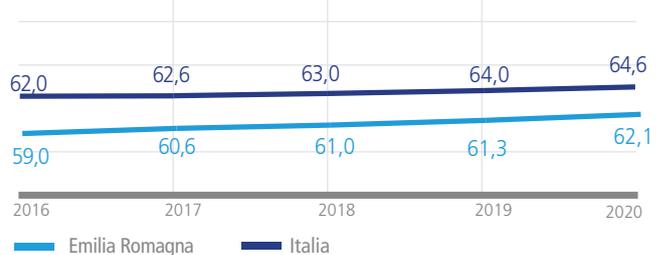
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



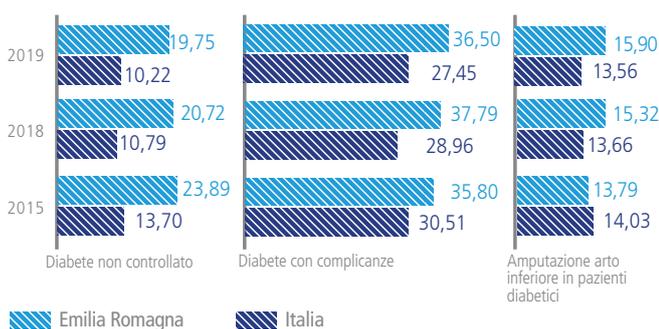
ATTIVITÀ FISICA (%)



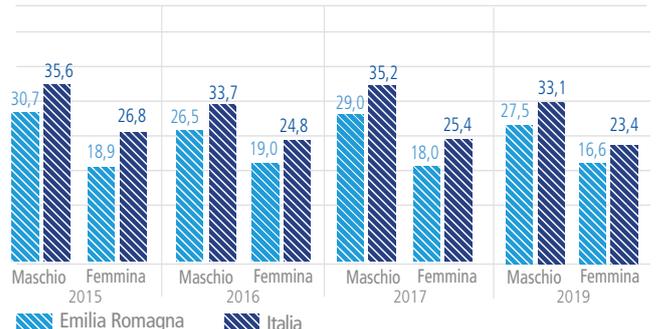
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (NDP) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale.

In EMILIA ROMAGNA il Piano Nazionale è stato recepito con D.G.R. n.540 del 23 aprile 2014.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA ATTINENTE AL DIABETE

- **Scheda 321 del Prontuario Terapeutico Regionale: Piano Terapeutico regionale inibitori di SGLT2 (gennaio 2020)**
- **Scheda 255 del Prontuario Terapeutico Regionale: Piano Terapeutico regionalizzato di Insulina Degludec e Insulina Degludec/Liraglutide (febbraio 2019)**
- **Scheda 278 del Prontuario Terapeutico Regionale:** valutazione Insulina Glargine e biosimilari (aprile 2016)
- **Scheda 230 del Prontuario Terapeutico Regionale: Piano Terapeutico regionale incretine** (15 maggio 2015)
- **Linee guida del paziente diabetico (9 giugno 2017)**
- **Delibera di Giunta 14566 ricostituzione comitato di indirizzo per la malattia diabetica (18 settembre 2017)**
- **Piano Regionale della prevenzione (PRP) 2015-2018**
- **Linee di indirizzo regionali per un uso appropriato dei dispositivi medici per l'autocontrollo e l'autocontrollo nel Diabete Mellito** (9 ottobre 2015)
- **Scheda 227 del Prontuario Terapeutico Regionale:** valutazione Lixisenatide (luglio 2014)
- **Circolare D.G. Sanità e Politiche Sociali 5 Settembre 2003, n.14** "Linee Guida Clinico-Organizzative per il Management del Diabete Mellito"
- **Allegato Circolare D.G. Sanità e Politiche Sociali 5 Settembre 2003**, Analisi comparata delle linee guida e dei rapporti di Technology assessment
- **Circolare regionale n.35 1996** sulla concessione dei presidi ai diabetici.
- **Determinazione 2459 del 20 febbraio 2022:** Ricostituzione del comitato per la malattia diabetica
- **Finanziamento e programmazione Enti SSR anno 2021 DGR 1770** del 2 novembre 2021
- **Determinazione 1334 del 26 gennaio 2022:** Prontuario Terapeutico Regionale valutazione Semaglutide in formulazione orale e di glucagone spray nasale

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete non è stato ancora recepito in Emilia Romagna.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale. In **Emilia Romagna** ci sono restrizioni per il rimborso di strisce e glucometri per l'auto-monitoraggio per i pazienti con diabete di tipo 2 (ad esempio pompe di insulina e accessori) o ad una soglia di reddito.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2010
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

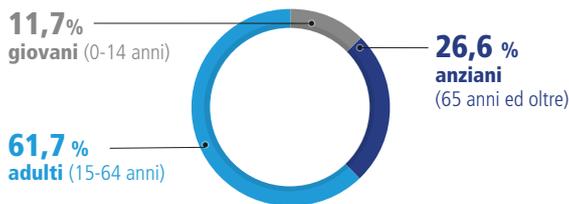
L'impatto del diabete in Friuli Venezia Giulia

In Friuli Venezia Giulia il 5,5% della popolazione dichiara di essere colpito dal diabete. La regione ha una prevalenza dell'obesità infantile e del diabete inferiori alla media nazionale. Il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze è migliore rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è più basso nelle femmine ma si mantiene al di sotto della media nazionale, in entrambi i sessi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 66.000

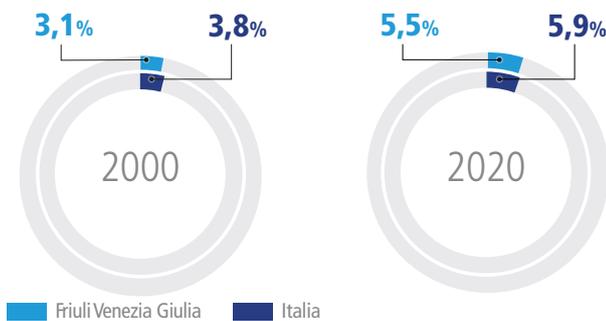
FRILUI VENEZIA GIULIA 1.201.510 abitanti
Provincia di Trieste (TS) 230.689 abitanti
TRIESTE 200.609 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

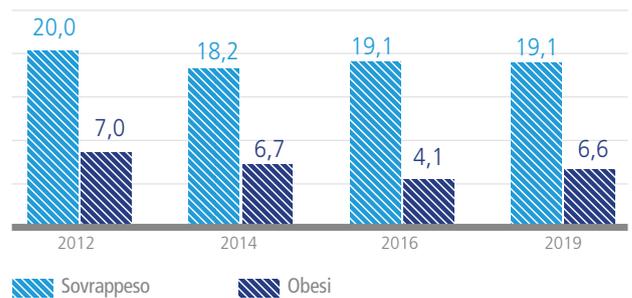


In Friuli Venezia Giulia l'età media della popolazione è di 47,9 anni, un valore sostanzialmente superiore alla media nazionale (45,9). La speranza di vita alla nascita per i maschi (80,3) è poco superiore alla media italiana (79,8), mentre le femmine registrano un valore (85,1) più alto rispetto alla media nazionale (84,5).

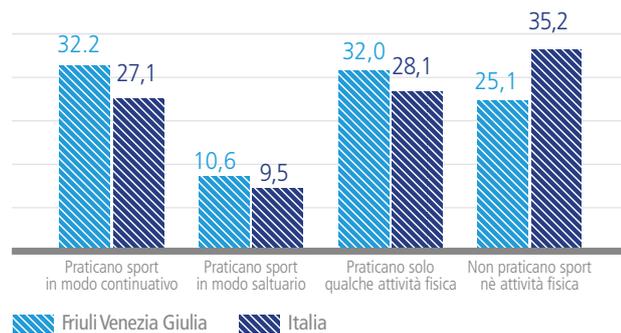
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



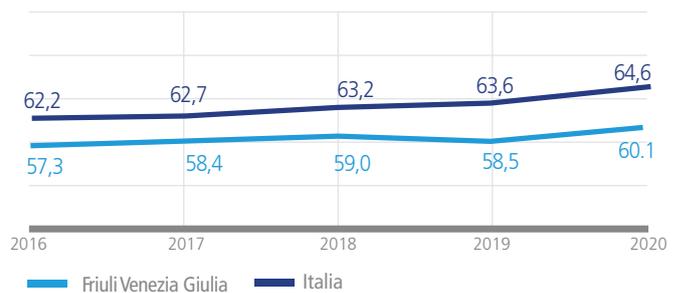
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



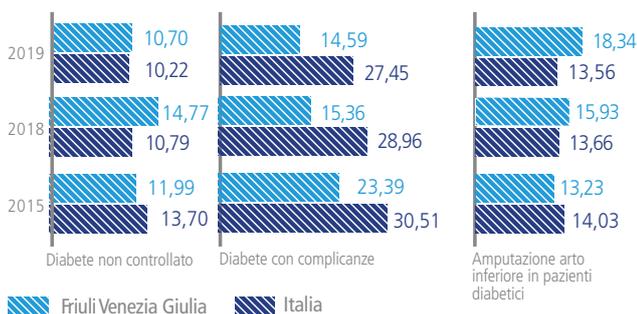
ATTIVITÀ FISICA (%)



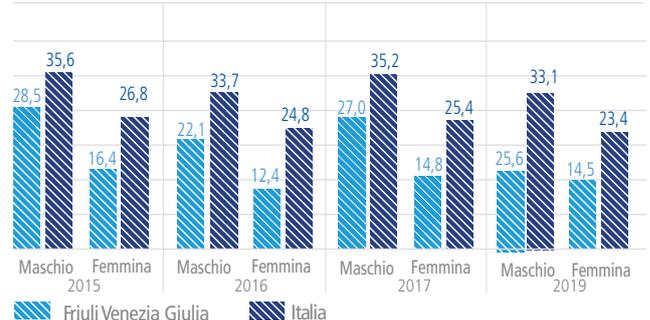
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale.

In FRIULI VENEZIA GIULIA il Piano Nazionale sulla malattia è stato recepito con la delibera di giunta n.1676 del 28 agosto 2015 è stato recepito con la delibera di giunta n.1676 del 28 agosto 2015.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA ATTINENTE AL DIABETE

- **Delibera di Giunta del Comune di Udine n° 414 del 31/11/2017** Adozione del Manifesto Health City Institute "la salute nelle città: bene comune"

- **28 agosto 2015**, recepito il piano nazionale sulla malattia diabetica
DGR 6 agosto 2008 n.1588 Approvazione programma di educazione terapeutica rivolto al soggetto diabetico

- **DRG 3/02/2006 n. 161** Modifiche alla DGR 125/2005 Modalità di erogazione a carico del SSR degli ausili per l'autocontrollo della glicemia a favore di pazienti affetti da diabete mellito

- **Piano della prevenzione del 1 novembre 2005** "Prevenzione delle complicanze del diabete mellito"

- **LR 15 maggio 2002 n. 13** "Disposizioni collegate alle Legge finanziaria 2002"

- **LR 27 giugno 1990 n. 28:** Disposizione per la prevenzione e la cura del Diabete Mellito nella Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia

- **LR 27 giugno 1990 n. 28** "Disposizione per la prevenzione e cura del Diabete mellito"

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete è stato recepito in data 23 ottobre 2019 con la mozione N° 100 approvata all'unanimità da tutto il Consiglio Regionale del Friuli Venezia Giulia.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale. In **Friuli Venezia Giulia** ci sono restrizioni per il rimborso di strisce glucometri per l'auto-monitoraggio per i pazienti con diabete di tipo 2 (ad esempio pompe di insulina e accessori) o ad una soglia di reddito.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2019
ISTAT indicatori demografici 2020
ISTAT attività fisica 2019
Okkio alla salute Report regionali 2016
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2019
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2019
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

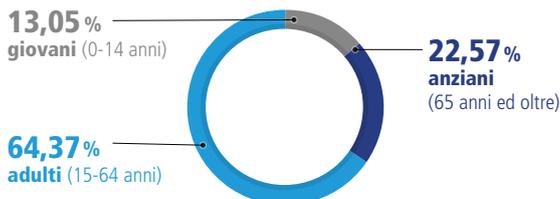
L'impatto del diabete nel Lazio

Nel Lazio il 5,8% della popolazione si dichiara diabetico. Il Lazio è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile superiore alla media nazionale. Il tasso di ospedalizzazione per amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici è tra i più bassi in Italia. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete, che nel 2000 era superiore alla media nazionale per entrambi i sessi, è diminuito negli ultimi anni pur rimanendo al di sopra della media nazionale sia nei maschi che nelle femmine.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 332.000

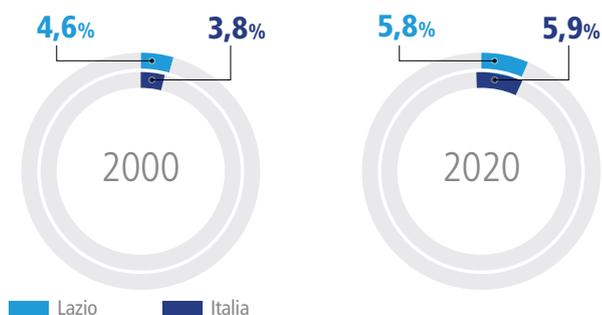
LAZIO 5.730.399 abitanti
Provincia di Roma (RM) 4.231.451 abitanti
ROMA 2.770.226 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

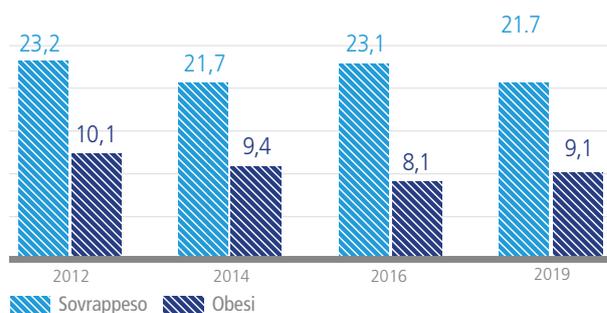


Il dato dell'età media del Lazio (45,7) ricalca approssimativamente quello nazionale (45,9). La speranza di vita alla nascita per i maschi è pari a 80,5 anni, leggermente superiore alla media nazionale (79,8) e per le femmine è 84,9 vs 84,5.

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



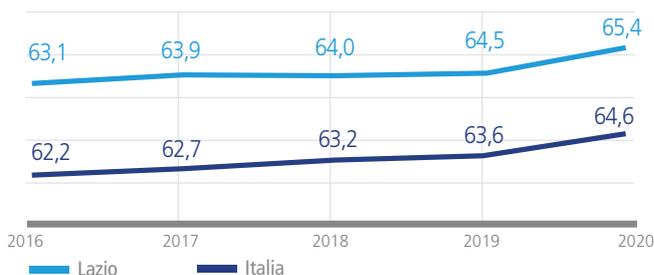
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



ATTIVITÀ FISICA (%)



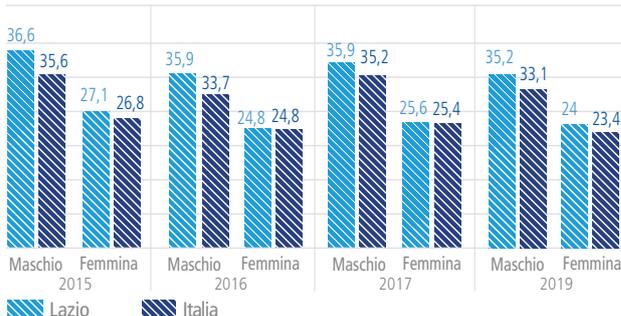
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale. Nel Lazio il Piano Nazionale è stato recepito attraverso D.C.A n. 000121/2013.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE LAZIO ATTINENTE AL DIABETE

- Con Decreto del Commissario ad Acta 14 dicembre 2015, n. U00581 è stato approvato. **Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018**
Deliberazione della giunta regionale 2 marzo 2012, n. 71 «Percorso per favorire l'inserimento a scuola del bambino con diabete». Approvazione delle Linee d'indirizzo.
- **Giunta Regionale Determinazione n. B05079 del 6/8/2012 "Linee di indirizzo regionali sulla prescrizione e gestione della terapia con i microinfusori"** Documento sulla prescrizione e gestione della terapia con microinfusori della regione Lazio, individua in ciascuna ASL dei referenti per la Diabetologia con il compito di supporto e verifica della sua puntuale applicazione a livello territoriale.
- **Determinazione n. B00991 del 18/3/2013. "Linee di indirizzo regionali sulla prescrizione e gestione della terapia con i microinfusori-integrazioni"**
- **Determinazione del commissario ad acta n° 000121/del 2013 "Recepimento Piano Nazionale Diabete" DCA U00247 del 25 Luglio 2014 - Programmi Operativi - Regione Lazio.** Contiene un capitolo su case della salute e presa in carico paziente fragile e con patologie croniche
- **Determinazione G12315 del 2/9/2014 Gruppo di lavoro diabete,** Il gruppo di lavoro, il cui obiettivo è di realizzare prima il Piano Regionale per la malattia diabetica, e quindi implementarlo, è costituito da: Area Programmazione rete ospedaliera, Area programmazione servizi territoriali, presidenti AMD, SID, SIEDP, OSDI, Coordinamento Associazioni Pazienti Diabetici "CLADIAB" Lazio
- **SAN DCA U00474 7 ottobre 2015 Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente monitoraggio glicemico"**
- **Decreto del Commissario ad Acta 14 dicembre 2015, n. U00581. "Piano per la malattia diabetica nella Regione Lazio 2016-2018".** Il piano è stato condiviso con le società scientifiche e le associazioni dei malati e ha come obiettivo quello di garantire un migliore programmazione e sistematizzazione su tutto il territorio dei servizi anche in base a quanto previsto dal Piano Nazionale Diabete
- **Decreto Commissario Acts n. 474 del 7/10/2015** Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo
- **Determinazione G08900 del 3/8/2016. "Linee prescrittive presidi monitoraggio glicemico"**
- **Determinazione G04919 del 13/4/2018. "Linee prescrittive presidi monitoraggio glicemico-Integrazioni e modifiche"**
- **Determinazione G07215 del 5/6/2018. "Linee prescrittive presidi monitoraggio glicemico-Integrazioni e modifiche"**
- **Determinazione 22 ottobre 2019, n. G14407. Strumenti e modalità per promuovere la Partecipazione delle organizzazioni dei cittadini nella programmazione e valutazione dei servizi sanitari regionali – Istituzione della Cabina di regia e modalità di registrazione delle Associazioni di tutela dei pazienti e dei loro familiari ai gruppi di partecipazione attiva.** La Cabina di Regia presieduta dall'Assessore regionale alla Sanità Alessio D'Amato, dal Direttore Generale alla Sanità Renato Botti, è strutturata "10 Gruppi di Partecipazione Attiva" con cui viene istituzionalizzata la figura del "Patient Advocacy Facilitator" per la realizzazione degli interventi previsti. Tra i 10 gruppi di Partecipazione Attiva, si sottolinea la presenza del gruppo: Diabete e malattie metaboliche ed endocrinologiche
- **Determinazione G15044 del 4/11/2019. "Linee prescrittive presidi monitoraggio glicemico-Integrazioni e modifiche"**
- **Determinazione 5 novembre 2019, n. G15092. Istituzione del "Centro di Riferimento regionale delle Sorveglianze dei fattori di rischio delle malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione"**
il Centro di Riferimento regionale deve assolvere alle funzioni di Promozione della Salute e Prevenzione delle malattie croniche
- **Determinazione n. 12568 del 15/10/2021** Piano per la malattia diabetica: rinnovo del gruppo di lavoro per la malattia diabetica (commissione diabete con la partecipazione di SID, AMD, SIEDP e Federdiabete Lazio)

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti. Il Manifesto dei diritti della Persona con Diabete è stato sottoscritto da diverse ASL del Lazio.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.

- Decreto Commissariale U00063 ratificato il 30.09.2009, vigente dal 01.10.2009, ed alle nuove procedure di distribuzione dei presidi per diabetici approvate.
- Nel **Lazio** non ci sono restrizioni per il rimborso se e come previste dal decreto commissario ad acta n° U0101 del 14/11/2011 «Materiale oggetto di assistenza integrativa per la malattia Diabetica».

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

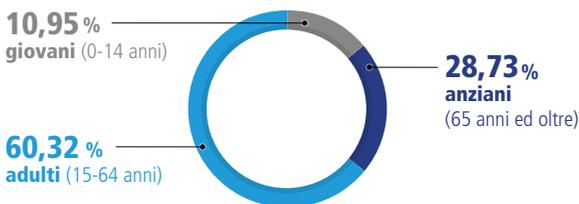
L'impatto del diabete in Liguria

In Liguria il 5% dei cittadini si dichiara colpito dal diabete. La Liguria presenta una prevalenza di obesità infantile inferiore alla media italiana. Il tasso di ospedalizzazione per amputazione dell'arto inferiore è peggiore rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è al di sotto della media nazionale per entrambi i sessi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 76.000

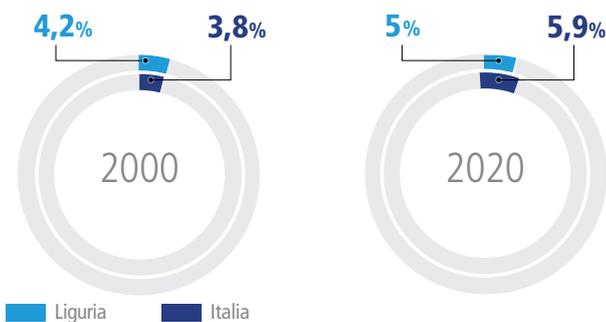
LIGURIA 1.518.495 abitanti
Provincia di Genova (GE) 823.612 abitanti
GENOVA 566.410 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



Il dato dell'età media della Liguria (49,2) è superiore a quello nazionale (45,9). La speranza di vita alla nascita per i maschi (79,3) e per le femmine (84,1) risulta quasi in linea con la media italiana.

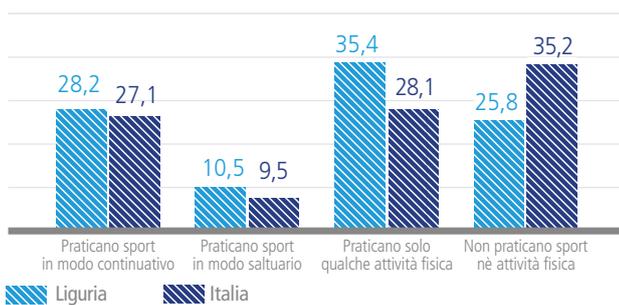
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



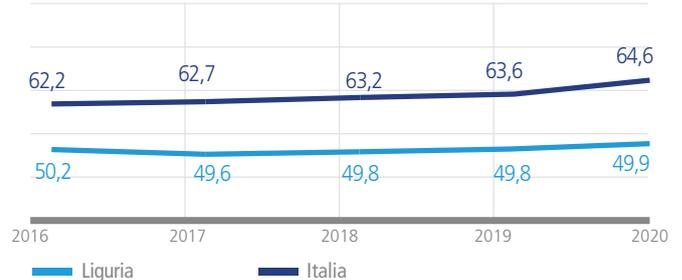
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



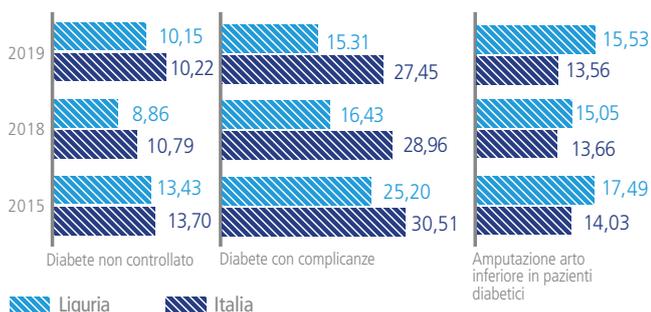
ATTIVITÀ FISICA (%)



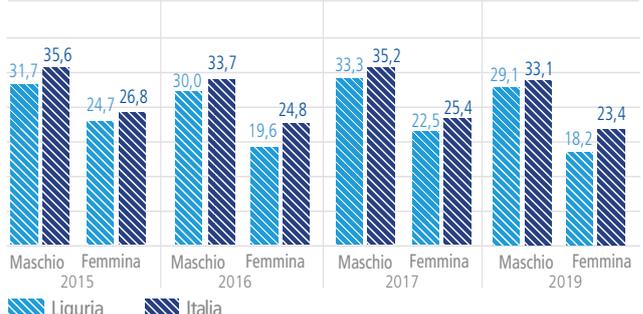
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale. La Liguria ha recepito il Piano Nazionale sulla malattia diabete con la Legge regionale n. 27 del 9 agosto 2013.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE LIGURIA ATTINENTE AL DIABETE

- **DGR 28 ottobre 2005** piano regionale della prevenzione 2005-2007
- **DD 22 30 settembre 2009** Piano sociosanitario 2009-11
- **D.G.R. 518/2012** redazione piano terapeutico
- **Legge regionale 9 agosto 2013 N. 27** norme per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito
- **Legge Regionale n°17 del 29.7.2016** "Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa)
- **Delibera n°59 del 23.6.2017** "Approvazione dell'accordo per la distribuzione di farmaci da parte delle farmacie pubbliche e private convenzionate in nome e per conto del SSR e per lo sviluppo della loro integrazione nella fornitura del servizio cup –web nelle Aziende socio sanitarie locali 1,2,3,4,5"
- **12.7.2017 Accordo tra A.Li.Sa** e i rappresentanti delle sigle sindacali dei MMG sulla gestione dei pazienti affetti da patologia cronica, come previsto dal Piano Nazionale Cronicità
- **Accordo Stato Regioni n°181 del 26.10.2017**. Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2017. Approvazione progettualità
- **Delibera Giunta Regionale n°640/2018** - Rinnovo commissione diabetologica regionale
- **DGR n°55/2019** – Approvazione accordi integrativi tra Regione Liguria, A.Li.Sa. e MMG per la gestione delle patologie croniche previste dal Piano Nazionale delle Cronicità
- **Delibera Commissario Straordinario di A.Li.Sa n°43/2019** – Ridefinizione del gruppo di Coordinamento della Rete Regionale HTA e aggiornamento delle modalità attuative
- **Delibera Commissario Straordinario di A.Li.Sa. n°179/2019** – Rinnovo accordo per la distribuzione di farmaci da parte delle farmacie pubbliche e private convenzionate in nome e per conto del SSR (DPC) e per la fornitura del servizio CUP-WEB della durata triennale a partire dal 1° giugno 2019
- **DGR n° 678/2019** – Approvazione della proposta di attivazione presso A.Li.Sa. della Struttura complessa "Programmazione sanitaria e Prevenzione"
- **DGR n° 983 del 20.11.2019** – Accordo con le farmacie pubbliche e private convenzionate per l'erogazione di ausili e presidi per l'assistenza integrativa per pazienti diabetici
- **Delibera Giunta Comunale di Genova n°372/2019** – Adozione del Manifesto "La salute nelle città bene comune" e adesione al programma C14*
- **28.11.2020** - Firma dell'Urban Diabetes Declaration da parte del Sindaco Marco Bucci e ingresso di Genova nel programma internazionale di studio Cities Changing Diabetes
- **DGR n°1136 del 30.12.2020** "Indirizzi per la riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale"

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

A livello regionale non è ancora stato creato un coordinamento/federazione delle associazioni Pazienti.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete non è stato ancora recepito in Liguria.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

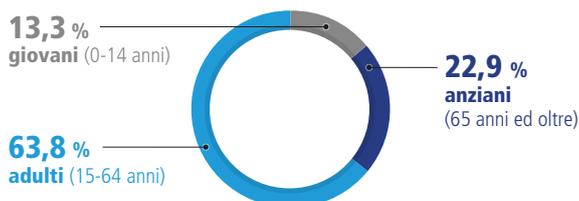
L'impatto del diabete in Lombardia

In Lombardia il 5,3% della popolazione si dichiara diabetico. La Lombardia è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile inferiore alla media nazionale. Il consumo di farmaci antidiabetici è leggermente in crescita dal 2016 al 2020. Tutti gli indicatori di ospedalizzazione specifici sono peggiori rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è saldamente al di sotto della media nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 529.000

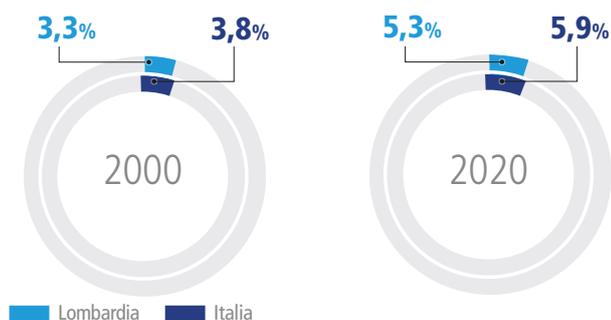
LOMBARDIA 9.981.554 abitanti
Provincia di Milano (MI) 3.241.813 abitanti
MILANO 1.374.582 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



Il dato dell'età media della Lombardia (45,6) ricalca quello nazionale (45,9). La speranza di vita alla nascita per i maschi (79,0) e per le femmine (84,0) è leggermente inferiore alla media italiana.

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



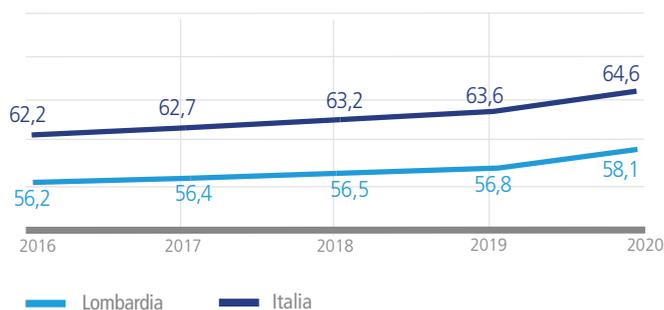
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



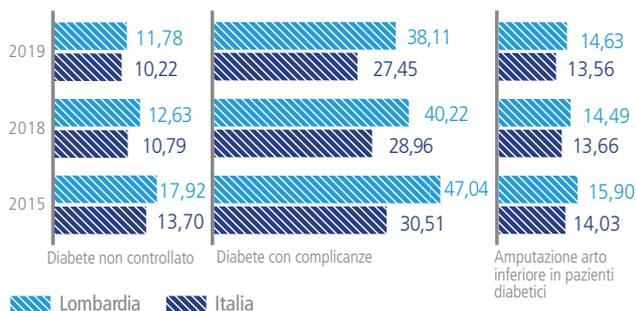
ATTIVITÀ FISICA (%)



CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia Diabetica (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale.

In Lombardia il Piano Nazionale è stato recepito il 31 ottobre dalla Giunta Regionale Lombarda ed è in fase di implementazione.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE LOMBARDIA ATTINENTE AL DIABETE

- **Circolare Regionale n. G1.2022.0009318 del 11/02/2022** – Nota AIFA 100; Disposizioni e chiarimenti.
- **Delibera di Giunta Regionale n. 5941 del 07/02/2022** – Determinazione in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2022.
- **Delibera di Giunta Regionale n. 5925 del 07/02/2022** – Approvazione del schema di accordo regionale con le farmacie per l'erogazione di strumenti, ausili e presidi per il controllo della glicemia per i pazienti diabetici.
- **Delibera di Giunta Regionale n. 5723 del 15/12/2021** – Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del PNRR-Missione 6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.
- **Legge Regionale n. 22 del 14/12/2021** – Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della Legge Regionale n. 33 del 30/12/2009 (Testo Unico delle leggi in materia di sanità).
- **Delibera di Giunta Regionale n. 5373 del 11/10/2021** – Attuazione del PNRR-Missione 6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.
- **Circolare Regionale n. G1.2021.0053958 del 07/09/2021** – Aggiornamento del Piano Terapeutico per l'uso appropriato degli Agonisti GLP-1R nel diabete tipo 2.
- **Circolare Regionale n. G1.2021.36821 del 27/05/2021** – Indicazioni in merito all'attività di informazione e promozione scientifica nelle strutture del SSR e negli ambulatori di MMG e PLS.
- **Delibera di Giunta Regionale n. 4232 del 29/01/2021** – Determinazione in ordine alla gestione del SSR per l'esercizio 2021.
- **Delibera di Giunta Regionale n. 2672 del 16/12/2019** – Determinazioni in ordine alla gestione del Sistema Socio-Sanitario Regionale per l'esercizio 2020.
- **Circolare Regionale n. G1.2019.0026283 del 18/07/2019** – Aggiornamento elenco Servizi/UO di diabetologia autorizzati per i Piani Terapeutici di farmaci ed ausili per il controllo della glicemia.
- **Delibera di Giunta Regionale n. 796 del 12/11/2018** – Approvazione dell'accordo regionale con le farmacie per la distribuzione dei farmaci del PHT.
- **Decreto Regionale n. 2749 del 09/04/2015** - Sviluppo della Rete Diabetologica e nomina del Comitato Esecutivo della rete.
- **Delibera di Giunta Regionale n. 2565 del 31/10/2014** - Recepimento del Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica ed ulteriori indicazioni in ordine alla prevenzione e cura della malattia diabetica.
- **Legge Regionale n. 33 del 30 Dicembre 2009** - Testo Unico delle leggi regionali in materia di Sanità.

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabetica, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni pazienti dell'adulto (C.L.A.D.) e del bambino (C.G.D.)

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete non è stato ancora recepito in Lombardia ma è stato sottoscritto dalla ASL di Bergamo.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese sulla base delle indicazioni riportate dal quadro legislativo nazionale.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

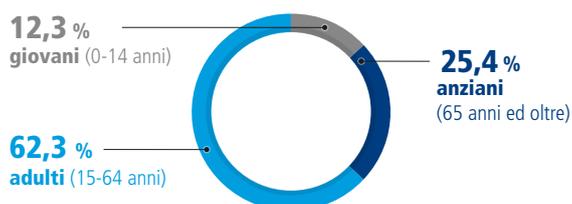
L'impatto del diabete nelle Marche

Il 4,5% della popolazione si dichiara diabetico nelle Marche. La prevalenza del diabete è più bassa della media nazionale, mentre i numeri dell'obesità infantile sono leggermente più alti della media nazionale. Pur in presenza di un consumo di farmaci nettamente inferiore rispetto alla media nazionale negli ultimi anni si assiste ad un aumento progressivo del dato, i tassi di ospedalizzazione per diabete non controllato e per diabete con complicanze sono molto più bassi rispetto al dato nazionale mentre il tasso di amputazione degli arti inferiori è superiore della media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità risulta in diminuzione per le femmine dal 2017, comunque inferiore rispetto al dato nazionale, per entrambi i sessi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 68.000

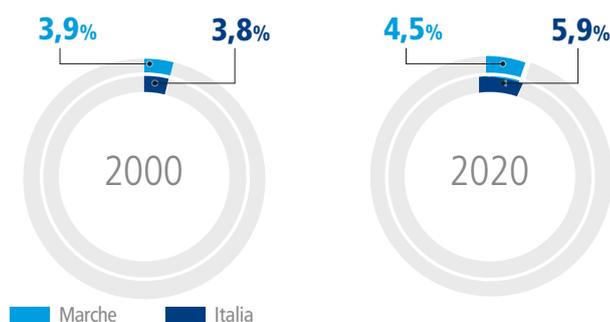
MARCHE 1.498.236 abitanti
Provincia di Ancona (AN) 464.419 abitanti
ANCONA 99.273 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



Le Marche presentano una età media (47,1) più alta di quella nazionale (45,9). La speranza di vita alla nascita per i maschi (81) e per le femmine (85,2) risulta in entrambi i casi più alta della media nazionale, rispettivamente 79,8 e 84,5.

