

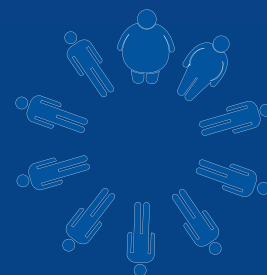
Italian Diabetes Monitor

Monitoring prevention, cure, political, social and economic facts on diabetes care

11th

Italian
Diabetes
& Obesity
Barometer
Report

FACTS AND FIGURES
ABOUT TYPE 2 DIABETES
AND OBESITY IN ITALY



*L'Italian Diabetes & Obesity Barometer Report è
dedicato alla memoria del Dott. Massimo Boemi
e del Dott. Sergio Leotta*

IBDO FOUNDATION



Principiis Obsta

NON COMMUNICABLE DISEASES OBSERVATORY

ITALIAN DIABETES & OBESITY BAROMETER REPORT

Facts and Figures
about obesity diabetes
type 2 in Italy 2017

ITALIAN DIABETES MONITOR

Editors in chief:

Renato Lauro

Giuseppe Novelli

**ITALIAN DIABETES & OBESITY
BAROMETER REPORT**

Coordinator:

Domenico Cucinotta

Autori:

Domenico Cucinotta

IBDO Foundation, Università degli Studi di Messina **Coordinatore**

Giorgio Alleva

ISTAT

Vittoria Buratta

ISTAT

Alessandra Burgio

ISTAT

Salvatore Caputo

Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni, Università Cattolica del Sacro Cuore Roma

Stefano Cianfarani

SIEDP - Università di Roma Tor Vergata

Marco Comaschi

IBDO Foundation

Roberta Cialesi

ISTAT

Claudio Cricelli

SIMG

Francesco Dotta

IBDO FOUNDATION, Università di Siena

Renato Lauro

IBDO Foundation, Università di Roma Tor Vergata

Andrea Lenzi

CNBBSV ,HEALTH CITY INSTITUTE, Università Roma Sapienza

Simona Frontoni

IBDO Foundation, Università di Roma Tor Vergata

Lidia Gargiulo

ISTAT

Francesco Giorgino

IBDO Foundation, Università di Bari

Domenico Mannino

AMD - Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino Morelli di Reggio Calabria

Gerardo Medea

IBDO Foundation, SIMG

Antonio Nicolucci

CORESEARCH

Giuseppe Novelli

Università di Roma Tor Vergata

Walter Ricciardi

Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni

Stefania Rossetti

ISTAT

Chiara Rossi

CORESARCH

Paolo Sbraccia

IBDO Foundation, Università di Roma Tor Vergata

Giorgio Sesti

SID – Università di Catanzaro

Alessandro Solipaca

Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni

Ketty Vaccaro

IBDO Foundation, Fondazione CENSIS

Indice

Prefazione degli editors in chief	7
<i>Renato Lauro, Giuseppe Novelli</i>	
Interventi istituzionali	9
<i>Giorgio Alleva, Presidente ISTAT</i>	
<i>Andrea Lenzi, Comitato per la Biosicurezza, le Biotecnologie e la Qualità di Vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri</i>	
<i>Walter Ricciardi, Presidente Istituto Superiore di Sanità</i>	
Il Punto di Vista della Società Scientifiche	17
<i>Domenico Mannino - AMD, Giorgio Sesti - SID, Stefano Cianfarani - SIEDP, Claudio Cricelli - SIMG</i>	
Premessa	23
<i>Vittoria Buratta - ISTAT, Domenico Cucinotta - IBDO Foundation</i>	
• IL DIABETE E L'OBESITÀ IN ITALIA	27
<i>Roberta Cialesi, Alessandra Burgio, Lidia Gargiulo - ISTAT</i>	
• IL DIABETE E L'OBESITÀ NELLE REGIONI ITALIANE	41
<i>Salvatore Caputo, Alessandro Solipaca Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane</i>	
<i>Antonio Nicolucci, Chiara Rossi - CORESARCH</i>	
<i>Roberta Cialesi, Stefania Rossetti - ISTAT</i>	
<i>Marco Comaschi - IBDO Foundation</i>	
• IL DIABETE NELLE CITTÀ ITALIANE	85
<i>Andrea Lenzi - HEALTH CITY INSTITUTE</i>	
<i>Antonio Nicolucci, Chiara Rossi - CORESEARCH,</i>	
<i>Ketty Vaccaro, Simona Frontoni, Francesco Dotta,</i>	
<i>Gerardo Medea - IBDO FOUNDATION</i>	
<i>Roberta Cialesi - ISTAT</i>	
• LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE IN ITALIA	93
<i>Alessandro Solipaca - Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane</i>	
• CONCLUSIONI E CALL TO ACTION	99
<i>Domenico Cucinotta - IBDO Foundation Università di Messina</i>	
<i>Francesco Giorgino - IBDO Foundation, Università di Bari</i>	
<i>Paolo Sbraccia - IBDO Foundation, Università di Roma Tor Vergata</i>	

11th

Italian
Diabetes
& Obesity
Barometer
Report

FOUNDATION



Italian Diabetes & Obesity Foundation
Via Salaria 115, 00198 Roma, Italy
Tel: +39 06 49593111
www.idof.it

Prefazione degli editors in chief

Renato Lauro

Presidente IBDO Foundation

Giuseppe Novelli

Rettore dell'Università di Roma Tor Vergata

Oggi il sistema sanitario nazionale è per la maggior parte organizzato per trattare le acuzie proponendo modelli di gestione separati per le diverse patologie.

Ancora molti sforzi debbono essere fatti riguardo la prevenzione integrata, la diagnosi precoce e al trattamento delle malattie croniche non trasmissibili. Un approccio integrato incentrato sul paziente è in grado di capitalizzare le esigenze comuni di trattamento e quindi ha la possibilità di un maggiore impatto.

Il diabete è una delle principali cause di morbidità nel nostro Paese, tra le prime per cecità, l'insufficienza renale e la cardiopatia ischemica. Bisogna considerare che i dati oggi a disposizione indicano diversa prevalenza tra le Regioni Italiane in termini di Diabete Tipo 2 e Obesità. Le Regioni del Sud presentano prevalenze più elevate di quelle del Nord e questo deve essere un fattore da studiare attentamente da parte dei clinici e dei decisori politici.

L'incidenza del diabete di tipo 2 è in aumento, così come si va riducendo sempre più l'età della diagnosi della malattia.

Anche l'incidenza del diabete di tipo 1 è in aumento in alcune zone del Paese.

Il diabete è tuttavia solo un aspetto, anche se spesso il più grave, della cosiddetta "sindrome metabolica", cui vanno riferite anche l'obesità, le dislipidemie e l'ipertensione arteriosa: in altre parole i principali fattori di rischio responsabili dell'aterosclerosi e delle patologie cardiovascolari ad essa secondarie, problema sanitario di primaria importanza e gravità anche nel nostro Paese.

Il diabete può essere ritenuto a tutti gli effetti una malattia sociale perché, oltre alle sue dimensioni epidemiologiche, investe la famiglia, le strutture sanitarie, l'assistenza, il mondo del lavoro.

Di fronte ad un quadro di questo tipo è necessario che vengano poste in atto misure sufficienti a ridurre il numero di soggetti affetti, migliorare spettanza e qualità di vita dei pazienti già affetti (riducendo il rischio di complicanze costose ed invalidanti), razionalizzare la spesa per il diabete in modo da garantire risorse alla

prevenzione senza intaccare il diritto alle cure più moderne ed efficaci. Un programma di così ampia portata ed ambizione ha bisogno di essere accuratamente tracciato e governato soprattutto sul processo di monitoraggio del dato informativo.

In questa logica si possono identificare alcune linee di azione irrinunciabili:

1. Creare consapevolezza nella popolazione generale e responsabilità tra i gestori politici relativamente alla serietà del problema e, soprattutto, sulle possibilità di un'azione preventiva efficace, anche alla luce della Risoluzione delle Nazioni Unite sui NCDs, delle Delibere comunitarie e al Piano nazionale sulla Malattia Diabetica del Ministero della Salute.

Questa azione non può non passare attraverso la creazione di nuove alleanze, con il coinvolgimento dell'opinione pubblica e di tutte le istituzioni politiche, governative, scientifiche, sociali e private.

2. Fare uscire il problema del diabete dall'ambito istituzionale del Ministero della Salute per farlo approdare a livello di discussione politica. Troppo ampio è il coinvolgimento della popolazione e troppo elevato il rischio politico perché la discussione del problema non interessi uno spettro più ampio della gestione politica.
3. Definire programmi di intervento, caratterizzati da direttive nazionali ma capaci di ricadere in modo coordinato a livello di Governo della sanità Regionale e Locale.
4. Misurare il valore del trattamento per il singolo paziente, tenendo conto della complessità della malattia, delle sue implicazioni sociali ed economiche e condividere questa informazione al fine di garantire la necessaria evoluzione della strategia di intervento.
5. Valorizzare il sistema di cure specialistiche del nostro Paese, tra i più avanzati al mondo, promuovendo una corretta cultura di gestione integrata tra diabetologi e medicina di medicina generale.
6. Creare consapevolezza nelle persone con diabete, attraverso il coinvolgimento delle Associazioni dei pazienti.

La diagnosi tempestiva e il costante controllo delle persone con diabete, grazie a terapie di qualità, riducono del 10- 25% il rischio di complicanze minori (danni agli occhi e ai reni) e del 15-55% il rischio di complicanze più gravi (insufficienza renale cronica, patologia coronarica, perdita della vista). Inoltre, si stima che tali azioni siano in grado di ritardare di oltre 5 anni l'insorgere di complicanze e di prolungare la vita delle persone affette da diabete in media di 3 anni. Nel lungo termine, un simile miglioramento del quadro terapeutico consentirà una riduzione media dei costi di oltre il 30%.

Un elemento imprescindibile nel miglioramento della terapia del diabete è, quindi, la valutazione continua delle azioni intraprese nei vari paesi e finalizzate alla prevenzione, al progresso e alla cura della patologia, ad ogni livello territoriale. Ciò consentirà di stabilire parametri di misurazione delle prestazioni mediche, di individuare casi di best practice e di sviluppare una competizione "costruttiva", necessaria per promuovere il cambiamento.

L'Italian Diabetes & Obesity Barometer report giunto al suo undicesimo anno di vita, grazie al coinvolgimento di importanti Istituzioni del nostro Paese quale l'ISTAT, all'impegno dell'IBDO Foundation e al contributo di numerosi esperti, vuole fornire una fotografia della situazione in atto in Italia e nelle Regioni Italiane, per stimolare quel dibattito necessario a promuovere la cultura del fare.

Il diabete tipo 2 e l'obesità vengono spesso sottovalutati in tema di impatto sulla qualità di vita di milioni di cittadini e di gravità delle complicanze ad essi connessi.

Il report di quest'anno ha un particolare focus sulle Regioni e le Città, perché bisogna ripartire da quadri di riferimento locali per identificare azioni fattuali che impegnino la governance sanitaria a trovare e dare le giuste risposte per ridurre il fardello sociale, clinico, economico e politico che queste malattie portano con se.

Malattie croniche non trasmissibili (NCDs) e invecchiamento della popolazione sono le sfide attuali che il Sistema Sanitario nazionale deve affrontare in termini di sostenibilità sociale, sanitaria ed economica ed è importante per questo disporre di dati "solidi" sui quali confrontarsi per ricercare soluzioni in grado di migliorare l'aspettativa e la qualità di vita delle generazioni attuali e future.

Interventi istituzionali

Giorgio Alleva

Presidente dell'Istituto nazionale di statistica

Per il secondo anno consecutivo l'Istat ha contribuito alla stesura di questo prezioso Rapporto su Diabete e obesità in Italia. Esso si pone ormai come punto di riferimento fondamentale per tutti coloro – medici, pazienti, policy maker, ecc. – che sono interessati a prevenire e combattere queste patologie e rappresenta un fondamentale momento di confronto tra tutti gli attori coinvolti.

Il dialogo, la condivisione e la collaborazione sono tratti distintivi del processo di produzione di statistiche di qualità, fondamentali affinché esse siano in grado di rispondere a specifiche esigenze conoscitive delle Istituzioni, delle Amministrazioni pubbliche, del mondo della ricerca, della società civile. Desidero quindi ribadire il valore per l'Istat delle collaborazioni con le società scientifiche e con tutto il mondo della ricerca medica, che forniscono uno stimolo insostituibile a svolgere sempre meglio il nostro lavoro per il Paese. Occasioni quali quella offerta da questo Rapporto costituiscono preziosi momenti di confronto con attori specializzati, alla cui domanda di informazioni e di conoscenza l'Istituto è costantemente impegnato a rispondere.

Il diabete è una malattia rilevante non solo per la sua diffusione elevata e crescente (nel 2016 in Italia coinvolge oltre 3 milioni e 200 mila persone, un milione in più rispetto al 2000), ma anche per il tipo di implicazioni sociali che porta con sé. Da un lato la gestione della malattia e delle sue complicanze hanno spesso un impatto grave sulla vita dell'individuo e dei suoi familiari. Dall'altro lato, è ormai ampiamente documentato che il diabete è una patologia la cui insorgenza è fortemente associata allo svantaggio socioeconomico, in ragione di diversi stili di vita e di possibilità di accesso alle cure. Questo ci porta direttamente ad un tema oggi al centro del dibattito di policy, quello delle disuguaglianze nella salute. Disuguaglianze inevitabilmente associate alle condizioni socio-economiche e che di queste rappresentano una delle conseguenze più rilevanti.

Gli elementi di cui tenere conto, da questo punto di vista, sono molti e le analisi condotte in questo Rapporto li mettono in luce, richiamando tutta la complessità di una società che si trasforma non solo a fronte del pro-

cesso demografico, ma anche in risposta ai cambiamenti nelle strutture familiari, nei contesti urbani, nel modo di vivere, di alimentarsi, di muoversi. Di particolare rilievo, poi, l'approfondimento territoriale dedicato alle regioni che offre un immediato strumento di orientamento per gli attori locali.

In una prospettiva di aumento dei bisogni di cura espressi da una popolazione che invecchia e al tempo stesso di crescenti vincoli di risorse, la quantificazione dell'impatto sulla salute dei cittadini delle diverse determinanti sociali e della loro interazione attraverso dati e modelli è un'attività cruciale per definire politiche appropriate. In questo ambito il compito della statistica ufficiale è quello di produrre e diffondere informazioni statistiche e analisi allo scopo di favorire i processi decisionali di tutti i soggetti della società, in primis dei decisori pubblici. A sostegno di questa produzione vi è un'intensa attività di ricerca sia metodologica, per mettere a punto soluzioni che garantiscano la qualità dell'informazione, sia tematica, per fornire strumenti utili alla comprensione dei fenomeni analizzati. L'Istituto è sempre più impegnato in tal senso per garantire l'elevata qualità delle analisi prodotte.

La statistica ufficiale, perciò, fornisce alle decisioni politiche un fondamento solido e insostituibile e ne è prova il fatto che le *evidence-based policy* stanno acquistando sempre più credito sia a livello normativo sia nella prassi amministrativa e politica quotidiana. In proposito, ricordo che i documenti di programmazione economica e di bilancio per la prima volta vengono accompagnati da una selezione di indicatori di benessere per integrare nella valutazione delle politiche pubbliche le dimensioni che si riferiscono alla qualità della vita, tra le quali la salute svolge un ruolo cruciale. In questo ambito, l'eccesso di peso, in quanto capace di predire un ampio spettro di patologie croniche, è uno dei dodici indicatori scelti.

Da anni l'Istat accompagna con i suoi dati gli studi su obesità e diabete mettendo a disposizione informazioni provenienti da diverse fonti: indagini condotte presso le famiglie, in grado di cogliere molteplici aspetti degli stili di vita e della salute dei cittadini; l'indagine sulle cause di morte presso i comuni; dati amministrativi sull'offerta

di cura e assistenza. Questa attività si inserisce naturalmente nel quadro più ampio dell'informazione sulla salute dei cittadini, sui loro stili di vita, sulle politiche ed è destinata a rafforzarsi con la realizzazione dei Censimenti permanenti. Questi ultimi, diventati ormai parte del nostro patrimonio statistico anche attraverso la recente approvazione di una normativa dedicata, amplieranno notevolmente le opportunità di analisi favorendo sempre più lo sviluppo di un approccio multidimensionale allo studio del diabete.



Walter Ricciardi

Presidente Istituto Superiore di Sanità
e Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni

Le patologie croniche come il diabete rappresentano una delle principali sfide della sanità del XXI secolo, così come dimostrato anche dagli obiettivi fissati dall'ultimo Piano d'Azione Globale 2013-2020 della *World Health Organization* (WHO), tra i quali è compreso anche quello di una riduzione relativa del 25% della mortalità precoce da *Non Communicable Diseases* entro il 2025. Infatti, le patologie croniche - soprattutto il diabete, le malattie cardiovascolari, i tumori e le malattie respiratorie croniche - rappresentano la principale causa di morte in tutto il mondo.

Il diabete è un problema importante di salute pubblica nonché una delle quattro malattie non trasmissibili prioritarie a cui sono mirate le principali azioni dei leader mondiali. Secondo i dati della WHO, globalmente, erano 422 milioni gli adulti con diabete nel 2014, rispetto ai 108 milioni del 1980. La prevalenza globale, standardizzata per età, del diabete è quasi raddoppiata dal 1980 ad oggi, passando da 4,7% a 8,5% nella popolazione adulta. Questi numeri riflettono un aumento dei fattori di rischio associati alla patologia come sovrappeso ed obesità. Alla patologia si associa anche un aumento della mortalità a livello mondiale: il diabete ha causato 1.5 milioni di morti nel 2012; l'iperglicemia ha causato un ulteriore 2.2 milioni di decessi, correlandosi, in particolare, ad un aumentato rischio di malattie cardiovascolari. Il 43% di questi 3.7 milioni morti avvengono prima dei 70 anni e principalmente nei paesi a basso e medio reddito. Un'altra importante e attuale "minaccia" legata a questa patologia cronica è legata al fatto che se un tempo il diabete veniva considerata una malattia dell'adulto, oggi un incremento della stessa e dei suoi principali fattori di rischio colpisce anche i bambini. Il diabete, inoltre, può portare a complicanze multiorgano anche gravi, oltre ad aumentare il rischio complessivo di morte prematura. Possibili complicazioni includono infarto, ictus, insufficienza renale, amputazione delle gambe, perdita della vista e danni al sistema nervoso, oltre a determinare in gravidanza, se scarsamente controllato, un aumentato rischio di morte fetale e altre complicanze per la madre ed il suo bambino.

Al di là degli aspetti clinici, la malattia diabetica ha anche un significativo impatto su tutta la società e di conseguenza sulle risorse economiche dei Sistemi Sanitari (SS): il diabete e le sue complicanze causano sostanziali per-

dite economiche ai pazienti e alle loro famiglie, nonché ai SS e alle economie nazionali attraverso i costi diretti e indiretti ad esso correlate. Gran parte dei costi associati al diabete sono dovuti al trattamento delle complicanze e alle ospedalizzazioni e il continuo aumento della prevalenza della malattia richiederà sforzi economici sempre maggiori da parte degli Stati e di conseguenza dei SS. Sia le complicanze che le ospedalizzazioni potrebbero essere prevenute o comunque ridotte attraverso un approccio terapeutico più efficace e una diagnosi precoce, pertanto sforzi in questa direzione sarebbero di aiuto per il miglioramento dei risultati clinici, riducendo anche il consumo di risorse sanitarie. Il diabete, come già detto, deve essere considerato a tutti gli effetti una malattia sociale, che interessa non solo le persone affette ma anche i loro familiari. E' chiaro, quindi, come oggi sia necessario un approccio nuovo ed olistico alla patologia diabetica, approccio che consenta di soddisfare i bisogni principali dei pazienti e delle loro famiglie e allo stesso tempo controllare l'impatto economico della malattia.

Il diabete è, oggi, una priorità di salute pubblica anche nel nostro Paese. E' una malattia rilevante per la sua diffusione elevata e crescente, così come emerge dall'ultima rilevazione Istat, effettuata nel 2016, secondo cui 3,2 milioni di persone in Italia dichiarano di essere affette da diabete, il 5,3% dell'intera popolazione. La diffusione del diabete è fortemente correlata all'età (tra gli over 75 raggiunge circa il 20%) e nel nostro Paese, su 100 persone affette da diabete mellito 70 hanno più di 65 anni e 40 più di 75 anni. Nel 2000, con una popolazione sostanzialmente stabile, le persone con diabete erano un milione in meno. Questo incremento si deve alla diffusione di condizioni a rischio come sovrappeso e obesità, alimentazione scorretta, sedentarietà ma anche, in parte, a fattori positivi quali: l'invecchiamento della popolazione (più persone arrivano nelle fasce di età nelle quali è più probabile sviluppare la malattia); le politiche di sensibilizzazione e le campagne di screening del SSN e dei gruppi di Volontariato (si pensi ad esempio alla Giornata Mondiale del Diabete) permettono di diagnosticare prima il diabete e quindi di 'catturare' nelle statistiche più casi di malattia; e grazie alla qualità delle cure erogate dal Servizio sanitario e dell'informazione ai cittadini/pazienti, le persone con diabete vivono di più e quindi possono figurare più a lungo nelle statistiche effettuate.

Un dato importante legato alla patologia risulta essere la sua più alta prevalenza nel Meridione, così come evidenziato anche dai dati proposti dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Da 15 anni l'Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane registra i dati e le tendenze della salute in Italia: dati elaborati a livello nazionale con la collaborazione di un potente network regionale, di Istituti di Igiene di altre Università Italiane e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali, che si amplia, oggi, con una nuova collaborazione Osservatorio-SIMG per lo "studio trattamento patologie croniche". In questi 15 anni, come si evince dal Rapporto Osservasalute - che per gli stessi anni ha analizzato il SSN a 360° prendendo in considerazione gli aspetti legati alle attività, alle risorse economiche e ai bisogni di salute della popolazione - alcune cose sono migliorate, come la speranza di vita media di un italiano cresciuta secondo gli ultimi dati del 2016 a 82,8 anni (80,6 per gli uomini e 85,1 per le donne), ma continuano ad essere segnalati problemi di equità tra le Regioni.

Rimane infatti significativa la differenza fra la prevalenza del diabete nelle diverse Regioni italiane: tanto più la Regione è meridionale, tanto maggiore è la prevalenza del diabete. L'aspetto più preoccupante è che questa differenza Nord-Sud si rileva anche a livello di mortalità: avere il diabete è più pericoloso se si vive al sud rispetto al nord.

Tuttavia, possiamo affermare che nel complesso il nostro SSN lavora bene: il diabete è curato in modo più appropriato. I ricoveri probabilmente inappropriati, secondo le elaborazioni effettuate dall'Istat sui dati del Ministero della Salute, sono più che dimezzati in 5 anni passando da 108 per 100mila abitanti a 49. Il diabete è curato sempre più spesso sul territorio, con approcci diversificati in base alla situazione specifica del paziente e si sono ridotti di molto anche i ricoveri per complicanze del diabete. Nelle diverse realtà regionali i ricoveri non sono direttamente correlati alla diffusione della malattia e le differenze dipendono dalla diversa offerta di servizi e dalla differente appropriatezza nel ricorso alle strutture sanitarie.

E se da un lato, si registra una parziale diminuzione della mortalità per diabete resta aperta la problematica socio-assistenziale, in quanto, seppur nel complesso il Sistema sanitario sta lavorando bene per la gestione della patologia, il disagio e probabilmente la difficoltà nell'accedere e nel seguire le terapie potrebbe essere soprattutto sociale. Non a caso, secondo i dati Istat, le quote più elevate di persone con diabete si registrano tra gli anziani soli che vivono in condizioni economicamente disagiate: 21,6% contro una incidenza media del 16,5%. I gruppi sociali più colpiti dal diabete sono quelli più fragili, con un basso titolo di studio, risorse economiche scarse o insufficienti e spesso con una rete sociale debole o assente.