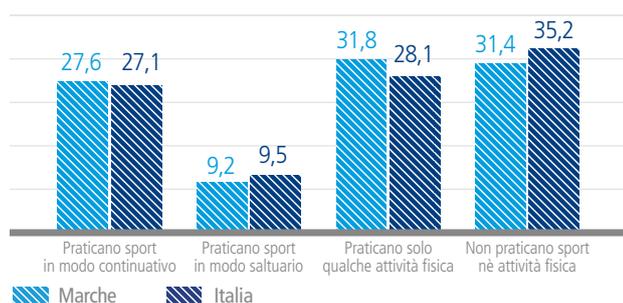
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



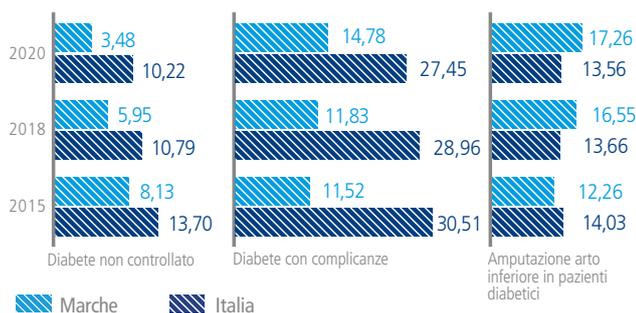
ATTIVITÀ FISICA (%)



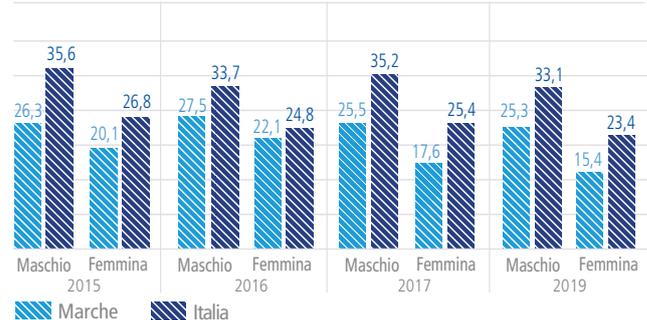
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale. Le Marche hanno recepito il Piano Nazionale sulla malattia diabete con la DGR 1480 del 28.10.2013.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE MARCHE ATTINENTE AL DIABETE

- **LEGGE REGIONALE 24 marzo 2015, n. 9** Disposizioni in materia di prevenzione, diagnosi precoce e cura del diabete mellito

- **DGR 1480 del 28.10.2013** Recepimento PND

- **D.G.R. 1356 del 20 settembre 2010.** Attuazione atto di raccomandazione del Ministro Istruzione e ricerca e del Ministro della Salute sulla somministrazione di farmaci di orario scolastico - Approvazione Protocollo di intesa "Piano integrato di accoglienza/assistenza del bambino con diabete a scuola".

- **Decreto del Dirigente Servizio Salute N. 94/S04 del 06/05/2010** Assistenza Integrativa Regionale

- **L.R. n. 1/2009.** Nuove disposizioni in materia di prevenzione e cura del diabete mellito.

- **Deliberazione della G.R. n. 838 ME/SAN del 18/04/2001.** Attività di educazione sanitaria per la prevenzione del diabete

- **L.R. 38/87 – D.G.R. n. 2903/99** "Campagna regionale per la prevenzione e la cura del diabete mellito

- **Legge Regionale 9 dicembre 1987, n. 38** - Organizzazione e disciplina dei centri di diabetologia

- **Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 delibera di Giunta Regionale** n. 540 del 15.07.2015

- **Piano socio sanitario Regionale 2020-2022**

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete è stato recepito nella regione Marche.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale. Il riferimento normativo regionale è il Decreto del Dirigente Servizio Salute N. 94/S04 del 06/05/2010.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

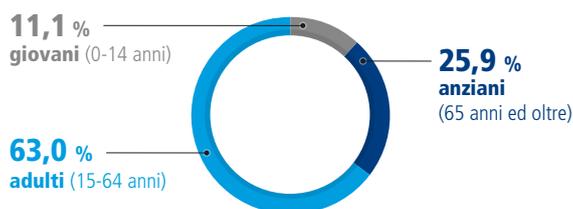
L'impatto del diabete in Molise

In Molise il 7,4% delle persone si dichiara colpito dal diabete. Il Molise è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile e del diabete superiori alla media nazionale. Il dato più recente relativo all'ospedalizzazione per amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici si colloca ancora sopra la media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è nella media italiana per le femmine, ma più elevato per i maschi (79,8) e per le femmine (84,7) nella media italiana.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 22.000

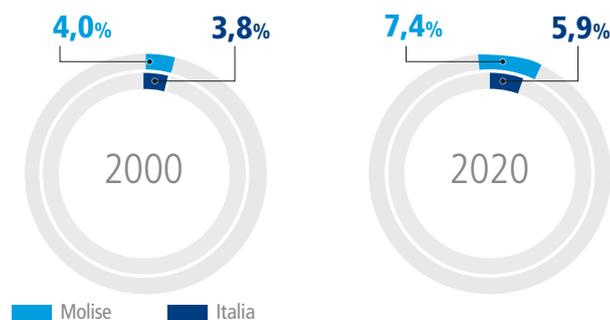
MOLISE 294.294 abitanti
Provincia di Campobasso (CB) 212.879 abitanti
CAMPOBASSO 47.535 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



Il Molise presenta una età media (47,6) più alta di quella nazionale (45,9). La speranza di vita alla nascita per i maschi (79,8) e per le femmine (84,7) nella media italiana.

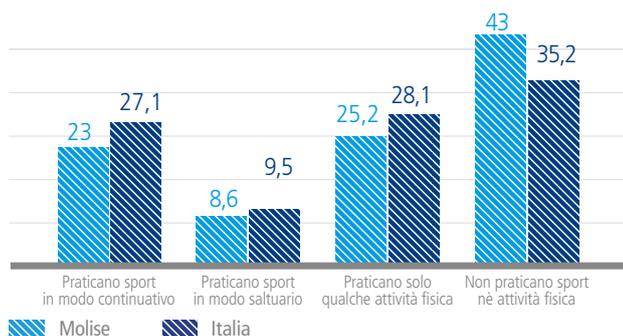
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



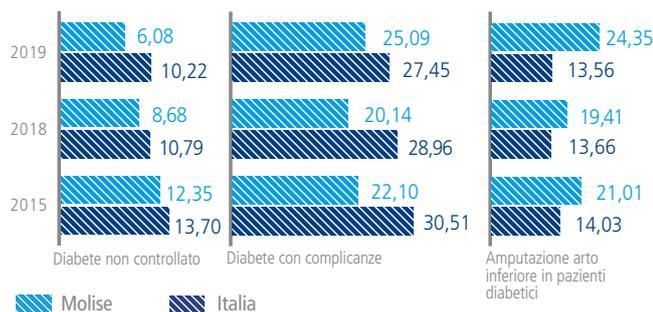
ATTIVITÀ FISICA (%)



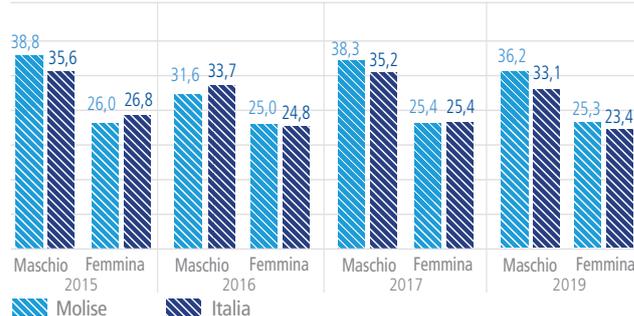
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale. Il MOLISE ha recepito il Piano Nazionale sulla malattia diabete con la delibera della giunta regionale n. 914 del gennaio 2014.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE MOLISE ATTINENTE AL DIABETE

→ **LR 20 dicembre 1989 n. 25 Norme per l'istituzione e la disciplina dei servizi regionali di diabetologia**
DGR n. 220 10 marzo 2009 Rinnovo comitato regionale diabetologia ai sensi della LR 20.12.1989 n.25

→ **Decreto n.75 del 30 dicembre 2016**
"Attivazione e gestione dei PDTAE. Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) "Diabete tipo 2"

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete non è stato ancora recepito in Molise.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

L'impatto del diabete nel Piemonte

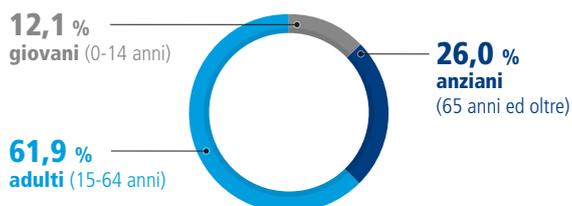
5,9 cittadini su 100 si dichiarano diabetici in Piemonte. Il Piemonte è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile inferiore rispetto alla media nazionale. La prevalenza del diabete nel 2020 è risultata uguale a quella nazionale. Il tasso di ospedalizzazione per diabete non complicato e diabete con complicanze è nettamente inferiore in confronto al dato nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è inferiore al dato nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 252.000

PIEMONTE
Provincia di **TORINO (TO)**
TORINO

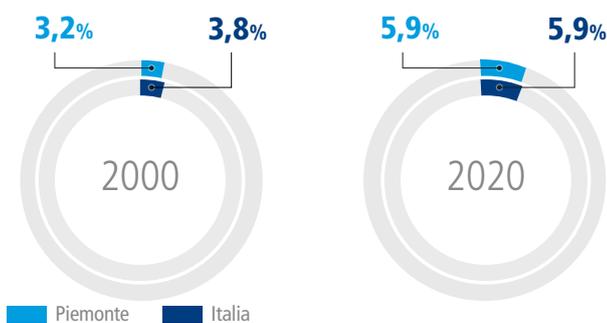
4.274.945 abitanti
2.219.206 abitanti
858.205 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



Il Piemonte presenta una età media (47,4) più alta di quella nazionale (45,9), così come la % di soggetti con 65 anni ed oltre. La speranza di vita alla nascita per i maschi (79,1) e le femmine (83,9) è poco più bassa della media italiana (rispettivamente 79,8 e 84,5).

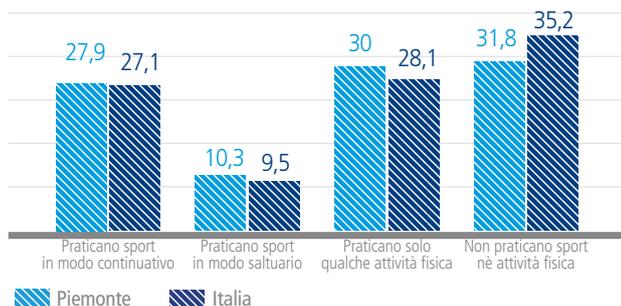
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



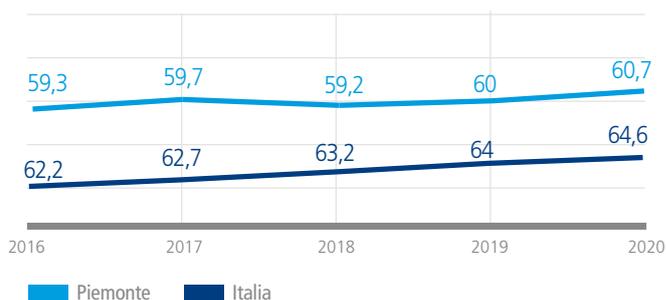
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



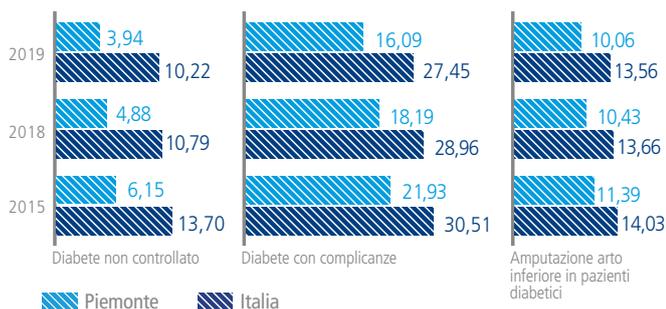
ATTIVITÀ FISICA (%)



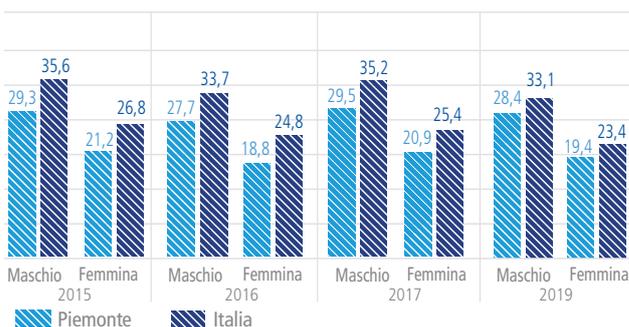
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale. In PIEMONTE il Piano Nazionale è stato recepito il 30.12.2013, dalla Giunta Regionale.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE PIEMONTE ATTINENTE AL DIABETE

- **D.D. 27 agosto 2010, n. 578** Regione Piemonte. Rinnovo gruppi di lavoro sulla riorganizzazione dell'assistenza diabetologica in Piemonte, nell'ambito del modello di gestione integrata del diabete fra ospedale e territorio.
- **D.D. 11 agosto 2010, n. 555** Regione Piemonte. Impegno della somma di Euro 47.000,00 sul cap. 157813/2010 ed erogazione all'A.S.O. Ospedale Infantile Regina Margherita-S. Anna di Torino quale contributo regionale per lo svolgimento dei campi scuola destinati a bambini e adolescenti diabetici negli anni 2010- 2011, ai sensi della D.G.R. n. 21-13415 dell'1.3.2010.
- **D.G.R. n. 61-895 del 25 ottobre 2010** Regione Piemonte. Prezzo di rimborso dei presidi diagnostici e terapeutici per i cittadini diabetici. Modifica della deliberazione della Giunta regionale 28 novembre 2005, n. 123-1675.
- **D.G.R. 22 Marzo 2010, n. 61-13646**, Percorsi assistenziali appropriati per i pazienti affetti da diabete mellito e da patologia con eziologia reumatologica ed aggiornamento nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale
- **Deliberazione della Giunta Regionale 15 settembre 2003, n. 24-10413** - Nomina della Commissione diabetologica regionale di cui alla legge regionale 7 aprile 2000, n. 34, inerente "Nuove norme per l'assistenza diabetologica"
- **Deliberazione della Giunta Regionale 3 aprile 2002 n. 57-5740** - Reintroduzione di una quota di partecipazione da parte degli assistiti alla spesa farmaceutica convenzionata
- **Deliberazione della Giunta Regionale 9 agosto 2001, n. 1 - 3809**
- **Legge regionale del Piemonte 7/4/2000, n. 34** - Nuove norme per l'attuazione dell'assistenza diabetologica
- **Legge Regionale 10 luglio 1989, n. 40** - Predisposizione della rete dei servizi per la prevenzione e la cura del diabete mellito
LR 10 luglio 1989 predisposizione della rete dei servizi per la prevenzione e la cura del diabete nella Regione Piemonte
DGR 18 settembre 2003 linee guida per la gestione dell'accesso alle prescrizioni di ricovero elettivo e alle prescrizioni specialistiche ambulatoriali
LR7 aprile 2000 n 34 nuove norme per l'attuazione dell'assistenza diabetologica
DGR 15 SETTEMBRE 2003 Nomina della Commissione diabetologica
DD 23 dicembre 2008 Approvazione del protocollo operativo per la gestione integrata del diabete mellito9 tipo 2dell'adulto in Piemonte
DGR 27 ottobre 2008 n 40 -9920 Approvazione dell'accordo regionale dei medici di medicina generale per la gestione integrata
DD 30 aprile 2008 n 176 Piano nazionale per la prevenzione 2005-2007 prevenzione delle complicanze del diabete tipo 2
DGR 4 agosto 2009 n 36/11958 rete informatica per la gestione integrata del diabete
DGR 1 marzo 2010 n 21-13415 approvazione linee guida per l'attuazione dei campi scuola
DGR 12 aprile 2005 Realizzazione obiettivo piano sanitario regionale studio progetto diabete e sport
- **Deliberazione della Giunta Regionale 20 luglio 2018, n. 38-7261** - DPCM 12 gennaio 2017. Dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione nel Diabete Mellito. Erogazione a carico del Servizio Sanitario di strisce reattive per la determinazione della chetonomia con i relativi lettori e di apparecchi per la misurazione della glicemia Flash Glucose Monitoring e il relativo materiale di consumo. Potenziamento della Rete Endocrinodiabetologica della Regione Piemonte.
- **Deliberazione della Giunta Regionale 17 ottobre 2016, n. 27-4072 D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013.** - Indirizzi organizzativi per l'istituzione della Rete territoriale Endocrino-Diabetologica del Piemonte e per la composizione della Commissione Endocrino-Diabetologica Regionale. Modifica della D.G.R. n. 17-6836 del 09.12.2013
- **D.D. 709 del 13 novembre 2017** - Attuazione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale Diabete Mellito (PDTA-DM) nella sua articolazione uniforme a livello regionale come definita dalla Rete Endocrino-diabetologica del Piemonte
- **Deliberazione della Giunta Regionale 24 marzo 2014, n. 19-7286** - Attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 del Piano regionale di rientro. Razionalizzazione della spesa regionale per microinfusori e relativo materiale di consumo, dispositivi iniettivi e di monitoraggio continuo glicemico per pazienti diabetici. Affidamento SCR Piemonte S.p.A.
- **N° 1902** Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) resi dal Servizio Sanitario Regionale (Ssr) ai sensi del Decreto Del Presidente Del Consiglio Dei Ministri 29 Novembre 2001 E Dell'art. 34 Della Legge 724/1994. Revoca Della Dgr 931/2014.
- **Piano Regionale Della Prevenzione 2016-2020**
- **Deliberazione N. 48 Del 20 Gennaio 2017**, Piano Della Performance 2017-2019 Della Giunta Regionale

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete è stato recepito in alcune ASL del Piemonte.

ACCESSO ALLE CURE

In Piemonte **hanno diritto** alla somministrazione i pazienti diabetici iscritti al registro regionale ed in possesso della tessera regionale.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

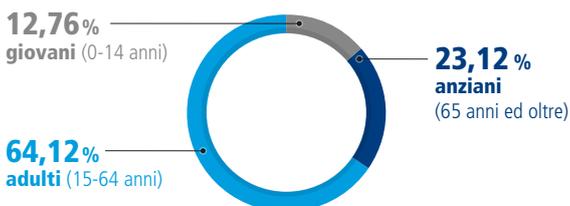
L'impatto del diabete in Puglia

In Puglia la prevalenza del diabete è uguale alla media italiana a **5,9%**. Il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze si è ridotto significativamente negli ultimi anni. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete si è ridotto in entrambi i sessi rispetto al 2015 ma rimane superiore al dato nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 232.000

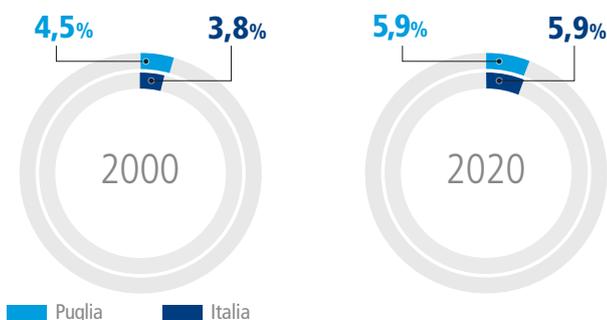
PUGLIA 3.933.777 abitanti
Provincia di Bari (BA) 1.230.158 abitanti
BARI 317.205 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



La stima dell'età media in Puglia (45,4) è inferiore a quella nazionale (45,9). La speranza di vita alla nascita per i maschi è pari a 80,2 (contro 79,8 della media nazionale) e per le femmine 84,6 in linea con la media nazionale.

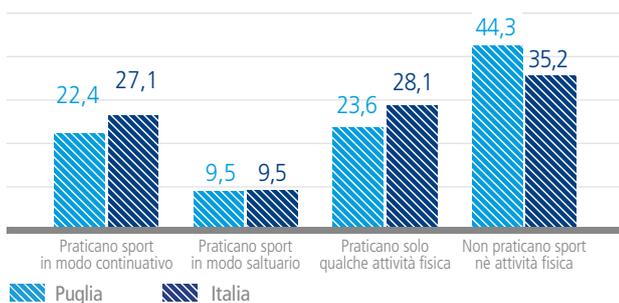
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



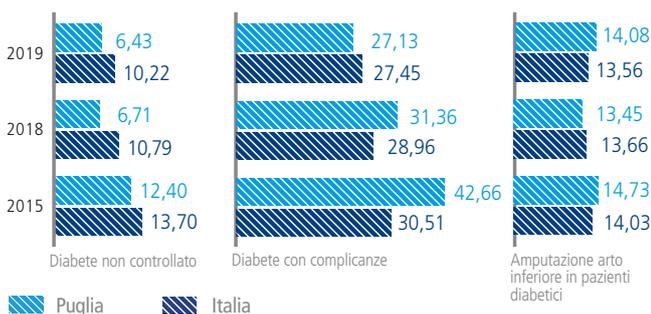
ATTIVITÀ FISICA (%)



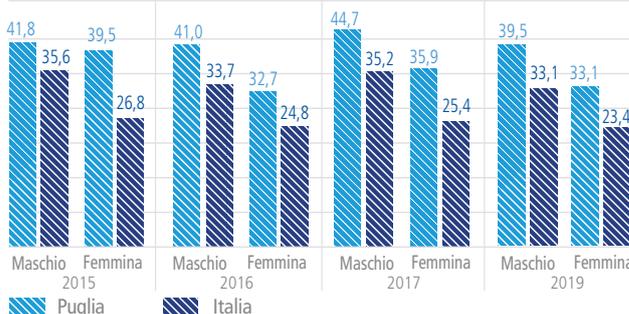
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia Diabetica (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale. In PUGLIA il Piano Nazionale è stato recepito dalla Giunta Regionale Pugliese il 19 febbraio 2014 ed è in fase di implementazione.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE PUGLIA ATTINENTE AL DIABETE

- **Deliberazione della Giunta Regionale 10 marzo 2011, n.433** Nuovo modello organizzativo "Day Service" (DGR n. 35 del 27.01.2009 e smi) - Definizione percorsi assistenziali: chirurgia ambulatoriale cataratta e tunnel carpale, follow-up diabete ed ipertensione

- **Deliberazione della Giunta Regionale n.1198 del 6/08/2005** Esenzione dalla spesa farmaceutica

- **Deliberazione della Giunta Regionale n.4623 del 16/05/1988**

- **Piano regionale di Salute 2008-2010 del 30 luglio 2008**

- **DGR 10 marzo 2011 n.433** Nuovo modello organizzativo Day Service

- **Circolare n.AOO/152/2269 del 15 febbraio 2012** Progetto Diabete – modalità operative

- **Delibera del 16 maggio 1988 per l'assistenza ai cittadini affetti da diabete mellito**

- **DGR 31 ottobre 2007 n.44/12** Aumento del numero massimo di strisce per autocontrollo della glicemia concedibili gratuitamente ai pazienti diabetici in età pediatrica e adolescenziale

- **DGR n. 1714/2011 del 25.10.2011** Modalità prescrittive ausili per diabetici

- **Circolare n. AOO/152/2276 del 15 febbraio 2012/2276** Modalità prescrittive ausili per diabetici – Linee guida integrazione

- **D.D. n.319 del 30/11/2018** Approvazione delle linee di indirizzo regionali per la prescrizione di tecnologie per il diabete . Individuazione Centri autorizzati dalla regione alla prescrizione di Tecnologie Complesse per il Diabete .Integrazione determina dirigenziale N.291 del 13/11/2018

- **DRG N° 38 DEL 2018** Linee di indirizzo regionale per la prescrizione di tecnologie per il Diabete

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

A livello regionale non è ancora stato creato un coordinamento/federazione delle associazioni.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete non è stato ancora recepito in Puglia.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

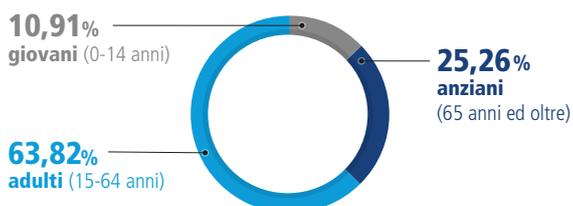
L'impatto del diabete in Sardegna

In Sardegna 5,8 cittadini su 100 si dichiarano diabetici. La Sardegna è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile inferiore alla media nazionale. Il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato mostra un riscontro di gran lunga superiore rispetto alla media nazionale, mentre è nettamente più bassa l'ospedalizzazione per diabete con complicanze. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete si è ridotto notevolmente per entrambi i sessi dal 2000 al 2019 e si colloca sotto la media nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 92.000

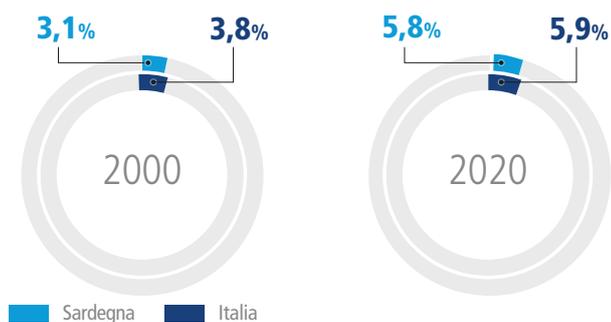
SARDEGNA 1.590.044 abitanti
Provincia di Cagliari (CA) 421.488 abitanti
CAGLIARI 149.572 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

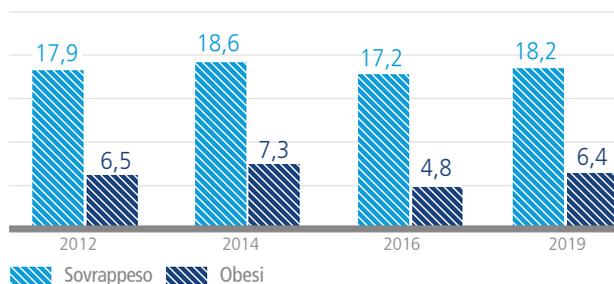


L'età media in Sardegna (47,8) è superiore a quella nazionale (45,9). La speranza di vita alla nascita risulta elevata per le donne (85 anni), mentre quella degli uomini si attesta ai 79,8 anni.

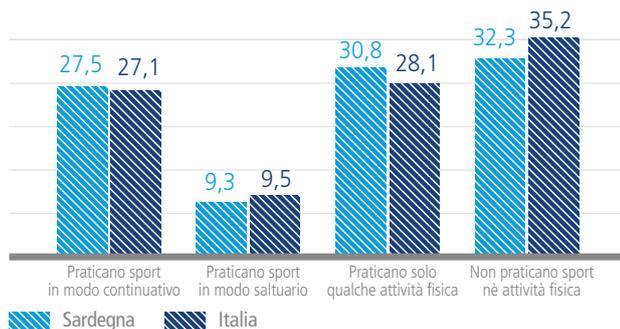
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



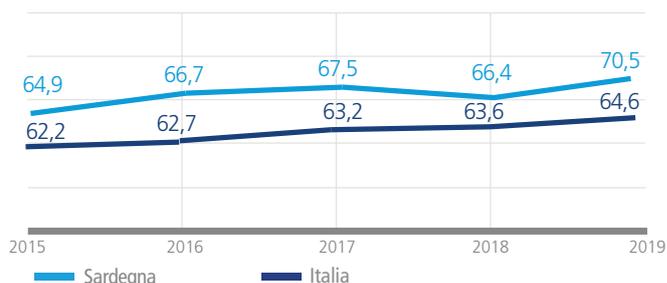
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



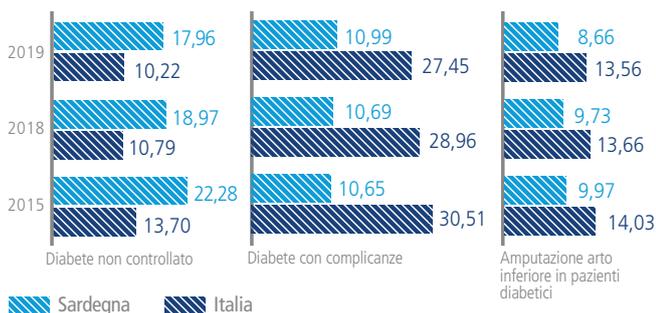
ATTIVITÀ FISICA (%)



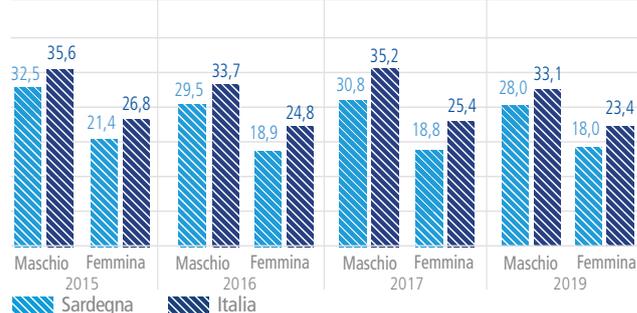
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia Diabetica (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale. In SARDEGNA il Piano Nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito con la delibera n. 39/23 del 26.9.2013.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE SARDEGNA ATTINENTE AL DIABETE

- **Delibera del 29 dicembre 2009, n. 56/24 – Adozione “Manifesto diritti della persona con diabete**
- **DELIBERAZIONE N. 47/24 DEL 30.12.2010 – Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012**
Vengono indicati gli indirizzi di contrasto alle malattie ad alta specificità (diabete, malattie rare, sclerosi multipla, talassemia)
- **DELIBERAZIONE N. 39/34 DEL 10.10.2014**
Organismi consultivi e tecnici per l'implementazione del Piano Nazionale per la Malattia diabetica.
- **DECRETO N. 36 del 30.12.2014**
Costituzione della Consulta regionale della diabetologia e malattie metaboliche correlate.
- **DECRETO N. 1 del 07.01.2015**
Costituzione del Tavolo regionale per la riqualificazione e il rafforzamento delle cure primarie, istituito con DGR 44/13 DEL 7.11.2014
- **Determinazione Dirigenziale 11.03.2016, n. 195**
Centri regionali autorizzati alla formulazione della diagnosi e al rilascio del piano terapeutico dei medicinali che agiscono sul sistema delle incretine (analoghi/agonisti del recettore del GLP-1 e inibitori dell'enzima dipeptidilpeptidasi-4 (DPP-4).
- **Delibera della Giunta Comunale di Cagliari n°151 del 17.10.2017** - Adozione del Manifesto dell'Health City Institute “La salute nelle città bene comune” quale strumento per migliorare la qualità della vita di tutti i cittadini e in particolare delle generazioni future
- **DGR n°53-27/2017** Rinnovo Accordo con Federfarma Sardegna per la distribuzione di medicinali del PHT ai sensi dell'art. 8, Legge 16.11.2001, n. 405 e per la definizione di altre forme di collaborazione con le farmacie convenzionate
- **23.9.2016** Nomina della Giunta Regionale del nuovo Direttore Generale dell'ASL unica della Sardegna, operativa dal 1.1.2017 come Azienda per la Tutela della Salute, ATS
- **DGR n°33-9/2018** – Rimodulazione e proroga al 31.12.2019 del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018
- **Determina dirigenziale n°929/2018** – Accordo tra la Regione Sardegna e Federfarma per la distribuzione dei prodotti per diabetici tramite farmacie convenzionate
- **DGR n°42-35/2019** – Avvio a regime della dematerializzazione della ricetta medica per prestazioni specialistiche
- **Costituzione Federazione Rete Sarda Diabete** – 04.05.2019
- **Determina Direzione Generale Servizio Registro del Volontariato n°475 del 21.08.2019** – Iscrizione associazione “Federazione Rete Sarda Diabete ETS – ODV” al settore Coordinamenti regionali
- **DGR N° 01.09.2020** - Approvazione del Consiglio Regionale della legge di riforma del Sistema Sanitario Regionale
- **Legge Regionale n°24/2020** “Riforma del Sistema Sanitario Regionale”
- **10.09.2021** – Firma dell'Urban Diabetes Declaration da parte del Sindaco Paolo Truzzu e ingresso di Cagliari nel programma Cities Changing Diabetes
- **Decreto Assessore n°5133/13 del 08.06.2021** “Ricostituzione della Consulta regionale della diabetologia e malattie metaboliche correlate”.
DGR n°17/8 del 07.05.2021

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

Ad oggi esistono due realtà regionali distinte: la Federazione Rete Sarda Diabete e il Coordinamento delle associazioni
Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete è stato recepito in Sardegna, con delibera del 29/12/2009 n°56/24.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.
In Sardegna non ci sono **restrizioni per il rimborso di ausili e device** per pazienti diabetici come da **Piano regionale dei servizi sanitari 2006 - 2008** e da **DELIBERAZIONE N. 53/9 DEL 29.12.2014**.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

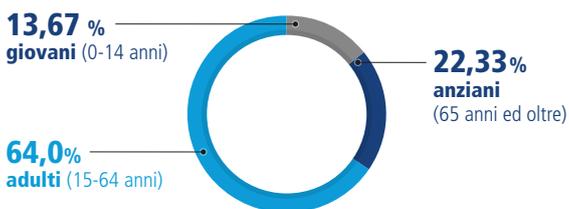
L'impatto del diabete in Sicilia

Il 7,0% della popolazione si dichiara diabetico in Sicilia. La Sicilia è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile e del diabete superiori rispetto alla media nazionale. Nel 2000 era l'unica regione del Sud con una prevalenza grezza al di sotto della media nazionale il che indica una velocità di crescita della patologia nel successivo decennio particolarmente marcata. La Sicilia conferma di essere tra le regioni con il maggior consumo di farmaci per il diabete, sia pure dopo la Calabria: 80,9 DDD / 1000 abitanti / die. Il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze è inferiore al dato italiano. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è superiore al dato nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 338.000

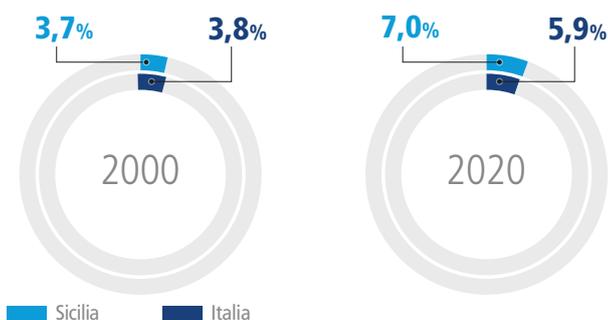
SICILIA 4.833.705 abitanti
Provincia di Palermo (PA) 1.208.819 abitanti
PALERMO 637.885 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

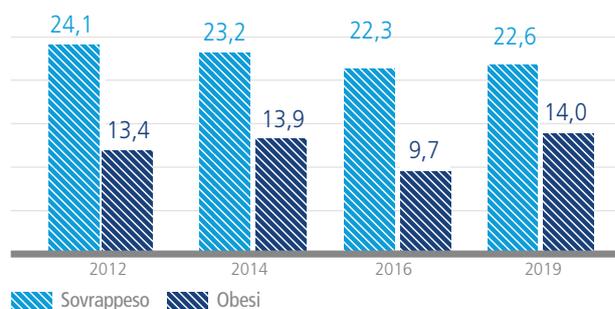


La Sicilia è tra le regioni più giovani d'Italia, con una età media di 44,7 anni (45,9 anni la media nazionale). La speranza di vita alla nascita è di 79,4 anni contro i 79,8 della media nazionale per i maschi e 83,7 contro 84,5 per le femmine).

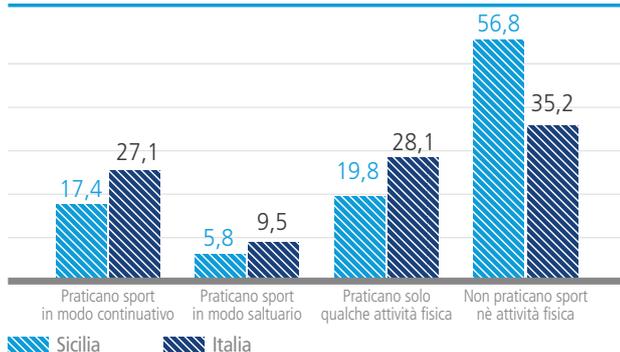
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



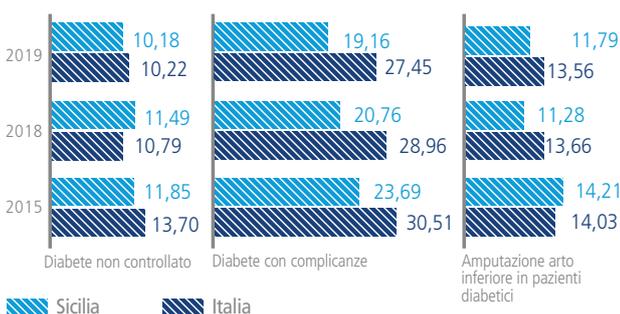
ATTIVITÀ FISICA (%)



CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale.

In SICILIA il Piano Nazionale sulla malattia diabete è stato implementato con Decreto dell'assessorato della Salute n°1112 del 10 giugno 2013.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE SICILIA ATTINENTE AL DIABETE

- **DECRETO 07/03/2014.** Costituzione della commissione Regionale per il Diabete in età evolutiva
- **DECRETO N° 1520/13.** Organizzazione dell'assistenza alle persone con diabete mellito in età pediatrica nella Regione Sicilia.
- **DECRETO 30/10/2003.** Presidi ed ausili erogabili ai soggetti diabetici.
- **DECRETO 18 ottobre 2002.** Sostituzione della tabella A relativa a presidi ed ausili destinati ai soggetti diabetici
- **DECRETO 30/4/2002** Linee guida generali per la prevenzione delle complicanze acute e croniche legate alla malattia diabetica ed organizzazione delle strutture di diabetologia siciliane
- **DECRETO 8/3/2002** Sostituzione della tabella A allegata al decreto 4 luglio 2001, relativa all'elencazione dei presidi ed ausili erogabili ai soggetti affetti da diabete mellito.
- **DECRETO 15/3/2000** Sostituzione della tabella A del decreto 9 aprile 1998, concernente presidi ed ausili prescrivibili ai soggetti affetti da diabete mellito
- **DECRETO 4/6/1999** Fornitura dei presidi ed ausili per i soggetti affetti da diabete mellito anche da parte delle aziende commerciali di articoli sanitari
- **DECRETO 28/9/1998** - Esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per i soggetti affetti da diabete
- **DECRETO 9/4/1998** Presidi ed ausili prescrivibili ai soggetti affetti da diabete mellito
- **D.A. n°1756 del 21.09.2016** Istituzione della commissione regionale per il diabete in età adulta.
- **D.A. n° 2426 del 07.12.2016** Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per pazienti affetti da diabete mellito in età evolutiva.
- **DECRETO 12 aprile 2019** Revoca del decreto n. 602 del 16 aprile 2018 e approvazione del nuovo documento Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per la gestione integrata delle persone con diabete mellito dell'età adulta.
- **DECRETO 1337 del 28 giugno 2019** Integrazione di un Componente della commissione regionale per il diabete in età adulta. Modifica composizione della Commissione regionale per il diabete in età adulta
- **DECRETO 16 luglio 2019** Costituzione di un Gruppo di lavoro sull'obesità patologica.
- **Decreto Assessoriale N. 1438 del 23/12/2021:** Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025.
- **Decreto Assessoriale N. 1477 del 30/12/2021:** Soglie prescrittive per il triennio 2022-2024

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete è stato recepito in data 5 Agosto 2010.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.

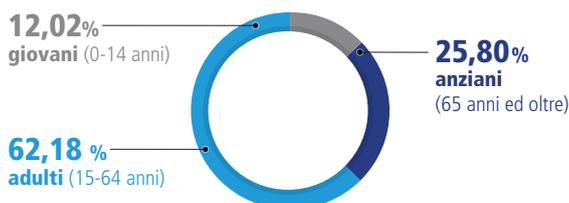
L'impatto del diabete in Toscana

5,6 cittadini su 100 si dichiarano diabetici in Toscana La Toscana è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile inferiore alla media nazionale. I tassi di ospedalizzazione per diabete non controllato, diabete con complicanze ed amputazione risultano nettamente migliori rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è piuttosto stabile fra il 2000 e il 2019, ha mostrato un miglioramento più marcato nei soggetti di sesso femminile e resta leggermente al di sotto della media nazionale per entrambi i sessi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 207.000

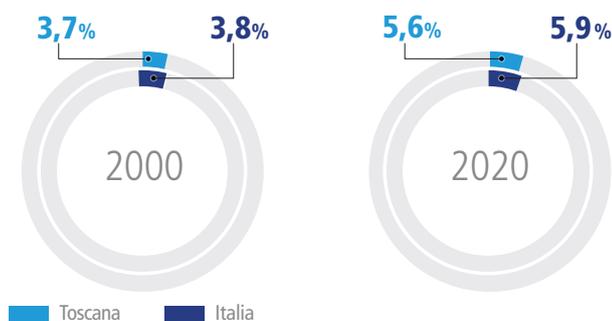
TOSCANA 3.692.865 abitanti
Provincia di Firenze (FI) 998.431 abitanti
FIRENZE 368.419 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



L'età media in Toscana (47,4) è superiore a quella nazionale (45,9). La speranza di vita alla nascita per i maschi (81,1) e per le femmine (85,3) è più alta della media nazionale (79,8 anni per i maschi e 84,5 anni per le femmine).

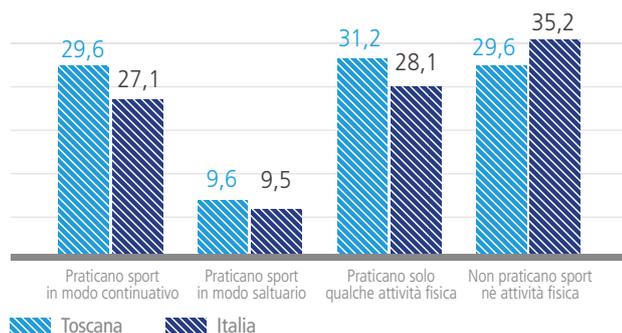
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



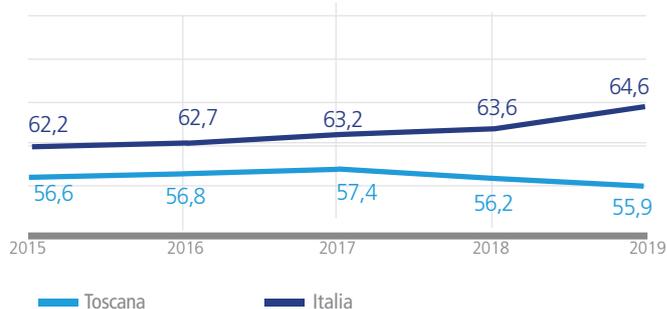
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



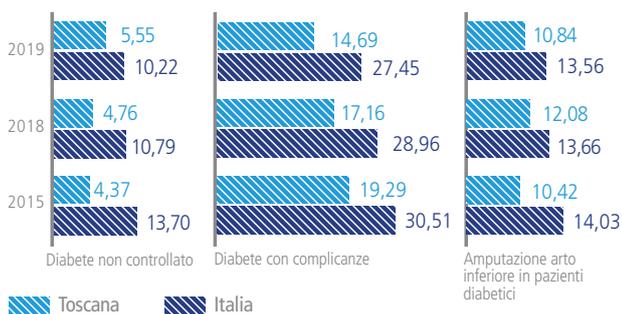
ATTIVITÀ FISICA (%)



CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale.

In TOSCANA il Piano Nazionale è stato recepito il 29 settembre 2014 dalla Giunta Regionale.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE TOSCANA ATTINENTE AL DIABETE

- **Delibera Regione Toscana N° 690 del 25 maggio 2015** Approvazione progettualità di cura della malattia diabetica in Regione Toscana e destinazione, ripartizione risorse finanziarie a favore delle Aziende Sanitarie toscane al fine di realizzare le progettualità di cura per la malattia diabetica.
- **Delibera Regione Toscana N° 799 del 29 settembre 2014** Recepimento RT PSN sul Diabete
- **Delibera N 733 del 01-09-2014** accordo di collaborazione per la distribuzione diretta di medicinali e ausili medici tramite le farmacie convenzionate
- **Protocollo Regione Toscana del 13 maggio 2014 rif DM 329/99** Esenzione x Terapia e Valutazione Dietetica
- **Delibera Regione Toscana N° 1059 del 9 dicembre 2013** Nuovo Tariffario Aziende USL - Certificato Patente
- **Delibera N 898 del 15-10-2012** Approvazione del documento "Percorso assistenziale e monitoraggio ostetrico del diabete gestazionale
- **Delibera Regione Toscana N° 920 del 28 ottobre 2011** Assistenza Integrata Diabete PDTA (Agg_to della 108 con Diabete in gravidanza)
- **Delibera Regione Toscana N° 112 del 20 febbraio 2012** Accordo x Farmaci a scuola e inserimento del bambino con diabete in ambito scolastico
- **Delibera N .108 del 28-02-2011 Consiglio Sanitario Regionale** - Linee organizzative attività diabetologiche e percorso assistenziale per il paziente con diabete – revoca delibera n. 662/2000 e sue successive modifiche ed integrazioni.
- **Delibera n. 1266 del 28/12/2009**, "Recepimento manifesto per i diritti della persona con diabete" e approvazione attività progettuale asl 10 Firenze Impegno e liquidazione 50% di spesa
- **Allegato Delibera n. 1266 del 28/12/2009** "Conoscere il diabete: campagna di informazione e prevenzione"
- **Decreto n. 6739 del 23/12/2009**, "Automonitoraggio glicemico: indicazioni"
- **Allegato al Decreto n. 6739 del 23/12/2009**, "Automonitoraggio glicemico: indicazioni" Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola Regione Toscana, 30 marzo 2009 Percorso sul diabete giovanile per favorire l'inserimento del bambino con diabete in ambito scolastico Regione Toscana, 30 marzo 2009
- **Deliberazione del 4 Agosto 2008, n.647**, "Approvazione elenco Ausili Medici previsto dallo schema di Protocollo d'Intesa di cui alla DGRT n 113/2006"
- **Deliberazione del 23 Giugno 2008, n.484**, "Assistenza sanitaria ai soggetti affetti da diabete mellito"
- **Delibera del 19 Giugno 2007, n.447** Integrazione D.G.R. n. 662 del 20/06/2000 "Approvazione linee organizzative dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente con diabete durante il ricovero ospedaliero
- **Delibera del 14 Maggio 2007, n.2226** CSR: Commissione per le Attività Diabetologiche: definizione funzioni e nomina componenti
- **Deliberazione 12 febbraio 2007, n. 99** - Indicazioni in merito alla collocazione dell'attività della Commissione diabetologica nell'ambito del Consiglio Sanitario Regionale
- **Decreto 10 marzo 2004, n. 1344** - Piano sanitario 2002-2004. Azione Programmata Diabete – Istituzione Registro Diabete. Individuazione Gruppo di lavoro
- **Delibera N.159 del 23-02-2004** - Assistenza sanitaria ai soggetti affetti da diabete mellito (nдр: sulla gratuità dell'educazione terapeutica)
- **Delibera n. 1304 del 9-12-2003** - Linee organizzative per la gestione del piede diabetico (liberamente tratto dal BURT).
- **Delibera C.R. n. 60/02 del 1-12-2003** - "Piano Sanitario Regionale 2002/2004": Programma per la formazione del "diabetico guida". (liberamente tratto dal BURT)
- **Delibera n ° 490 del 20-5-2002** - Linee guida per il conseguimento, la revisione o la conferma delle patenti di categoria A, B, BE e sotto-categorie ai soggetti affetti da diabete mellito
- **Delibera N.400 del 13-04-2001** - Assistenza ai diabetici. Direttive alle Aziende Sanitarie e revoca delibera GR n.965/1996.
- **Delibera N.390 del 13-04-2001** - Percorso assistenziale per il bambino-adolescente con diabete dal Centro di riferimento per l'età evolutiva al Centro di Riferimento per adulti.
- **Nota del 16-03-2001 prot. n.105/9832/05.01.08** - Rilascio della certificazione di idoneità allo sport agonistico a soggetti diabetici
- **Delibera N.662 del 20-06-2000** - Approvazione linee organizzative dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente con il diabete
- **Legge Regionale 22 marzo 1999, n. 14** - Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito, Regione Toscana
- **Piano Sanitario Regionale 1999/2001**
- **Legge Regionale N. 49 del 12 agosto 1989** - Norme concernenti la prevenzione e la cura del diabete mellito
- **PSSR 2012-2015 DGRT n°91** del 05 Novembre 2014
- **PRP 2014-2018 DGRT 1242** del 22.12.2014
- **DGRT n. 829 del 30 agosto 2016** Indicazioni per l'automonitoraggio glicemico per le persone con Diabete e l'utilizzo dei dispositivi per il monitoraggio in continuo del glucosio, dei sistemi di infusione continua dell'insulina e sistemi integrati glucosio, dei sistemi di infusione continua dell'insulina e sistemi integrati.
- **Decreto Dirigenziale n°13639 del 16 dicembre 2016** Indicazioni per l'utilizzo del sistema innovativo FGM "Flash Glucose Monitoring" ai sensi della delibera 829/2016
- **Delibera n° 1466 del 19 dicembre 2017** Nuovo accordo di collaborazione tra la Regione Toscana, Unione Regionale Toscana Farmacisti Titolari (FEDERFARMA TOSCANA) e la Confederazione Italiana Servizi Pubblici Enti Locali (CISPTEL TOSCANA) per la distribuzione diretta dei medicinali tramite le farmacie convenzionate.
- **Delibera n° 1515 del 27 dicembre 2017** Atto di proroga dell'accordo di collaborazione tra la regione Toscana, Federfarma Toscana e la Confederazione Italiana Servizi Pubblici enti locali (Cispel Toscana) relativo alla distribuzione di Ausili medici tramite le farmacie convenzionate.
- **Delibera n° 960 del 06 Settembre 2017** Percorso gestione ordini di farmaci e dispositivi medici. Prime determinazioni in applicazione dell'articolo 81 LR 40/2005.Revocapariale della DGR n 450/2015.
- **Delibera di Giunta Regionale n° 194 del 26 Febbraio 2018.** Percorso gestione ordini farmaci. Revoca DGR 960/2017
- **Delibera di Giunta Regionale n°457 del 01 Aprile 2019.** Percorso approvvigionamento ed utilizzo dei farmaci biologici nella Regione Toscana.
- **Delibera di Giunta Regionale n° 1321 del 28 Ottobre 2019.** Approvazione schema del nuovo Accordo di collaborazione tra la Regione Toscana, l'Unione Regionale Toscana Farmacisti Titolari (Federfarma Toscana) e la Confederazione Italiana Servizi Pubblici Enti Locali (Cispel Toscana) relativo alla distribuzione di dispositivi medici ed altri prodotti farmaceutici tramite le farmacie convenzionate.
- **Decreto Dirigenziale n° 247 del 09 Gennaio 2020.** Indicazioni per l'automonitoraggio della glicemia nelle persone con diabete
- **Delibera di Giunta Regionale n°5 del 07 Gennaio 2020.** Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per il Diabete nell'adulto. Modello di gestione integrata tra i medici di medicina generale e servizi di diabetologia. Aggiornamento Delibera GRT n. 108/2011- sostituzione del PDTA nell'adulto.

segue →

-
- **Decreto Dirigenziale n° 3594 del 11 Marzo 2020.** Approvazione modulistica di cui alla DGRT n. 177/2020 "Linee di indirizzo Regione Toscana in materia di sicurezza sociale per l'idoneità alla guida nelle persone con diabete".
- **Decreto n.9911 del 26/6/2020** "Indicazioni per la prescrizione dei sistemi di infusione continua di insulina e sistemi integrati per persone con diabete. approvazione modulistica"
-

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete le associazioni hanno, creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti. Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete è stato recepito in Toscana con DGR 1266 del 28.12.2009.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.

- DGRT n. 829 del 30 agosto 2016. Indicazioni per l'automonitoraggio glicemico per le persone con Diabete e l'utilizzo dei dispositivi per il monitoraggio in continuo del glucosio, dei sistemi di infusione continua dell'insulina e sistemi integrati.
- Decreto Dirigenziale n°13639 del 16 dicembre 2016
Indicazioni per l'utilizzo del sistema innovativo FGM "Flash Glucose Monitoring" ai sensi della delibera 829/2016
- Il Riferimento Normativo è la Delibera di Giunta Regionale n. 829 del 30 agosto 2016. Indicazioni per l'automonitoraggio glicemico per le persone con Diabete e l'utilizzo dei dispositivi per il monitoraggio in continuo del glucosio, dei sistemi di infusione continua dell'insulina e sistemi integrati.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

L'impatto del diabete nel Trentino

Provincia Autonoma
Trento

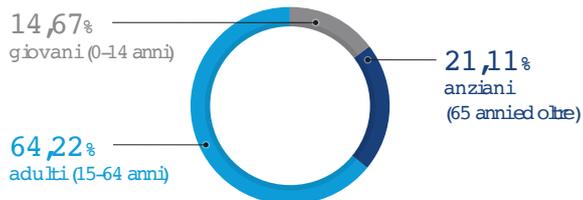
Nella PA di Trento il 4,5% della popolazione è affetto da diabete. I dati sulla prevalenza del diabete e dell'obesità infantile in questa Provincia Autonoma sono entrambi significativamente più bassi della media nazionale.

Tassi di ospedalizzazione per diabete non controllato e diabete con complicanze sono superiori al dato nazionale.

NUMERO DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE **24.000**

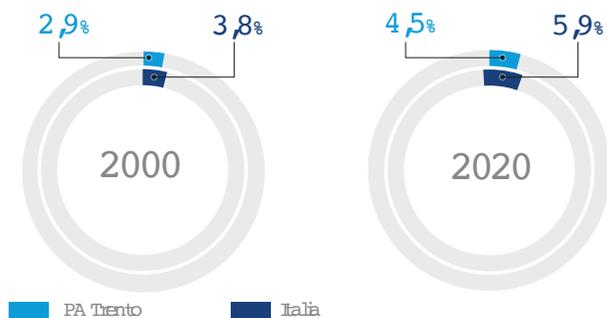
P.A. TRENTO (TN) 542.166 abitanti
TRENTO 118.879 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



La % di soggetti che praticano sport in maniera continuativa o saltuaria è più alta della media nazionale. La mortalità per diabete è tra le più basse d'Italia, sia per i maschi che per le femmine. La speranza di vita alla nascita per le donne è la più elevata in Italia (85,2) e anche per gli uomini si attesta a valori elevati (81,2).

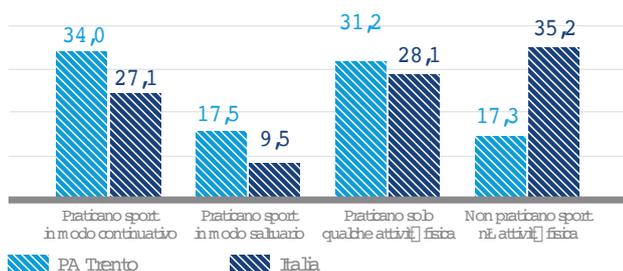
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



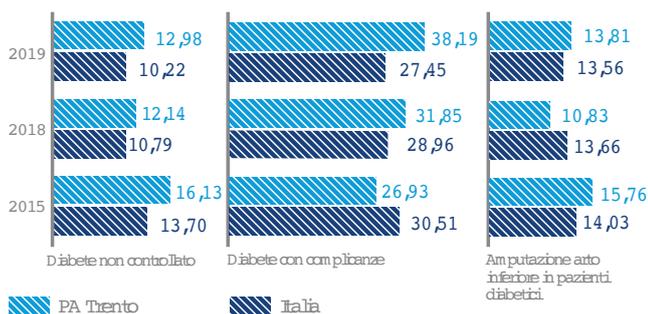
ATTIVITÀ FISICA (%)



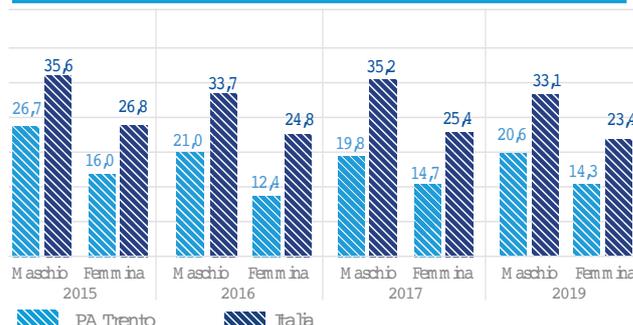
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale.

Nella P.A.di Trento il Piano Nazionale è stato recepito con delibera di giunta il 22 febbraio 2015.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE TRENINO ALTO ADIGE P.A. TRENTO ATTINENTE AL DIABETE

→ **P.A.Trento – Alto Adige – Deliberazione della Giunta Provinciale del 27 settembre 2010, n. 1602**

Approvazione dell'elenco aggiornato degli aghi per gli iniettori di insulina a penna per diabetici

→ **P.A.Trento – Alto Adige – Deliberazione della Giunta Provinciale 28 settembre 2009, n. 2408**

Approvazione dell'elenco aggiornato delle strisce reattive per la determinazione della glicemia nel sangue per diabetici

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

A livello regionale non è ancora stato creato un coordinamento/federazione delle associazioni.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete non è stato ancora recepito in Trentino Alto Adige.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

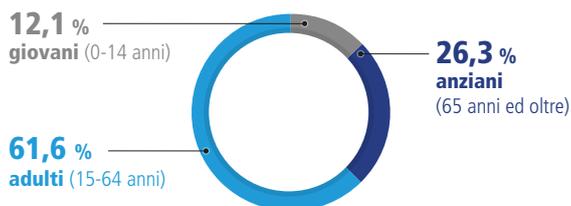
L'impatto del diabete in Umbria

Il 5,3% degli umbri si dichiara diabetico. La prevalenza dell'obesità infantile è superiore alla media nazionale. I tassi di ricovero per amputazione e per complicanze da diabete sono migliori rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è in crescita dal 2016 fra maschi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 46.000

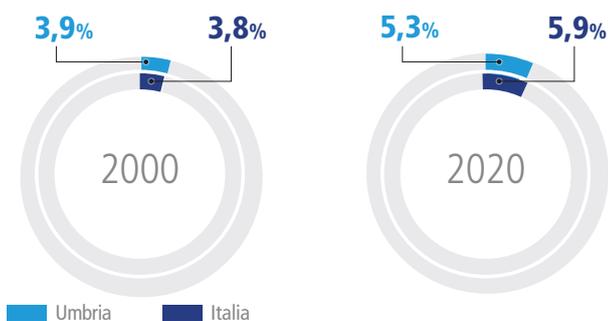
UMBRIA 865.452 abitanti
Provincia di Perugia (PG) 645.506 abitanti
PERUGIA 164.721 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

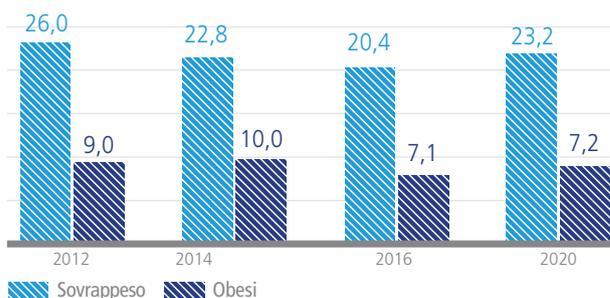


L'Umbria presenta un'età media superiore alla media nazionale (47,5 contro il 45,9). Sia la speranza di vita dei maschi che quella delle femmine sono superiori alla media italiana (rispettivamente per i maschi 81,2 contro 79,8 e per le femmine è pari a 85,7 contro 84,5).

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



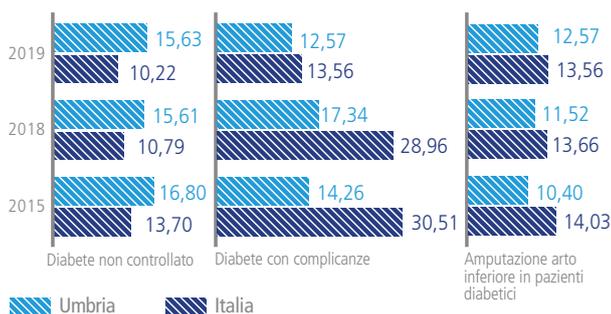
ATTIVITÀ FISICA (%)



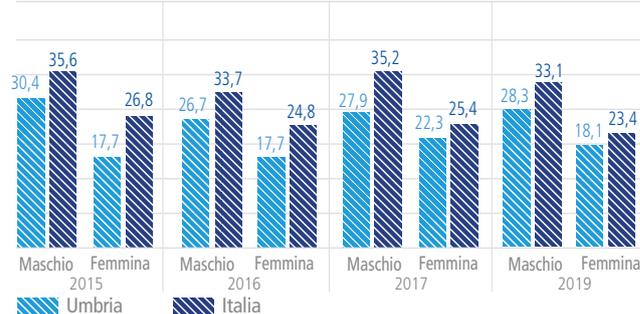
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia Diabetica (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale.
In UMBRIA il Piano Nazionale sulla malattia diabete è stato recepito con la DGR 631 del 19/06/2013.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE UMBRIA ATTINENTE AL DIABETE

- **Protocollo d'Intesa tra Regione e Coordinamento persone con Diabete dell'Umbria 27 Aprile 2015.**
- **DGR 28 Luglio 2014, n. 933** Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Regionale (PDTA).
- **DGR 19 Giugno 2013, n. 631** Regione Umbria. Linee vincolanti sulle modalità prescrittive delle scarpe ortopediche e dei plantari per pazienti affetti dalla complicanza Piede diabetico.
- **D.G.R. 26 luglio 2010, n. 1093** "Modalità di prescrizione, autorizzazione ed erogazione dei materiali e presidi erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale ai cittadini affetti da diabete mellito, ai sensi della legge 115/87"
- **Regolamento attuativo della L.115/87**, all'interno del Piano Sanitario Regionale (in attesa della nuova versione)
- **Delibera Giunta Regionale n° 705 del 27 Giugno 2016** Aggiornamento accordo regionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell'art. 8, comma 2, del D.Lgs 502/92 e s.m.i.
- **Delibera Regionale 17 marzo 1998** Alcuni protocolli indicativi per i servizi di diabetologia per le patenti di guida della Regione dell'Umbria.
- **Legge Regionale n°11 del 09 Aprile 2015** Approvazione Piano Sanitario Regionale.
- **Approvazione Prima Parte PRP 2014-2018** Deliberazione della Giunta regionale n. 1799 del 29.12.2014.
- **Approvazione Seconda Parte del PRP 2014-2018** Deliberazione n. 746 del 28/05/2015.
- **DGR N° 1411 del 05 dicembre 2016** Nuove modalità di prescrizione, autorizzazione ed erogazione dei dispositivi erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale alle persone affette da diabete mellito.
- **Delibera di Giunta Regionale n. 902 del 28 Luglio .2017**, Piano Nazionale della cronicità, recepito con DGR 28.12.2016, n. 1600. Determinazioni.
- **Protocollo d'intesa Febbraio 2019**. Somministrazione di farmaci a scuola.
- **Delibera di Giunta Regionale n. 635 del 08 Maggio 2019**, Piano Sanitario Regionale 2019-2021. Preadozione

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete non è stato ancora recepito in Umbria.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.

Il Riferimento Normativo regionale è la DGR N° 1411 del 05/12/2016. Nuove Modalità di prescrizione, autorizzazione ed erogazione dei dispositivi erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale alle persone affette da diabete mellito.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

L'impatto del diabete in Valle d'Aosta

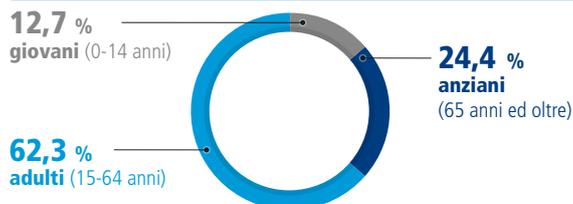
4,5 cittadini su 100 si dichiarano diabetici in Valle d'Aosta. La Valle d'Aosta è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile e del diabete inferiori alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è migliore nelle femmine ma in entrambi i sessi i valori sono ben al di sotto della media nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 6.000

**Provincia di Aosta (AO)
AOSTA**

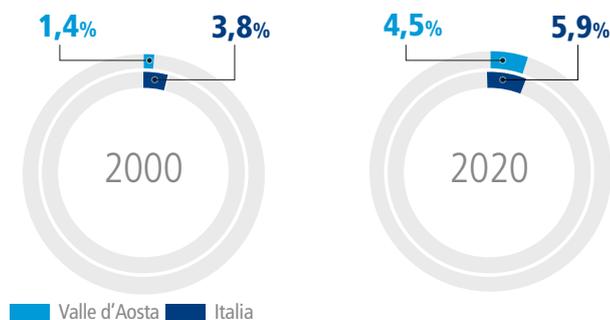
**124.089 abitanti
33.523 abitanti**

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE



La Valle d'Aosta presenta un'età media superiore alla media nazionale (46,6 contro 45,9). La speranza di vita dei maschi è inferiore alla media italiana (78,4 contro 79,8), mentre per le femmine è pari a 83,5 contro 84,5.

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



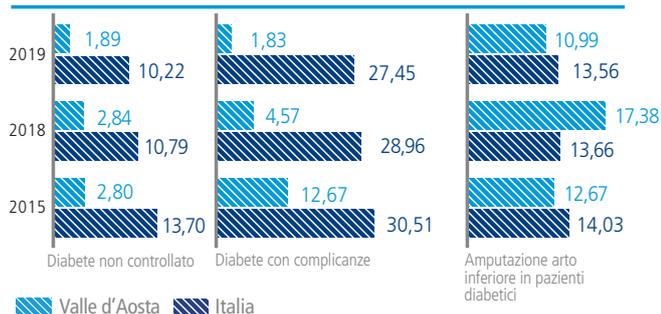
ATTIVITÀ FISICA (%)



CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale. In Valle d'Aosta il Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica non è stato ancora recepito.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE VALLE D'AOSTA ATTINENTE AL DIABETE

- **D.G.R. 1237/2005** quantitativi, prescrizione e distribuzione dei dispositivi medici
- **L.R. n. 13 del 20 giugno 2006** approvazione del Piano Regionale per la salute e il benessere sociale per il triennio 2006-2008
- **Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) resi dal servizio Sanitario Regionale (SSR)** ai sensi del decreto del Presidente Del Consiglio dei Ministri 29 Novembre 2001 e dell'art. 34 della legge 724/1994. revoca della DGR 931/2014.
- **Piano Regionale della Prevenzione 2016-2020**
- **Deliberazione n. 48 del 20 gennaio 2017**, Piano della performance 2017-2019 della Giunta regionale
- **DGR 343/2018** sull'utilizzo dei presidi per la misurazione della glicemia
- **DGR N. 841/2019 - Approvazione di risoluzione:** "Impegno del Governo regionale ad attivarsi per garantire ai pazienti minori affetti da diabete mellito la fornitura degli adeguati sistemi di monitoraggio per migliorarne la qualità della vita".

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete non è stato ancora recepito in Valle d'Aosta.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale. In Valle d'Aosta ci sono restrizioni per il rimborso di strisce e glucometri per l'auto-monitoraggio per i pazienti con diabete di tipo 2 (ad esempio pompe di insulina e accessori) o ad una soglia di reddito.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

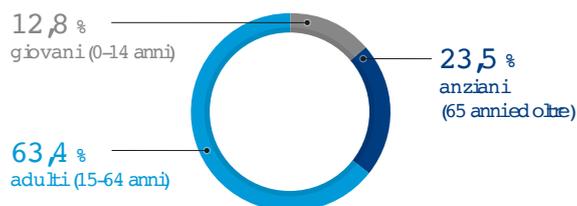
L'impatto del diabete nel Veneto

In Veneto il 5,7% della popolazione si dichiara diabetico. Il Veneto è una regione con una prevalenza del [obesità] infantile e del diabete inferiore alla media nazionale. Il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato e per diabete con complicanze mostrano dati peggiori rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è in diminuzione per gli uomini e nelle femmine dal 2017 e per entrambi i sessi al di sotto della media nazionale.

NUMERO DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 278.000

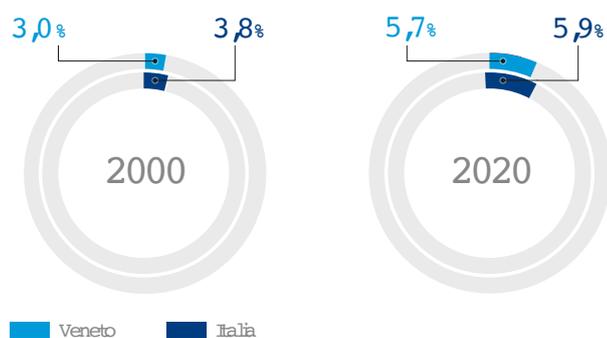
VENETO 4.869.830 abitanti
Provincia di Venezia (VE) 580.417 abitanti
VENEZIA 256.083 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

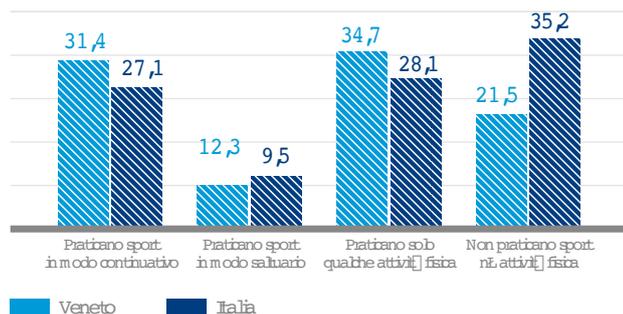


Il [età] media in Veneto (46,1) è leggermente superiore a quella nazionale (45,9). La speranza di vita per gli uomini (80,7) e le femmine (85,2) è anch'essa superiore alla media italiana (rispettivamente 79,8 e 84,5).