Le possibilità di salute, dunque, dipendono anche dalle opportunità di promozione della stessa che le persone ricevono, e questo influisce in larga misura anche sulla disomogenea distribuzione delle malattie e dei diversi fattori di rischio ad esse correlate. La popolazione svantaggiata dal punto di vista socioeconomico, infatti, presenta un rischio almeno doppio di sviluppare malattie gravi e di morire prematuramente rispetto ai gruppi più avvantaggiati; in tutti i Paesi europei, inoltre, i livelli di istruzione, la classe lavorativa e il reddito si sono dimostrati fonti di squilibrio nel diritto alla salute. Appare evidente, dunque, che la principale arma a disposizione per contrastare quella che è ormai una vera e propria "epidemia della cronicità" è la prevenzione. Come sottolineato, infatti, dalla WHO, migliorare la salute delle persone è un obiettivo raggiungibile e proprio agendo globalmente sui più comuni fattori di rischio si può ridurre gran parte del carico di morti premature, malattie e disabilità che colpisce la maggior parte dei Paesi occidentali. Per fare ciò è necessario che vengano strutturati interventi *community-based* che abbiano come obiettivo principale la prevenzione delle malattie e delle loro complicanze, attraverso azioni mirate che raggiungano l'intera popolazione in modo capillare e quindi non si rivolgano in via esclusiva alle persone affette dalla condizione cronica o a quelle ad alto rischio.

Pertanto, la crescente complessità della realtà sociale ed economica che stiamo vivendo rende necessarie attente valutazioni, l'ausilio di numerosi dati statistici e forti capacità di analisi in grado di orientare le scelte che condizioneranno il futuro della sanità pubblica e la sua sostenibilità.

In questo contesto, un ruolo attivo è svolto anche dall'Istituto Superiore di Sanità, coinvolto in diverse azioni sia a livello nazionale che internazionale. C'è un consenso generale sull'importanza di affrontare il diabete attraverso l'introduzione di nuove azioni politiche locali e nazionali, che però troppo spesso risultano essere ancora insufficienti. In questo senso, le azioni politiche per essere più efficaci devono approcciare la malattia con una prospettiva olistica che coinvolga più attori di settori diversi. Il successo di tali iniziative dipenderà inoltre da un'adeguata *leadership* politica e da indicatori di *performance*. È proprio in questo contesto che si inserisce la *European Joint Action on Addressing Chronic Disease and Healthy Ageing across the Life Cycle* (JA-CHRODIS), cofinanziata dalla Commissione europea e dai Paesi membri, ai quali si sono aggiunti Islanda e Norvegia. La JA annovera 73 partner, tra cui l'ISS, e si propone di dare il proprio contributo per ridurre l'onere delle malattie croniche come il diabete, facilitando lo scambio e il rafforzamento di buone pratiche volte a contrastare le malattie croniche e promuovere l'invecchiamento in buona salute.



Sono state individuate, nell'ambito della JA-CHRODIS, quattro aree principali che devono essere costantemente sviluppate, quali:

1. Promozione della salute e prevenzione primaria delle malattie croniche;
2. Interventi organizzativi incentrati sulla gestione dei soggetti con multimorbilità;
3. Interventi a favore dell'empowerment delle persone con malattie croniche;
4. Piani nazionali per il diabete.

La JA ha predisposto una piattaforma per lo scambio di conoscenze e informazioni dove tutti i decisori, i *care-givers*, le persone con diabete e i ricercatori di tutta Europa possono incontrarsi per scambiare informazioni sulle migliori pratiche per la gestione del diabete e delle altre malattie croniche. L'obiettivo è quello di migliorare la coordinazione e la cooperazione degli stati membri nelle azioni contro il diabete supportando lo sviluppo e l'implementazione dei Piani Nazionali per il Diabete.

Sulla base di quanto descritto, risulta quindi necessario mettere in atto un nuovo approccio che abbia come obiettivo, e quindi risultato, un miglioramento delle condizioni di salute dei pazienti diabetici ed allo stesso tempo un minore impatto economico. I punti cardine di questo nuovo approccio riguardano diversi aspetti quali:

1. un incremento dei servizi di prevenzione secondaria con relativo potenziamento dell'assistenza primaria dei SS (in quest'ottica si inserisce la necessità di *team* multidisciplinari, di erogazione di nuovi servizi sanitari e una migliore allocazione delle risorse);
2. l'educazione della persona con diabete: andranno promossi programmi educativi con lo scopo di rendere l'individuo più consapevole e più responsabile e di conseguenza più partecipe alle scelte, anche politiche, relative al diabete;
3. il coinvolgimento di più settori, pubblici e privati. Tutto ciò al fine di mettere in atto azioni complementari che abbiano una maggiore incidenza ed efficacia rispetto alle singole iniziative.

La speranza è che col tempo si riesca a realizzare un approccio coordinato che, agendo su più fronti, possa stimolare una maggiore attenzione alle proprie scelte di salute, raggiungendo soprattutto le fasce di popolazione che vivono in condizioni di maggiore disagio socio-economico.

Il diabete è una patologia cronica a larghissima diffusione a livello mondiale, la cui prevalenza è destinata ad aumentare nel prossimo futuro con il progressivo invecchiamento della popolazione e la sempre maggiore occorrenza delle condizioni di rischio che ne precedono l'insorgenza. Organizzazione e qualità dell'assistenza rimangono condizioni fondamentali per un migliore controllo della malattia diabetica e, quindi, per una reale prevenzione e un miglioramento della qualità di vita delle persone che ne sono affette.

Andrea Lenzi

Presidente del Comitato Nazionale per la biosicurezza, le biotecnologie, le scienze della vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente dell'Health City Institute

Misurare, Condividere e Agire

La sfida lanciata dalla pandemia del diabete è enorme. Il mondo in via di sviluppo sostiene la parte più gravosa di questo onere, che è anche un problema di salute globale e costituisce un impedimento economico internazionale e una barriera allo sviluppo. Un problema aperto che necessita di risposte sociali, politiche, economiche e cliniche che ci deve vedere tutti impegnati.

L'obesità e il diabete rappresentano un problema di salute particolarmente preoccupante, tanto da configurarsi a livello internazionale come elementi di una "moderna pandemia".

Gli economisti ci indicano la criticità che l'impatto delle malattie croniche in generale, e diabete e obesità in particolare, potranno avere sui sistemi economici delle nazioni.

Documenti redatti dalla World Bank e dal World Economic Forum ci indicano come la diffusione che il diabete sta avendo anche nei Paesi in via di sviluppo, faccia prevedere che tra 5 anni non ci saranno più risorse sufficienti al mondo per poter contenere questo grave fenomeno. Le conseguenze sono serie sia in termini di riduzione dell'aspettativa di vita, a causa di malattie croniche ad esse associate, sia in termini di ricadute economiche. Ciò deve far riflettere e bisogna di conseguenza agire con urgenza.

L'Italia è molto attiva nella prevenzione e nella lotta all'obesità ed al diabete. Nel nostro Paese il Parlamento, il Governo, le Regioni e le Città dovranno guidare e sostenere le azioni di contrasto, trovando le giuste sinergie legislative e operative. Obesità e diabete però non possono essere affrontati con successo se non si ricorre ad azioni intersettoriali che trovano nella prevenzione il cardine principale di una strategia che veda coinvolti le Istituzioni, le Società Scientifiche e le Associazioni pazienti. Bisogna essere nel contempo coscienti che la prevenzione dell'obesità e del diabete comincia nella quotidianità come ad esempio "a tavola", promuovendo non la cultura della privazione, bensì la cultura di una sana e corretta terapia dietetica-nutrizionale, affidata a specialisti. Appare evidente che, se riuscissimo ad intervenire precocemente sul sovrappeso e sull'obesità, potremmo ridurre o comunque ritardare nel tempo l'insorgenza del diabete e delle sue possibili complicanze.

Un intervento sull'obesità diffuso a tutta la popolazione, servirà sicuramente ad aiutare anche coloro che sono già diabetici a ridurre il rischio di complicanze e in particolare di quelle cardiovascolari.

È pertanto indispensabile una corretta e capillare informazione che diffonda una "cultura" della salute che passi attraverso comportamenti e stili di vita sani (mangiare meno grassi e più frutta e verdura, fare regolare attività fisica, smettere di fumare).

In questa visione il paziente con diabete può divenire a sua volta "strumento" di salute per i propri familiari, amici, conoscenti.

Tutti noi sappiamo come sia importante un esempio positivo e quanto sia inefficace un "rimprovero". Prevenire il diabete e l'obesità deve diventare una scelta di vita, abbiamo oggi bisogno di un impegno vigoroso e di applicazioni pratiche per considerare questa sfida come un'opportunità per tutelare e migliorare la salute della nostra gente.

Occorre affrontare in maniera più efficiente e strutturata questa emergenza di salute pubblica creando al più presto organismi che siano in grado di coordinare tutti gli attori e i settori impegnati nell'educazione sanitaria, quali scuole e mezzi di comunicazione di massa, di organizzare campagne di prevenzione, di potenziare i centri di diabetologia e coinvolgere la medicina territoriale. Emerge chiaramente come la diagnosi tempestiva e il costante controllo delle persone con diabete, grazie a terapie di qualità, riducono del 10-25% il rischio di complicanze minori (danni agli occhi e ai reni) e del 15-55% il rischio di complicanze più gravi (insufficienza renale cronica, patologia coronarica, perdita della vista). Inoltre, si stima che tali azioni siano in grado di ritardare di oltre 5 anni l'insorgere di complicanze e di prolungare la vita delle persone affette da diabete in media di 3 anni. Nel lungo termine, un simile miglioramento del quadro terapeutico consentirà una riduzione media dei costi di oltre il 30%.

La riduzione di un punto di HBA_{1c} porta alla riduzione del 14% del rischio di infarto, del 37% di complicanze microvascolari e del 21% di morti per diabete. Questi sono alcuni dei dati che provengono dalla costante attenzione che oggi si mette in atto attraverso la misurazione costante dei dati clinico-epidemiologici e la suc-



cessiva condivisione tra esperti, società scientifiche e istituzioni per poi individuare le azioni da mettere in atto per migliorare la qualità di vita in Italia.

Nel contempo appare indispensabile individuare una specifica strategia di intervento su obesità e diabete tipo 2 nelle aree metropolitane, perché ormai è chiaro che la città sono e saranno sempre di più un punto determinante per contrastare la crescita del diabete. Questo fenomeno viene definito Urban Diabetes.

Vivere in un'area urbana, e ancora di più in una megalopoli, si accompagna a cambiamenti sostanziali degli stili di vita rispetto al passato; cambiano le abitudini alimentari e il modo di vivere, i lavori diventano sempre più sedentari, l'attività fisica diminuisce.

Fattori sociali culturali che rappresentano un potente volano per obesità e diabete.

Questo significa aumento dei rischi correlati alle complicanze legate al diabete e all'obesità, con esiti di mortalità cardiovascolare e di altre complicanze fortemente invalidanti.

Quando si parla di diabete urbano non parliamo di una nuova forma di diabete, ma facciamo riferimento al drastico aumento della prevalenza del Diabete tipo 2 che si osserva nelle città a causa dell'urbanizzazione. Arrestare l'aumento del diabete in ambito urbano è una impresa difficile, ma è possibile diminuire l'impatto se si creano forti alleanze politico, sanitarie, cliniche e sociali. L'Italian Diabetes & Obesity Barometer Report, curato dall'Italian Diabetes Barometer Observatory giunto alla sua undicesima edizione, da un quadro chiaro della situazione in Europa e nel nostro Paese, evidenziando grandi differenze in termini di prevalenza tra le varie Regioni italiane, con un focus sulle città, offrendo nel contempo al legislatore un quadro chiaro, unitario e aggiornato della situazione del diabete e dell'obesità in Italia.

11th

Italian
Diabetes
& Obesity
Barometer
Report

FOUNDATION



Il Punto di Vista delle Società Scientifiche

AMD – Domenico Mannino
Presidente

Il numero di persone con diabete è in continuo aumento nel mondo, tanto che oggi il diabete è una tra le patologie croniche con maggiore diffusione.

In Italia gli ultimi dati diffusi dall'ISTAT riportano che le persone che dichiarano di avere il diabete sono circa 3 milioni e 200 mila, il 5,3% della popolazione (dati riferiti al 2016). Nel quadro europeo l'Italia si presenta con numeri leggermente inferiori rispetto agli altri grandi paesi europei Francia, Germania e Spagna, seppur in netto aumento; dal 2000 al 2016 le persone con diabete sono aumentate in valore assoluto di 1 milione (da 3,8% al 5,3%).

Dai dati presi in esame emerge anche una diminuzione della mortalità per diabete negli anni dal 2003 al 2013 si assiste ad una riduzione per tutte le classi di età, con il minor tasso registrato, - 20% nel 2009, nella classe oltre i 45 anni.