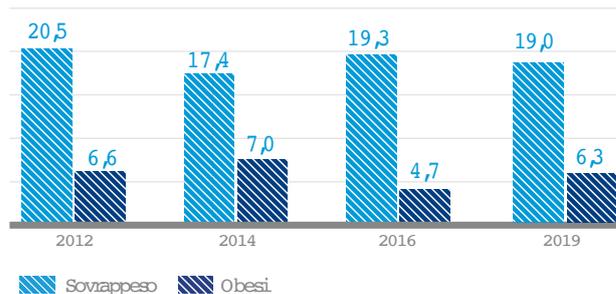
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



ATTIVITÀ FISICA (%)



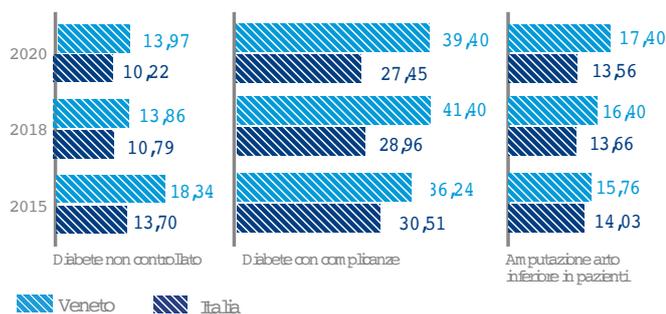
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE (maschi e femmine x 100.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale. In VENETO il Piano Nazionale è stato recepito il 9 gennaio 2013 dalla Giunta Regionale.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE VENETO ATTINENTE AL DIABETE

- **Deliberazioni della Giunta Regionale Veneta n. 3415 del 30 dicembre 2010**, "Obiettivo Prevenzione, Diagnosi e Cura del Diabete Mellito. Deliberazione della Giunta regionale n. 3485 del 17 novembre 2009."
- **Deliberazione della Giunta Regionale Veneta n. 3420 del 30 dicembre 2010, L. 28.08.1997, n. 284** «Disposizioni per la prevenzione della cecità e per la riabilitazione visiva e l'integrazione sociale e dei ciechi pluriminorati». Liquidazione contributi anno 2009"
- **Decreto DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE PIANI E PROGRAMMI SOCIO SANITARI n. 144 del 15 ottobre 2009**, Attuazione art. 53 L.R. 19 febbraio 2007, n. 2. Contributo a sostegno delle attività del Centro regionale di diabetologia pediatrica. Anno 2009.
- **Deliberazioni della Giunta Regionale Veneta N. 1798 del 16 giugno 2009**, "Erogazione di dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione di soggetti affetti da diabete mellito"
- **Deliberazioni della Giunta Regionale Veneta n. 849 del 31 marzo 2009**, "1° Conferenza Regionale Diabete. Progetto Obiettivo " Diabete. Gruppo tecnico regionale. Riconoscimento spese"
- **Decreto D.D.PPS.S. Reg. Veneto N. 172 del 28 novembre 2008**, "Determinazione della codifica unica regionale delle condizioni di esenzione[...] Aggiornamento codifica a dicembre 2008"
- **Deliberazioni della Giunta Regionale Veneta N. 2165 del 08 agosto 2008**, "1° Conferenza Regionale Diabete."
- **Decreto D.D.PPS.S. Reg. Veneto N. 104 del 12 dicembre 2007**, "Determinazione della codifica unica regionale delle condizioni di esenzione[...] Aggiornamento codifica a dicembre 2007"
- **DGR n°222 del 6 marzo 2018**, centri di riferimento Regionali Padova, Verona, Rovigo, Vicenza e Treviso
- **Applicazione dell'art. 32 comma 1 lettera a) della L. 472/99 e dell'art. 3 della L. 85/01** in materia di accertamento sanitario relativo al rilascio della patente di guida ai soggetti affetti da diabete, Giugno 2001
- **Nota della Regione Veneto prot. n. 6265/20240 del 21.04.2000** - Modalità di prescrizione ed erogazione dei presidi destinati ai pazienti diabetici
- **Delibera n. 759 del 14 maggio 2015**, PDTA Regionale per la Gestione Integrata della Persona con diabete di tipo 2

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

In linea con il Piano Nazionale sulla malattia diabete, le associazioni hanno creato un coordinamento regionale delle associazioni Pazienti.

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete non è stato ancora recepito in Veneto.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2020
ISTAT indicatori demografici 2021
ISTAT attività fisica 2020
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

Difformità regionali nell'accesso alle cure

Antonio Nicolucci
CORESEARCH



Introduzione

Un importante indicatore del rispetto dei principi di equità e universalità delle cure erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è rappresentato dall'accesso ai nuovi farmaci. Ai cittadini italiani deve infatti essere garantito il diritto di accedere, nello stesso tempo e sull'intero territorio nazionale, alle cure rimborsate dal SSN, nel rispetto delle indicazioni terapeutiche. Tuttavia, le disparità regionali nell'assistenza rimangono una questione ancora aperta per il SSN. Come conseguenza di profonde riforme quali il federalismo fiscale con la modifica del Titolo V della Costituzione, si sono progressivamente consolidate incoerenze e difformità fra le Regioni nel meccanismo di accesso alle cure, che contrastano con i principi ispiratori del SSN. Infatti, si è affermata la tendenza a definire a livello centrale i vincoli di risorse, mentre la responsabilità della spesa è stata delegata alle Regioni e agli Enti locali. I tetti di spesa farmaceutica imposti alle Regioni hanno condotto di fatto ad una politica farmaceutica diversificata tra le Regioni italiane. Queste ultime, essendo direttamente responsabili del ripiano degli sforamenti di budget, possono essere indotte a recepire in ritardo i nuovi farmaci immessi sul mercato, spesso ad alto costo, attraverso il filtro dei Prontuari Terapeutici Regionali o le procedure di acquisto. Come conseguenza di questa situazione, si è spesso verificato che nuovi farmaci presenti in una Regione non potessero essere prescritti nello stesso momento in un'altra, penalizzando i cittadini che ivi risiedono ed impedendo ai clinici di fare ricorso all'innovazione terapeutica.

Il percorso di immissione in commercio di un nuovo farmaco prevede diversi passaggi. L'azienda farmaceutica presenta all'AIFA un dossier che viene valutato dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) e dal Comitato Prezzi e Rimborso (CPR). Segue la fase di negoziazione prezzi e definizione dei criteri di rimborsabilità, stabiliti i quali, dopo ratifica da parte del Consiglio di Amministrazione, si procede alla loro pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale. Il tempo medio fra la presentazione del dossier ad AIFA e la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale è di circa 14 mesi.

A questo punto, hanno inizio le procedure di approvazione a livello delle singole Regioni. Tuttavia, diversi fattori entrano in gioco nell'iter di approvazione, con una estrema variabilità sia delle procedure in essere, sia delle tempistiche per giungere alla disponibilità del farmaco per il paziente.

Le procedure regionali per l'accesso ai nuovi farmaci

Recentemente è stata condotta una indagine volta a descrivere le procedure regionali per l'accesso ai nuovi

farmaci, con specifico focus sui trattamenti per il diabete, e quindi per i farmaci in fascia A a distribuzione territoriale (A-PHT) [1].

Le informazioni relative agli aspetti procedurali sono state desunte dai documenti ufficiali delle singole Regioni e, laddove tali documenti non fossero disponibili, da una indagine condotta fra addetti ai lavori (sette clinico e farmaceutico). Sono stati indagati i seguenti aspetti: chi sia in carico dell'inoltro della richiesta alla commissione regionale/centro acquisti (azienda farmaceutica, clinico o altro), esistenza di un prontuario terapeutico regionale (PTR), esistenza di una commissione PTR, presenza di un diabetologo nella commissione, canale di distribuzione del farmaco (modalità diretta, per conto, convenzionata), necessità di inserimento del prodotto in un sito web per la prescrizione.

Per quanto riguarda le modalità di distribuzione, con la modalità diretta (DD) è il Sistema Sanitario Regionale (SSR) che acquista direttamente il farmaco dall'industria e poi lo distribuisce ai pazienti attraverso le sue strutture, come i servizi farmaceutici territoriali. La dispensazione per conto (DPC) è una modalità che prevede che i farmaci vengano acquistati direttamente dalle ASL e distribuiti attraverso le farmacie che si trovano sul territorio. In questo caso, il SSR stipula con le farmacie private dei contratti per la distribuzione per conto, per far dispensare il farmaco dalle farmacie private, concordando per questo servizio un compenso calmierato. Questo sistema di distribuzione permette ai pazienti di ritirare i farmaci vicino a casa, senza doversi recare ogni volta presso strutture ospedaliere più lontane. Infine, nella modalità di distribuzione farmaceutica convenzionata (DC) è il farmacista ad acquistare il farmaco per poi distribuirlo al paziente, venendo successivamente rimborsato dal SSR a norma di legge, in base a una percentuale sul prezzo del medicinale.

Risultati dell'indagine

I diversi processi influiscono sulla durata complessiva dell'iter autorizzativo. In alcuni casi, come ad esempio in Lombardia, in cui non è presente un PTR, il dossier del farmaco viene inviato dall'azienda farmaceutica al Servizio Farmaceutico Regionale che, stabiliti i termini di accesso e la lista dei prescrittori, emana una circolare di recepimento e fissa le modalità di acquisto. In questi casi, l'accesso al farmaco da parte dei cittadini viene garantito di solito entro un mese. In altre Regioni sono presenti aspetti procedurali molto più complessi, che determinano un prolungamento a volte marcato dei tempi di approvazione. Ad esempio, in Sardegna e in Calabria la richiesta di inserimento del farmaco nel PTR deve essere a carico di un clinico e deve essere indirizzata

ad una commissione locale, la quale a sua volta invia la richiesta alla commissione regionale. Quest'ultima stabilisce le modalità di distribuzione/acquisto, aggiorna il PTR e ne pubblica la versione rivista. L'intero processo avviene in un tempo generalmente compreso fra i 6 e i 12 mesi.

Una sintesi dei risultati della survey è riportata in tabella.

Complessivamente, un PTR è presente in 10 regioni, ed in via di deliberazione in Toscana. L'inserimento nel PTR è vincolante per l'accesso al farmaco in 7 Regioni. Fra le Regioni che prevedono una commissione per il PTR, un diabetologo è presente fra i membri della commissione in due Regioni (Basilicata e Emilia Romagna); in Veneto, un diabetologo fa parte della Commissione Tecnica Regionale del Farmaco.

Nella maggior parte delle Regioni, l'invio della documentazione sul farmaco spetta all'azienda farmaceutica, nelle restanti è a carico di un clinico o, nel caso dell'Emilia Romagna, della Segreteria Scientifica della Commissione Regionale del Farmaco.

Anche dopo la fine dell'iter autorizzativo, le modalità di distribuzione del farmaco possono svolgere un ruolo importante. Infatti, la distribuzione diretta richiede una rete capillare ed efficiente, in assenza della quale l'accesso al farmaco può essere difficoltoso per i cittadini che vivono a distanza dal centro di distribuzione. Per quanto riguarda il canale di distribuzione del farmaco, in 7 Regioni è prevista fin dal primo momento la DPC, in 7 Regioni è presente una fase iniziale di distribuzione diretta cui segue la DPC, in 5 Regioni la DPC è preceduta da distribuzione convenzionata, mentre in Emilia Romagna è contemplata la sola DD. I tempi di attivazione della DPC risultano estremamente variabili fra le diverse Regioni, potendo oscillare da 1-2 mesi a oltre 12 mesi. Infine, in 7 Regioni il prodotto deve essere inserito su un sito web per consentirne la prescrizione. Il tempo per l'inserimento oscilla da pochi giorni fino a 2 mesi.

Conclusioni

In aggiunta ai tempi, spesso molto lunghi, che trascorrono fra il deposito del dossier di autorizzazione e valutazione presso l'EMA e la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, le procedure regionali di recepimento dilatano ulteriormente, ed in modo non uniforme, il tempo necessario per l'effettiva disponibilità di una nuova terapia. Esiste pertanto una forte necessità di snellire e rendere omogenee tali procedure.

Fra le regioni più celeri nel garantire l'accesso del paziente alle nuove terapie, troviamo Lombardia e Veneto, Regioni che non presentano Prontuario Terapeutico e che adottano un iter più snello. Oggi, nella maggior parte delle Regioni, i Prontuari Terapeutici

hanno carattere vincolante e determinano sostanziali ritardi a danno dei pazienti, che in qualche caso devono aspettare più di due anni dall'approvazione dell'EMA, per accedere ai nuovi farmaci. Si creano di fatto situazioni in cui l'accesso a una terapia è possibile per pazienti di una Regione ma non per quelli di una Regione contigua. Le disparità di accesso da parte dei cittadini sono state più volte sottolineate dalle associazioni dei diritti del malato, che hanno ripetutamente denunciato la mancanza di omogeneità sul territorio nazionale della disponibilità di farmaci, determinando di fatto una difformità dei LEA sull'assistenza farmaceutica [2].

Una ulteriore fonte di possibile disagio per i pazienti è rappresentata dai tempi, che possono superare anche i 12 mesi, per l'attivazione della distribuzione per conto. La distribuzione diretta può infatti comportare difficoltà di accesso, soprattutto da parte di soggetti anziani o fragili o per pazienti che non vivano nelle prossimità dei centri di dispensazione.

Le problematiche relative alle difformità regionali di accesso ai nuovi farmaci sono state evidenziate soprattutto in ambito oncologico, dove la necessità di avere disponibili nuove risorse terapeutiche è sempre stata particolarmente sentita. Tuttavia, il problema è sempre più rilevante anche per altre condizioni patologiche. Il diabete mellito rappresenta una cronicità per la quale negli ultimi anni sono stati compiuti enormi progressi terapeutici e tecnologici, in grado di migliorare sostanzialmente la storia naturale della malattia e la qualità di vita dei pazienti, grazie ad una significativa riduzione delle complicanze acute e croniche. Nonostante l'accumularsi di evidenze scientifiche inoppugnabili riguardo l'efficacia e la sicurezza di nuove classi di farmaci, quali ad esempio gli inibitori di SGLT2 e gli agonisti recettoriali del GLP-1 [3-5], queste classi di farmaci sono state rese disponibili in tempi molto variabili fra le varie Regioni, e spesso con accesso normato, come documentato da un'indagine condotta dalla Società Italiana di Diabetologia [6]. Questo può aver contribuito, assieme alla necessità di piani terapeutici e in alcuni casi alle modalità di distribuzione, all'uso ancora limitato dei nuovi farmaci, nonostante le chiare raccomandazioni delle linee guida nazionali ed internazionali.

Le problematiche di accesso ai nuovi farmaci rappresentano una delle barriere di sistema implicate nell'inerzia terapeutica, intesa come mancata o ritardata intensificazione terapeutica in presenza di un insoddisfacente controllo metabolico [7]. L'inerzia terapeutica ha importanti ricadute cliniche, sociali ed economiche e si configura come fenomeno multifattoriale al quale contribuiscono pazienti, medici e sistema sanitario. In particolare, le barriere di sistema comprendono i modelli di governance, di assistenza, la resistenza a terapie dal valore terapeutico

aggiunto e le restrizioni di budget dedicato al diabete a livello nazionale e regionale.

È importante sottolineare che questa analisi fa riferimento alle procedure regionali in atto in epoca pre-Covid19 e che l'emergenza ha determinato una revisione delle modalità di accesso alle prescrizioni e alla distribuzione dei farmaci, con l'attivazione di sistemi di telemedicina, l'interruzione della distribuzione diretta presso le farmacie ospedaliere e la dematerializzazione delle prescrizioni. È auspicabile che le soluzioni adottate per facilitare l'accesso ai farmaci rimangano in vigore anche dopo il superamento della fase emergenziale. L'attuazione sistematica di nuove modalità prescrittive e distributive potrebbe essere facilitata dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che apre nuovi scenari con vincoli economici di budget meno stringenti ed enfasi sulla territorialità e la digitalizzazione.

Il ruolo sempre più importante dei nuovi farmaci (SGLT2i e GLP1-RA) sia nelle fasi precoci della storia naturale del diabete che nei pazienti con malattia cardiovascolare accertata è enfatizzato anche dalle nuove linee guida SID-AMD pubblicate nel Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità nel luglio 2021 [4], che di converso sconsigliano l'impiego di farmaci insulino-secretagoghi. I nuovi indirizzi terapeutici, assieme alle importanti evidenze di efficacia sulla malattia renale e lo scompenso cardiaco anche in assenza di diabete mellito, allargano la platea di soggetti che possono beneficiare dei nuovi farmaci e ne estendono la prescrivibilità ad altri specialisti (nefrologi/cardiologi). Inoltre, la recente nota AIFA 100 allarga ai Medici di Medicina Generale la possibilità di prescrivere queste classi terapeutiche. Tutto questo potrebbe portare, in assenza di modifiche alle regole vigenti nelle diverse regioni, ad ulteriori difficoltà di accesso e ad una esacerbazione delle disuguaglianze. In conclusione, risulta evidente la necessità di superare le disparità evidenziate attraverso una omogeneizzazione delle procedure regionali di accesso ai nuovi farmaci. Questo può avvenire utilizzando come modello di riferimento quelle Regioni che hanno abolito i prontuari terapeutici regionali e semplificando le procedure così da favorire delle modalità distributive che possano venire incontro alle esigenze dei pazienti.

Referenze

1. Nicolucci A, Caputi A. Diffomità regionali di accesso ai nuovi farmaci per il diabete a distribuzione territoriale. *JAMD* 24:257-263, 2021.
2. Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato. Indagine civica sul grado di accesso ai farmaci innovativi. https://www.cittadinanzattiva.it/files/primo_piano/salute/INDAGINE-CIVICA-SUL-GRADO-DI-ACCESSO-AI-FARMACI-INNOVATIVI.pdf.
3. American Diabetes Association. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. *Diabetes Care* 43(Suppl 1):S98-S110, 2020.
4. Buse JB, Wexler DJ, Tsapas A, Rossing P, Mingrone G, Mathieu C, D'Alessio DA, Davies MJ. 2019 Update to: Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 43:487-493, 2020.
5. Linea Guida della Società Italiana di Diabetologia (SID) e dell'Associazione dei Medici Diabetologi (AMD). La terapia del diabete mellito di tipo 2. https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/07/LG_379_diabete_2.pdf.
6. Indagine della Società Italiana di Diabetologia (SID) sulle differenze regionali nell'accesso a farmaci, presidi e servizi per la persona con diabete. <https://www.siditalia.it/clinica/linee-guida-societari/send/80-linee-guida-documenti-societari/4717-indagine-sid-differenze-regionali>.
7. A. Nicolucci, P. Di Bartolo, D. Mannino, C. Rossi, F. Spandonaro, S. Frontoni. L'inerzia clinica nel diabete tipo 2: un fenomeno multifattoriale al quale contribuiscono pazienti, medici e sistema sanitario. *Italian Health Policy Brief*. Anno IX, Speciale 2019. <https://altis-ops.it/linerzia-clinica-nel-diabete-tipo-2-quali-risultato-multifattoriale-al-quali-contribuiscono-pazienti-medici-e-sistema-sanitario/>

Tabella 1 - Riassuntiva struttura e procedure presenti nelle diverse Regioni per l'accesso ai nuovi farmaci per il diabete a distribuzione territoriale.

| Struttura/Procedura | Dettagli |
|---|--|
| PTR/PTOR | Presente in 10 regioni (in via di deliberazione in un'ulteriore regione) |
| PTR vincolante per l'accesso | PTR vincolante in 7 regioni |
| Commissione PTR | Presente in 9 regioni |
| Numero riunioni/anno della commissione PTR | Da un minimo di 2 a un massimo di 12 |
| Diabetologo in commissione PTR | Presente in 3 regioni |
| Invio documentazione farmaco | A carico dell'azienda farmaceutica in 15 regioni |
| Canale di distribuzione del farmaco | DD poi DPC in 7 regioni Convenzionata poi DPC in 5 regioni DPC in 7 regioni DD in una regione |
| Stima tempi di attivazione DPC | Da un minimo di 1 mese a un massimo di 2 anni |
| Inserimento prodotto su sito web per prescrizione | Richiesto in 7 regioni |
| Stima tempi per inserimento su sito web | Da meno di una settimana a 2 mesi |

Tabella 2. Struttura e procedure presenti nelle diverse Regioni per l'accesso ai nuovi farmaci per il diabete a distribuzione territoriale. Regioni sopra i 5 milioni di abitanti

| REGIONE | PRESENZA PTR | PRESENZA PTR VINCOLANTE PER L'ACCESSO | COMMISSIONE PTR | NUMERO RIUNIONI ANNO |
|-----------|--|---------------------------------------|-----------------|----------------------|
| LOMBARDIA | NO | | | |
| LAZIO | NO | | | |
| CAMPANIA | SI, PTOR (Farmaci A-PHT inseriti in automatico appena recepita la GU) | | SI PTOR | 2 |

Tabella 3. Canale di distribuzione e modalità prescrittive nelle diverse Regioni per i nuovi farmaci per il diabete a distribuzione territoriale-Regioni sopra i 5 milioni di abitanti

| REGIONE | CANALE DI DISTRIBUZIONE | STIMA ATTIVAZIONE DPC * | INSERIMENTO FARMACO SITO WEB PER PRESCRIZIONE | STIMA TEMPI INSERIMENTO SITO WEB |
|-----------|---|-----------------------------------|---|----------------------------------|
| LOMBARDIA | Convenzionata, poi DPC sulla base dell'accordo con Federfarma | Dipende da accordi con Federfarma | SI, non vincolante | 15-30 gg |
| LAZIO | DPC | 6 MESI | NO | NO |
| CAMPANIA | DD poi DPC | Dopo Gara Soresa (8-12 mesi) | SI | Dopo richiesta dei singoli |

Tabella 4. Struttura e procedure presenti nelle diverse Regioni per l'accesso ai nuovi farmaci per il diabete a distribuzione territoriale -Regioni dai 3 ai 5 milioni di abitanti

| REGIONE | PRESENZA PTR | PRESENZA PTR VINCOLANTE PER L'ACCESSO | COMMISSIONE PTR | NUMERO RIUNIONI ANNO |
|----------------|-------------------------|---------------------------------------|--|---|
| VENETO | NO | | NO | Mensili (commissione tecnico del Farmaco) |
| SICILIA | SI | SI | NO (gestito dal servizio della farmaceutica dell'Assessorato) | Mensili |
| EMILIA ROMAGNA | SI | SI | Commissione Regionale del Farmaco che si avvale di sotto commissioni per patologia | Mensili |
| PIEMONTE | PTOR non più attivo | | | |
| PUGLIA | SI | SI | Mensili | |
| TOSCANA | In via di deliberazione | | | |

Tabella 5. Canale di distribuzione e modalità prescrittive nelle diverse Regioni per i nuovi farmaci per il diabete a distribuzione territoriale-Regioni dai 3 ai 5 milioni di abitanti

| REGIONE | CANALE DI DISTRIBUZIONE | STIMA ATTIVAZIONE DPC * | INSERIMENTO FARMACO SITO WEB PER PRESCRIZIONE | STIMA TEMPI INSERIMENTO SITO WEB |
|----------------|--|-------------------------|---|---|
| VENETO | DPC | 1-2 mesi | Si | 10 gg dopo DPC |
| SICILIA | DPC | 2-3 mesi | No | |
| EMILIA ROMAGNA | DD | Variabile | NO | NO |
| PIEMONTE | DPC se >60 giorni per l'attivazione si aprirebbe convenzionata | < 60 g | NO | |
| PUGLIA | DPC | < 60 gg | SI | 3-4 gg dopo emanazione circolare individuazione centri prescrittori |
| TOSCANA | Convenzionata poi DPC | entro 1 mese | SI | entro 1 mese |

* Stima basata sullo storico ultimi 3-4 anni.

Tabella 6 . Struttura e procedure presenti nelle diverse Regioni per l'accesso ai nuovi farmaci per il diabete a distribuzione territoriale-Regioni dai 1 ai 3 milioni di abitanti

| REGIONE | PRESENZA PTR | PRESENZA PTR VINCOLANTE PER L'ACCESSO | COMMISSIONE PTR | NUMERO RIUNIONI ANNO |
|---------------------------|--------------|---------------------------------------|-----------------|----------------------|
| CALABRIA | SI | SI | SI | 3 |
| SARDEGNA | SI | SI | SI | 4/5 |
| LIGURIA | NO | | | |
| MARCHE | SI | SI | SI | 4 |
| ABRUZZO | NO | | | |
| FRIULI VG | NO | | | |
| TRENTINO AA PA TN e BZ | NO | | | |

Tabella 7 Canale di distribuzione e modalità prescrittive nelle diverse Regioni per i nuovi farmaci per il diabete a distribuzione territoriale-Regioni dai 1 ai 3 milioni di abitanti

| REGIONE | CANALE DI DISTRIBUZIONE | STIMA ATTIVAZIONE DPC * | INSERIMENTO FARMACO SITO WEB PER PRESCRIZIONE | STIMA TEMPI INSERIMENTO SITO WEB |
|---------------------------|--|--|--|----------------------------------|
| CALABRIA | DD poi DPC | 12/14 mesi | NO | NO |
| SARDEGNA | DD poi DPC | da 2 a 6 | In sviluppo, non vincolante | In fieri |
| LIGURIA | Il farmaco può essere distribuito da subito in DD con piano terapeutico online aggiornato (45 gg). Contestuale richiesta di inserimento lotto dedicato nella prima gara utile CRA (Centrale Regionale di Acquisto). Nel frattempo possibilità di acquisto con procedura negoziata o accordi ponte. | In attesa di valutazione della commissione DPC e inserimento nell'elenco DPC regione (un anno) | SI, vincolante (ogni ASI ha un proprio sistema gestionale web) | 1-2 mesi, variabile per ASL |
| MARCHE | DD poi DPC | Da 3 mesi a due anni | NO | |
| ABRUZZO | DD poi DPC | 6-12 mesi | NO | |
| FRIULI VG | DPC | 1,5 mesi | SI, con DPC | 10 gg dopo DPC |
| TRENTINO AA PA TN e BZ | Bolzano -Convenzionata poi DPC Trento - DPC | Bolzano - 2 mesi dopo prima Prescrizione Trento - 1,5 Mesi | Bolzano -SI, con DPC Trento - NO | Bolzano -10 gg dopo DPC |

* Stima basata sullo storico ultimi 3-4 anni.

Tabella 8 . Struttura e procedure presenti nelle diverse Regioni per l'accesso ai nuovi farmaci per il diabete a distribuzione territoriale - Regioni da 100 mila ai 1 milioni di abitanti

| REGIONE | PRESENZA PTR | PRESENZA PTR VINCOLANTE PER L'ACCESSO | COMMISSIONE PTR | NUMERO RIUNIONI ANNO |
|-----------------------------------|--------------|---------------------------------------|-----------------|----------------------|
| UMBRIA | SI | SI | SI | 3 |
| BASILICATA | SI | NO | SI | 3 |
| MOLISE | SI | NO | SI | 2 |
| VAL D'AOSTA Opera con Piemonte | | | | |

Tabella 9 . Canale di distribuzione e modalità prescrittive nelle diverse Regioni per i nuovi farmaci per il diabete a distribuzione territoriale-Regioni da 100 mila ai 1 milioni di abitanti

| REGIONE | CANALE DI DISTRIBUZIONE | STIMA ATTIVAZIONE DPC * | INSERIMENTO FARMACO SITO WEB PER PRESCRIZIONE | STIMA TEMPI INSERIMENTO SITO WEB |
|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------------|--|----------------------------------|
| UMBRIA | DPC | 3 mesi da inserimento nel PTR | Il diabetologo compila PT Prescrizione da MMG tramite accesso sito web | Contestuale alla attivazione DPC |
| BASILICATA | Convenzionata poi DPC | 2 mesi | No | |
| MOLISE | Convenzionata poi DPC | 3 mesi | | |
| VAL D'AOSTA Opera con Piemonte | | | | |

* Stima basata sullo storico ultimi 3-4 anni.



L'impatto economico del diabete in Italia

Daniela d'Angela

*C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma
Tor Vergata*

Barbara Polistena

*C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma
Tor Vergata*

Federico Spandonaro

*Università Telematica San Raffaele,
C.R.E.A. Sanità*

Davide Lauro

Policlinico Tor Vergata



Secondo l'International Diabetes Federation, 2015, le spese mediche per i pazienti con DM sono tre volte superiori rispetto alla popolazione generale senza DM. A livello mondiale, l'IDF ritiene, probabilmente sottostimando i costi, che 673 miliardi di dollari (12% della spesa per la salute a livello globale) siano stati spesi per trattare il DM e le complicanze sia croniche che acute ad esso correlate (International Diabetes Federation, 2015).

In Italia il carico dei costi diretti dei malati di diabete è stato stimato ammontare (nel 2010) a circa € 7,9 mld. annui, più alti di quelli della Spagna (€ 5,4 mld.) ma inferiori a quelli di Germania (€ 43,2 mld.), Regno Unito (€ 20,2 mld.) e Francia (€ 12,9 mld.). Per quanto riguarda i costi indiretti, considerando ad esempio quelli dovuti ad assenza o ritiro anticipato dal lavoro e quelli per i benefits sociali, nel nostro Paese essi ammonterebbero a € 12,6 mld. (€ 37,9 miliardi in Germania, € 17,6 in Spagna, € 17,3 nel Regno Unito, € 12,9 in Francia). Secondo il Report 2019 dell'Osservatorio ARNO-CINECA, quasi tutta la popolazione diabetica riceve costantemente prescrizioni farmacologiche dal SSN (il 96% riceve almeno un farmaco per il DM o per altre patologie), e il numero annuo di confezioni prescritte è circa doppio rispetto alla popolazione non diabetica corretta per età (74 contro 31 confezioni/anno). Circa l'83% dei diabetici riceve, inoltre, almeno una prestazione specialistica rimborsata dal SSN (visita, esame di laboratorio o strumentale, trattamento ambulatoriale); le prestazioni prescritte sono maggiori nei diabetici, + 53% rispetto ai non diabetici (42 contro 27 ogni anno). Nella popolazione diabetica 1 paziente su 6 è ricoverato almeno 1 volta l'anno: l'89% dei ricoverati entra in ospedale per almeno un ricovero ordinario e il 16% per almeno un ricovero in Day Hospital; il tasso di ricovero ordinario nei diabetici è più del doppio rispetto a quello dei non diabetici (235 contro 99 per 1.000 persone) e il numero medio dei ricoveri nei diabetici è del 15% più alto rispetto ai non diabetici; anche la degenza media è superiore nei diabetici, di circa 1,5 giorni.

In termini di spesa, quella pro-capite complessiva media per il monitoraggio e per la cura della malattia diabetica è di circa 2.800 euro, più del doppio di un non diabetico (Osservatorio ARNO-CINECA, Report 2019).

In particolare, per oltre la metà è attribuibile ai ricoveri; gli altri costi sono per il 16% imputabili alla assistenza specialistica, per il 31% ai farmaci diversi dagli ipoglicemizzanti e per il 9% ai farmaci ipoglicemizzanti sia orali che iniettivi e il 4% ai dispositivi (Osservatorio ARNO-CINECA, Report 2019).

In sintesi, un recente studio condotto sulla popolazione

dell'Osservatorio ARNO Diabete, riporta un'incidenza del diabete in Italia pari a 5,83 per 1.000 persone/anno (Bonora et al. NMCD 2021), da cui se ne deriverebbe che l'incidenza del DM sulla popolazione italiana sia di oltre 300.000 persone; in termini di prevalenza, nel 2021 le persone che dichiarano di essere affette da diabete (Istat) in Italia sarebbero più di 3,5 milioni, con una prevalenza più che raddoppiata negli ultimi decenni. L'incremento del numero di pazienti con diabete in Italia può essere dovuto a diverse cause, quali l'invecchiamento della popolazione, il miglioramento delle cure e il conseguente allungamento della vita per i pazienti, l'aumentata prevalenza dell'obesità.

A fronte dei dati sopra esposti, per la patologia si stima una spesa sanitaria di circa € 9 mld. l'anno.

Le determinanti individuali della spesa per i pazienti diabetici

Mentre è copiosa la mole di studi dedicati alla quantificazione degli oneri complessivamente sostenuti dal SSN e/o dalla Società per il diabete, meno sviluppata è l'analisi delle determinanti individuali della spesa. Il tema è di particolare interesse per la programmazione sanitaria, nella misura in cui la capacità di prevedere le risorse richieste dalle diverse popolazioni è di fondamentale importanza per una corretta allocazione delle stesse.

A tal fine, C.R.E.A. Sanità, nell'ambito di un progetto di ricerca finanziato dal Ministero della Salute, ha approfondito l'impatto che età, genere e comorbidità hanno sulla spesa sanitaria sostenuta dal SSN per i pazienti diabetici. In particolare, è sembrato interessante analizzare quale fosse il "ruolo" delle comorbidità, che sono un tratto distintivo della patologia diabetica, nel determinare i livelli attesi di spesa per i pazienti diabetici sostenuta dal SSN.

L'analisi è stata resa possibile da un lavoro di ricerca condotto dal Ministero della Salute, teso a individuare "traccianti" delle principali patologie, utili per integrare i database amministrativi della informazione sullo stato morbile della popolazione.

L'analisi è stata effettuata su dati relativi ad alcune Regioni italiane² per l'anno 2018; nello specifico del diabete, sono stati individuati 1.257 "gruppi" di pazienti,

LSE Health, London School of Economics (2012), Panos Kanavos et al., Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, gennaio 2012

² Bolzano, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Toscana, Piemonte, Puglia, Veneto.

Tabella 1. ANOVA

| Model | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
|--------------|----------------|------|---------------|--------|------|
| 1 Regression | 5373014923,61 | 28 | 191893390,129 | 70,061 | ,000 |
| Residual | 3357931410,23 | 1226 | 2738932,635 | | |
| Total | 8730946333,84 | 1254 | | | |

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati regionali forniti dal Ministero della Salute

distinti per classe di età³, genere, comorbilità⁴.

Con i dati a disposizione, C.R.E.A. Sanità ha sviluppato un'analisi statistiche, condotta adottando un modello di regressione multiplall modello spiega il 61,5% della variabilità totale (Tabella 1) e risulta statisticamente significativo (Tabella 2). L'analisi dei coefficienti di regressione permette di apprezzare come le variabili che impattano maggiormente (e positivamente) sulla spesa media pro-capite sostenuta dal SSN siano l'età anziana (45-74) e l'associazione del diabete con lo scompenso cardiaco; all'opposto, la presenza di 2 sole comorbilità e l'associazione del diabete con malattie endocrine ed ipertensione, è associata a costi minori.

Tabella 2. Coefficienti

| | Model | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | T | Sig. |
|---|----------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|---------|------|
| | | B | Std. Error | Beta | | |
| | (Costante) | 3455,198 | 984,724 | | 3,509 | ,000 |
| | Classe 0-14 | 776,936 | 983,716 | ,060 | ,790 | ,430 |
| | Classe 15-44 | 1295,001 | 968,687 | ,171 | 1,337 | ,182 |
| | Classe 45-64 | 2068,221 | 967,124 | ,312 | 2,139 | ,033 |
| | Classe 65-74 | 1935,062 | 966,908 | ,300 | 2,001 | ,046 |
| | Classe 75-84 | 1832,630 | 966,931 | ,285 | 1,895 | ,058 |
| | Classe 85+ | 968,244 | 967,560 | ,144 | 1,001 | ,317 |
| | Genere | 385,900 | 93,993 | ,073 | 4,106 | ,000 |
| | 1 comorbilità | -2175,092 | 688,193 | -,226 | -3,161 | ,002 |
| | 2 comorbilità | -2440,764 | 257,895 | -,437 | -9,464 | ,000 |
| | 4 comorbilità | 787,719 | 1181,795 | ,105 | ,667 | ,505 |
| | D103 AL03 | -945,690 | 248,529 | -,093 | -3,805 | ,000 |
| 1 | D103 AL03 Altro | -1770,265 | 264,382 | -,164 | -6,696 | ,000 |
| | D103 AL03 CA04 | -3376,391 | 267,755 | -,307 | -12,610 | ,000 |
| | D103 AL03 CA04 ALTRO | -2408,475 | 1196,693 | -,211 | -2,013 | ,044 |
| | D103 AL03 CA04 CA09 | -824,984 | 1675,793 | -,012 | -,492 | ,623 |
| | D103 AL03 CA05 | -248,194 | 283,804 | -,020 | -,875 | ,382 |
| | D103 AL03 CA05 ALTRO | 1553,542 | 1217,951 | ,121 | 1,276 | ,202 |
| | D103 AL03 CA09 | -2506,570 | 276,425 | -,215 | -9,068 | ,000 |
| | D103 AL03 CA09 ALTRO | -1319,693 | 1219,802 | -,099 | -1,082 | ,280 |
| | D103 ALTRO | 1646,841 | 247,538 | ,166 | 6,653 | ,000 |
| | D103 CA04 | -1382,249 | 258,493 | -,128 | -5,347 | ,000 |
| | D103 CA05 ALTRO | -1465,181 | 266,081 | -,135 | -5,507 | ,000 |
| | D103 CA04 ALTRO | -2169,433 | 363,001 | -,124 | -5,976 | ,000 |
| | D103 CA04 CA09 | -3230,102 | 1679,537 | -,049 | -1,923 | ,055 |
| | D103 CA04 CA09 ALTRO | 1721,292 | 260,244 | ,158 | 6,614 | ,000 |
| | D103 CA05 | 3559,436 | 270,829 | ,318 | 13,143 | ,000 |
| | D103 CA05 CA09 | 960,103 | 766,402 | ,023 | 1,253 | ,211 |
| | D103 | -1747,739 | 684,987 | -,176 | -2,551 | ,011 |

Fonte: elaborazione C.R.E.A. Sanità su dati regionali forniti dal Ministero della Salute

³ 0-14, 15-44, 45-64, 65-74, 75-84.

⁴ D103=diabete mellito; AL03=malattie endocrine; CA04=ipertensione; CA09=cardiopatie e aritmie; CA05=scompenso cardiaco; ALTRO=altre cronicità rilevate.

Le sole variabili socio-demografiche, nello specifico classi di età e genere, non sembrano, quindi, essere sufficienti per spiegare adeguatamente la variabilità dell'onere pro-capite: come atteso, la concomitante presenza di altre patologie risulta essenziale per spiegare la variabilità individuale della spesa: l'analisi empirica condotta, qui non dettagliata per brevità, dimostra che l' R^2 si triplica, passando dal 20,4% al 61,5%, inserendo nel modello i profili patologici.

In definitiva, la demografia italiana, caratterizzata da una popolazione con età media avanzata, e un'alta prevalenza di cronicità, porta a ritenere essenziale, ai fini della programmazione sanitaria e, in particolare della allocazione delle risorse, non tanto la considerazione della singola patologia, quanto il mix di comorbidità di cui gli individui sono portatori.

Ulteriori analisi saranno necessarie per individuare all'interno dei singoli profili patologici, quale sia il contributo relativo delle diverse comorbidità di cui il paziente è affetto.

*La prevenzione offre
le maggiori potenzialità
di successo*

Domenico Cucinotta
IBDO Foundation



I programmi di prevenzione consentono di ritardare o persino evitare l'insorgenza del diabete e di altre malattie croniche, specialmente tra le persone esposte ad elevato rischio.

Fattori di rischio in comune

Il peso delle malattie croniche in Italia è in gran parte determinato da fattori di rischio modificabili che le diverse patologie hanno in comune e che comprendono alimentazione, attività fisica, consumo di alcol e tabagismo. Un approccio comune condotto in base a tali fattori di rischio condivisi potrebbe portare a notevoli benefici. Un programma di prevenzione sul territorio – che ad esempio incoraggi l'adozione di una dieta salutare – non solo porterebbe ad una riduzione dell'incidenza del diabete, ma ridurrebbe anche il rischio di altre malattie croniche. Inoltre, in Europa, nello stesso individuo sono spesso presenti molteplici fattori di rischio, soprattutto in persone appartenenti a gruppi socialmente svantaggiati.



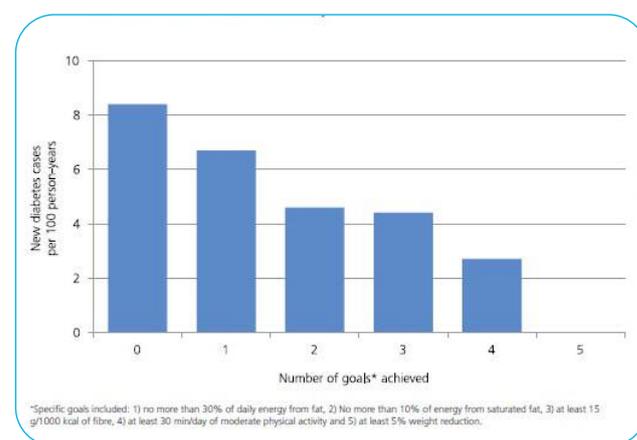
La prevenzione primaria delle malattie croniche

È indispensabile riconoscere che i programmi di prevenzione sono il fondamento della risposta globale al peso delle malattie croniche. La prevenzione primaria ha lo scopo di prevenire lo sviluppo di malattie croniche incoraggiando e facilitando stili di vita più salutari che comprendano un'alimentazione bilanciata, attività fisica moderata e l'abbandono del consumo di tabacco e alcolici.

Le evidenze raccolte in sperimentazioni di larga scala soprattutto negli Stati Uniti e in Finlandia e diversi programmi di prevenzione condotti in molti Paesi europei hanno stabilito che gli interventi sugli stili di vita possono prevenire o ritardare l'insorgenza del diabete di tipo 2 nelle persone esposte ad elevato rischio. Nello specifico, nelle persone con alterata tolleranza al glucosio il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 può essere ridotto di oltre il 50% nel corso di un periodo di 3-5 anni attraverso programmi intensivi volti alla modificazione dello stile di vita.

La chiave per la riuscita della prevenzione è rappresentata dalla modifica degli stili di vita, con la riduzione del peso, l'aumento dell'attività fisica e modifiche dell'alimentazione volte ad aumentare l'apporto di fibre e ridurre i grassi totali e saturi. Maggiore è il numero di obiettivi* (ossia di comportamenti salutari) raggiunti e minore è l'incidenza del diabete di tipo 2 (Figura 1). Ciò comporta chiari

benefici per l'individuo e la società perché prevenendo o ritardando l'insorgenza del diabete si riduce la manifestazione delle costose e irreversibili complicanze associate alla patologia.



La natura complessa delle malattie croniche, ivi incluso il diabete, richiede un approccio alla prevenzione sostenibile e globale. Idealmente, i programmi di prevenzione dovrebbero combinare la prevenzione primaria nella popolazione generale con la contemporanea specifica attenzione rivolta ai gruppi svantaggiati e alle persone ad alto rischio di sviluppare una malattia cronica.

Spesso alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie croniche è destinata solo una piccola quota del budget sanitario e maggiore rilevanza è riconosciuta alla cura delle persone che hanno già sviluppato una patologia. In realtà è necessario un approccio globale che si concentri su promozione della salute, prevenzione della malattia e sua gestione.

La promozione della salute può comprendere molte attività, tra cui iniziative di difesa dei pazienti e sensibilizzazione (attraverso le associazioni nazionali), sostegno nel territorio (attraverso l'educazione e la pianificazione urbanistica), modifiche fiscali e legislative (attraverso normative relative ad ambiente e infrastrutture), coinvolgimento del settore privato (attraverso programmi sui luoghi di lavoro e pratiche responsabili nella produzione e nel marketing) e sostegno dei mezzi di comunicazione (attraverso i mass media). Un ambiente che promuova l'attività fisica e regimi alimentari sani favorisce la prevenzione tra le persone ad alto rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 e al contempo aiuta coloro che sono a basso rischio a non sviluppare un alto rischio.

Data la necessità di un approccio che tenga conto della salute in tutte le politiche (la cosiddetta strategia "health-in-all-policies"), la collaborazione è fondamentale

per assicurare il successo degli interventi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie: gli operatori sanitari, i pagatori, i responsabili dell'istruzione, l'industria alimentare, i media, gli urbanisti, i decisori politici e le organizzazioni non governative devono tutti unirsi in uno sforzo di prevenzione. Inoltre, è necessario l'allineamento di tutte le politiche nazionali – incluse quelle agricole, commerciali, industriali e in materia di trasporti – al fine di promuovere regimi alimentari migliori e una maggiore attività fisica.

La prevenzione primaria spesso risulta economicamente vantaggiosa

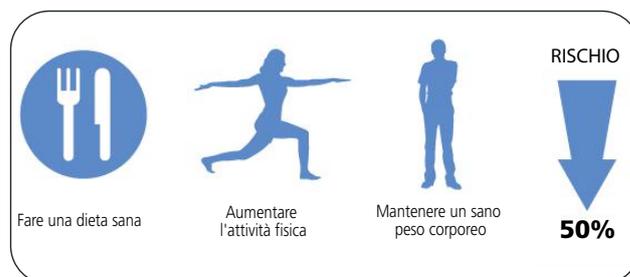
I programmi di prevenzione migliorano la salute nel lungo periodo, ma comportano costi nel breve periodo. Inoltre, nel caso delle malattie croniche, i benefici sanitari – e i risparmi – si realizzano solo molti anni dopo l'attuazione dei programmi di prevenzione. I budget della sanità sono spesso destinati ad attività che offrono benefici tangibili nel breve termine, anche quando il corrispondente vantaggio per la società nel medio e lungo termine è inferiore rispetto a quello conseguente l'investimento in programmi di prevenzione.

Tuttavia, nella prevenzione è possibile fare 'grandi affari'. Si tratta di interventi che hanno un impatto significativo sulla salute e la cui attuazione è economicamente vantaggiosa, poco costosa e fattibile. Tali interventi sugli stili di vita comprendono la promozione della consapevolezza nell'opinione pubblica, attraverso i mass media, dell'importanza dell'attività fisica e dell'alimentazione, con una riduzione dell'uso di sale da cucina e la sostituzione degli acidi grassi trans.

Incoraggiando la riduzione del consumo di sigarette, bevande alcoliche e cibo non salutare, sensibilizzando maggiormente agli stili di vita sani e impiegando incentivi economici, i programmi di prevenzione sono in grado di contrastare le principali cause delle malattie croniche non trasmissibili e i fattori di rischio sottostanti.

Conclusioni

- Il diabete di tipo 2 e altre malattie croniche sono accomunati da fattori di rischio modificabili e, soprattutto, dalle opportunità di intervento.
- La prevenzione primaria del diabete di tipo 2 e di altre malattie croniche è possibile.
- Nella prevenzione si possono ottenere grandi risultati anche dal punto di vista economico, con iniziative la cui attuazione è economicamente vantaggiosa, poco costosa e fattibile, soprattutto a confronto con i costi derivanti dai ricoveri per le complicanze del diabete.



ICTUS:

Il diabete aumenta di quattro volte il rischio di sviluppare un ictus.

- Un trattamento efficace può ridurre il rischio di 1/3

CECITÀ:

Il diabete è una delle principali cause di cecità.

- Un trattamento efficace può ridurre il rischio di 1/3

INFARTO:

Il diabete aumenta del 300% il rischio di infarto e di quattro volte il rischio di cardiopatia.

- Un trattamento efficace può ridurre del 50% il rischio di infarto

INSUFFICIENZA RENALE:

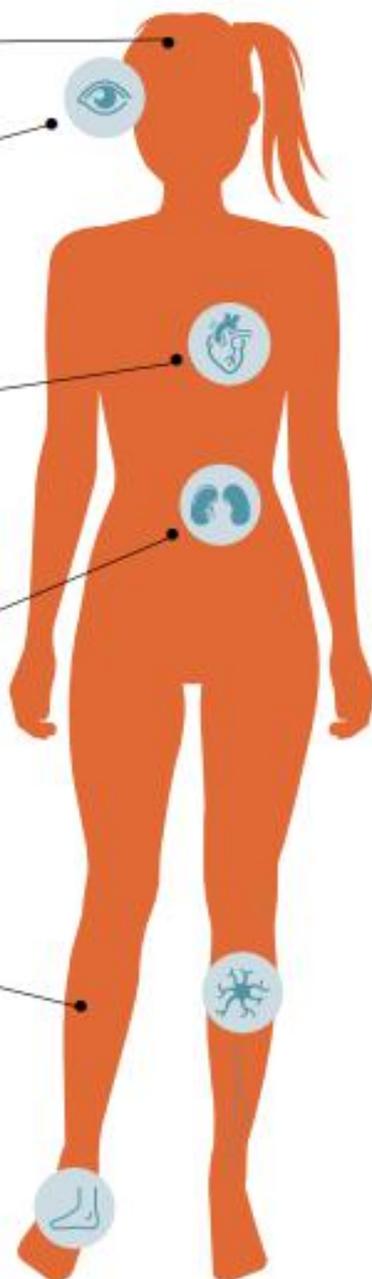
Il diabete triplica l'insufficienza renale, il rischio di infarto e di quattro volte il rischio di cardiopatia.

- Un trattamento efficace può ridurre il rischio di 1/3

AMPUTAZIONI:

Il diabete è la causa principale dell'amputazione degli arti inferiori non dovuta ad eventi traumatici.

- Un trattamento efficace può ridurre il rischio di amputazioni e un'adeguata educazione del paziente le ulcere al piede



Un trattamento **EFFICACE** può ridurre del 50% il rischio di sviluppare le **COSTOSE COMPLICANZE** del diabete

*Diabete e Covid 19:
un'analisi sulla vulnerabilità
e la ridotta assistenza della
persona con diabete*

Antonio Nicolucci
CORESEARCH



Introduzione

La pandemia da Covid-19 ha avuto un impatto devastante sullo stato di salute della popolazione, non solo per le conseguenze dirette dell'infezione da SARS-Cov-2, ma anche per le difficoltà di gestione delle patologie croniche legate alle limitazioni di accesso alle cure primarie, alle strutture specialistiche e all'assistenza ospedaliera. Il diabete mellito rappresenta un paradigma delle cronicità, sia per la elevata prevalenza della patologia, sia per le rilevanti conseguenze cliniche, sociali ed economiche dovute alle complicanze acute e croniche della malattia. Le limitazioni di accesso ai centri di diabetologia, assieme alle difficoltà di aderenza a stili di vita salutari durante il periodo di lockdown, possono aver determinato maggiori problemi di gestione della patologia, soprattutto nei soggetti più anziani e in quelli fragili, innescando quindi un circolo vizioso che ha comportato da una parte un peggioramento del controllo del diabete e dall'altra una maggiore suscettibilità alle conseguenze più serie del Covid-19.

Da 15 anni l'iniziativa Annali AMD, promossa dall'Associazione Medici Diabetologi, consente di tracciare un quadro molto dettagliato dell'assistenza erogata da oltre 300 centri di diabetologia dislocati su tutto il territorio nazionale a oltre mezzo milione di persone con diabete di tipo 2 e oltre 30.000 con diabete di tipo 1 [1,2]. L'iniziativa si basa sulla estrazione di un set standard di dati, completamente anonimi, dalle cartelle cliniche informatizzate delle strutture diabetologiche, per l'analisi di indicatori di qualità dell'assistenza che includono misure di processo e di risultato.

La recente analisi dei profili di cura nel corso del 2019 e del 2020 ha consentito di quantificare la riduzione delle prestazioni specialistiche causata dall'emergenza Covid-19 e di valutare in che misura la sostituzione di visite in presenza con contatti a distanza possa almeno in parte aver consentito di garantire una continuità assistenziale pur nelle difficoltà causate dallo stato emergenziale.

I dati del 2019 e del 2020 a confronto

Complessivamente, nel corso del 2019 sono state viste almeno una volta presso i centri di diabetologia partecipanti all'iniziativa Annali AMD 531.732 persone con diabete di tipo 2, mentre nel 2020 il numero è risultato pari a 383.441, con una riduzione percentuale del 33%. Va tuttavia sottolineato che, nel corso del 2020, 527.151 pazienti hanno ricevuto almeno una prescrizione di

farmaci per il diabete. È quindi stimabile che 143.710 pazienti abbiano ricevuto almeno un contatto a distanza. Questo dato sottolinea l'efficacia della risposta all'emergenza da parte dei centri specialistici che sono stati in grado, seppure in molti casi da remoto, di garantire una continuità di contatti con gli assistiti.

La tabella 1 mostra le caratteristiche dei pazienti visti nel 2019 e di quelli visti nel corso del 2020 in presenza o contattati a distanza. I pazienti non visti in presenza erano in media più anziani, con una maggiore durata del diabete, più spesso trattati con insulina e inibitori del DPP4i meno spesso con GLP1-RA e SGLT2i; la prevalenza di complicanze cardiovascolari maggiori era solo lievemente superiore.

Tabella 1. Caratteristiche dei pazienti con diabete di tipo 2 visti nel 2019 e di quelli visti nel 2020 in presenza o in remoto.

| Caratteristiche | 2019 | 2020 | 2020 |
|--------------------------------------|-------------|-----------|-----------|
| | in presenza | in remoto | |
| Età (anni) | 69,3±11,2 | 69,2±11,1 | 72,5±11,4 |
| Età >75 anni | 33,4% | 32,4% | 44,9% |
| Sesso (% maschi) | 57,3% | 58,4% | 54,6% |
| Durata diabete | 12,3±9,5 | 12,6±9,6 | 13,9±10,0 |
| Terapia insulinica | 32,8% | 34,6% | 37,2% |
| Terapia con GLP1-RA | 10,9% | 15,7% | 9,8% |
| Terapia con SGLT2i | 12,1% | 16,6% | 11,7% |
| Terapia con DPP4i | 21,9% | 22,5% | 26,0% |
| Complicanze cardiovascolari maggiori | 14,6% | 14,7% | 15,6% |

La figura 1 mostra l'andamento mensile delle prescrizioni nel corso del 2019 e del 2020. Nel periodo fra marzo e giugno 2020 si è documentata la contrazione più marcata del numero di prescrizioni rispetto al 2019, pari al 65%. Nei mesi successivi il divario si è ridotto, mentre durante l'autunno, in coincidenza con la seconda ondata, si è assistito ad una nuova riduzione delle prescrizioni. Complessivamente, le prescrizioni registrate nel 2020 sono state 570.672, a fronte di 853.672 prescrizioni nel 2019 (-33%).

Figura 1. Andamento mensile delle prescrizioni di farmaci per il diabete nel 2019 e nel 2020.



I dati relativi ai primi accessi documentano che nel 2019 43.600 pazienti sono stati visti per la prima volta presso il centro di diabetologia; nel 2020, 16.870 prime visite sono state effettuate in presenza e ulteriori 1.430 sono state effettuate a distanza, per un totale di circa 18.450 prime visite, il 60% in meno rispetto al 2019. Analogamente, nel 2019 sono state registrate 34.560 nuove diagnosi, mentre nel 2020 i nuovi casi sono stati 26.680, di cui 23.390 visti in presenza (-23% rispetto al 2019). Questi dati possono essere utilizzati per fare delle proiezioni a livello nazionale. Considerando che in Italia ci sono oltre 3,7 milioni di persone con diabete di tipo 2 noto, delle quali circa il 50% assistite presso i centri di diabetologia, e considerando che ai centri che partecipano all'iniziativa Annali AMD afferiscono circa il 27% di tali pazienti, si può stimare che nel corso del 2020 siano state eseguite in Italia circa 100.000 prime visite in meno e circa 30.000 nuove diagnosi in meno. Pertanto, ad una quota elevata di pazienti è stata preclusa la possibilità di un primo accesso ad una struttura diabetologica specialistica ed eventualmente di ricevere la prescrizione di nuove classi di farmaci. Analogamente, una quota elevata di pazienti potrebbe avere avuto un ritardo nella diagnosi di diabete, con tutte le conseguenze legate al mancato avvio tempestivo di una terapia anti-iperlipemizzante.

L'analisi delle misure di processo mostra luci ed ombre (tabella 1). Nel corso del 2020, per i pazienti visti in presenza, le misure di performance sono risultate solo lievemente inferiori rispetto all'anno precedente per i parametri di laboratorio, mentre il divario è stato maggiore per esame del fondo dell'occhio ed esame del piede. Per i pazienti contattati a distanza nel 2020, le percentuali con informazioni sui parametri di laboratorio sono risultate abbastanza elevate, seppure inferiori rispetto a quelle dei pazienti visti in presenza. Come era lecito at-

tendersi, sono invece risultate più basse le percentuali di pazienti sottoposti a screening delle complicanze.

Tabella 2. Indicatori di processo nei pazienti con diabete di tipo 2 visti nel 2019 e in quelli visti nel 2020 in presenza o in remoto.

| Misura di processo | 2019 | 2020 in presenza | 2020 in remoto |
|---|-------|---------------------|-------------------|
| Almeno una misura dell'HbA1c | 96,6% | 94,7% | 79,8% |
| Almeno una valutazione del profilo lipidico | 78,4% | 75,6% | 54,0% |
| Almeno una misura dell'albuminuria | 68,0% | 64,9% | 44,9% |
| Almeno una misura della creatinemia | 90,1% | 88,3% | 73,7% |
| Esame del fondo dell'occhio | 35,1% | 24,8% | 12,3% |
| Esame del piede | 20,7% | 13,9% | 5,2% |

Le misure di risultato indicano che nel 2020 l'assistenza diabetologica è stata in grado di garantire un adeguato controllo metabolico sia fra i soggetti visti in presenza ($HbA1c=7,3\pm 1,3$) che in quelli contattati a distanza ($HbA1c=7,2\pm 1,2$) (Tabella 3). Tali valori sono analoghi a quelli registrati nel 2019 ($HbA1c=7,2\pm 1,2$). Analogamente, i valori di pressione arteriosa e del profilo lipidico non mostrano variazioni nel 2020. La percentuale più elevata di soggetti con filtrato glomerulare ridotto fra i pazienti con contatto in remoto è giustificata dall'età media più avanzata di questa popolazione.

Tabella 3. Indicatori di risultato nei pazienti con diabete di tipo 2 visti nel 2019 e in quelli visti nel 2020 in presenza o in remoto.

| Misura di risultato | 2019 | 2020 in presenza | 2020 in remoto |
|--|------------|---------------------|-------------------|
| HbA1c (%) | 7,2±1,2 | 7,3±1,3 | 7,2±1,2 |
| Colesterolo totale (mg/dl) | 167,4±38,0 | 166,6±39,0 | 165,7±38,7 |
| Colesterolo LDL (mg/dl) | 91,0±31,9 | 89,5±32,5 | 89,1±32,1 |
| Colesterolo HDL (mg/dl) | 48,9±12,9 | 48,9±13,0 | 48,8±13,2 |
| Trigliceridi (mg/dl) | 138,1±81,3 | 141,7±84,9 | 138,8±81,6 |
| eGFR <60 ml/min/1.73m ² (%) | 29,1% | 29,6% | 38,2% |
| Albuminuria (%) | 34,3% | 33,7% | 34,1% |

Implicazioni politico-sanitarie e conclusioni

I dati dell'iniziativa Annali AMD dimostrano che la diabetologia italiana è stata in grado di rispondere con efficacia e tempestività alla crisi provocata dalla pandemia di Covid-19 nel nostro Paese. Alla contrazione, inevitabile, del numero di visite in presenza si è infatti sopperito con una notevole attività di contatto a distanza, che ha permesso quanto meno di mantenere una continuità prescrittiva con gli assistiti e il mantenimento di un adeguato controllo metabolico. Le attività a distanza sono state riservate soprattutto ai soggetti più anziani e verosimilmente più fragili, che più di altri sarebbero stati esposti al rischio di contagio recandosi presso i centri di diabetologia.

La riduzione delle nuove diagnosi rappresenta un importante campanello di allarme, in quanto suggerisce l'esistenza di una quota non irrilevante di soggetti nei quali la diagnosi di diabete di tipo 2 potrà essere ritardata. Questo aspetto è particolarmente importante, alla luce della grande mole di evidenze che suggeriscono l'esistenza di una "memoria metabolica" a causa della quale un inadeguato controllo metabolico nelle prime fasi della malattia è in grado di influenzare il rischio di complicanze a lungo termine [3,4].

Analogamente, la quota elevata di prime visite non eseguite può essere responsabile di un ritardato o mancato avvio di nuove terapie, prescrivibili solo in ambito specialistico. Anche in questo caso, esistono prove solidissime sull'efficacia di specifiche classi di farmaci, quali GLP1-RA e SGLT2i, nel ridurre il rischio di morbilità e mortalità cardiovascolare e renale [5].

L'emergenza Covid-19 ha permesso di evidenziare tutte le potenzialità della telemedicina come complemento all'assistenza tradizionale, consentendo di mantenere una continuità di rapporto con il paziente nell'intervallo fra le visite in presenza. Va tuttavia sottolineato che nella fase emergenziale sono state messe in atto modalità di contatto, soprattutto telefoniche o via mail/messaggistica, che non possono essere assimilate a veri e propri sistemi di telemedicina. I dati AMD dimostrano che questo approccio è risultato senz'altro valido, nel breve periodo, per assicurare le prescrizioni e il mantenimento di un adeguato controllo metabolico, mentre sistemi più strutturati di invio e ricezione di dati da remoto sono necessari per garantire un adeguato monitoraggio delle complicanze e dei fattori di rischio cardiovascolare.

È quindi necessario pensare ad una nuova strutturazione dei centri specialistici, in grado di integrare l'assistenza in presenza con sistemi di telemedicina. Questi ultimi possono essere di grande aiuto nel superare l'inerzia clinica più volte documentata [6,7], garantendo un flusso

di informazioni negli intervalli fra le visite specialistiche che, nella maggior parte dei casi, si limitano a uno o due incontri all'anno. Esistono tutte le premesse affinché questa nuova organizzazione possa essere messa in atto in modo efficace. Non tutti i pazienti saranno candidati alla assistenza in remoto, e sarà fondamentale identificare la popolazione che potrà maggiormente giovarsene ed essere assistita efficacemente, per non creare disparità e una non pari opportunità di accesso alla assistenza. È inoltre indispensabile che le attività svolte in telemedicina vengano riconosciute e remunerate come prestazioni sanitarie a tutti gli effetti, come già accaduto in alcune Regioni durante l'emergenza. Il ruolo della telemedicina dovrà essere inoltre chiaramente definito nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per quanto riguarda tipologia di pazienti candidati, contenuti e modalità di erogazione.

Referenze

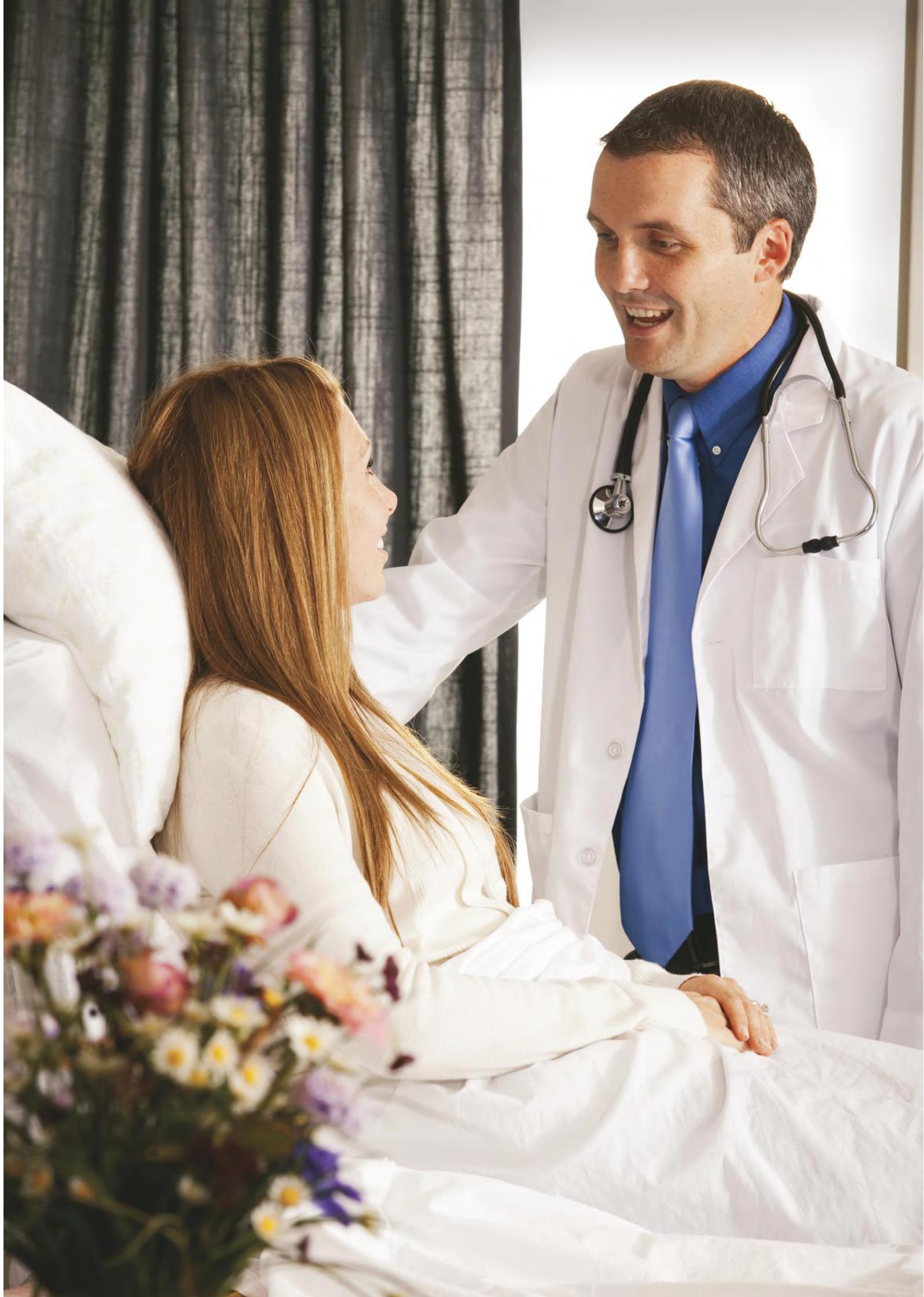
1. Rossi MC, Candido R, Ceriello A, Cimino A, Di Bartolo P, Giorda C, Esposito K, Lucisano G, Maggini M, Mannucci E, Meloncelli I, Nicolucci A, Pellegrini F, Scardapane M, Vespasiani G. Trends over 8 years in quality of diabetes care: results of the AMD Annals continuous quality improvement initiative. *Acta Diabetol.* 2015;52:557-71.
2. Pintaudi B, Scatena A, Piscitelli G, Frison V, Corrao S, Manicardi V, Graziano G, Rossi MC, Gallo M, Mannino D, Di Bartolo P, Nicolucci A. Clinical profiles and quality of care of subjects with type 2 diabetes according to their cardiovascular risk: an observational, retrospective study. *Cardiovasc Diabetol.* 2021;20(1):59.
3. Folz R, Laiteerapong N. The legacy effect in diabetes: are there long-term benefits? *Diabetologia.* 2021;64:2131-2137.
4. Lind M, Imberg H, Coleman RL, Nerman O, Holman RR. Historical HbA1c Values May Explain the Type 2 Diabetes Legacy Effect: UKPDS 88. *Diabetes Care.* 2021 Jul 7:dc202439.
5. Palmer SC, Tendal B, Mustafa RA, Vandvik PO, Li S, Hao Q, Tunnicliffe D, Ruospo M, Natale P, Saglimbene V, Nicolucci A, et al. Sodium-glucose cotransporter protein-2 (SGLT-2) inhibitors and glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonists for type 2 diabetes: systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 2021;372:m4573.
6. Nicolucci A, Di Bartolo P, Mannino D, Rossi C, Spandonaro F, Frontoni S. L'inerzia clinica nel diabete tipo 2 quale risultato multifattoriale al quale contribuiscono pazienti, medici, e sistema sanitario. *Italian Health Policy Brief, ALTIS Ed.* 2019.
7. Khunti K, Gomes MB, Pocock S, Shestakova MV, Pintat S, Fenici P, Hammar N, Medina J. Therapeutic inertia in the treatment of hyperglycaemia in patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Diabetes Obes Metab.* 2018;20:427-437.

Diabetes monitor 2022

le aspettative della persona con diabete

Lucio Corsaro
Advisor – BHAVE

Gianluca Vaccaro
*Methodological Advisor -
BHAVE; U.O. EPSA - ASP Catania*



Diabetes Monitor è un osservatorio dell'evoluzione degli atteggiamenti delle persone con diabete riguardo alla gestione della malattia e della terapia.

La natura continuativa di questa indagine di BHAVE, condotta con IBDO Foundation e l'Università di Roma Tor Vergata - riconducibile all'interno della famiglia di studi di Patient Reported Outcome, cioè nell'ambito di quelle misurazioni che rilevano il percepito del paziente - ha permesso di evidenziare quali siano le tendenze più comuni quando si parla di atteggiamento della Persona con diabete rispetto alla propria condizione.

Il **Diabetes Monitor** distingue cinque momenti di analisi e presa delle decisioni da parte della Persona con Diabete:

- Attitudine verso la malattia
- Diagnosi
- Trattamento
- Autocontrollo
- Fonti informative e associazionismo

L'analisi intende evidenziare solo i temi centrali rispetto al ruolo attivo che la Persona con Diabete assume nella gestione della propria condizione. L'approccio adottato ha consentito la definizione di un unico "ambiente di ricerca" in grado di monitorare il percorso compiuto dall'individuo.

Il campione coinvolto nel **Diabetes Monitor 2022**, coerentemente alle precedenti rilevazioni, viene stratificato in funzione della distribuzione geografica della patologia diabetica, livello territoriale (4 aree Nielsen) e anche per fasce di età della popolazione italiana, sempre includendo il sovra campionamento della popolazione diabetica di Tipo 1 per avere una base dati consistente per questo sottogruppo.

I Criteri di inclusione sono:

- Adulti (>18 anni) con possibilità di accesso ad Internet o in grado di realizzare un'intervista telefonica;
- Autorizzazione al consenso informato e trattamento dei dati;
- Diagnosi clinica di diabete e in trattamento farmacologico;

I Criteri di esclusione sono:

- Incapacità a comprendere o eseguire istruzioni scritte o verbali;
- Partecipazione ad indagini negli ultimi tre mesi.