La diminuzione della mortalità è riferibile a diversi fattori, il miglioramento dei livelli assistenziali, la disponibilità di farmaci innovativi, la maggiore diffusione di processi educazionali e di prevenzione. La popolazione anziana (sopra i 75 anni di età) è quella maggiormente colpita dal diabete; con una percentuale passata dal 13,2% nel 2000 al 16,5% nel 2016; su 100 persone affette da diabete mellito 70 hanno più di 65 anni e 40 più di 75 anni, con maggiore prevalenza nel genere maschile.

Tale scenario si traduce in maggiori costi e oneri per i sistemi sanitari nazionali che dovranno continuare ad assicurare equità ed universalità di accesso alle cure.

Per poter fronteggiare tali risposte delle istituzioni, per quanto riguarda in particolare l'area diabetologica, ha stimolato gli operatori sanitari verso l'adozione di PDTA per garantire efficacia ed efficienza degli interventi e l'integrazione delle diverse figure di professionisti, ma ha contestualmente operato tagli lineari delle risorse, con conseguente riduzione del personale e accorpamento delle strutture diabetologiche.

La conseguente necessità per la diabetologia italiana di dimostrare la centralità ed il valore delle proprie competenze si è però tradotta in un'opportunità per poter riaffermare la mission ed i valori delle persone che ogni giorno operano nel contesto sanitario, partendo dalla valorizzazione delle proprie capacità, delle radici culturali stimolando ad intraprendere percorsi innovativi.

AMD da sempre opera in tale direzione, fornendo concretamente il proprio contributo al miglioramento del modello assistenziale della cura delle persone con diabete, individuando, ed anticipando, i nuovi scenari assistenziali e rimodellando la figura del diabetologo ai tempi attuali.

In tal senso, il recente impegno di AMD mira a riaffermare il valore e la mission dell'associazione adattandole all'attuale cambiamento, applicando strumenti innovativi, non solo tecnologici ma anche culturali, contribuendo a portare valore aggiunto all'intero sistema sanitario.

Innovazione, big data, engagement dell'operatore sanitario e della persona con diabete, integrazione delle figure professionali, questi i pilastri del processo, che mira a fornire l'accesso a una medicina predittiva, preventiva, personalizzata e partecipativa e a fare sintesi attraverso l'implementazione e l'interazione tra tali pilastri¹. Innovazione che ottimizzi l'organizzazione delle strutture sanitarie, la valorizzazione delle competenze delle figure professionali operanti nell'assistenza delle persone con diabete, proponendo la loro integrazione, il loro coordinamento ed il riconoscimento dei ruoli; la possibilità per i pazienti di accedere a cure personalizzate, rafforzando i sistemi di telemedicina.

L'impatto sulla società potrà essere tangibile e potrà produrre un sistema virtuoso che massimizzi il rapporto costo/efficacia, con una maggiore ottimizzazione delle risorse a livello statale e riducendo drasticamente i costi per i pazienti e offrendo un contributo che renda il SSN sempre più equo, efficace, efficiente ed economico e che permetta una gestione integrata del diabete.

Questi alcuni tra gli obiettivi prossimi di AMD che si coniugano con l'attenta attività che da anni porta avanti Italian Diabetes Barometer, attraverso un continuo confronto con le società scientifiche sull'evoluzione di temi di interesse clinico, economico e sociale fornendo, in un'ottica innovativa, attente analisi e proiezioni sugli attuali e futuri scenari delle politiche sanitarie. Attività che, ognuno per il proprio ruolo, ci si auspica possano portare ad un miglioramento dell'assistenza al paziente con diabete e, contestualmente, ad un aggiornamento dei sistemi sanitari alla luce del futuro aumento di richiesta di assistenza.

SID – Giorgio Sesti
Presidente

Il diabete mellito è sempre più diffuso in Italia e assistere le persone con la malattia è diventato un impegno sempre più gravoso per il sistema sanitario nazionale. I dati più recenti dell'Osservatorio ARNO Diabete, nato da una collaborazione tra Società Italiana di Diabetologia (SID) e CINECA documentano che il tasso di prevalenza totale del diabete in Italia è pari al 6.34%. E accanto ai casi noti non rilevati da queste fonti (prevalentemente pazienti in terapia solo dietetica, privi di esenzione ticket e mai ricoverati in ospedale) ci sono i casi di diabete misconosciuto che secondo stime recenti corrispondono a circa il 20% del totale. Quindi la prevalenza complessiva del diabete si attesta ragionevolmente intorno all'8%. Estrapolando il dato all'Italia si tratta di circa 4 milioni di casi noti e circa 1 milione di casi misconosciuti. Inoltre, circa 10 milioni di persone hanno una forma di "Prediabete (alterata glicemia a digiuno e/o ridotta tolleranza glucidica), un pregresso diabete gestazionale o familiarità primo grado per diabete o obesità o sovrappeso centrale. Di questi circa 2 milioni svilupperanno il diabete nei prossimi 10 anni se non faranno qualcosa per evitarlo. La malattia è complessa, seria e potenzialmente grave: la prevalenza e l'incidenza delle complicanze cardio-vascolari (infarto del miocardio, ictus, vasculopatia periferica) risulta aumentata da 2 a 3 volte nelle persone con diabete tipo 2 rispetto alla popolazione non diabetica. Di questo non c'è sufficiente percezione e la conseguenza è una insufficiente determinazione nello screening e nella lotta alla malattia.

La potenziale severità della malattia e i suoi fattori di rischio devono essere fatti conoscere al grande pubblico con l'intento di motivare le persone ad uno stile di vita più salutare e ridurre, laddove possibile i nuovi casi. Al momento non sono in atto in Italia iniziative ampie e concrete di prevenzione su larga scala. Per aumentare le conoscenze sul diabete e la percezione dei rischi ad esso connessi al fine di ottenere una maggiore incisività nella prevenzione, nella diagnosi precoce, nel monitoraggio clinico e nella cura, la Fondazione Diabete Ricerca Onlus e la SID hanno lanciato una massiccia campagna di comunicazione sulla malattia.

La campagna denominata "**Sfidiamo il diabete**" consta di inserzioni sui principali quotidiani nazionali, articoli su quotidiani nazionali e locali, pop up su molti siti internet, messaggi e articoli sui siti istituzionali:

(www.siditalia.it; www.diabetericerca.org), immagini e post sui social network (Facebook, Instagram, Twitter), interviste radiofoniche e televisive, conferenze stampa, distribuzione di materiale divulgativo presso i centri diabetologici e anche al di fuori di essi in varie circostanze.

Il diabete ha una rilevanza sociale oltre che sanitaria e questo è stato sancito, in Italia prima ancora che negli altri Paesi del mondo, da una legge (n. 115 del 1987) che è diventata punto di riferimento fondamentale e ha largamente ispirato il Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica del Ministero della Salute. Il Piano ha consolidato il modello italiano di cura della malattia che consta, oltre che dei medici di famiglia, di una rete capillare di centri specialistici diffusi su tutto il territorio nazionale, basati su competenze multi-professionali (diabetologo, infermiere, dietista, talora psicologo e/o podologo, e secondo necessità cardiologo, nefrologo, neurologo, oculista) e che forniscono con regolarità consulenze per circa il 50% delle persone con diabete, prevalentemente, ma non esclusivamente, quelle con malattia più complessa e/o complicata. Per effetto di questa rete l'Italia è il Paese occidentale con il più basso livello medio di HbA_{1c} e i più bassi tassi di complicanze croniche e di eccesso di mortalità nelle persone con diabete. A tale proposito va sottolineato il ruolo dell'assistenza diabetologica nel ridurre la mortalità nelle persone con diabete: coloro che sono assistiti nei centri diabetologici hanno una minore mortalità totale e cardiovascolare rispetto a chi non li frequenta. Anche per questo il Piano Nazionale della Malattia Diabetica prevede una presa in carico di tutte le persone con diabete da parte dei centri diabetologici, con l'applicazione di una incisiva gestione integrata con i medici di famiglia.

I team diabetologici italiani costano circa 1% del totale della spesa sostenuta per curare le persone con diabete e possono contribuire a ridurre in misura assai significativa l'altro 99% della spesa attraverso la prevenzione delle complicanze croniche, accorciando la durata delle degenze con una presa in carico al momento dell'accoglimento nei reparti chirurgici, ottimizzando l'uso dei farmaci e dei dispositivi per il monitoraggio e la cura, osservando una scrupolosa appropriatezza nelle prescrizioni di esami di laboratorio e strumentali, collaborando nelle scelte sulle strategie di cura operate a livello nazionale, regionale e locale.



SIEDP – Stefano Cianfarani
Presidente

L'impegno della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (SIEDP) è quello di mantenere alto l'interesse scientifico, formativo e assistenziale sull'Obesità infantile, la cui prevenzione e cura sono tra gli obiettivi prioritari nell'agenda sanitaria in Italia.

In particolare, il Gruppo di Studio Obesità Infantile della SIEDP, costituito da pediatri ospedalieri, universitari e delle cure primarie nonché da psicologi e nutrizionisti con una consolidata esperienza nella presa in carico del bambino e dell'adolescente con sovrappeso e obesità, ha prodotto numerosi lavori scientifici basati su studi multicentrici, che hanno consentito di descrivere alcuni importanti aspetti clinici, tra cui il confronto tra sistemi di riferimento per la definizione dell'obesità e dell'obesità grave, la prevalenza dei principali fattori di rischio cardio-metabolico (elevati livelli pressori, dislipidemia e prediabete) e i determinanti del danno d'organo (steatosi epatica, ispessimento medio-intimale, anomalie della morfologia cardiaca), nonché il rischio psico-sociale nei bambini e negli adolescenti con obesità. Tali studi rappresentano un'importante descrizione dello stato delle complicanze della obesità nei bambini in Italia.

Il lavoro prodotto dal Gruppo di Studio Obesità Infantile ha portato alla stesura di documenti di approfondimento dedicati all'obesità in età prescolare, all'obesità grave e al prediabete e diabete di tipo 2 nell'obesità pediatrica, quest'ultimo elaborato con la partecipazione dei Colleghi del Gruppo di Studio di Diabetologia della SIEDP.

Nel 2016, su iniziativa della SIEDP e della SIP (Società Italiana di Pediatria), grazie al contributo di numerosi esperti nel campo, è stata stilata una Consensus sull'Obesità pediatrica con l'intento di produrre raccomandazioni a supporto delle decisioni cliniche in tema di obesità, basate sulle migliori e più aggiornate evidenze scientifiche.

Parallelamente alla stesura della Consensus, è stato anche elaborato il Percorso Diagnostico, Terapeutico ed Assistenziale dell'Obesità pediatrica, allo scopo di fornire uno strumento in grado di migliorare l'operatività di tutti i professionisti sanitari coinvolti nella presa in carico del bambino e dell'adolescente obeso, definendo gli obiettivi, i ruoli di ciascuno, gli ambiti e i tempi di intervento e i compiti dei singoli operatori, alla luce del "*chronic care model*", assicurando l'appropriatezza ed il rigore scientifico delle cure necessarie alla gestione di questa malattia cronica.

Infine, vi è particolare attenzione da parte del Comitato Direttivo e della Commissione Didattica ad inserire argomenti relativi all'obesità pediatrica e alle sue complicanze nei Congressi Nazionali, nei Corsi di aggiornamento e nel programma della Scuola di Perfezionamento organizzati dalla SIEDP, in modo da assicurare la formazione e l'aggiornamento dei Pediatri.

SIMG – Claudio Cricelli
Presidente

Solo un cambio radicale di prospettiva e paradigma può arginare l'epidemia Obesità / diabete.

Nei paesi occidentali sovrappeso e obesità sono i problemi cronici con più alta prevalenza nella popolazione generale. In Italia dati Istat (indagine Multiscopio 2015) indicano che circa il 45% della popolazione ne è affetto, ed è noto pure che essi sono causa principale o concausa di moltissime patologie croniche: ipertensione, diabete tipo 2, artrosi, eventi cardiovascolari, apnee notturne (e loro drammatiche conseguenze come gli incidenti stradali da colpi di sonno), e molte altre. L'obesità si sta diffondendo anche tra i bambini-adolescenti. Dati Istat indicano che circa il 26% dei bambini tra i 6 e i 17 anni ha un problema di eccesso di peso. Infine, a differenza delle classiche patologie croniche che spesso si comportano come "killer silenziosi" e necessitano di esami di laboratorio o strumentali per essere diagnosticate, l'obesità oppure l'eccesso di grasso addominale sono condizioni per le quali (per quanto "bilancia" e "metro" siano comunque necessari per l'asseverazione) il sospetto può essere posto semplicemente "osservando" il paziente.