Dal punto di vista delle caratteristiche demografiche (età, sesso, residenza, tipo di diabete) il campione parteci-

pante all'indagine del 2022 - che si basa sulle interviste svolte nel 2021 - è confrontabile con quello delle rilevazioni precedenti. Ciò consente di ripetere le analisi statistiche sui dati 2022 ponendoli a confronto con la rilevazione degli anni precedenti. Le **analisi dei dati** (uni- e multivariate) sono state condotte utilizzando come software statistico per le analisi descrittive monovariate e multivariate, **SPSS**. L'analisi dei **cluster** è stata sviluppata con un approccio **bottom up**: tutti gli elementi rilevati sono considerati cluster a sé, e poi l'algoritmo provvede ad unire i cluster più vicini.

Il **Diabetes Monitor** si colloca in maniera chiara tra le iniziative di valore sociale condotte da **Bhave**.

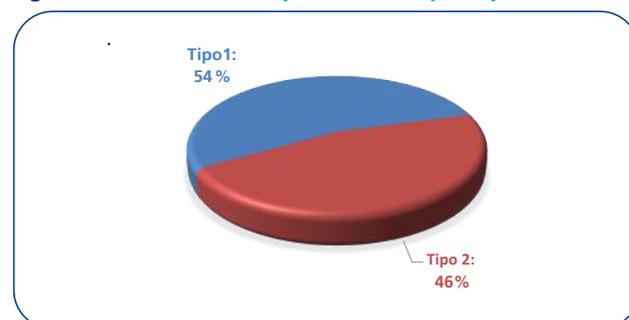
Struttura del campione 2022

L'indagine è stata realizzata su un campione di 600 Persone con Diabete, 324 con Diabete di Tipo 1 e 276 con Diabete di Tipo 2, distribuite sul territorio nazionale (26% al nord-ovest, 22% al nord-est, il 26% al centro e il 26% al sud) di cui il 58% insulino-trattati, il 29% solo in terapia orale e 13% in terapia combinata. Il 52% del campione è costituito da uomini e il 48% da donne.

La proporzione di pazienti intervistati individuabili come affetti da diabete di Tipo 1 è stata del 54%, e ciò assicura un'adeguata robustezza statistica alle informazioni raccolte. Dal punto di vista epidemiologico, invece, questo tipo di diabete, detto anche diabete giovanile, rappresenta in Italia circa il 10% dei diabetici (www.epicentro.iss.it).

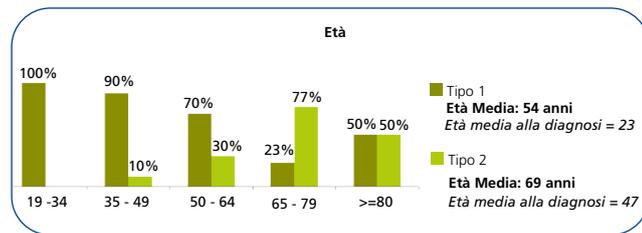
La proporzione di pazienti diabetici di Tipo 2 rappresenta il 90% dell'intera popolazione affetta da diabete. Nel campione Bhave questa tipologia di pazienti ha rappresentato il 46% (circa) degli intervistati. (Fig.1)

Fig. 1- Struttura del campione Bhave per tipo di Diabete



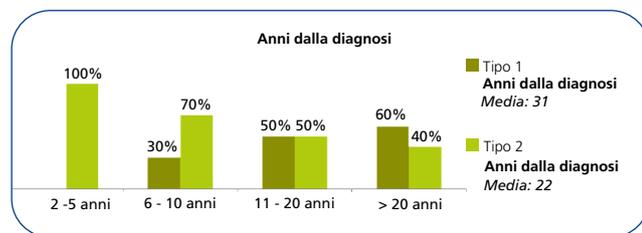
Considerando l'età dell'intervistati constatiamo che il valore medio dei pazienti con diabete di tipo 1 è più basso rispetto ai pazienti con diabete di tipo 2 (54 per DT1 contro 69 per DT2) e soprattutto l'età media alla diagnosi (23 per T1 contro 47 per T2). Le distribuzioni per classi di età confermano queste differenze fra i due cluster (Fig.2).

Fig.2. Struttura del campione Bhave per età



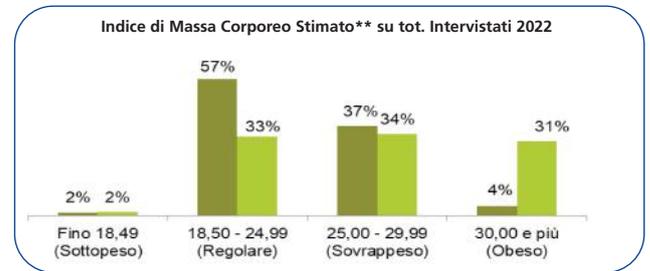
Risulta maggiore il numero medio di anni dalla diagnosi di diabete per i pazienti con diabete di tipo 1 rispetto ai pazienti con diabete di tipo 2 (31 per DT1 contro 22 per DT2) così come anche rilevabile nella distribuzione di frequenza per classi di anni dalla diagnosi di diabete (Fig.3)

Fig.3. Struttura del campione Bhave per anni dalla diagnosi



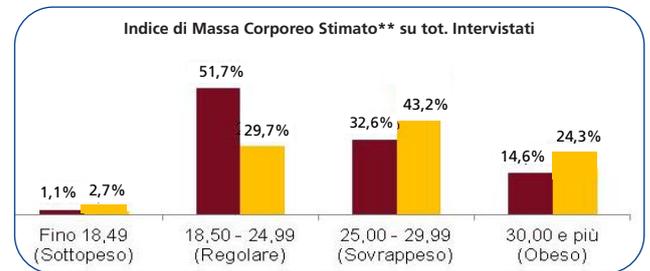
Il valore medio dell'Indice di Massa Corporea (IMC) per tipo di diabete è 24 per i pazienti con DT1 e 29 per il DT2. Le distribuzioni percentuali rispetto all'IMC (per tipo di diabete) sono state ottenute considerando l'IMC stimato dai valori di altezza e peso riferiti dagli intervistati. Le persone affette da DT2 sono in proporzione maggiore fra i soggetti sovrappeso e obesi rispetto alle persone affette da DT1. Quest'ultimi sono presenti maggiormente, invece, nella categoria dei soggetti con IMC regolare (Fig.4).

Fig.4. Distribuzione per classi IMC Stimato 2022



I valori medi di IMC per tipo di cura invece sono 26 per i pazienti in terapia insulinica (IT) e 28 per i pazienti in terapia ipoglicemizzante (TO). Le distribuzioni percentuali rispetto all'IMC (per tipo di cura) sono state ottenute considerando sempre l'IMC stimato dai valori di altezza e peso riferiti dagli intervistati. Dalla distribuzione si evince come la proporzione dei pazienti in cura con insulina è più alta nel caso dei soggetti con IMC regolare mentre tra i soggetti sovrappeso troviamo un numero significativo di pazienti in cura con ipoglicemizzanti orali o iniettivi (Fig.5).

Fig. 5. Valori di di Massa Corporea per tipo di cura

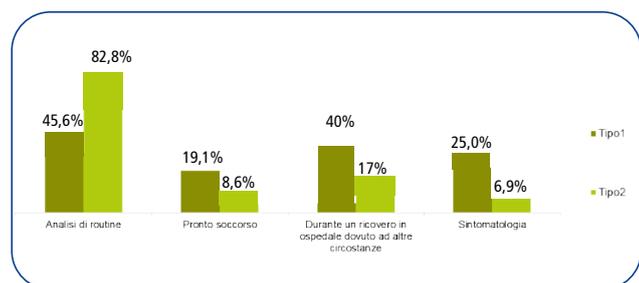


DIAGNOSI E TRATTAMENTO

L'occasionalità della diagnosi è ormai una costante in tutte le rilevazioni. Assumono rilievo le diagnosi fatte per circostanze estranee alla sintomatologia tipica della patologia diabetica. In particolare, per i pazienti DT2 la diagnosi è stata fatta nel 82,8% delle osservazioni per questo cluster durante "Analisi di routine", contro il 46% dei pazienti con DT1. Considerando l'altra modalità riferibile alla "diagnosi casuale" e cioè alla circostanza "Durante un ricovero in ospedale dovuto ad altre circostanze" notiamo una frequenza più alta nel cluster DT1 rispetto al cluster dei DT2 (40,3% contro il 2%). Un dato che conferma la diversa natura e la diversa manifestazione delle due forme di diabete è evidenziato dal fatto che in corrispondenza della circostanza "Sintomatologia" e "Pronto soccorso" le percentuali del cluster DT1 sono maggiori per entrambe le modalità (19% vs. 8.6% per "Pronto soccorso" e 25% vs. 6.9% per "Sintoma-

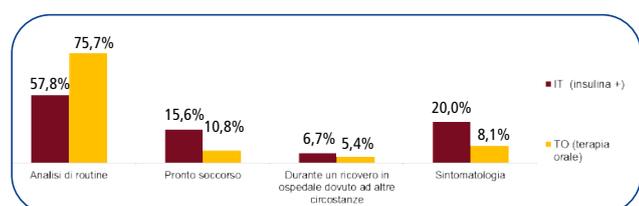
tologia"). Questi dati confermano la diversa natura e i diversi tempi di diagnosi per le due forme di diabete; manifestazione improvvisa, tendenzialmente precoce e con sintomi netti e distinguibili per il DT1 (tale da richiedere un ricovero al pronto soccorso in alcuni casi) sintomatologicamente più ritardata e invasiva per il DT2 (Fig.6).

Fig.6. Origine della diagnosi per tipo di diabete



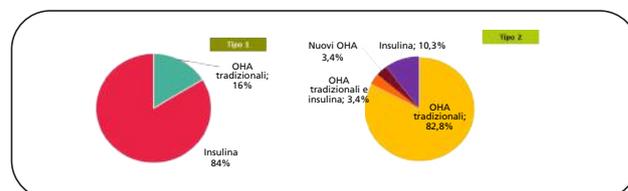
Considerando invece il tipo di cura l'occasionalità della diagnosi, in questo caso, sembra caratterizzare maggiormente il cluster "Trattati con farmaci orali" con il 75,7% per "Analisi di routine" e 5,4% per "Durante un ricovero dovuto ad altre circostanze". La manifestazione della patologia attraverso la "Sintomatologia" caratterizza maggiormente il cluster degli insulino-trattati (20,0% vs. 8,1% dei T.O.), così come la diagnosi durante un ricovero al "Pronto soccorso" (15,6% vs.10,8% dei T.O.) (Fig.7).

Fig.7. Origine della diagnosi per tipo di cura



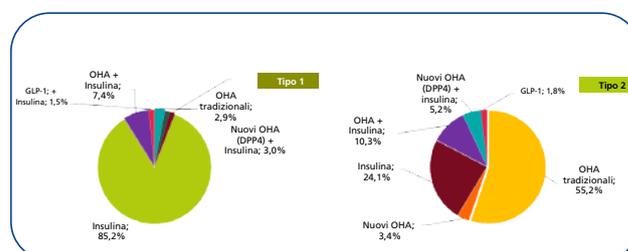
L'insulina, come trattamento iniziale per la cura del diabete risulta essere una caratteristica maggiormente riscontrabile nel cluster DT1 (84% vs. 10,3% per il DT2), mentre la terapia ipoglicemizzante tradizionale è più diffusa tra i pazienti con DT2 (82,8% vs. 16% del DT1). Le terapie combinate (insulinica+orale) o l'utilizzo di farmaci di nuova generazione sebbene rappresentata da valori percentuali più bassi, sembra caratterizzare maggiormente i pazienti con DT2 (Fig.8).

Fig.8. Trattamento iniziale al momento della diagnosi per tipo di diabete



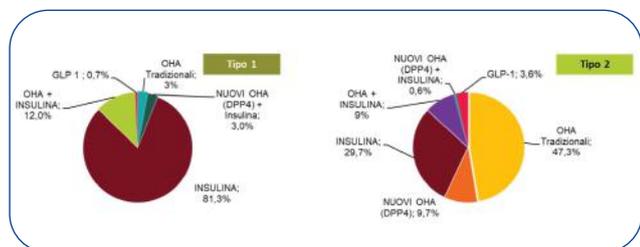
Per quanto riguarda il trattamento attuale, sensibili variazioni rispetto al trattamento iniziale si riscontrano in particolare per DT2, in cui si registra una diminuzione nel tempo dei trattamenti ipoglicemizzanti (dal 82,6% al 55,2%) a fronte di un aumento dei trattamenti con insulina (dal 10,3% a 24,1%) sempre per i pazienti con DT2. Per il cluster DT1, cresce leggermente la terapia insulinica (da 84% a 85,2%), mentre diminuisce l'uso della terapia ipoglicemizzante tradizionale (dal 16% al 2,9%) (Fig.9).

Fig.9. Trattamento attuale per tipo di diabete 2022



Infine, sempre nell'ottica comparativa fra le terapie attuali indicate dai pazienti intervistati nel 2019 e i pazienti del 2022 nell'ipotesi di riconoscere fra questi diversi profili delle possibili logiche interpretative legate all'impatto dell'emergenza sui trattamenti seguiti dai pazienti con diabete, ovviamente riconoscendo il limite metodologico del possibile rischio di bias di selezione dei pazienti dei due campioni di confronto, possiamo constatare nel caso dei pazienti DT2 nel 2022 una quota maggiore di pazienti in terapie ipoglicemizzanti rispetto ai pazienti del 2019 (55,2 % 47,3%), una quota minore di pazienti in terapie insulinica (24,1 % vs 29,7%) e per i pazienti DT1 del 2022 una quota maggiore di pazienti in terapia insulinica (85,2 % vs 81,3 %) e una quota simile di pazienti in terapia ipoglicemizzante (circa il 3%) (Fig.10).

Fig.10. Trattamento attuale per tipo di diabete 2019



MEDICO DI RIFERIMENTO PER IL TRATTAMENTO ANTIDIABETICO

In generale i diabetologi/endocrinologi dei centri specializzati sono quelli che più degli altri prescrivono i primi trattamenti antidiabetici (69,1% per DT1 e 72,4% per DT2). L'altra figura cui si ascrive la prescrizione del primo trattamento è il MMG, anche se appare più diffuso tra i pazienti con DT2 (13,8%) che tra quelli con DT1 (7,4%) (Fig.11).

I diabetologi ed endocrinologi dei centri specializzati, sia per i pazienti DT1 che per quelli DT2, sono quelli cui ci si rivolge maggiormente per i controlli periodici, rappresentando circa il 93% per il cluster DT1 e l'81% per DT2 (valori leggermente diversi rispetto al 2019 che erano per il DT1 90% e per il DT2 l'89%) (Fig.12).

Fig.11. Medico di riferimento primo trattamento antidiabetico per tipo di diabete

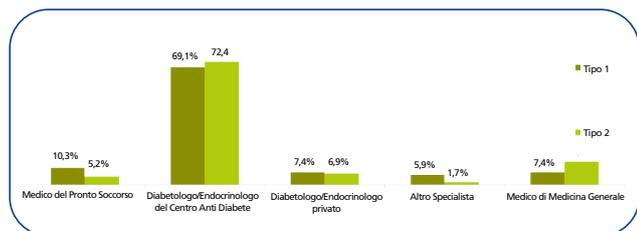
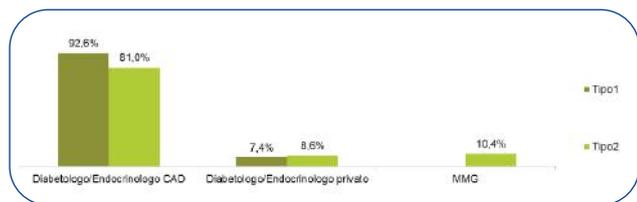


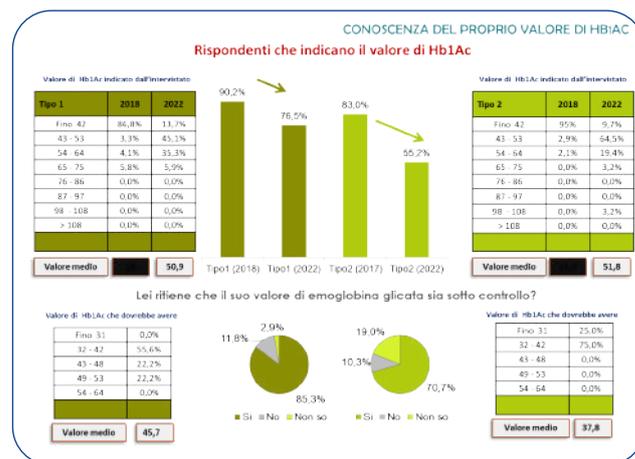
Fig.12. Attuale medico di riferimento trattamento antidiabetico per tipo di diabete.



Pur con alcune differenze tra i cluster, entrambe le tipologie di pazienti riportano un valore di emoglobina glicata. I pazienti DT1 presentano una percentuale di risposta pari al 76% circa, mentre i DT2 del 55%. L'85% dei pazienti DT1 ritengono il proprio valore di Hb1Ac

sotto controllo, contro il 71% del cluster DT2, mentre il 12% pensa il contrario a fronte del 10% circa del cluster DT2 (Fig.13).

Fig.13. Conoscenza valori Hb1Ac per tipo di diabete

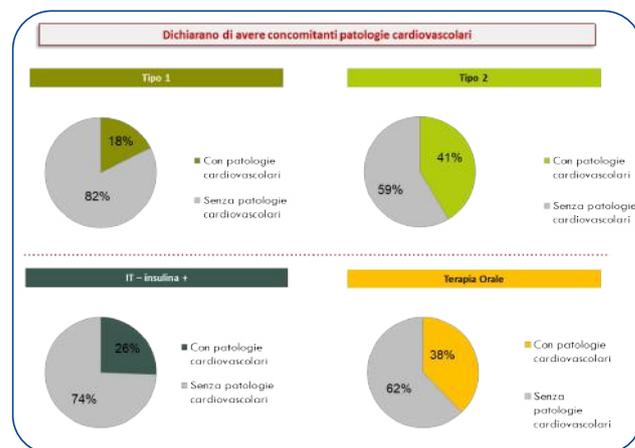


DIABETE E PATOLOGIE CARDIOVASCOLARE

Le patologie cardiovascolari concomitanti con il diabete colpiscono il 18% dei pazienti intervistati con DT1 ed il 41% di quelli con il DT2 e sembrano essere più diffuse tra coloro che seguono una terapia ipoglicemizzante (38% vs. il 26% di chi segue una terapia insulinica) (Fig.14).

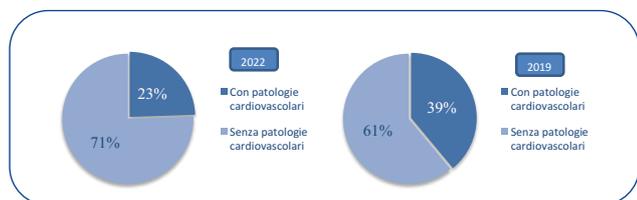
I dati invece del 2019 per le patologie cardiovascolari concomitanti con il diabete erano: il 25% dei pazienti intervistati con DT1 ed il 45% di quelli con il DT2 e anche in quell'indagine sembravano essere più diffuse tra coloro che seguono una terapia ipoglicemizzante (42% vs. il 28% di chi segue una terapia insulinica).

Fig.14. Concomitanti patologie cardiovascolari



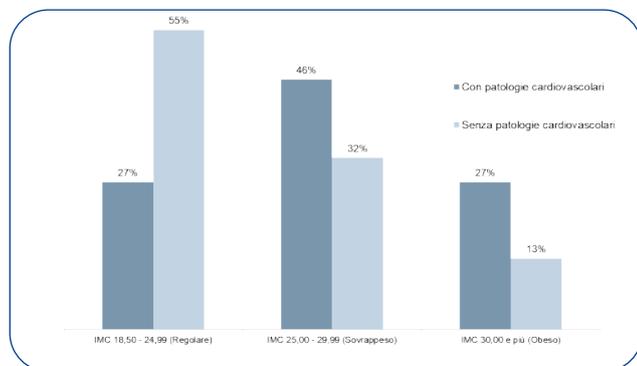
Degno di nota sembra essere il fatto che considerando nello specifico i pazienti diabetici che soffrono di patologie cardiovascolari e i pazienti invece che non ne soffrono la percentuale dei primi che sono iscritti ad associazioni dei pazienti è significativamente minore dei secondi e tale percentuale risulta anche minore nel 2022 rispetto al 2019 (Fig. 15).

Fig. 15. Pazienti con Diabete e patologie cardiovascolari iscritti ad associazione pazienti confronto 2019-2022



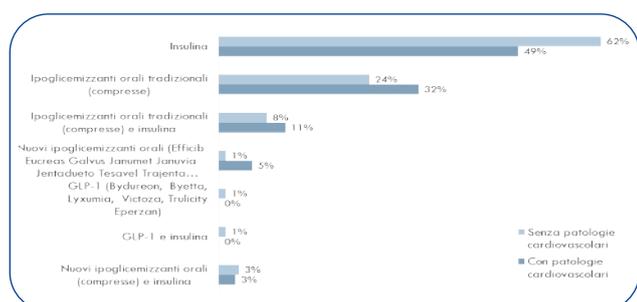
Si rileva una presenza di diabetici che soffrono di patologie cardiovascolari fra coloro i quali risultano sovrappeso (Fig. 16) e rispetto alla cura seguita la maggiore frequenza di diabetici senza patologie cardiovascolari fra coloro i quali usano l'insulina (Fig. 17).

Fig. 16. Pazienti con Diabete e patologie cardiovascolari e valori di IMC in classi



Terapia diabetica seguita

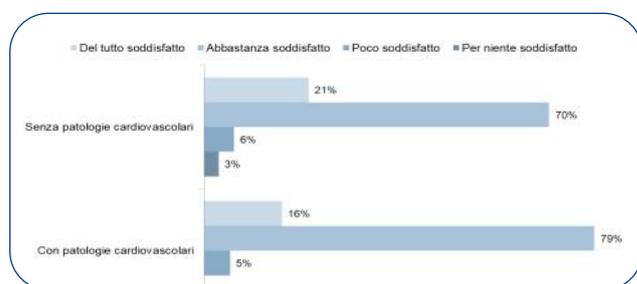
Fig. 17. Pazienti con Diabete e patologie cardiovascolari e terapia diabetica



Nettamente più alta, infine, la soddisfazione per il trattamento ipoglicemizzante orale per i pazienti diabetici con patologie cardiovascolari (Fig. 18).

Soddisfazione per il trattamento ipoglicemizzante orale

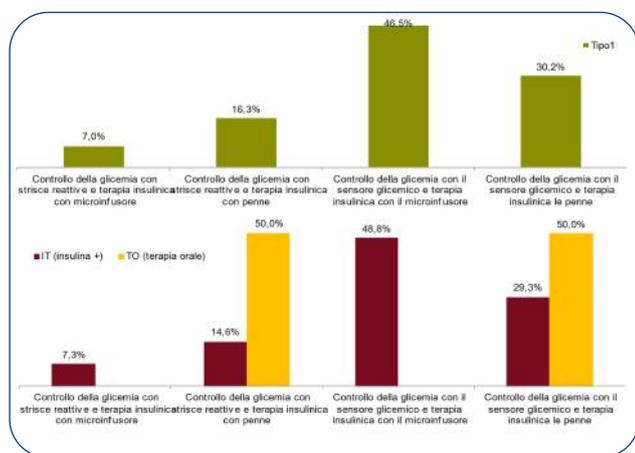
Fig. 18. Pazienti con Diabete e patologie cardiovascolari e terapia diabetica



AUTOCONTROLLO

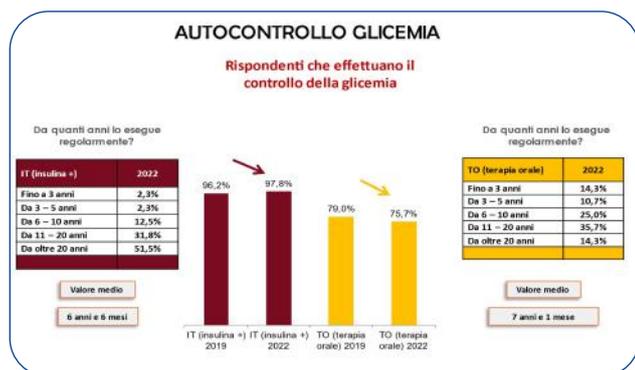
Un obiettivo fondamentale nella gestione del diabete è mantenere il livello di glicemia nel range fisiologico nell'arco dell'intera giornata. Per questo motivo un attento controllo dei livelli ematici di glucosio nel sangue (autocontrollo) è strettamente necessario. Con gli strumenti attualmente disponibili questa pratica può essere facilmente realizzata in qualsiasi condizione (casa, lavoro, viaggio) a patto naturalmente che vi sia la convinzione e la ferma volontà da parte del diretto interessato. Sull'utilità e necessità dell'autocontrollo non è neanche il caso di soffermarsi se non per ricordare che raggiungere e mantenere un adeguato compenso metabolico ha la funzione essenziale di contribuire a prevenire o rallentare l'insorgenza di complicanze acute (chetoacidosi e ipoglicemia) e croniche (retinopatia, nefropatia, micro e macro) fortemente invalidanti e potenzialmente letali. Dall'indagine emerge un'adesione elevata alla pratica dell'autocontrollo che nel caso dei pazienti DT1 con terapie insulinica con microinfusore è prevalentemente con il sensore glicemico (Fig. 19).

Fig.19. Controllo della glicemia per tipo



Questa adesione risulta aumentata nell'ultimo anno per gli insulino-trattati (IT) (da 96,2% a 97,8%) mentre risulta diminuita per i pazienti in terapia orale (da 79% a 75,7%). Quando praticano l'autocontrollo viene condotto prevalentemente secondo uno schema predefinito (Fig.20).

Fig.20. Autocontrollo della glicemia confronto anno 2019-2022



Soddisfazione sull'uso dei diversi strumenti di misurazione della glicemia

Molteplici sono i criteri che vengono presi in considerazione dai rispondenti per valutare il grado di soddisfazione dell'utilizzo dei diversi strumenti di misurazione della glicemia. Tali elementi sono stati sintetizzati e proiettati sugli assi cartesiani rispetto a due dimensioni "performace" e "impatto" e distinti sulla base dei diversi punteggi assegnati dagli intervistati. Gli elementi di valutazione base cioè i requisiti minimi che il device deve

possedere, "Must Be", sono ad esempio la facilità d'uso, la rapidità della risposta o l'igiene, elementi che se assenti provocano sicuramente una grave insoddisfazione e, anche se presenti da soli non bastano a garantire la soddisfazione; Gli elementi "performer" che vanno al di là dei fattori di base e garantiscono la soddisfazione dell'utilizzatore sono rappresentati da connettività (uno degli elementi che ritroveremo anche per quanto riguarda l'analisi delle fonti di informazione), memorizzazione dei risultati, praticità e affidabilità/precisione. Elementi "inattesi" (delight) che se presenti aumentano il livello di soddisfazione, ma se assenti non generano insoddisfazione e sono rappresentati dal costo e dalla dimensione; in ultimo gli elementi "indifferenti", sono elementi che non influenzano nel giudizio perché solitamente comuni a tutti gli strumenti e sono rappresentati da design/estetica, dolore provocato e quantità di sangue (Fig.21).

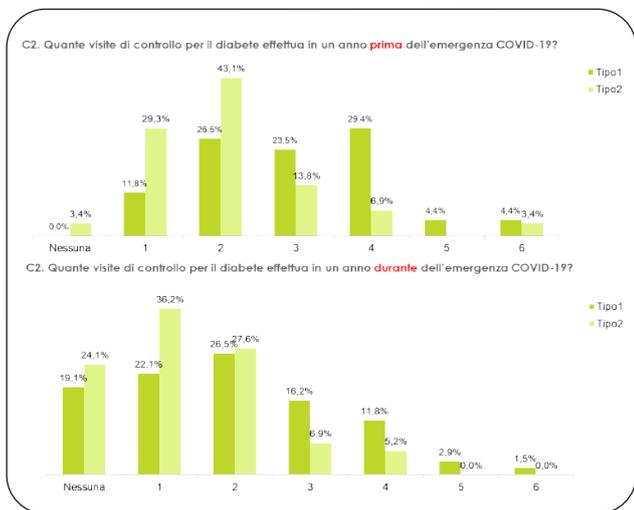
Fig.21. Elementi di valutazione della soddisfazione dei glucosio metri utilizzati dalle persone con diabete



IMPATTO DEL COVID-19 SULL'ATTEGGIAMENTO DEI PAZIENTI VERSO LE VISITE DI CONTROLLO

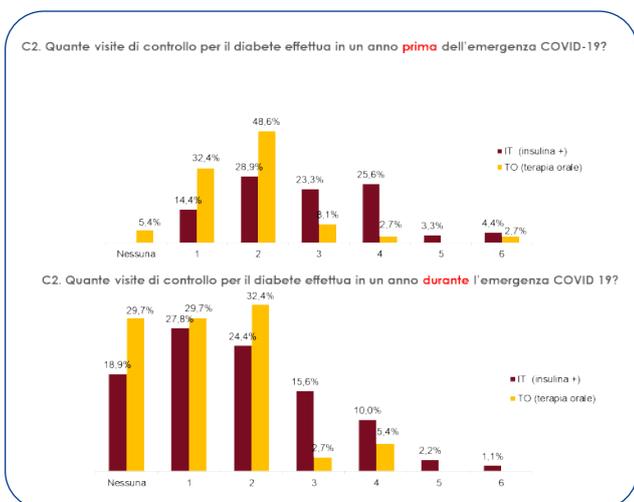
Un focus speciale in questa indagine è stato dedicato all'impatto che l'emergenza legata alla pandemia da COVID 19 ha avuto sugli atteggiamenti dei pazienti verso le visite di controllo. Da un confronto fra il riferito dei pazienti sulle visite effettuate prima dell'emergenza e le visite effettuate durante l'emergenza sono emersi alcuni elementi interessanti: le visite di controllo sono diminuite durante l'emergenza passando da un numero medio di 2,6 l'anno a 1,6 l'anno. Tale diminuzione appare più marcata tra i pazienti di Tipo 1 (3,0 visite prima vs 1,9 visite durante l'emergenza). Tale differenza sono rilevabili anche mostrando la distribuzione di frequenza delle risposte (Fig.22).

Fig.22. Confronto fra visite di controllo effettuate prima dell'emergenza Covid-19 e durante per tipo di diabete



Alle stesse conclusioni si giunge anche considerando una clusterizzazione per terapia in particolar rilevando una differenza del numero di visite di controllo fra prima dell'emergenza e durante nel caso dei pazienti trattati con gli Insulino-trattati (2,9 visite prima vs. 1,8 visite durante l'emergenza) (Fig.23).

Fig.23. Confronto fra visite di controllo effettuate prima dell'emergenza Covid-19 e durante per tipo di diabete



A conferma di quanto sopra esposto la propensione a rinunciare a frequentare i presidi sanitari durante l'emergenza rispetto alla fase successiva si è rilevata sistemati-

camente più alta e sostanzialmente in modo generalizzato e quindi indipendente rispetto al tipo di struttura, al tipo di diabete dell'intervistato e alla terapia adottata (Fig.24).

Fig.24. Accessi durante e dopo l'emergenza da Covid

C2a. Quante volte (DURANTE/DOPO l'emergenza) su 10 ha evitato di andare...

| | TIPO 1 (v.m.) | TIPO 2 (v.m.) | INSULINA (v.m.) | OHA (v.m.) | |
|---------|--|---------------|-----------------|------------|------|
| DURANTE | IN AMBULATORIO DALL'MMG | 2,76 | 2,28 | 2,36 | 2,95 |
| | IN OSPEDALE | 2,38 | 2,17 | 2,68 | 2,11 |
| | IN AMBULATORIO DELLO SPECIALISTA PRIVATO | 2,62 | 2,05 | 2,57 | 2,26 |
| DOPO | IN AMBULATORIO DALL'MMG | 1,71 | 1,19 | 1,30 | 1,53 |
| | IN OSPEDALE | 1,63 | 1,26 | 1,41 | 1,48 |
| | IN AMBULATORIO DELLO SPECIALISTA PRIVATO | 1,65 | 1,16 | 1,24 | 1,49 |

L'ATTITUDINE VERSO LA MALATTIA E IL CORRETTO STILE DI VITA

Per individuare l'atteggiamento degli intervistati nei riguardi del diabete sono state utilizzate tecniche statistiche multivariate (analisi fattoriale e cluster analysis) applicate ad una serie di affermazioni, **sullo stile di vita** adottato, sulle quali bisognava esprimere il proprio grado di accordo. L'analisi fattoriale ha permesso di individuare **due fattori principali** che rappresentano le dinamiche latenti che sottostanno ai comportamenti dei pazienti.

Questo approccio, ormai collaudato, permette di monitorare il modo in cui i cluster si evolvono nel corso del tempo:

- A livello *strutturale*: cioè di definire se la clusterizzazione iniziale è ancora valida o meno e se i baricentri dei segmenti mantengono la stessa relazione spaziale nel corso del tempo.
- A livello *migrativo*: cioè di stabilire se i cluster conservano lo stesso numero di membri nel corso del tempo e se i cluster trattengono gli stessi membri nel corso del tempo

L'analisi fattoriale ha confermato la struttura dei due fattori latenti emersi nelle rilevazioni precedenti in base ai quali è possibile produrre una mappatura dei comportamenti dei soggetti diabetici e rilevarne i diversi punteggi rispetto al tipo di terapia e al tipo di diabete (Fig.25).

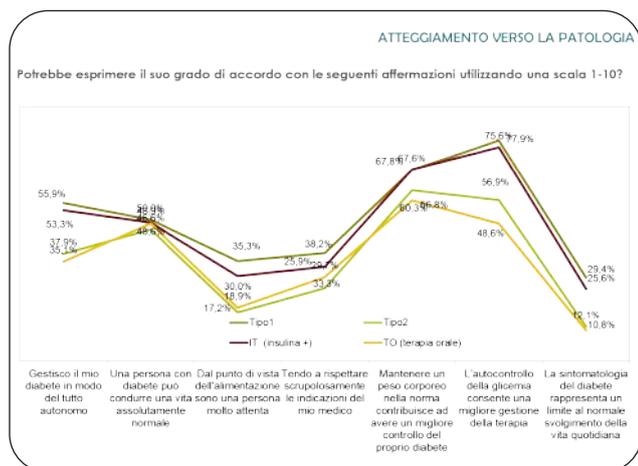
FATTORE # 1 (asse verticale): *la condizione del diabetico*

- Il diabete rappresenta un limite al normale svolgimento della mia vita quotidiana
- Un diabetico può condurre una vita assolutamente normale
- Gestisco il mio diabete in modo del tutto autonomo

FATTORE # 2 (asse orizzontale): *l'autogestione della malattia*

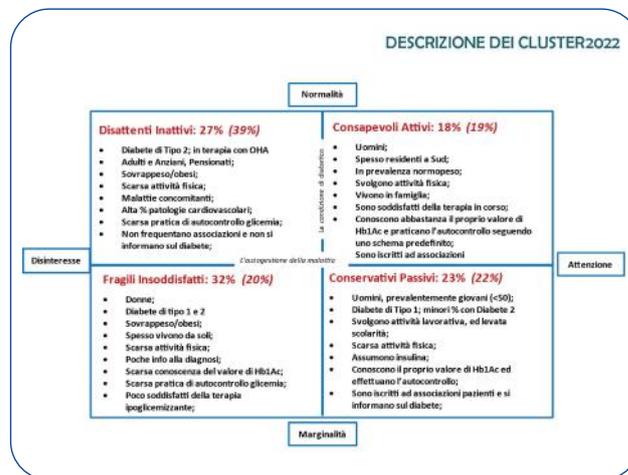
- Tendo a rispettare le indicazioni del mio medico
- Sono una persona molto attenta all'alimentazione
- Mantenere il peso nella norma contribuisce ad un migliore controllo del diabete
- L'autocontrollo della glicemia consente una migliore gestione della terapia

Fig.25. Valutazione del grado di accordo rispetto al tipo di diabete e al tipo di terapia (item costitutivi dei fattori latenti)



L'analisi ha consentito di individuare quattro gruppi (cluster) tra i partecipanti all'indagine con comportamenti omogenei rispetto alla gestione della propria condizione: i **Disattenti Inattivi**, i **Fragili insoddisfatti**, i **Consapevoli attivi** e i **Conservativi passivi**. Nella Fig.26 si riportano la consistenza percentuale dei quattro gruppi ed una sintesi delle caratteristiche prevalenti.

Fig.26. Cluster analysis DIABETES MONITOR 2022



L'analisi dei cluster evidenzia che rispetto alla rilevazione del 2019 si è registrato un aumento del numero dei "Fragili insoddisfatti" (da 20% nel 2019 a 32% nel 2022) e una riduzione del numero dei "Disattenti Inattivi" (da 39% nel 2019 a 20% nel 2022). Considerando che nel rispetto della collocazione all'interno dell'asse "Marginalità-Normalità" e dell'asse "Disinteresse-Attenzione" i "Fragili Insoddisfatti" sono in un quadrante più "problematico" rispetto a quello dei "Disattenti Inattivi" e in considerazione delle riflessioni svolte sul probabile impatto dell'emergenza Covid-19 sulla riduzione delle visite di controllo dei pazienti diabetici anche per una rinuncia a frequentare i presidi sanitari durante l'emergenza, è possibile ipotizzare che i "Disattenti Inattivi" siano diventati dei "Fragili Insoddisfatti" proprio a causa di un impoverimento del tessuto sociale e di reti di supporto e relazionali di questi pazienti (aumento dell'isolamento) che ha inciso sul piano degli stili di vita (scarsa/riduzione dell'attività fisica, sovrappeso/obesità) fino ad arrivare ad un possibile peggioramento della condizione sul piano clinico-assistenziale (scarsa pratica di autocontrollo della glicemia, minore soddisfazione della terapia, scarsa conoscenza del valore Hb1ac, ecc...). Questa ipotesi eziologica sociale ovviamente meriterebbe un adeguato approfondimento analitico e degli studi ad hoc i cui risultati potrebbero essere rilevanti in un'ottica prospettica di supporto alle politiche e agli interventi di prevenzione e promozione della salute specifici per questa patologia.



*Il punto
di vista delle
Associazioni
Pazienti*

Eleonora Selvi

Presidente di SENIOR ITALIA

I pazienti con diabete, in modo particolare gli anziani, devono essere adeguatamente seguiti e trattati per contrastare le complicanze e per ottenere una buona qualità della vita, ancora di più in ragione della loro aspettativa di vita.

Il diabete nell'anziano è una condizione sempre più diffusa. La sua prevalenza raggiunge un picco nella popolazione tra i 65 e 74 e, ancora di più, negli over 75. Senza contare che ai dati di cui si dispone è necessario aggiungere i casi di diabete non ancora diagnosticato, stimato in circa un milione di individui, solo in Italia. Siamo quindi di fronte a quella che ormai da tempo e da più parti viene considerata una pandemia, strettamente legata al fenomeno globale dell'invecchiamento della popolazione, ancora più incisivo in un contesto come quello italiano.

Nel 2022 gli over 65 in Italia ammontano a circa 14 mln, pari al 23,2% della popolazione totale. Il rapporto tra giovani e anziani sarà di 1 a 3 nel 2050 mentre la popolazione in età lavorativa scenderà in 30 anni dal 63,8% al 53,3% del totale. L'aumento della durata della vita, un traguardo importante, è accompagnato quindi dall'aumento dell'impatto delle malattie croniche e della non autosufficienza. Aumenta il numero degli anziani fragili, ovvero soggetti di età avanzata o molto avanzata, con stato di salute instabile, frequentemente a rischio di disabilità e rapido deterioramento dello stato funzionale. Condizione spesso aggravata da fattori quali la solitudine e fattori socio-ambientali. La crescita delle malattie croniche nella popolazione, e del diabete quindi, è collegata all'invecchiamento della popolazione. A crescere, per quanto riguarda il diabete, è soprattutto quello di tipo 2, che rappresenta circa il 90% dei casi, fortemente legato all'eccesso ponderale, a sua volta riferibile a iperalimentazione e a scarsa attività fisica. Intervenire quindi sugli stili di vita, sull'alimentazione, sull'attività fisica, sulla promozione di un invecchiamento attivo è una chiave fondamentale nella lotta a questa patologia.

I pazienti con diabete, in modo particolare gli anziani, devono essere adeguatamente seguiti e trattati per contrastare le complicanze e per ottenere una buona qualità della vita, ancora di più in ragione della loro aspettativa di vita. Politiche di intervento su questo tema, dato il complesso insieme dei fattori in gioco, necessitano di un approccio integrato su più fronti, che sia efficace sia in termini di prevenzione sia in termini di accrescimento della qualità della vita, sia in termini di miglioramento della gestione della patologia. Entrano in gioco, accanto a politiche strettamente sanitarie, anche interventi che, per esempio, tengano conto dell'influenza dell'urbanizzazione e delle politiche urbanistiche sullo stato di salute della popolazione, senza dimenticare la centralità dell'al-

fabetizzazione alla salute (cioè la capacità dei cittadini di comprendere le informazioni per la propria salute e orientarsi nel mondo sanitario), la domiciliarità, il rafforzamento del territorio, la promozione di tutti gli incentivi a un invecchiamento attivo.

Bisogna partire da politiche che incentivino le reti sociali in quanto sistema circolatorio delle città. Chi ha una rete solida di relazioni o è parte di un'associazione ha una migliore percezione della propria salute e riesce a gestire più efficacemente ogni situazione. Promuovere l'invecchiamento attivo significa contrastare la solitudine, quindi: valorizzare il volontariato, promuovere il co-housing e altre forme di senior living, rafforzare i Servizi comunali, la mobilità, promuovere progettazione inclusiva, universal design e verde pubblico. E ovviamente sostenere i luoghi di socializzazione, come i centri anziani, unica rete capillare su tutto il territorio per le persone senior. Arrivare cioè a un concetto di contrasto della patologia che non sia solo strettamente di tipo medicale, ma che consideri la persona nell'insieme della sua condizione di vita, delle sue relazioni, soggetto centrale e attivo nella cura e nella prevenzione.

Tutto ciò è possibile solo a partire da una conoscenza approfondita della situazione diabete in Italia, quale quella che l'Italian Diabetes Barometer Report offre da anni grazie al suo puntuale lavoro di analisi, rappresentando il punto di partenza di un dibattito prezioso, indispensabile per arrivare a una visione più ampia del fenomeno, per contrastare il diabete e le sue complicanze.

Marcello Grussu

Presidente di ANIAD (Associazione Italiana Atleti con Diabete)

Bisogna sollecitare una azione maggiormente incisiva ed efficace da parte Istituzionale per quanto riguarda la promozione dell'attività fisica e sportiva come strumento terapeutico riconosciuto oramai in maniera incontestabile dalla comunità medico-scientifica.

Se guardiamo all'offerta di assistenza sanitaria che le persone con diabete ricevono in Italia, dobbiamo riconoscere che mediamente è un'assistenza di qualità. Soprattutto per le potenzialità derivanti da una indiscussa professionalità e competenza delle figure sanitarie che costituiscono i Team diabetologici, ma in parte anche per un ampio accesso alle cure e ai presidi in rapporto al resto dei paesi europei, ed in particolare a quelli dove non risultano raggiunti alcuni standard.

Altrettanto consapevolmente, e senza voler entrare nel merito con un giudizio positivo o negativo sulle decisioni politiche a suo tempo prese, sappiamo che l'organizzazione dell'Assistenza su base Regionale soprattutto successivamente alle modifiche intervenute nei primi anni del 2000, è fonte di importanti distorsioni e differenze che generano forti disuguaglianze tra Regioni, e spesso anche all'interno delle stesse.

Senza dover generare un elenco delle criticità che sappiamo essere particolarmente lungo, ma anche ampiamente conosciuto e dibattuto negli ambiti di chi ha competenza e responsabilità decisionale, mi sento di affermare che molto banalmente (ma non più di tanto), gran parte delle condizioni e delle risposte ai bisogni potrebbero essere appianate o equilibrate dando piena attuazione e in modo omogeneo, al Piano Nazionale sul Diabete; alle indicazioni della legge 115 del 1987; e alle Linee Guida rilasciate periodicamente dalle Società Scientifiche di Diabetologia.

Per stare in tema con le aspettative delle persone con diabete, dovremmo anche poter contare sulle importanti opportunità di migioria e di sviluppo che possono provenire dal PNNR attraverso una migliore attribuzione e distribuzione degli Operatori Sanitari; una migliore organizzazione del territorio e della medicina di base integrata con la specialistica; l'implementazione dei sistemi di trasferimento dei dati (FSE), utile soprattutto a sburocratizzare l'assistenza; una più diffusa e ampia offerta della telemedicina e quindi anche dei devices di ultima generazione per il controllo glicemico. Ma anche una vera multidisciplinarietà che, qualora concretamente realizzabile all'interno delle Case della Comunità, faciliterebbe la costruzione dei tanto agognati PDTA e una vera presa in carico dei pazienti in tutte le fasi.

L'organizzazione delle Case delle Comunità e più in generale una nuova articolazione del territorio è auspicio che possa essere anche efficace nel determinare una forma di contrasto al fenomeno del cosiddetto diabete misconosciuto. Ovvero dover intercettare quelle persone che pur essendo già affette dalla patologia non sanno di esserlo e che si stima possano essere in Italia un milione e mezzo. E' pur sempre una aspettativa di salute che ancorché non ancora esplicitata dalla popolazione interessata necessita di risposte.

Dal punto di vista strettamente legato alle specificità dell'ANIAD, l'Associazione che rappresento, mi sento di sollecitare una azione maggiormente incisiva ed efficace da parte Istituzionale per quanto riguarda la promozione dell'attività fisica e sportiva come strumento terapeutico riconosciuto oramai in maniera incontestabile dalla comunità medico-scientifica. In questo senso per esempio i Piani Regionali di Prevenzione andrebbero maggiormente sostenuti e supportati da iniziative strutturate pluriennali, con il coinvolgimento di diverse figure specialistiche tra le quali certamente il Laureato in Scienze Motorie in affiancamento ai Team di diabetologia, e le stesse associazioni dei pazienti.

Sul fronte della lotta alla sedentarietà va mantenuta e possibilmente incrementata l'azione di sensibilizzazione e informazione nelle scuole, ma credo sia oramai indispensabile un contributo in questi termini anche da parte del mondo imprenditoriale e del lavoro.

Una maggiore sinergia con il mondo dello Sport sarebbe infine auspicabile per attivare percorsi di formazione e competenze all'interno delle Federazioni e delle singole Società Sportive in modo da assicurare sia una forma di inclusione sempre più allargate delle persone e degli atleti con diabete, ma anche condizioni di maggior tutela per i più giovani e gli adolescenti che nonostante la patologia vogliono giustamente poter praticare una disciplina sportiva.

Annalisa Mandorino

Segretario Nazionale di Cittadinanzattiva

Le risorse che stanno arrivando con il PNRR sono preziose ma vanno accompagnate con misure che ne consentano solidità strutturale anche dopo il 2025, a cominciare da un adeguato potenziamento del personale sanitario, e con la realizzazione di quelli che da tempo sono strumenti prioritari ma ancora non attuati appieno per rispondere alle esigenze dei malati cronici e rari.

L'impegno a tutela delle cronicità è una costante nella storia di Cittadinanzattiva. Nel quadro di queste politiche si inserisce l'attenzione particolare riservata alle persone con diabete. Più volte in passato Cittadinanzattiva si è occupata del monitoraggio della qualità delle cure e dell'assistenza per i pazienti diabetici, dei PDTA specifici, della implementazione del Piano Nazionale Diabete, solo per citare alcune tappe.

Il diabete continua ad essere una delle emergenze sanitarie globali. Numeri, complicanze, riduzione della aspettativa di vita, costi sociali e sanitari ne fanno una delle patologie di rilievo per i sistemi sanitari e dovrebbero orientare sempre di più ad un investimento maggiore in prevenzione. La condizione di chi si ammala sconta le solite disomogeneità tra regioni diverse del Paese, così come l'accesso alla innovazione tecnologica. La prevenzione, anche se certamente più presente che in passato nella attenzione dei programmatori, resta una politica ancora largamente disattesa, soprattutto se valutata nell'ottica dell'health population management.

La pandemia da COVID-19 ha introdotto nuovi elementi in questo contesto, come quello più ovvio ed evidente legato alla sospensione di visite specialistiche e controlli nella fase più acuta della epidemia, ma anche l'intenzione dichiarata, in alcune aree del Paese, di utilizzare i passi in avanti sviluppati per il monitoraggio da remoto dei pazienti COVID anche per patologie croniche come il diabete.

L'impegno per la tutela dei diritti delle persone con diabete è parte strutturale, ormai da anni, delle politiche di Cittadinanzattiva.

La consapevolezza che, nonostante l'impegno di tanti anni accanto alle Associazioni dei pazienti più impegnate sul campo, siamo ancora lontani da una capacità di presa in carico integrata della persona con diabete su tutto il territorio nazionale, in grado di garantire omogeneamente l'accesso appropriato a ciò che l'innovazione scientifica e tecnologica mette a nostra disposizione, e dalla giusta attenzione per le politiche di prevenzione, ci hanno spinti ad aggiornare le informazioni e i dati raccolti sulla condizione delle persone con diabete. Siamo stati spinti anche da un elemento che si manifesta con sempre maggiore evidenza in que-

sta area delle cronicità, e cioè la persistenza di differenze significative e disuguaglianze inaccettabili tra aree territoriali diverse nella capacità del SSN di garantire risposte efficaci e tutela effettiva del diritto alla salute. Tutto ciò nella stagione nella quale siamo continuamente posti di fronte ai progressi e ai successi della medicina nel contrasto delle cronicità, nel rallentamento della loro evoluzione progressiva, nell'allungamento della sopravvivenza, nel miglioramento della qualità della vita. Tutti elementi, questi, sui quali i servizi sanitari possono giocare un ruolo, facendo la differenza.

Il XIX Rapporto sulla cronicità di Cittadinanzattiva, "La cura che (ancora) non c'è", presentato da Cittadinanzattiva e realizzato con il coinvolgimento di 64 associazioni di pazienti con patologia cronica e rara aderenti al CnAMC (Coordinamento nazionale Associazioni Malati cronici) e di circa 3000 pazienti,

ha evidenziato come un paziente su due dichiara che con la pandemia sono aumentate le criticità nell'accesso alla diagnosi e cura per la propria patologia.

Le risorse che stanno arrivando con il PNRR sono preziose ma vanno accompagnate con misure che ne consentano solidità strutturale anche dopo il 2025, a cominciare da un adeguato potenziamento del personale sanitario, e con la realizzazione di quelli che da tempo sono strumenti prioritari ma ancora non attuati appieno per rispondere alle esigenze dei malati cronici e rari.

Si tratta innanzitutto di dare ovunque ed uniforme attuazione, tanto al livello regionale, quanto a quello aziendale, ai PDTA e al Piano nazionale delle cronicità e monitorare il raggiungimento degli obiettivi previsti; di finanziare e monitorare il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), fermi al 2017, su tutto il territorio, al fine di ridurre le disuguaglianze tra regioni ed assicurare a tutti i cittadini pari diritti. Tutto questo è importante che sia fatto attraverso un confronto costante con i cittadini e le associazioni di tutela dei diritti dei pazienti che, in questo anno e mezzo di pandemia, hanno mostrato di essere un fondamentale tassello del welfare del nostro Paese.

Stefano Nervo

Presidente Diabete Italia e di Diabete Forum

I numeri dell'Istat parlano abbastanza chiaro: oltre 3 milioni e 200mila italiani soffrono di diabete, di questi più della metà sono sedentari e 1 su 3 è obeso. È una stima fatta al ribasso, perché molte persone non sanno ancora di essere ammalate: il dato più reale, infatti, si aggira intorno ai 4 milioni.

Il diabete in sé porta dei rischi, per le complicanze ad esso associate (ictus, cecità, cardiopatie, neuropatia, insufficienza renale, etc). Non a caso il paziente con diabete, soprattutto di tipo 2, è un paziente con comorbidità e quindi si tratta di un paziente cronico. Come si cura quindi? Per il diabete di tipo 2, l'accesso ai farmaci innovativi (Nota 100 di Aifa) va in questa direzione e il coordinamento tra i medici di medicina generale e gli specialisti è fondamentale, così come la formazione per l'autogestione che va a incidere sulla gestione delle tecnologie (vale anche per il diabete di tipo 1). L'organizzazione sanitaria, quindi, ha dei punti fermi da consolidare, che sono i Centri specialistici che sono un'eccellenza a livello europeo e i team diabetologici che nel Piano Nazionale Diabete prevedono la presenza dello psicologo, che però non è sempre presente nelle singole regioni (ricordo che abbiamo 21 sistemi sanitari differenti delle singole regioni, con conseguenti disparità).

Altrettanto importante è la medicina di prossimità. Nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è fondamentale andare a definire le regole con cui verranno gestiti i medici di famiglia e le modalità con cui i medici di famiglia potranno interfacciarsi con la specialistica. Le nuove sfide riguarderanno poi la telemedicina. Per quanto riguarda la medicina proattiva, segnalo che uno dei problemi grossi è la questione della privacy ed è necessaria una regolamentazione adeguata. Vorrei inoltre fare notare che quasi la metà dei costi legati al diabete sono correlati con l'ospedalizzazione. Investire quindi in una cura più efficace, nella formazione dei medici e delle persone con diabete, potrebbe aiutare a ridurre questi costi e quindi a non gravare solo sulla spesa del sistema sanitario. Gli aspetti sociali sono un altro punto fondamentale. Parliamo di scuola, è indispensabile demedicalizzare la scuola, formando il personale scolastico. Ci sono le assicurazioni (devo ricordare che è impossibile stipulare assicurazioni sulla vita, o per la salute o per i viaggi all'estero).

Sarebbe interessante sviluppare una sorta di green pass, sul modello del Covid, in cui si dà il benessere, o lo stato di buona salute o di buona compensazione, per quanto riguarda le assicurazioni e il lavoro. Ci sono normative che favoriscono le discriminazioni, ad esempio il regio decreto del 1934 che parla di diabete zuccherino come impedimento per le persone ad entrare nelle professioni marittime. Esistono aspetti discriminatori anche in merito

alle patenti, le cui regolamentazioni risultano obsolete e che non vengono applicate in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale. Per ultimo i care giver, ricordo che l'accesso ai genitori con figli con diabete alla legge 104 è fondamentale. Ci sono poi persone non autosufficienti per cui la gestione della malattia è legata ai care giver che devono essere formati per poterli supportare al meglio".

Per Diabete Italia, l'azione sul diabete nel nostro Paese si può sviluppare su sette punti:

1. Stick glicemico obbligatorio all'accesso al Pronto Soccorso per i soggetti al di sotto dei 45 anni di età..
2. Screening per individuare 1 milione di persone che hanno il diabete, senza saperlo.
3. Legge nazionale per l'inserimento dei minori con cronicità nella scuola.
4. Fare rispettare la circolare dell'Inps sulla legge 104, che prevede un primo accesso in Commissione e il fatto di avere accesso in maniera automatica alla 104, fino al compimento di 18 anni.
5. Regio decreto n.244 del 22/1/1934 – ART.4 degli allegati riporta "Diabete zuccherino" aggiornato dalla legge n.1602 del 28/10/1962. Basterebbe abrogare questo articolo o aggiungere diabete mellito non ben compensato.
6. Rivedere il recepimento della normativa europea sulle patenti.
7. Politiche di promozione dell'attività motoria – possibilità di prescriverla, poiché abbiamo visto come l'obesità e la sedentarietà incidono sul diabete.

E' inoltre fondamentale andare a regolamentare i farmaci, la formazione del personale. Molte regioni lo stanno facendo, ma questo deve essere fatto omogeneamente su tutto il territorio nazionale.

È necessario che il Servizio Sanitario Nazionale ripensi le modalità per prevenire e sconfiggere una cronicità carica di complicanze, spesso sottovalutata nei suoi costi umani e sociali. Bisogna rilanciare la diabetologia e l'assistenza territoriale alla luce della Missione 6 del PNRR.

Tante sono le sfide che ci troviamo ad affrontare; infatti, a quelle insite nella difformità e disomogeneità della presa in carico della persona con diabete - che si riscontra non solo tra una Regione e un'altra, ma fra le diverse ASL, se non addirittura fra i Distretti - , si vanno aggiungendo quelle ultime, riferite alle cosiddette "Farmacie di Comunità": su questo abbiamo avviato una riflessione con CittadinanzAttiva con cui stiamo valutando modalità di collaborazione, specie con l'organismo del CnAMC di cui siamo da sempre parte importante.

Nel 2019, nell'incontro con il Ministro della Salute, On. Roberto Speranza, gli abbiamo consegnato il nostro Manifesto "Più territorio meno Ospedale", affinché se ne facesse carico sia per investire nel territorio sia per riparare alla falcidia tuttora in corso dei Centri di Diabetologia che, se ancora operativi, presentano carenza di personale, in particolare dell'infermiere dedicato e del team necessario all'Educazione Terapeutica del Paziente, come pure prevede espressamente la Legge 115/87 e non da ultimo il Piano Nazionale sulla malattia Diabetica. Il nostro Manifesto, che è un'esplicitazione e contestualizzazione di alcuni punti del "Manifesto dei Diritti e dei Doveri delle persone con diabete", ha anticipato le criticità del sistema sanitario che la pandemia COVID-19 ha messo in evidenza: una Sanità troppo spesso ospedalocentrica a danno del Territorio al quale le importanti risorse che arriveranno dall'Europa possono dare una grande opportunità di cambiamento e rafforzamento. Come diciamo noi di FAND, più territorio meno ospedale. È dunque necessario che il Servizio Sanitario Nazionale ripensi le modalità per prevenire e sconfiggere una cronicità carica di complicanze, spesso sottovalutata nei suoi costi umani e sociali.

Oggi sappiamo tutti come il COVID abbia pesato sulle persone con diabete, prima di tutto in termini di mortalità che come pazienti fragili hanno subito più di tutti gli altri nella prima fase dell'epidemia; poi sull'assistenza sanitaria: non ha creato il problema ma ha evidenziato in modo drammatico la fragilità dell'assistenza alle persone con diabete, che ha come effetto l'interruzione della continuità terapeutica e dei controlli diagnostici fondamentali per noi malati cronici, che o non esistono o con difficoltà sono applicati.

Ne consegue che molte persone hanno abbandonato le cure per cause molteplici, come:

– risiedere in piccoli Comuni e perciò spesso impossibilitati a muoversi verso i centri di diabetologia;

– evitare lunghi tragitti con mezzi di trasporto affollati e insicuri e anche pericolosi accessi presso gli ospedali, il più delle volte chiusi poiché trasformati in ospedali COVID;

– mancanza di familiari che possano accompagnare.

Riteniamo che il territorio possa e debba farsi carico di questa sottovalutazione attraverso l'integrazione con i MMG (Medici di Medicina Generale) e l'uso della Telemedicina, perché - come recita l'art. 32 della nostra Costituzione - "la salute è fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della comunità"; in particolare auspichiamo che, rivalutando i territori, la Sanità torni a dare uniformità di risposte ai bisogni delle persone con diabete senza creare diabetici di serie A e diabetici di serie B: "Dimmi dove vivi e ti dirò come sei curato".

Oltre a quanto sopra espresso, rileviamo altre due importanti criticità:

– la chiusura degli ospedali perché divenuti COVID ha impedito la continuità terapeutica fondamentale per la cura della malattia diabetica;

– la conseguente mancanza di prevenzione delle complicanze, che avviene attraverso gli esami specifici per i diabetici e che, se correttamente programmati, consentono di controllare l'eventuale evolversi delle complicanze a danno degli occhi o del sistema circolatorio o del piede, e altro.

In questa situazione COVID, invece, molti esami sono stati rinviati a data da destinarsi o molto lontani nel tempo, quindi poco efficaci, perdendo la specificità di essere esami di prevenzione delle complicanze.

Bisogna insomma rappresentare in modo semplice e accessibile una realtà complessa e articolata come la nostra, estremamente assoggettata alla mutevolezza del clima sociale e delle contingenze che si vivono, per le condizioni socio-sanitarie che insistono nel Paese, dove nonostante la Legge 115/1987 (di cui nel 2017 abbiamo ricordato il Trentennale e tuttora estremamente valida e attuale), si vivono realtà regionali e locali molto diverse, determinate dalla responsabilità che la modifica del Titolo V della Costituzione ha fatto ricadere sulle Regioni e a cui non si riesce a corrispondere in modo adeguato ed uniforme, nonostante la Risoluzione ONU e il varo del Piano Nazionale Diabete, seguito dal Piano Nazionale delle Cronicità. Queste due importanti conquiste, sebbene recepite dalla quasi totalità delle Regioni, sono state ampiamente ignorate e non implementate affatto in modo sollecito e puntuale.

Raffaele Scalpone

Presidente AID – Associazione Italiana Diabetici

Il diabete è una malattia complessa e molto diffusa. Colpisce circa 400 milioni di persone nel mondo tanto da considerarla una epidemia inarrestabile, che necessita sinergie istituzionali, cliniche e sociali.

Il diabete è una pandemia silenziosa che in Italia secondo l'Italian Barometer Diabetes Report 2022 colpisce quasi 4 milioni i diabetici in Italia, quasi il doppio di 30 anni fa, ma che soprattutto comporta costi sociali e umani importanti e che condizionano la vita delle persone con diabete.

Il diabete nel contempo è anche una patologia costosa, che comporta farmaci, visite, esami e ricoveri, il tutto nell'ottica di prevenire e ridurre le complicanze. Ogni anno in Italia si stima una spesa di 15 miliardi di euro. La spesa sanitaria pro capite annua nelle persone con la malattia è circa doppia rispetto a quella dei non diabetici (2.900 euro contro 1.500). Metà di questa spesa è generata dai ricoveri; il 21% dalla specialistica, il 20% dai farmaci per trattare condizioni diverse dal diabete, mentre solo il 7% dai farmaci antidiabetici e il 4% dai dispositivi. Gli autori del Rapporto evidenziano che la spesa per le visite diabetologiche ambulatoriali rappresenta appena l'1% del totale. Il costo della gestione standard del diabete copre circa il 10% della spesa totale, mentre il costo delle complicanze croniche rappresenta il 90%.

A fronte di questi dati allarmanti va fatto notare come negli ultimi anni la vita dei diabetici è migliorata: la ricerca va avanti e le cure migliorano. Eppure, c'è un aspetto di cui si tiene poco conto quando si è malati perché presi nell'immediato ad affrontare la diagnosi e a fare i conti con la cura: i propri DIRITTI. Da subito un diabetico si rende conto che oltre alla lotta quotidiana con la malattia, deve affrontare tutta una serie di difficoltà, a partire dal diritto essenziale alla cura. Ecco perché è importante che il diabetico abbia a disposizione centri e medici specializzati a portata di mano.

In Italia tutti i diabetici possono avere lo stesso supporto dal punto di vista sanitario?

Purtroppo no. In Italia, la legge 115 del 16 marzo 1987 tutela la condizione sociale e clinica di ogni persona con diabete. Si tratta di una legge quadro, di principi generali, la cui attuazione è affidata alle Regioni attraverso i piani sanitari regionali. Tuttavia non tutte le regioni si sono attivate in questa direzione allo stesso modo».

La legge 115 stabilisce piani attuativi di progetti-obiettivo, azioni programmate e altre iniziative idonee dirette a fronteggiare la malattia del diabete mellito, considerata ad alto impatto sociale, sono tutti fattori che alla luce della missione 6 del PNRR andrebbero ripresi, potenziando l'assistenza specialistica e territoriale.

E in termini di diritto alla salute, mi preme sottolineare quanto ancora molto si deve e può fare nella tutela del diabetico sul posto di lavoro.

L'A.I.D., da 70 anni, si propone di divulgare informazione su tutto ciò che riguarda l'educazione e l'assistenza alla persona con diabete potenziando la sensibilità di autorità sanitarie preposte, istituzioni, case farmaceutiche, organi di informazione. Tale operato si concretizza anche attraverso la promozione di corsi di istruzione ai pazienti diabetici e ai loro familiari in modo da migliorare la qualità di vita di queste persone dal punto di vista medico e sociale.

Noi siamo consapevoli quale associazione di persone con diabete, che la sfida a una malattia così complessa si deve affrontare solo attraverso sinergie con le Istituzioni e le società scientifiche.

Giovanni Lamenza
Presidente AGD Italia

La salute è stata in prima pagina e al centro delle preoccupazioni per due anni. Non era mai successo prima. Si è capito che non si è fatto abbastanza, e non certo solo nel contrasto ai virus, e che occorre investire molto di più e molto meglio in questo campo.

Parlare di sfide e opportunità è diventato un luogo comune specialmente nel mondo del lavoro e il biennio 2020/2021 è stato una sorte di esperimento sociale. La sfida ovviamente è stata dover rinunciare a ogni forma di incontro 'fisico', l'opportunità quella di familiarizzare con le forme di incontro virtuale che però si inseriscono meglio nelle giornate complesse di un genitore e volontario.

Anche le Istituzioni hanno seguito un analogo percorso di crescita. In risposta al lockdown molte procedure si sono snellite, nella prescrizione e distribuzione di presidi, ad esempio, o nelle visite delle Commissioni per il riconoscimento della disabilità, che sono avvenute più spesso su base documentale senza bisogno della spiacevole e umiliante visita. Speriamo che questa tendenza alla semplificazione e tecnologizzazione delle procedure, prevista anche dal PNRR, prosegua.

La salute è stata in prima pagina e al centro delle preoccupazioni per due anni. Non era mai successo prima. Si è capito che non si è fatto abbastanza, e non certo solo nel contrasto ai virus, e che occorre investire molto di più e molto meglio in questo campo.

Le nostre lotte, segnatamente quella per prevenire la desertificazione dei Centri Diabetologico Pediatrici che rischia di manifestarsi nella prima metà di questo decennio, la mancanza ancora oggi di una linea guida nazionale per un'adeguata inclusione del bambino con diabete nelle attività scolastiche sono tra le nostre principali fonti di preoccupazione.

Aspetti evidentemente legati alla non totale attuazione del Piano Nazionale del Diabete recepito dalle Regioni con atti ufficiali delle relative Giunte e appaiono quasi come un abbassamento della guardia nella difficile ed impari lotta al diabete e alle sue complicanze da parte di così tante istituzioni da far pensare quasi che si tratti di un generalizzato, pericoloso fenomeno di superficialità e disinteresse.

Questo biennio ha coinciso con una battuta di arresto nelle battaglie per i diritti dei minori con diabete, ma i valori fondanti del lavoro nostro e dei nostri associati quali l'accesso in modo equo alle migliori cure oggi disponibili per le persone in generale ed in particolare per i bambini e giovani con diabete del nostro paese sono quindi tornati al centro della coscienza sociale del Paese. E questa è una ottima base dalla quale ripartire.

Lina Delle Monache

*Presidente Federdiabete Lazio e Responsabile
del Patient Advocacy Network di IBDO Foundation*

La salute è stata in prima pagina e al centro delle preoccupazioni per due anni. Non era mai successo prima. Si è capito che non si è fatto abbastanza, e non certo solo nel contrasto ai virus, e che occorre investire molto di più e molto meglio in questo campo.

FederDiabete ha costruito un'esperienza pilota nella Regione Lazio finalizzata all'elaborazione e applicazione di un sistema di Valutazione Partecipata dell'assistenza dedicata alle persone con diabete

il Coordinamento del Lazio delle Associazioni di Persone con Diabete di cui fanno parte per le associazioni della Provincia di Roma, di Latina, di Rieti e Viterbo – ha costruito un'esperienza pilota nella Regione Lazio finalizzata all'elaborazione e applicazione di un sistema di Valutazione Partecipata, realizzata dalle persone con diabete del Sistema Sanitario laziale rispetto al grado di adeguamento agli obiettivi e standard del Piano per la malattia Diabetica 2016-18 della Regione Lazio.

Ma che cos'è la Valutazione Partecipata?

E' uno strumento innovativo di rilevazione di informazioni ideato e applicato da FederDiabete Lazio per rafforzare la partecipazione delle persone con diabete alla valutazione della qualità del sistema di presa in carico come fattore chiave della qualità di vita.

In ogni territorio delle dieci Aziende Sanitarie Locali (ASL) del territorio regionale la raccolta dati viene realizzata attraverso la costituzione di un gruppo misto di lavoro formato da referenti di FederDiabete Lazio e cittadini volontari, in alcuni casi persone con diabete.

Per questo tale strumento rappresenta una risorsa per migliorare il sistema e la rete dei servizi per le persone con diabete a partire dal punto di vista dei cittadini stessi che con il diabete convivono quotidianamente.

In questo momento di forte crisi avere a disposizione dei dati sui risultati e sugli impatti delle attività realizzate dal Servizio Sanitario Regionale verso le persone con diabete diventa fondamentale per orientare le scelte e lavorare in maniera sempre più efficace ed efficiente.

La gestione della malattia diabetica rappresenta, infatti, una delle principali sfide per i sistemi sanitari dei paesi sviluppati, dati i "grandi numeri" (persone affette, costi diretti e indiretti) che richiedono efficienza, efficacia, equità e sostenibilità.

Il Piano per la malattia Diabetica 2016-18 della Regione Lazio con la previsione di un sistema di Valutazione Partecipata intende rispondere concretamente alle indicazioni europee e nazionali della necessità di una diagnosi precoce e un'efficace gestione della malattia, combinazione che può comportare una riduzione delle complicanze e della mortalità dovuta al diabete, ed un aumento, quindi, della speranza di vita e del benessere delle persone.

"Con la Valutazione Partecipata operatori e associazioni sono insieme nell'elaborazione, monitoraggio e valutazione dei percorsi di salute e le associazioni dei pazienti vedono rafforzato il riconoscimento di un principio fondamentale quale la partecipazione per la costruzione di politiche regionali inerenti il settore della cronicità. Ancora una volta è fondamentale il ruolo delle associazioni e delle persone con diabete per rispondere ai bisogni di salute.

La Valutazione Partecipata si dimostra molto utile se impiegata nella risposta a domande quali come migliorare l'organizzazione e la pianificazione del lavoro del Sistema regionale dei servizi dedicati alle persone con diabete, come migliorare la realizzazione delle attività, come monitorare il progressivo raggiungimento degli obiettivi prefissati.