Eppure in Medicina Generale esiste il paradosso per cui la più frequente condizione "cronica" non è inserita neppure nella lista delle patologie croniche meritevoli di un intervento strutturato, di un PDTA o di un piano assistenziale individuale, come richiesto, per esempio, in alcune Regioni dai programmi di gestione territoriale delle cronicità. La Regione Lombardia, per esempio, ha recentemente individuato un elenco di 64 patologie per quali è richiesta la presa in carico da parte dei medici di famiglia e l'elaborazione annuale di un piano assistenziale individuale. Le persone con diabete sono state stratificate in 12 sottogruppi a seconda la complessità clinica, il carico assistenziale e i costi. Ma l'obesità non compare nell'elenco suddetto. Anche nel recente Piano Nazionale Cronicità (2016) l'obesità non è mai citata.

Del resto i pazienti discutono raramente del problema peso con il loro medico curante; certo molto meno di altri problemi molto più "popolari" come il "colesterolo alto" o l'ipertensione. Un'indagine dell'istituto di ricerca Health Search circa i carichi di lavoro in Medicina Generale, ha dimostrato che il problema obesità è al decimo

posto quale motivo di accesso negli studi di dei Medici di Famiglia Italiani, ma dopo problemi come l'osteoporosi e la congiuntivite (molto meno prevalenti). E ancor più rare sono le persone che chiedono consigli relativi alla corretta alimentazione. Per la quale oramai Dr. Google domina la scena. Sul numero 7-2017 di Diabetes Monitor è pubblicata un'indagine su rapporti tra diabete e web, nella quale si è evidenziato che tra le query associate al problema "diabete", le parole più digitate sono "curcuma" e "melograno", seconde solo (meno male!) alla "giornata mondiale sul diabete". Sembra che tutti ritengano di essere già sufficientemente edotti e che non sia per nulla percepito il legame tra cibo e malattie e dunque tra obesità e malattia.

Eppure l'obesità, come il diabete, è una condizione per la quale il modello di gestione multidimensionale ed integrata può trovare il suo terreno migliore di sviluppo ed applicazione.

E come l'empowerment del paziente diabetico è considerato una componente determinante per il successo terapeutico e l'alleanza medico-paziente, per l'obesità è necessario partire proprio da un aumento del livello di consapevolezza nei cittadini e forse anche nei decisori pubblici. Basti pensare a quanto le barriere urbanistiche (spazi verdi limitati, traffico, parcheggi, piste ciclabili, ecc.) possano ostacolare (o favorire) lo sviluppo di stili di vita sani e quanto la politica possa in ciò avere un ruolo chiave anche attraverso la progettazione urbanistica. Senza contare ai condizionamenti (spesso purtroppo negativi) sullo stile alimentare da parte delle aziende alimentari attraverso la pubblicità, le manipolazioni sull'etichettatura dei cibi e il confezionamento degli stessi. E ancora all'apparente inconsapevolezza del problema obesità e sovrappeso da parte dei genitori di bambini con problemi di peso, come risulta da alcune indagini in Italia (OKKIO alla salute, 2008).

Se si vuole, però, veramente arginare in qualche modo il dilagante problema dell'obesità e la collegata epidemia di diabete, è necessario un vero cambio di prospettiva e di paradigma.

Realisticamente la Medicina Generale può spendersi in interventi individuali (o al massimo familiari) di educazione alla corretta alimentazione e all'attività fisica, soprattutto in prevenzione primaria nei soggetti sani e non



ancora “contaminati” dal problema sovrappeso. Bisogna ammettere, con onestà intellettuale, che non esistono in letteratura dati certi di efficacia di tali interventi e su questo tipo di pazienti, soprattutto se adolescenti, ma siamo convinti che frequenza, capillarità e autorevolezza della comunicazione da parte dei medici di famiglia siano punti di forza irrinunciabili in un sistema complesso di circolazione delle informazioni sanitarie tra i cittadini.

È necessario considerare l’obesità una vera e propria “malattia cronica”: i pazienti dovrebbero essere presi in carico dai medici di famiglia e ricevere un piano di assistenza individuale, come per il diabete. Ma è impensabile credere che la Medicina Generale da sola e senza una rete multidimensionale di assistenza costruita intorno al paziente possa arginare la disastrosa epidemia che avanza.

I pazienti obesi, come i diabetici, vanno stratificati per classi di rischio e complessità e sulla base di esse, avviati ad un trattamento multidisciplinare anche perché, causa l’elevato numero di soggetti coinvolti, bisognerà selezionare i soggetti a più alto rischio o più suscettibili di miglioramento o compliance ai trattamenti.

Bisogna sfruttare tutte le armi a nostra disposizione, incluso i vecchi e i nuovi trattamenti farmacologici, che si sono dimostrati efficaci sul calo di peso.

Bisogna agire sulle famiglie poiché gli adolescenti di “oggi”, ben istruiti, saranno domani genitori già consapevoli circa la corretta scelta dei nutrienti e faranno mangiare in modo sano i propri figli.

È necessario che i medici, le società scientifiche, le istituzioni pubbliche e le aziende farmaceutiche più illuminate, presidino il web e i social-network. È impossibile azzerare la circolazione di fake-news e delle informazioni sulla salute manipolate. Ma è possibile forse annichilirle con milioni di informazioni sane e scientificamente corrette.

Il pregevole lavoro di informazione fatto con questo report e gli autorevoli interventi in esso contenuti, sono un ottimo punto di partenza, le fondamenta.

Costruiamo insieme con tenacia e determinazione l’intero edificio.

11th

Italian
Diabetes
& Obesity
Barometer
Report

FOUNDATION



Premessa

Vittoria Buratta

ISTAT, Direttore Centrale per le statistiche sociali e il censimento della popolazione

Introduzione e nota metodologica

Il diabete è in aumento in tutto il mondo e rappresenta secondo l'Organizzazione mondiale della sanità un rilevante problema di salute pubblica, appartenendo a quel ristretto numero di patologie croniche divenute prioritarie nell'agenda dei decisori mondiali. In Italia, la diffusione del diabete risulta quasi raddoppiata in trent'anni (coinvolgeva il 2,9% della popolazione nel 1980, il 5,3% nel 2016). Tale incremento è dovuto sia all'invecchiamento della popolazione sia ad altri fattori, tra cui l'anticipazione delle diagnosi (che porta in evidenza casi prima sconosciuti) e l'aumento della sopravvivenza dei malati di diabete, grazie a miglioramenti delle terapie e della qualità dell'assistenza.

Lo studio di molte malattie croniche non trasmissibili – tra cui il diabete spicca per rilevanza – non può prescindere dalla considerazione delle determinanti culturali e dei contesti socioeconomici e ambientali in cui si sviluppano.

L'Istat è impegnato, da lungo tempo, a raccogliere dati capaci di descrivere le caratteristiche socio-demografiche delle persone e di documentarne gli stili di vita, cioè quei comportamenti che favoriscono l'insorgenza e l'aggravamento di patologie. Nel caso del diabete, i fattori determinanti sono legati agli stili alimentari, al peso e alla pratica sportiva. Il patrimonio informativo sul diabete si completa con altri aspetti molto importanti che illustro di seguito.

La produzione e la diffusione di informazione statistica su diabete e obesità è un processo che sfrutta fonti diverse, di natura sia statistica (indagini campionarie) sia amministrativa.

L'indagine multiscopo sugli "Aspetti della vita quotidiana" condotta presso un campione di circa 24mila famiglie, fornisce annualmente informazioni sulle condizioni di salute e disabilità, sulle disuguaglianze di salute, sulle relazioni tra status socio-economico, comportamenti, stili di vita e opportunità di accesso al sistema sanitario, consentendo stime per le principali patologie tra cui rientra il diabete. L'indagine sulla salute, ora armonizzata a livello europeo (EHIS), svolta con cadenza periodica (4/6 anni), consente di confrontare la si-

tuazione nei diversi Paesi riguardo i principali aspetti delle condizioni di salute della popolazione ed il ricorso ai servizi sanitari. Il rapporto che qui si presenta beneficia dei dati relativi all'ultima edizione di questa indagine (2015). Le rilevazioni sono progettate per essere rappresentative a livello regionale, al fine di favorire confronti territoriali interni utili per la programmazione e il monitoraggio delle politiche.

Tra i dati di fonte amministrativa, in questo Rapporto si è fatto particolare utilizzo delle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo). Esse rappresentano lo strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative a ogni paziente dimesso dagli istituti di cura pubblici e privati in tutto il territorio nazionale e sono parte integrante della cartella clinica. Le Sdo contengono sia le informazioni anagrafiche, sia le informazioni cliniche relative a tutto il periodo di degenza del paziente fino alla sua dimissione e rappresentano uno strumento prezioso per monitorare il trattamento della malattia nei pazienti più gravi.

A queste fonti si affianca la storica rilevazione sui decessi e sulle cause di morte. Si tratta di un'indagine totale che rileva informazioni di carattere sanitario e demossociale per tutti i decessi verificatisi in Italia. Le statistiche di mortalità per causa fanno riferimento alla "causa iniziale" di tale sequenza, ossia alla malattia o evento traumatico che, attraverso eventuali complicazioni o stati morbosi intermedi, ha condotto al decesso. A partire dai decessi del 2003, l'Istat produce e diffonde anche i dati sulle "cause multiple di morte". Questi dati consentono di fornire un quadro più completo del contesto patologico in cui il decesso è avvenuto, offrendo un'opportunità di analisi di grande rilievo in un'epoca come quella attuale in cui il ruolo prevalente nella mortalità è giocato dalle malattie cronico-degenerative e l'età media alla morte è sempre più avanzata.

Lo sforzo dell'Istat è anche quello di migliorare costantemente la diffusione e la valorizzazione del suo patrimonio informativo sia attraverso l'integrazione di diverse fonti sia con la produzione di analisi sempre più mirate a indagare in profondità aspetti rilevanti: dalle relazioni tra salute e status socio-economico all'aumento della prevalenza di casi di diabete.

Il Rapporto che qui si presenta ne contiene diversi esempi. Innanzitutto, sono state applicate analisi multidimensionali per poter valutare a parità di altre condizioni il contributo specifico di diversi fattori (strutturali, socio-economici e di contesto) al rischio di diabete. La disponibilità di lunghe serie storiche provenienti da indagini campionarie sulle persone (1995-2015) ha poi consentito attraverso lo studio di pseudo coorti una lettura per generazioni dell'incremento della prevalenza.

Sul versante dei dati amministrativi, grazie all'integrazione con i dati censuari, viene presentata l'analisi delle cause di morte per titolo di studio, che getta ulteriore luce sulla natura "sociale" di questa malattia. Mentre, per quanto riguarda i ricoveri, è stato possibile analizzare l'impatto della patologia diabetica sul sistema ospedaliero considerando il fenomeno dei ricoveri ripetuti. Inoltre sia per i ricoveri sia per la mortalità sono state analizzate le associazioni tra diabete e altre patologie.

In sintesi l'approccio sviluppato in questo XI Rapporto è stato quello di ricomporre in un quadro unitario le diverse dimensioni della patologia diabetica e dell'obesità offrendo una base di conoscenza, e non solo numeri, utile a favorire il confronto e l'individuazione di strategie mirate per ridurre il carico epidemiologico, sociale ed economico.



Domenico Cucinotta

Coordinatore dell'Italian Diabetes & Obesity Barometer Report

L'obiettivo dell'edizione di quest'anno dell'Italian Diabetes & Obesity Barometer Report è quello di dare evidenza all'impatto che queste condizioni hanno a livello regionale.

Il quadro nazionale, ampiamente sviluppato dall'ISTAT, ci fornisce una fotografia estremamente eterogenea a livello delle varie regioni italiane, evidenziando la differenza di prevalenza tra nord, centro e sud del nostro paese. Una osservazione che abbiamo ritenuto di sviluppare in maniera analitica in ogni singola regione, per consentire ai decisori istituzionali e a chi si occupa di *governance* sanitaria a livello regionale e nazionale di avere dati di riferimento con i quali confrontarsi nella ricerca di soluzioni in grado di ridurre questa evidente eterogeneità presente in Italia.