La realizzazione della Valutazione Partecipata vuole essere un punto di confronto tra tutti i soggetti coinvolti nella rete del diabete per dare un ulteriore impulso alla sinergia tra istituzioni, professionisti e persone con diabete in grado di migliorare le condizioni di vita e la salute della popolazione.

Accanto a questo deve nascere l'impegno a costruire reti in grado di prendersi carico delle problematiche delle persone con diabete e dei loro familiari, riconoscendo a caregiver un ruolo fondamentale.

Antonio Cabras

Past President FDG- Federazione Diabete Giovanile

Oggi in Italia 4 milioni di nostri concittadini convivono con diabete, rendendosi protagonisti di tutte le componenti sociali e civili del nostro Paese. A nome di questi cittadini e delle loro famiglie e della comunità scientifica viene richiesta in tempi brevi di avviare un iter parlamentare e governativo idoneo per il superamento che discrimina gli atleti con diabete nell'arruolamento nei gruppi sportivi militari e nei corpi dello Stato.

Negli scorsi mesi, su iniziativa e dei Presidenti delle Società Scientifiche e delle Associazioni Pazienti di diabetologia e del Comitato Nazionale per i diritti della persona con diabete, è stata posta all'attenzione delle Istituzioni la necessità di sensibilizzare le istituzioni parlamentari e governative sull'arruolamento nei gruppi sportivi militari e dei corpi dello stato degli atleti con diabete tipo 1.

Tali richieste sono assolutamente legittime dal punto di vista etico, clinico e sociale e altresì sono in linea con l'obiettivo della piena fruizione dei diritti da parte della persona con diabete, nonché suffragate da norme che garantiscano il pieno diritto al lavoro alle persone con diabete, come a tutti i cittadini.

Grandi campioni dello sport diabetici tipo 1 hanno conquistato medaglie olimpiche; citiamo, per tutti, Bas van de Goor (oro nella pallavolo ad Atlanta), Gary Hall (oro nel nuoto a Sidney) e Steve Redgrave (oro nel canottaggio a Los Angeles, Seoul, Barcellona, Atlanta e Sidney). Oggi molti atleti, su questa scia, si cimentano ai massimi livelli internazionali.

Solo a titolo esemplificativo, a livello nazionale, due promesse dello sport italiano come Anna Arnaudo, campionessa mondiale ed europea di corsa in montagna, campionessa di corsa campestre a squadre, e vicecampionessa europea under 23 dei 10.000 metri, e come Giulio Gaetani, vincitore della Coppa del Mondo under 20 di spada, entrambi rappresentanti delle nostre nazionali assolute a livello internazionale, sono atleti con diabete tipo 1. Vorremmo che sentiste personalmente il "dolore e la rabbia" che questi due giovani campioni manifestano riguardo questa assurda discriminazione.

Entrambi hanno concrete possibilità di partecipare ai prossimi Giochi Olimpici, ma ad oggi non possono far parte dei gruppi sportivi militari e dei corpi dello Stato.

Con la pubblicazione del D.L. 28 febbraio 2001 n. 36 sono state introdotte nel nostro ordinamento norme idonee a favorire l'accesso al lavoro ed allo svolgimento dell'attività sportiva di elevato livello tecnico-agonistico di persone con disabilità fisiche e sensoriali. Nel plaudire tale disposizione di civiltà, corre l'obbligo come FDG di segnalare le suddette situazioni discriminatorie che impediscono ai cittadini e alle cittadine affetti da diabete

di godere del trattamento riconosciuto agli atleti ed alle atlete di valore internazionale nel campo delle rispettive discipline, nonché di accedere ai corpi militari e civili dello Stato. Il soggetto diabetico è infatti privo di disabilità fisiche o sensoriali che gli consentano di esser tesserato con il CIP (Comitato Italiano Paraolimpico) e quindi di poter partecipare alle selezioni degli atleti di valore di cui al D.lgs n. 36/2021. Non può neppure accedere ai Corpi militari e civili con le procedure riservate agli atleti, e gli è persino precluso di partecipare alle normali selezioni di accesso ai corpi militari. Tutto ciò è in contrasto con il principio costituzionale del Diritto al lavoro e con la vigente legislazione in materia. L'art. 8 della L. 10.4.1987 n. 115 stabilisce infatti che "la malattia diabetica priva di complicazioni invalidanti non costituisce motivo ostativo per l'accesso ai posti di lavoro pubblico e privato salvo i casi per i quali si richiedano specifici, particolari, requisiti attitudinali". Il mancato adattamento della normativa ai principi indicati dal legislatore, anche in considerazione dei notevoli progressi effettuati dalla medicina, produce una situazione del tutto illogica, oltreché, come si è detto in contrasto con i nostri principi costituzionali. Come FDG auspichiamo che il Presidente del Consiglio voglia prendere atto della illogicità della situazione, dei gravi effetti discriminatori che essa produce in capo a tanti cittadini e cittadine, del suo contrasto con i diritti fondamentali della persona sanciti dalle Carte internazionali ratificate dal nostro Paese, e che voglia farsi promotore di un'iniziativa legislativa o regolamentare idonea a superare tale ingiusta situazione.



Editor e coautori

Prof. Domenico Cucinotta

Il Prof. Domenico Cucinotta è professore ordinario fuori ruolo di Medicina Interna presso l'Università di Messina, dove è stato Direttore del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale e componente del Senato Accademico dal 2012 al 2018. Dal 2008 al 2019 è stato Direttore della UOC di Medicina ad indirizzo metabolico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria. È stato vicepresidente (1991-1993) e presidente (1997-2001) dell'Associazione Medici Diabetologi – AMD. È Presidente del Comitato Etico degli IRCCS siciliani.

Il Prof. Cucinotta è coordinatore dell'Italian Diabetes Barometer Report.

Prof. Paolo Sbraccia

Il Prof. Paolo Sbraccia è Professore Ordinario di Medicina Interna nel Dipartimento di Medicina dei Sistemi dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Medicina Interna e Centro Medico dell'Obesità del Policlinico Tor Vergata. È Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna e componente del Comitato Etico Indipendente presso la Fondazione Policlinico Tor Vergata. È stato inoltre Presidente del Corso di Laurea di Dietistica (2006 – 2018).

È Vice Presidente Vicario della "Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation" e membro dell'Executive Committee della European Association for the Study of Obesity (EASO). È inoltre Past President della Società Italiana dell'Obesità (SIO) e della Federazione Italiana di Endocrinologia, Diabetologia, Andrologia, Metabolismo e Obesità (FIEDAMO).

Dal 2006 al 2010 è stato Componente del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Diabetologia (SID), e nel biennio 2008-2010 Coordinatore del Comitato Scientifico della SID. Nel biennio 2009-2011 è stato membro della Commissione del Ministero della Salute per la valutazione dell'Appropriatezza diagnostico-terapeutica per Obesità e Diabete. Nel biennio 2010-2012 è stato nominato Coordinatore del Comitato Scientifico della Società Italiana dell'Obesità (SIO). Dal 2008 è membro del "Scientific Advisory Group for Diabetes and Endocrinology" dell'EMA (Londra). Sempre dal 2009 è membro dell'Editorial Board della rivista "Internal and Emergency Medicine", dal 2014 della rivista "Eating and Weight Disorders" e dal 2018 della rivista "Current Opinion in En-

docrine and Metabolic Research" e ad hoc reviewer di numerose riviste scientifiche internazionali. Nel 2015 ha fatto parte del gruppo di lavoro istituito dal Consiglio Superiore di Sanità "Patologia endocrina", con particolare riferimento all'obesità.

Nel biennio 2014-2016 è stato Presidente della Società Italiana dell'Obesità (SIO).

Dal 2017 al 2019 è stato Presidente della Federazione Italiana di Endocrinologia, Diabetologia, Andrologia, Metabolismo e Obesità (FIEDAMO).

Nel 2015 è stato uno dei promotori della "Milan Declaration: A Call to Action on Obesity - an EASO Position Statement on the Occasion of the 2015 EXPO" (Ref. 81).

Nel 2016 ha coordinato la stesura delle linee guida nazionali sull'obesità: "Standard Italiani per la Cura dell'Obesità (Società Italiana dell'Obesità (SIO) – Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI)"; tradotte in inglese e pubblicate da Springer (Clinical Management of Overweight and Obesity. Recommendations of the Italian Society of Obesity (SIO) (109, 110). In tali linee guida ha coordinato e proposto alla comunità internazionale un nuovo algoritmo di cura dell'Obesità (SIO management algorithm for patients with overweight or obesity: consensus statement of the Italian Society for Obesity).

Dott.ssa Roberta Crialesi

La dottoressa Roberta Crialesi è Dirigente del Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza dell'Istat. Coordina la progettazione e realizzazione di indagini e analisi per fornire un quadro organico e comparabile a livello nazionale e internazionale sulle caratteristiche e sull'evoluzione delle condizioni di salute della popolazione, della disabilità, dell'assistenza e dei servizi socio-sanitari resi dalle istituzioni e private. Le sue ricerche comprendono lo studio delle dinamiche socio-demografiche, la cronicità, la qualità della sopravvivenza, le disuguaglianze socio-economiche nella salute e nella mortalità, l'incidentalità stradale. Partecipa a gruppi di lavoro, task force, commissioni nazionali e internazionali; è stata il delegato italiano al Working party on Statistics per discutere il Regolamento europeo nel campo delle statistiche su sanità pubblica. La Dottoressa Crialesi è componente del Data Analysis board di IBDO Foundation e dell'Health City Institute.

Dott. Antonio Nicolucci

Il Dott. Antonio Nicolucci è Direttore di CORESEARCH ed è stato Coordinatore del Dipartimento di farmacologia clinica ed epidemiologia della "Fondazione Mario Negri Sud – Centro di ricerche farmacologiche e biomediche". Le sue ricerche comprendono la metodologia epidemiologica e i risultati dell'assistenza nel diabete, l'impatto psicosociale del diabete, della malattia cardiovascolare e dei trattamenti associati. Nel corso della sua carriera, ha rivestito diversi ruoli nella Società Italiana di Diabetologia e nell'Associazione Medici Diabetologi.

Il Dott. Nicolucci è Coordinatore del Data Analysis Board di IBDO Foundation e dell'Health City Institute.

Prof. Davide Lauro

Il Prof. Lauro, componente del Consiglio di Amministrazione di IBDO Foundation, è Direttore della Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Dipartimento di Medicina dei Sistemi, dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e Professore Ordinario in Endocrinologia MED/13. E' altresì il Direttore UOC Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche e Titolare del Programma Aziendale - Centro di Riferimento Diabete di Tipo 2 – Dipartimento di Medicina, Fondazione Policlinico di Tor Vergata, Roma e stato Consigliere del Direttivo Nazionale della SID (Società Italiana di Diabetologia).

Prof.ssa Simona Frontoni

La Professoressa Simona Frontoni è Presidente del Comitato Scientifico di IBDO Foundation e Professore Associato in Endocrinologia, presso il Dipartimento di Medicina dei Sistemi dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". Dirigente di II livello, presso l'U.O. di Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche – Ospedale "San Giovanni Calibita" Fatebenefratelli – Isola Tiberina. Abilitazione scientifica nazionale alle funzioni di professore di prima fascia. Riveste i ruoli di Presidente corso di Laurea in Dietistica Università di Roma Tor Vergata, Membro Comitato Didattico della Società Italiana di Diabetologia. Presidente del Comitato Scientifico dell'Italian Barometer Diabetes Observatory, Presidente della sezione regionale della SIO, Past- Chairman del Neurodiab (Neuropathy Study Group of EASD), Past- President della sezione regionale della SID

PI di trials clinici di fase II e III. PI dello studio europeo HORIZON 2020 Retinal and cognitive dysfunction in type 2 diabetes: unraveling the common pathways and identification of patients at risk of dementia – RECOGNISED

E', inoltre, revisore per le seguenti riviste internazionali: Acta Diabetologica, American Journal of Clinical Nutrition, Atherosclerosis, British Journal of Nutrition, Clinical Science, Diabetes, Diabetic Medicine, Diabetes Research and Clinical Practice, Diabetes Technology and Therapeutics, Diabetologia, Experimental Diabetes and Research, Internal and Emergency Medicine, Journal of Diabetic Investigation, Journal of Endocrinological Investigation, Journal of Hypertension, Journal of Postgraduate Medicine, Neurology India, Nutrition Metabolism e Cardiovascular Disease, PONE, Associate Editor di Nutrition, Metabolism e Cardiovascular Disease, Membro dell'Advisory Board di Acta Diabetologica, Co-direttore de "Il Diabete"

Prof. Alfonso Bellia

Il Prof. Alfonso Bellia è Segretario Generale dell'Italian Diabetes Barometer Observatory (IBDO) ed è professore associato di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo presso l'Università di Roma Tor Vergata, e Dirigente Medico universitario presso la U.O.C. di Endocrinologia e Diabetologia del Policlinico Tor Vergata di Roma. E' stato componente e coordinatore del Comitato Consultivo Area Endocrinologica, componente del Segretariato di Supporto e Coordinamento attività HTA nel settore farmaceutico dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dal 2012 al 2017. E' attualmente componente del Comitato Etico Indipendente del Policlinico di Roma Tor Vergata.

Dott. Federico Serra

Il Dott. Federico Serra, Direttore Generale di IBDO Foundation è Presidente dal Gennaio 2021 dell'International Public Policy Advocacy Association-IPPAA, con sede a Washington, una delle maggiori associazioni al mondo che si occupa di relazioni ed advocacy istituzionale ed è Co-chairman del Think Tank internazionale THREE BEES.

Capo della Segreteria tecnica degli Intergruppi Parlamentari Obesità e Diabete e Qualità di Vita nelle città, è ed è stato ed è consulente a livello nazionale ed internazionale di importanti organizzazioni governative, parlamentari, industriali e scientifiche.

Per oltre 40 anni manager di una importate multinazionale, è stato insignito dalla Casa Reale di Danimarca nel 2013 della medaglia d'onore di Sua Altezza Reale il Principe Consorte Henrik di Danimarca e il diploma della Danish Export Association, tra le più importanti onorificenze danesi, premio che viene destinato ogni anno a dieci persone o aziende che nel mondo hanno contribuito alla promozione e allo sviluppo dell'industria e del commercio danesi all'estero.

Nel 2013 è stato insignito dal Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano del titolo di cavaliere della Repubblica Italiana e il CONI della Stella al Merito Sportivo.

È stato dal 2012 al 2016 coordinatore per l'Italia dell'European Association of Communication Directors-EACD, l'Associazione europea dei direttori della comunicazione e dal 2018 è Vice presidente dell'European Urban Health Communicators Network-EUCHNET

È giornalista pubblicista, membro del Consiglio Direttivo Nazionale dell'Associazione Stampa Medica Italiana e Direttore editoriale della rivista URBES.

È Presidente dell'Osservatorio Nazionale Permanete sullo Sport ed è stato Presidente del CUS Catania e del Comitato Organizzatore a Catania delle Universiadi del 1997, è attualmente Vice Presidente mondiale di Sport Without Borders, organizzazione che promuove l'inclusione nel mondo dello sport, e Vice Presidente dell'Intergruppo Parlamentare "Amici della maglia azzurra", organizzazione parlamentare che promuove i valori dello sport.

Dal 2020 è Segretario Generale del C14+ e dell'Health City Institute, rispettivamente network e think tank nati con l'obiettivo di affrontare i determinanti di salute, del benessere, dell'ambiente e dell'attività sportiva nelle più importanti città italiane.

Dal 2010 è Presidente del Congresso della Federazione Italiana YMCA, rappresentanza italiana dell'YMCA (Young Men's Christian Association), organizzazione internazionale presente in oltre 119 Paesi del mondo con oltre 14.000 Associazioni Locali a cui collaborano 700.000 volontari e 25.000 figure professionali, membro del Consiglio di Amministrazione della Fondazione YMCA Italia, Presidente di YMCA Health, è stato presidente di FARERETE e IMAGINE ONLUS.

Dott. Lucio Corsaro

Il Dott. Lucio Corsaro dal 2020 è Fondatore di BHAVE, startup innovativa che studia e analizza i comportamenti decisionali delle persone nel settore sanitario per comprenderne le motivazioni, supportando le organizzazioni pubbliche e private nella ricerca di soluzioni attraverso l'osservazione e l'analisi predittiva dei comportamenti di persone, pazienti, operatori e stakeholder del settore sanitario.

Esperto di strategia, marketing, analisi statistiche e comportamentali, ha progettato e realizzato studi ed analisi sia a livello nazionale che internazionale nell'ambito delle patologie croniche, malattie rare, fragilità, oncologia ed infettivologia.

Insieme al suo team, attraverso l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale e del Machine Learning è in grado di integrare ed elaborare sia big che small data, creando modelli di comportamento predittivo e progetti per il miglioramento dei comportamenti delle persone e delle organizzazioni.

Il marketing comportamentale e lo studio delle scienze comportamentali, nell'ambito della salute, sono uno dei suoi maggiori interessi e nel tempo è diventato sempre più determinato a rendere questi argomenti professionali il fulcro assoluto della sua vita lavorativa quotidiana.

Attualmente è impegnato in gruppi di lavoro, task force, docenze, consigli direttivi, consulenze strategiche e di marketing per aziende, istituzioni, società scientifiche e associazioni pazienti.

Niente potrebbe descrivere meglio la sua visione di ciò che Arthur Conan Doyle ha dichiarato in "The Adventure of the Blue Carbuncle": "Il mio mestiere è sapere ciò che gli altri non fanno. Mi sono allenato a vedere le cose che gli altri trascurano".

Lucio Corsaro è componente del Data Analysis board di IBDO Foundation e dell'Health City Institute.

Dott. Gianluca Vaccaro

Il dott. Gianluca Vaccaro è dottore di ricerca in "Metodologia delle Scienze Sociali" all'Università degli Studi di Roma "La Sapienza". Direttore di Ricerche Sociali, Epidemiologiche e di Outcome e Methodological Advisor presso Bhave - startup innovativa che studia e analizza i comportamenti decisionali delle persone nel settore sa-

nitario - e Sociologo presso l'Unità Operativa Educazione e Promozione della salute dell'Asp di Catania.

Come metodologo della ricerca sociale e clinica ha svolto ricerche empiriche sui temi della salute in particolare: modelli organizzativi di cure palliative (Università "La Sapienza"; Asl di Modena); umanizzazione delle cure in Ospedale (A.O. San Camillo Forlanini -Università Tor Vergata); valutazione dei corsi di formazione per operatori sanitari in Europa (Commissione Europea rete HPH Health Promoting Hospitals - Ausl di Reggio Emilia); Progettazione partecipata di interventi di promozione della salute (Ausl di Reggio Emilia; Rete WHP - Asp di Catania); disuguaglianze sociali e professionali di salute (Istat - Asl Torino3); Patient decision aid (A.O.U. Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania); Buone pratiche cliniche e processi di consenso (SIIARTI - Bhave); Patient-reported outcomes in pneumologia, oncologia, malattie rare, croniche (Bhave).

Sul piano teorico si occupa di causalità nelle scienze sociali, di tecniche di ricerca negli studi eziologici e comportamentali, di fondamenti logici ed epistemologici della sociologia e modelli integrati di metodologia della ricerca clinica e sociale.

Dr.ssa Lidia Bonfanti

La dott.ssa Lidia Bonfanti è manager di una multinazionale del settore farmaceutico, per la quale si occupa di sviluppare progettualità sulle evidenze scientifiche nell'ambito della definizione e comunicazione del valore del farmaco etico. Ha conseguito una laurea in Scienze Biologiche presso l'Università degli studi di Palermo, ed ha perfezionato i suoi studi in Neurobiologia presso la Scuola Normale Superiore di Pisa. Ha contribuito alla ricerca sulla comprensione dei meccanismi biologico-molecolari, come Post-Doc presso l'Istituto di Neurofisiologia del CNR di Pisa e successivamente presso la Fondazione Mario Negri Sud – Centro di ricerche farmacologiche e biomediche.

Negli ultimi anni ha arricchito la sua formazione in ambito manageriale, con un Executive MBA presso la LUISS Business School di Roma. Ha inoltre approfondito le sue conoscenze nell'ambito dell'accesso del farmaco presso l'Università Bicocca di Milano, e più di recente ha consolidato le sue conoscenze in ambito sanitario, presso il CREA Sanità dell'Università Torvergata conseguendo il Master di II livello in Economia e Management della sanità.

Promotori e partner

IBDO FOUNDATION

Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation - IBDO nasce come modello di modern Think Tank sul diabete nella certezza che questa patologia oggi debba essere affrontata attraverso un confronto continuo sulle tematiche cliniche, sociali, economiche e politico-sanitarie.

Il confronto strutturato, l'analisi e il monitoraggio continuo dei dati permettono di valutare una varietà di indicatori per giungere a individuare strategie a breve, medio e lungo termine in grado di determinare reali cambiamenti gestionali.

L' IBDO Foundation ritiene che una roadmap per individuare le priorità di intervento sul diabete può essere tracciata solo attraverso l'analisi e l'integrazione delle quattro aree strutturali, clinica, sociale, economica e politica su cui si basa il moderno approccio all'Healthcare Landscape.

Per tali motivi, l'IBDO Foundation è stata chiamata a far parte, quale membro istituzionale, di importanti gruppi internazionali che si occupano di salute pubblica, come la European Public Health Association, al pari dei Ministeri della Salute dei Paesi europei, compreso quello italiano, e di importanti enti di ricerca internazionali.

L'ambizione è rendere l'Observatory un modello di partnership intersettoriale tra Istituzioni, Società Scientifiche, Associazioni di Pazienti, Università e tutti gli interlocutori coinvolti nella lotta al diabete, per creare uno strumento che dia organicità e sistematicità alle numerose iniziative intraprese sul diabete.

Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation, ha l'ambizione di affrontare in modo concreto la sfida che una malattia in rapida espansione come il diabete pone all'Italia e al mondo intero: arrestare la progressione "pandemica" del diabete.

È il primo osservatorio sul diabete a livello mondiale che vede il coinvolgimento di Università, Istituzioni Governative e Parlamentari, Società Scientifiche e Industria.

L'obiettivo dichiarato è promuovere "un progetto unitario" che identifichi, a beneficio degli attori dello scenario "diabete" e della pubblica opinione e attraverso l'analisi dei dati e la valutazione delle attività intraprese, tutto quanto viene compiuto per meglio pianificare i futuri interventi.

CORESEARCH

Il Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology -CORESEARCH è un istituto di ricerca con sede a Pescara, fondato da un team di ricercatori con oltre 25 anni di esperienza nel campo dell'epidemiologia clinica delle malattie croniche e nell'applicazione di tecniche statistiche avanzate alla ricerca biomedica.

Le principali aree di competenza comprendono: disegno, conduzione ed analisi di sperimentazioni cliniche controllate e studi osservazionali, conduzione di revisioni sistematiche e metanalisi, valutazione della qualità della cura e della qualità della vita, analisi di grandi database amministrativi e di real world data, con attenzione ai risultati clinici, sociali ed economici, creazione di registri di patologia.

I diversi approcci metodologici vengono utilizzati per lo studio di farmaci, dispositivi biomedicali, strategie assistenziali, telecare/telemedicina e per valutazioni di epidemiologia clinica e salute pubblica.

In CORESEARCH si integrano molteplici background specialistici derivanti da percorsi di studio in Medicina, Farmacia e Farmacologia, Biotecnologie, Statistica, Informatica.

La multidisciplinarietà caratterizza le attività del gruppo che si distingue per la capacità di tradurre la complessità di sofisticati approcci metodologico statistici in messaggi di immediata fruibilità dal punto di vista clinico.

Le attività si articolano in tre aree principali: Servizi, Formazione, Ricerca.

I ricercatori e gli esperti di CORESEARCH sono autori di oltre 250 articoli pubblicati in riviste scientifiche internazionali indicizzate, fra le quali The Lancet, JAMA, Annals of Internal Medicine, BMJ, Archives of Internal Medicine, Diabetes Care, Diabetologia, Journal of National Cancer Institute, Journal of Clinical Oncology.

CORESEARCH opera come Clinical Research Organization (CRO, DM 15/11/2011) ed è inserito nel network europeo per la ricerca non profit Ecrin/Ita-Crin.

FONTE: core@coresearch.it

BHAVE

Bhave è la digital startup nata per portare innovazione nel settore della Salute, nei processi di decision making e nel marketing strategico, attraverso l'osservazione e l'analisi predittiva dei comportamenti delle persone, dei medici e degli stakeholder, sfruttando le incredibili potenzialità dell'Intelligenza Artificiale e del Machine Learning per integrare ed elaborare big e small data.

La quantità di dati che viene prodotta quotidianamente è di flusso sempre crescente in ogni settore, dall'ambito sanitario a quello industriale. La vera sfida oggi è saper gestire e utilizzare questa importante ed enorme mole di informazioni per accrescere la competitività e l'efficacia dei servizi offerti.

La raccolta dei dati non basta da sola, se non viene accompagnata da una accurata analisi ed elaborazione di tutte le informazioni.

La disciplina che consente di farlo in modo analitico è l'Applied Behavioral Analysis, l'area di ricerca finalizzata a comprendere le relazioni che intercorrono tra le conseguenze di un comportamento e gli eventi che lo precedono.

Questo tipo di analisi è diventata un elemento chiave per prendere decisioni importanti nell'ambito della Salute e implementare le strategie d'impresa, perché consente di identificare e focalizzare l'attenzione sulle motivazioni alla base dei comportamenti delle persone (pazienti, medici, stakeholder, consumatori, utenti), andando oltre le tradizionali metriche numeriche e analisi sociodemografiche.

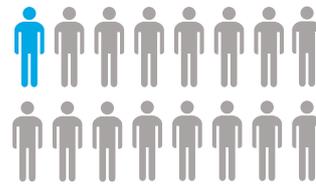
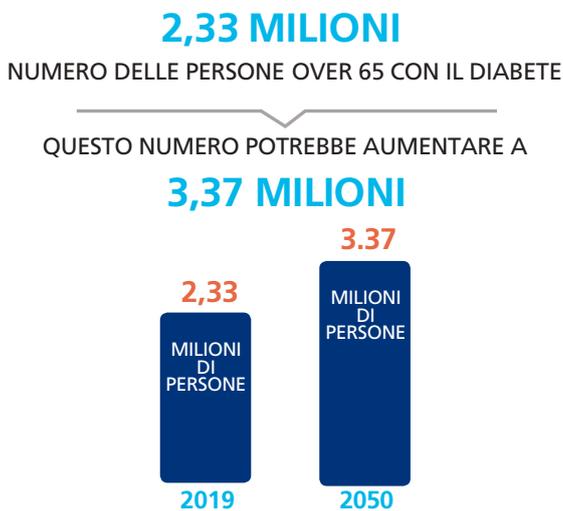
Questi paradigmi sono le fondamenta dell'approccio BHAVE e delle diverse soluzioni innovative disegnate per supportare le aziende e le istituzioni operanti nell'ambito della salute.

FONTE: <https://bhave.it/>



L'impatto del diabete in Italia

Nel 2019 erano circa 3,50 milioni i cittadini in Italia che dichiarano di avere il diabete, il 5,8% della popolazione. Sono oltre 80 mila i decessi con menzione del diabete in causa iniziale o nelle cause multiple, 9 ogni ora.

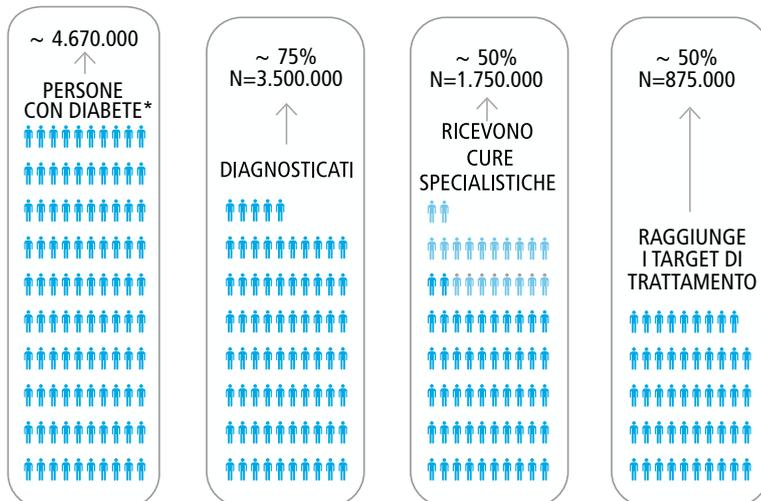


1 CITTADINO SU
17 HA IL DIABETE

MOLTI ALTRI SONO A RISCHIO

Per ogni **3 persone** con diabete noto ce n'è 1 che non sa di avere il diabete. Inoltre è possibile stimare che per **1 persona con diabete noto** ce n'è almeno **1 ad alto rischio** di svilupparlo (scarsa tolleranza al glucosio o elevata glicemia a digiuno).²⁻³ Ciò significa che almeno 3,27 milioni di persone sono ad alto rischio di sviluppare il diabete.

REGOLA DEI MEZZI⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸



*Tale numero prende in considerazione una stima epidemiologica delle persone che non sanno di essere diabetiche non avendo ricevuto diagnosi.

COMPLICANZE A LUNGO TERMINE

Il diabete è la prima causa di malattie cardiovascolari, renali, degli occhi e degli arti inferiori.⁹⁻¹⁰

- 15% delle persone con diabete soffre di coronaropatia.
- 22% delle persone con diabete soffre di retinopatia che può causare cecità.
- 38% delle persone con diabete ha disfunzioni renali (micro-macro albuminuria e/o ridotto tasso di filtrazione glomerulare) che possono portare alla dialisi.
- 3% delle persone con diabete ha problemi agli arti inferiori, che possono portare all'amputazione.

COMPLICANZE ACUTE

L'ipoglicemia rappresenta la complicanza acuta più comune associata alla terapia del diabete. Per ogni 100 persone con diabete di tipo 2, vengono registrati 9 episodi di ipoglicemia grave ogni anno. Tra le persone più anziane si arriva fino a 15 episodi.¹¹⁻¹²

IMPATTO PSICOSOCIALE DEL DIABETE

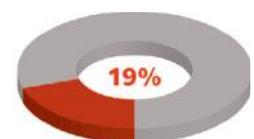
L'impatto psicosociale del diabete limita l'efficacia delle terapie per il diabete.¹¹⁻¹²



51% delle persone con diabete è stressato a causa del diabete.

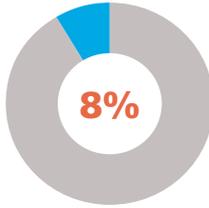


18% delle persone riporta una lieve depressione a causa del diabete.



19% delle persone si sente discriminata a causa del diabete.

L'IMPATTO ECONOMICO DEL DIABETE



del budget sanitario totale in Italia è investito nel diabete.⁶

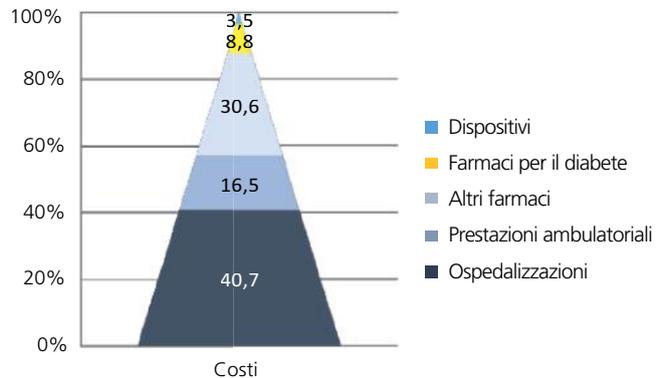
Il **8%** del budget sanitario totale in Italia è investito nel diabete.¹³⁻¹⁴

Il costo medio annuo per una persona con diabete in Italia è di 2.800 euro.¹³⁻¹⁴

FATTORI CHE CONTRIBUISCONO AI COSTI SANITARI DIRETTI PER IL DIABETE

(Osservatorio ARNO 2019)

- La maggior parte dei costi del diabete è legato alle ospedalizzazioni.
- I farmaci per il diabete incidono per il 8,8% i presidi per il 3,5%



RIMBORSO DELLE SPESE

- I pazienti in Italia hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.
- In diverse Regioni ci sono **restrizioni per il rimborso** di strisce e glucometri per l'auto-monitoraggio per i pazienti con diabete di tipo 2.
- A seconda delle direttive regionali, alcuni pazienti devono sostenere dei costi, spesso legati alle nuove tecnologie di trattamento (ad esempio pompe di insulina e accessori).¹³

IL PESO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

- Il diabete aumenta il rischio di ospedalizzazione per diversi fattori.¹³⁻¹⁴
- Le persone con diabete corrono un **rischio 2 volte** maggiore di essere ricoverate, rispetto alle persone senza diabete.¹⁴⁻¹⁶
- Il **20-25%** delle persone con diabete vengono ricoverate almeno una volta durante l'anno.¹³⁻¹⁴
- La durata del ricovero aumenta del 20% in presenza di diabete.¹³
- Oltre 50 milioni di euro ogni anno vengono spesi in Italia per ricoveri causati da una grave ipoglicemia.¹⁴

URBAN DIABETES: LA SFIDA CHE RIGUARDA LE CITTÀ METROPOLITANE ITALIANE

Il 52% dei 3,3 milioni di persone con diabete abita nei primi cento nuclei metropolitani e urbani italiani¹⁷

1,2 milioni di persone con diabete abitano nelle 14 Città metropolitane pari al **36%** del totale dei diabetici italiani¹



22 milioni di persone abitano nelle 14 Città metropolitane pari al **36%** del totale della popolazione nazionale

Autori: G. Alleva, A. Bellia, V. Buratta, M. Cappa, S. Caputo, A. Caretto, F. Cerutti, R. Cialesi, C. Cricelli, D. Cucinotta, S. Da Empoli, F. Dotta, S. Frontoni, F. Giorgino, R. Lauro, A. Lenzi, G. Medea, N. Musacchio, A. Nicolucci, G. Novelli, P. Pisanti, W. Ricciardi, C. Rossi, P. Sbraccia, G. Sesti, A. Solipaca, F. Spandonaro, V. Toscano, K. Vaccaro

Reference

1. Domenico Cucinotta, 10th Italian Diabetes & Obesity Barometer Report 2015
2. HealthSearch, data on file.
3. Screening campaign, health district of Siena. Data on file
4. International Diabetes Atlas 2016
5. Istat, Indagine Multiscopo, Aspetti della vita quotidiana 2015
6. Regione Marche, dati on file
7. Annali AMD VIII Edizione
8. RIACE Study. G. Penno et al. J Intern Med 2013;274:176-191
9. Nicolucci A, et al. (2012) Facts and Figures about diabetes in Italy.
10. Solini A, et al. Diabetes Care 2012;35:143-9.
11. Giorda CB et al. J Diabetes Metab 2014, 5:3.
12. Nicolucci A et al. Proceedings of the International Diabetes Federation World Diabetes Congress, Melbourne 2013, Abstract: P-1886
13. Rossi MC et al. Diabetes 2014;63 (Suppl. 1): A197.
14. De Berardis G. et al. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2012;22:605-12
15. FEND, IDF Europe (2011) Diabetes - The policy Puzzle: Is Europe Making Progress?
16. http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=20670
17. Health city institute - Data analysis on urban diabetes in Italy 2017

IBDO FOUNDATION



Principis Obsta

NON COMMUNICABLE DISEASES OBSERVATORY

**Driving
change** | in
diabetes

Con il contributo non condizionato di