Diabete tipo 2 e obesità rappresentano due sfide reali per il Sistema Sanitario Nazionale e per i Sistemi Sanitari Regionali e i dati che differenti autorevoli fonti (ISTAT, ARNO di SID, Annali AMD, Health Search di SIMG, Osservatorio nazionale per la Salute nelle Regioni) forniscono sembrano convergere e concordare sul fatto che considerare solo i dati di prevalenza, e non i costi indiretti e diretti dovuti alle complicanze correlate, non permette di avere un quadro realistico della gravità e serietà di queste condizioni in termini di mortalità, disabilità e qualità di vita di milioni di cittadini.

Ripartire dalle analisi regionali non significa però a nostro avviso abbandonare il quadro di riferimento nazionale, perché solo attraverso un confronto con lo stesso si possono capire le criticità o le opportunità che emergono a livello regionale.

Non è certamente obiettivo di questo report fare una classifica ma piuttosto cercare di comprendere se le differenze che si evidenziano tra le varie regioni Italiane siano frutto di una differente *governance* sanitaria o bensì siano correlate a differenti stili di vita e interventi di prevenzione.

L'epidemiologia clinica e valutativa, che è la metodologia applicativa di questo report realizzato attraverso la revisione sistematica dei dati ufficiali disponibili, deve essere non un mero esercizio di elaborazione di dati, ma una osservazione puntuale e sistematica che consenta ai decisori politico-sanitari anche una valutazione di esito

degli interventi effettuati e l'adozione di adeguate misure preventive e/o di intervento.

L'abbondanza dei *data file* di cui l'Italia dispone a livello nazionale e regionale è un grande patrimonio che rappresenta una risorsa per i decisori politico-sanitari, ma nel contempo ne evidenzia i limiti, in particolare nel momento in cui tutti questi dati non riescono a colloquiare tra loro e fornire un quadro unitario,

Avere dati di prevalenza dissimili, sicuramente validi per la fonte che li genera ma in contrasto con le altre fonti, diventa a nostro avviso un esercizio pericoloso e problematico che ribalta l'ottica di trovare spiegazioni e soluzioni e anzi crea una condizione di confusione sistematica che finisce per disorientare chi li legge e che, sulla base di questi numeri, deve definire una *roadmap* che abbia uno spazio temporale pluriennale.

Il report vuole ridurre le criticità connesse alla mancanza di dialogo e confronto tra fonti e nello spirito dell'osservazione vuole arrivare a fornire dati unici, partendo dalla fonte istituzionale dell'ISTAT e arrivando a inglobare e analizzare la considerevole e meritoria mole di dati prodotti da altre Istituzioni e Società Scientifiche.

La metodologia che da sempre guida la realizzazione del Report è quella dell'analisi delle questioni sanitarie aperte attorno al diabete tipo 2 e all'obesità e all'analisi del *burden of disease* degli stessi. Solo fornendo dati economici, sociali, clinico-epidemiologici e di *governance* sanitaria si possono comprendere gli *outcome* clinici derivanti, l'impatto sociale delle malattie croniche non trasmissibili, i costi diretti e indiretti, le problematiche politiche e l'impatto sulla qualità di vita delle persone. Solo così sarà possibile identificare in maniera chiara la direzione da seguire e adottare soluzioni per limitare i danni umani e sociali che diabete tipo 2 e obesità quotidianamente creano.

Parlare di queste condizioni in termini di impatto su mortalità e disabilità significa anche dare un contributo reale ad innalzare l'attenzione di tutti su come le stesse siano spesso sottovalutate da coloro che sono chiamati a prendere decisioni.

Nel 2015 erano circa 3,27 milioni i cittadini italiani che dichiaravano di avere il diabete, il 5,4% della popolazione, con 74.496 morti all'anno in cui il diabete è ri-

portato come causa iniziale di morte o come causa associata al decesso - 9 persone ogni ora. Il diabete inoltre è la prima causa di malattie cardiovascolari, renali, degli occhi e degli arti inferiori. Il 15% delle persone con diabete soffre di coronaropatia, il 22% delle persone con diabete soffre di retinopatia che può causare cecità, il 38% delle persone con diabete ha insufficienza renale (micro-macro albuminuria e/o ridotto tasso di filtrazione glomerulare) che può portare alla dialisi e il 3% delle persone con diabete ha problemi agli arti inferiori, che possono portare all'amputazione.

Tutti questi dati debbono fare riflettere perché l'algida realtà dei numeri nasconde sofferenze di persone e dei loro familiari.

Ma il diabete è ancora un fenomeno sottostimato. 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 (ridotta tolleranza al glucosio o elevata glicemia a digiuno). Ciò significa che almeno 4 milioni di persone sono ad alto rischio di sviluppare il diabete, che si aggiungono ai 3,27 milioni di persone che dichiarano di avere già il diabete. Queste cifre indicano l'urgenza di affrontare il problema in tutta la sua complessità e non solo come causa di elevati costi, peraltro legati soprattutto alle ospedalizzazioni, mentre i farmaci per il diabete incidono per meno del 7%, i presidi per il 4%.

Come già detto, il Report di quest'anno evidenzia come vi siano differenze significative tra le regioni e mostra un paese assolutamente "spaccato" in due.

Altro aspetto che il Report di quest'anno ha voluto affrontare è quello dello stretto legame tra aumento dell'urbanizzazione e aumento di diabete tipo 2 e obesità. Recenti studi internazionali, che stanno trovando applicazione anche in Italia e che vengono evidenziati nel report, ci forniscono un quadro chiaro di come non sia possibile più considerare, in tema di *governance* sanitaria, simili i grandi centri urbani e quelli piccoli.

Ripartire dall'analisi sistematica dell'impatto di diabete e obesità nelle regioni e città vuole essere la proposta di quest'anno dell'11th Italian Diabetes & Obesity Barometer Report, nella consapevolezza che solo attraverso soluzioni condivise a livello nazionale possono trovarsi le migliori risposte che permettano di ridurre l'enorme "peso" di queste condizioni sulle persone e sulla società.

Il Diabete e l'Obesità in Italia

ISTAT - Roberta Cialesi, Alessandra Burgio, Lidia Gargiulo

Oltre 3 milioni 200 mila in Italia nel 2016 sono le persone che hanno dichiarato di avere il diabete (pari al 5,3% dell'intera popolazione), e in particolare tra gli anziani di 65 anni e oltre il rapporto è di circa una persona su sei. Tale stima, essendo basata su informazioni autoriferite, può risultare verosimilmente sottostimata, dal momento che una parte della popolazione non sembra essere consapevole di avere il diabete, come documentano alcuni studi che contestualmente misurano i valori della glicemia nel sangue (Health Examination Survey – Hes)¹.

Il diabete è una patologia in aumento nella popolazione. Rispetto al 2000 in Italia si stima un aumento di oltre un milione di persone diabetiche, incremento imputabile a più concause: per l'aumento della sopravvivenza dei diabetici, nonché per le migliorate capacità diagnostiche e quindi con un'anticipazione dell'età alla diagnosi, ma anche per un plausibile incremento della patologia legata all'invecchiamento della popolazione e agli stili di vita (Prospetto 1).

PROSPETTO 1. Persone che dichiarano di essere affette da diabete per sesso e classe di età – Anni 2000 e 2016, tassi per 100 persone, composizioni percentuali e valori assoluti (in migliaia)

CLASSI DI ETÀ	2000			2016		
	Maschi	Femmine	Maschi e femmine	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
TASSI PER 100 PERSONE						
Fino a 44	0,5	0,4	0,4	0,6	0,7	0,7
45-54	2,9	2,6	2,7	3,5	2,1	2,8
55-64	6,8	6,7	6,7	8,8	5,9	7,3
65-74	13,2	11,0	11,9	15,2	11,9	13,4
75-79	14,9	15,0	15,0	20,4	15,3	17,5
80 e oltre	14,4	14,9	14,8	19,4	21,9	21,0
65 e oltre	13,8	12,8	13,2	17,3	15,8	16,5
65 e oltre standardizzato (a)	13,6	13,4	13,5	17,5	15,4	16,4
Totale	3,6	3,9	3,8	5,4	5,2	5,3
Totale standardizzato (a)	4,1	4,0	4,1	5,3	4,4	4,9
COMPOSIZIONI PERCENTUALI						
Fino a 44	8,1	5,3	6,6	6,0	6,6	6,3
45-54	11,2	8,8	9,9	10,5	6,2	8,3
55-64	22,3	19,5	20,8	20,8	14,5	17,6
65-74	35,0	31,6	33,2	29,9	25,3	27,5
75-79	13,6	17,9	15,9	15,5	14,9	15,2
80 e oltre	9,7	16,9	13,6	17,3	32,5	25,0
65 e oltre	58,4	66,4	62,7	62,7	72,7	67,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
VALORI ASSOLUTI (IN MIGLIAIA)						
Fino a 44	80	61	142	95	107	202
45-54	112	102	213	165	101	266
55-64	222	225	447	328	235	563
65-74	349	365	714	471	411	882
75-79	136	206	342	245	243	488
80 e oltre	97	195	292	273	528	801
65 e oltre	581	766	1.348	990	1.181	2.171
Totale	995	1.155	2.149	1.578	1.625	3.203

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana.

(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione Europea (Eurostat 2012)

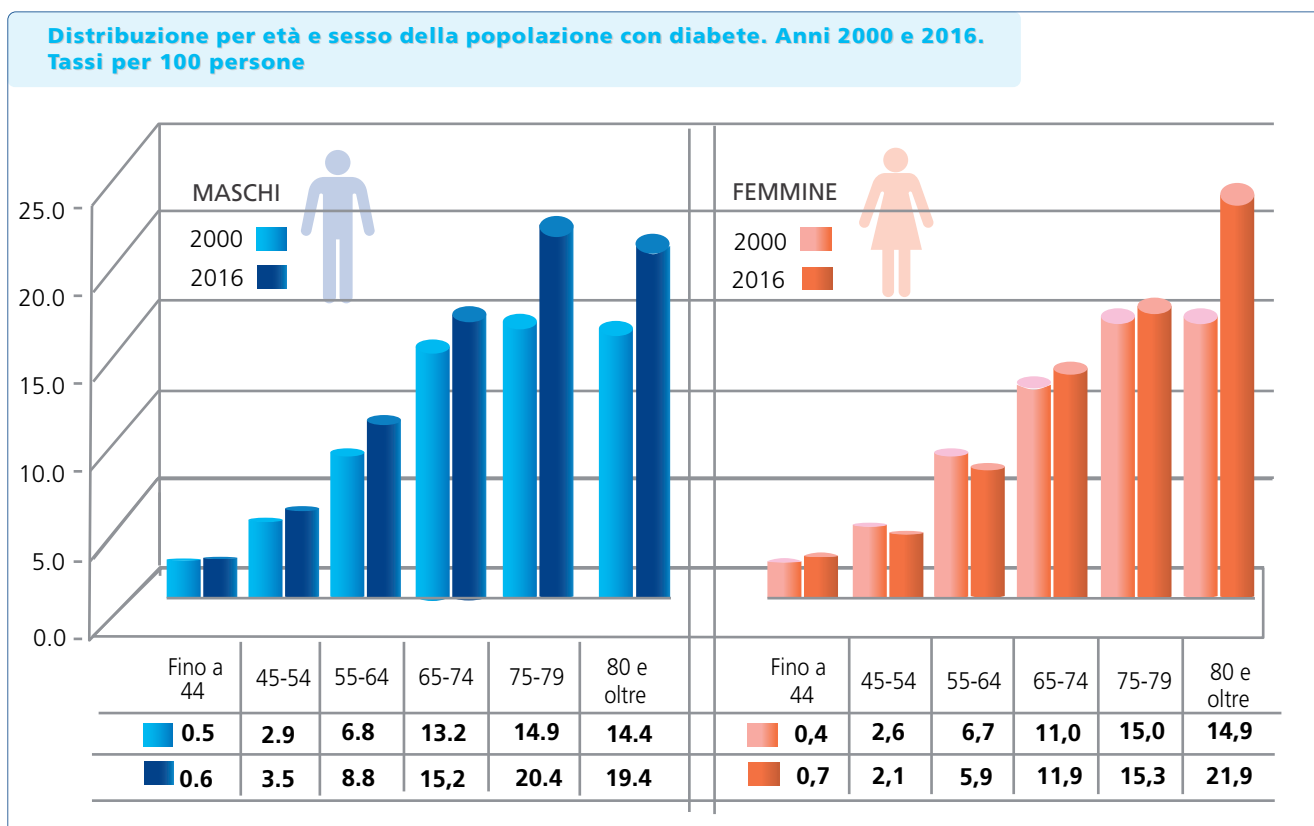
¹ Hanna Tolonen, Päivikki Koponen, Jennifer S. Mindell, Satu Männistö, Simona Giampaoli, Carlos Matias Dias, Tarja Tuovinen, Antje Gößwald, Kari Kuulasmaa for the European Health Examination Survey Pilot Project. Under-estimation of obesity, hypertension and high cholesterol by self-reported data: comparison 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 molto più contenuto rispetto a patologie quali ipertensione e ipercolesterolemia.

Il diabete è più diffuso tra gli uomini (5,3% è il tasso standardizzato a fronte del 4,4% delle donne nel 2016).

La distribuzione per classe di età evidenzia per entrambi i generi un incremento per età. Nel tempo la diffusione

del diabete aumenta soprattutto per gli uomini, mentre per le donne fino ai 79 anni le differenze nel tempo sono molto meno rilevanti, acuendosi solo tra le ultraottantenni, con un picco di 21,9% nel 2016 a fronte del 14,9% nel 2000 (Figura 1).

FIGURA 1.



Aumenta la diffusione del diabete. Evoluzione della patologia tra le generazioni

Nell’analisi per generazioni, effettuata mediante l’osservazione di pseudo - coorti rilevate nelle indagini Istat nel periodo 1995-2015, emerge che, nelle generazioni più anziane, nate prima degli anni ‘30, i livelli di prevalenza tendono sempre ad aumentare da una generazione all’altra, in particolare tra gli uomini. Ad esempio nel confronto tra gli ultrasessantenni nati prima degli anni ‘30 e quelli delle generazioni successive nate tra il 1940 e il 1944, per i maschi la prevalenza è di circa 5 punti percentuali superiore di quella che avevano i coetanei 70-74enni (Figura 2).

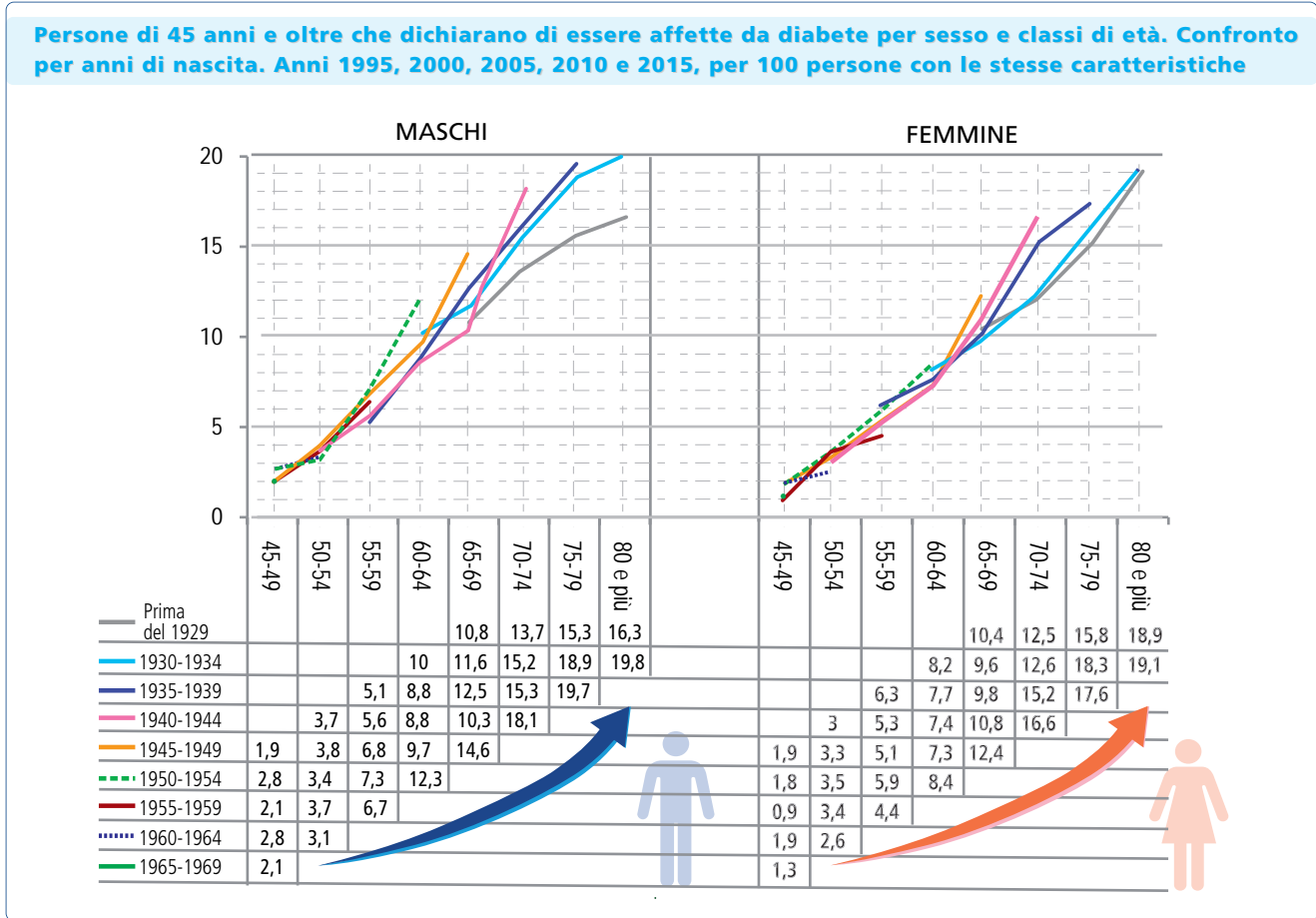
A livello territoriale è netto il gradiente Nord-Sud, con tassi di prevalenza standardizzati pari a 5,9% nel Sud, a 4,0% nel Nord-ovest e 4,1% nel Nord-est. Tra gli anziani il divario è molto più elevato: da 20,9% nel Sud a 12,2% nel Nord-ovest. L’incremento nel tempo riguarda tutte le ripartizioni permanendo le differenze a svantaggio del Mezzogiorno (Figura 3).

Le differenze di genere, a svantaggio degli uomini sono più accentuate al Nord, in particolare tra gli anziani del Nord-est (di quasi 6 punti percentuali), mentre negli anziani del Mezzogiorno sono le donne più penalizzate.

Nel confronto regionale, valori più elevati della media Italia si evidenziano in Calabria, Basilicata, Sicilia, Campania, Puglia, Abruzzo, ma anche in alcune regioni del Centro come il Lazio; quelli più bassi nelle province au-

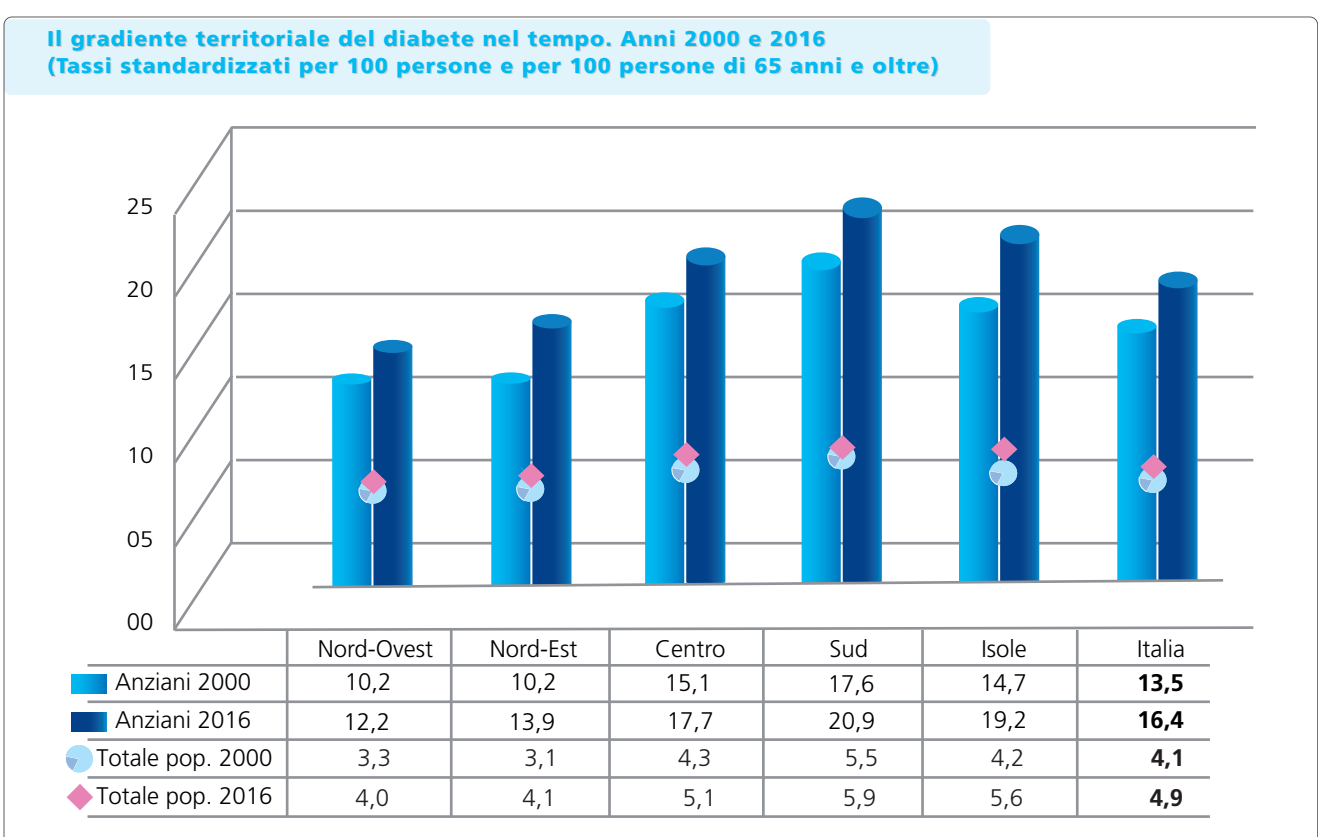


FIGURA 2.



Fonte: Istat, Indagine sugli Aspetti della vita quotidiana

FIGURA 3.

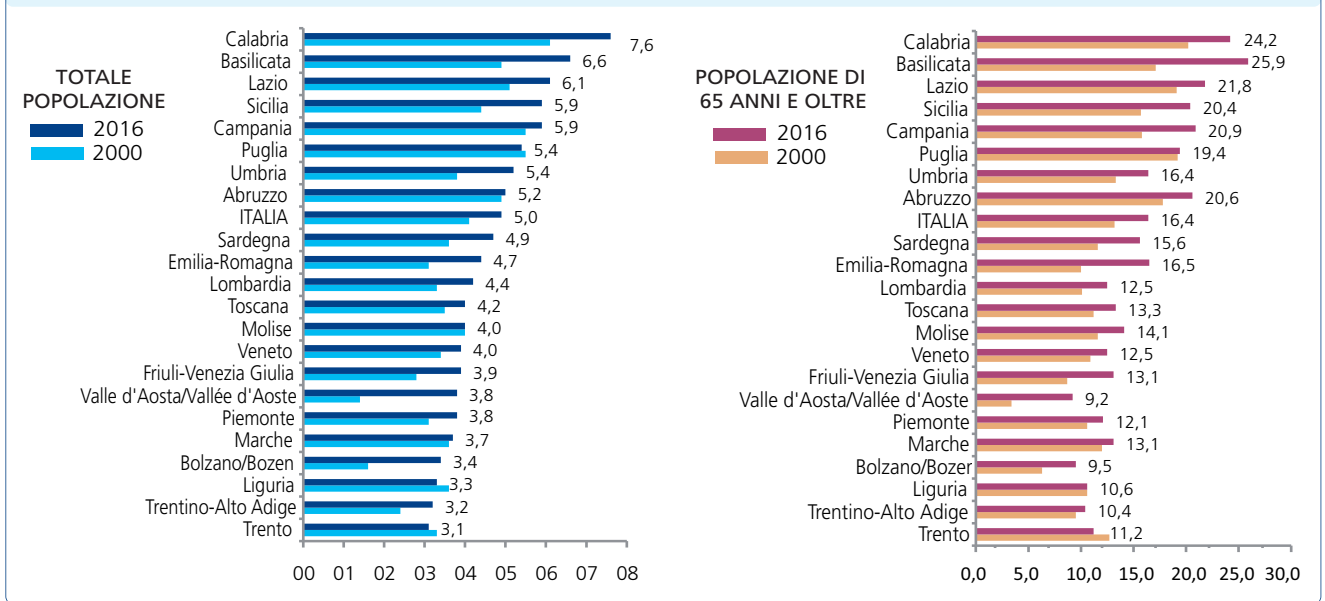


tonome di Trento e Bolzano e Liguria (Figura 4). Anche per la mortalità la geografia resta simile, con una maggiore penalizzazione del Mezzogiorno. Declinando i dati anche per genere, il primato negativo nel 2014 spetta alla Sicilia per i maschi con 51,9 decessi per 100mila maschi residenti e alla Campania per le femmine (50,2 per 100mila); entrambe le regioni nel 2003 occupavano i primi posti (Figura 5).

Nel tempo i tassi di mortalità, già più bassi per le donne hanno continuato a decrescere più rapidamente, mentre per gli uomini il calo si è registrato solo dopo il 2009. Nonostante l'incremento del numero di morti per diabete dovuto all'aumento della popolazione anziana, il tasso standardizzato di mortalità si è ridotto complessivamente del 23% in circa dieci anni: era pari a 36,9 per 100mila residenti nel 2003 e a 28,4 nel 2014 (Figura 6).

FIGURA 4.

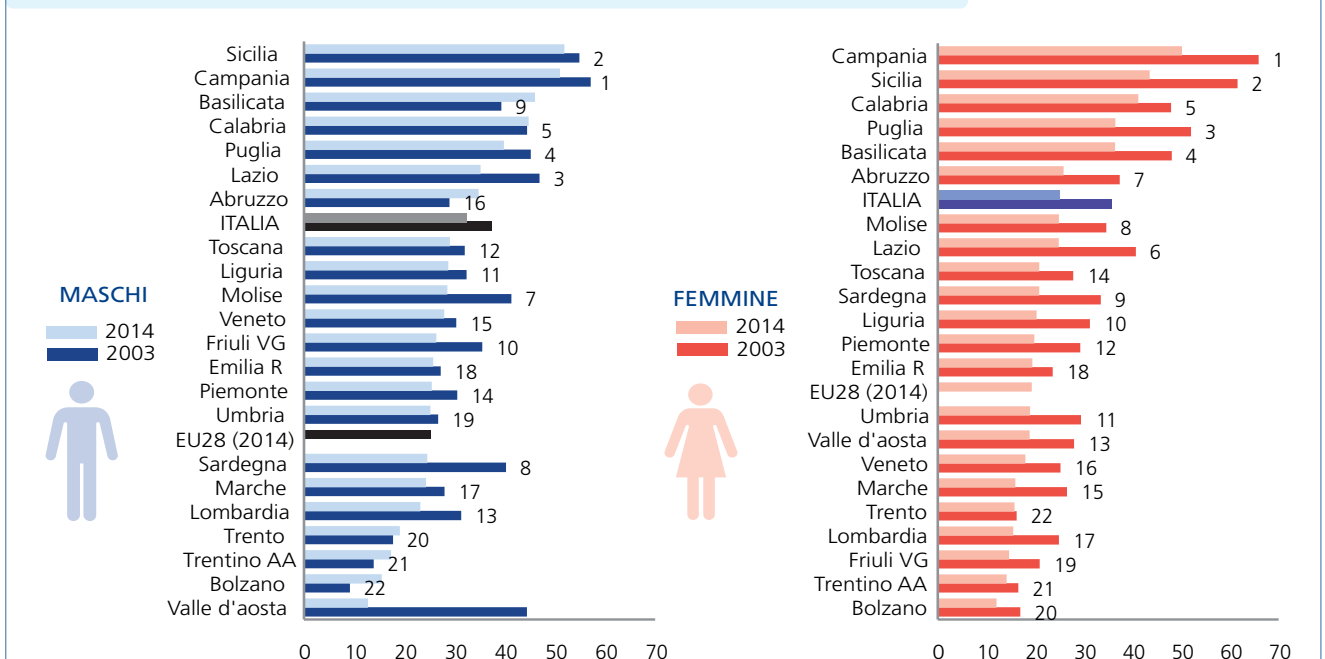
Differenze regionali nella prevalenza del diabete nella popolazione e tra gli anziani. Anni 2000 e 2016. Tassi standardizzati per 100 persone, tassi standardizzati per 100 persone (a).



(a) Le regioni e le province autonome sono rappresentate in ordine decrescente del valore del tasso standardizzato nel 2016 nella popolazione totale (graduatoria decrescente).

FIGURA 5.

Mortalità per diabete per regione di residenza. Anni 2003 e 2014, tassi standardizzati per 100.000 residenti (a)

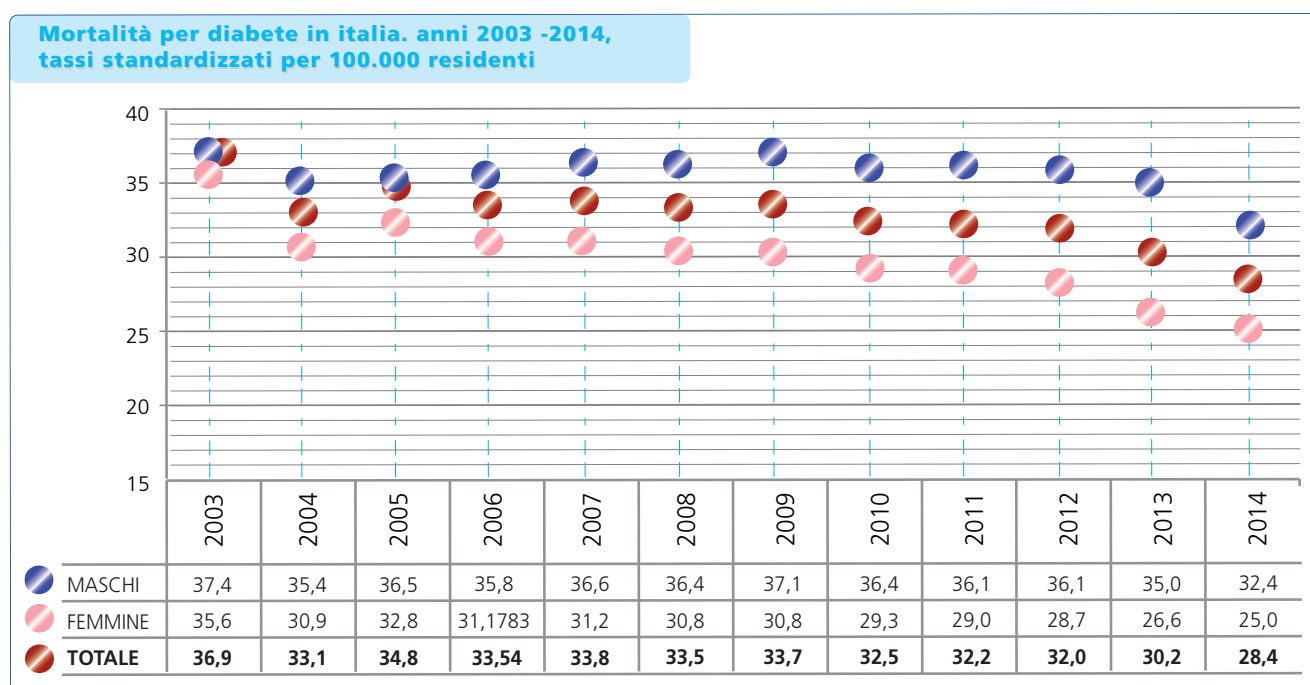


Fonte: Istat, Indagine sui Decessi e le cause di morte.

(a) Le regioni e le province autonome sono rappresentate in ordine decrescente del valore del tasso standardizzato nel 2014 (graduatoria decrescente), il numero accanto alle barre rappresenta la posizione in graduatoria nel 2003.



FIGURA 6.



Com'è noto il diabete è una malattia dal quadro morboso complesso, a carico di molti organi fondamentali (es. cuore, reni, fegato, vista). Tra i diabetici ad esempio si duplica il rischio di mortalità per malattie ipertensive.

Il diabete ha infatti una forte rilevanza non solo come causa iniziale di morte ma soprattutto come concausa

del decesso in associazione ad altre malattie. Nel 2014, sono stati 74.022 i decessi in cui è riportato il diabete come "causa multipla" (ovvero causa iniziale o concausa). I tassi standardizzati di mortalità per diabete come causa multipla confermano il maggiore rischio per gli uomini (Prospetto 2).

PROSPETTO 2. Mortalità per diabete come causa iniziale e causa multipla di morte per sesso e classi di età. Anno 2014, valori assoluti, tassi grezzi e tassi standardizzati per 100.000 residenti

CLASSI DI ETÀ	Diabete in causa iniziale			Diabete in causa multipla		
	Numero di decessi	Tassi grezzi	Tassi standardizzati	Numero di decessi	Tassi grezzi	Tassi standardizzati
MASCHI						
Fino a 44 anni	45	0,3	0,3	139	0,9	0,8
45-64 anni	955	11,4	12,0	3.449	41,1	43,3
65 anni e oltre	7.821	139,1	149,4	31.934	567,9	601,5
Totale	8.821	29,9	32,4	35.522	120,4	129,2
FEMMINE						
Fino a 44 anni	17	0,1	0,1	57	0,4	0,3
45-64 anni	432	4,9	5,1	1.521	17,3	18,0
65 anni e oltre	10.849	144,8	121,3	36.922	492,7	416,6
Totale	11.298	36,1	25,1	38.500	123,0	86,2
MASCHI E FEMMINE						
Fino a 44 anni	62	0,2	0,2	196	0,6	0,6
45-64 anni	1.387	8,1	8,4	4.970	29,0	30,3
65 anni e oltre	18.670	142,3	133,9	68.856	524,9	493,7
Totale	20.119	33,1	28,4	74.022	121,8	104,6

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 2012)

L'analisi delle cause multiple di morte consente inoltre di studiare le malattie che si associano al diabete al momento del decesso². In particolare, sono stati considerati i casi di ultrasessantacinquenni, ovvero di quella fascia

di popolazione in cui spesso sono presenti più malattie croniche, confermando che il diabete è una malattia dal quadro nosologico molto complesso (Prospetto 3).

Prospetto 3. Frequenza di menzione di specifiche cause di morte nelle persone di 65 anni e oltre in presenza o assenza della menzione di diabete sullo stesso certificato e misura dell'associazione tra ciascuna causa e il diabete. Anno 2014

ICD-10	CAUSE DI MORTE	Decessi		RR (Rischio relativo standardizzato per età)	Intervallo di confidenza 95%
		Percentuale con diabete menzionato tra le cause N=68.856	Percentuale senza diabete menzionato tra le cause N=456.421		
A00-B99	Malattie infettive e parassitarie	10,6	8,8	1,1	1,1-1,2
A40-A41	<i>setticemia</i>	8,0	6,7	1,1	1,1-1,2
B15-B19	<i>epatite virale</i>	2,0	1,5	1,3	1,2-1,3
C00-D48	Tumori	22,6	33,1	0,6	0,6-0,7
E00-E09, E15-E99	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (escluso il diabete)	9,9	5,9	1,7	1,6-1,7
E00-E07	<i>disturbi della tiroide</i>	1,5	1,0	1,5	1,4-1,6
E65-E68	<i>obesità ed altre forme di iperalimentazione</i>	2,2	0,5	4,0	3,7-4,3
E78	<i>disturbi del metabolismo delle lipoproteine ed altre dislipidemie</i>	1,2	0,4	2,5	2,3-2,7
E86	<i>ipovolemia</i>	1,2	1,2	1,1	1,0-1,2
F00-F99	Disturbi psichici	7,4	7,8	1,0	1,0-1,0
G00-G99	Malattie del sistema nervoso	10,4	11,1	0,9	0,9-0,9
G45	<i>attacchi cerebrovascolari ischemici transitori e sindromi correlate</i>	0,5	0,5	1,2	1,1-1,3
G81	<i>emiplegia</i>	1,1	0,8	1,4	1,3-1,5
H00-H59	Malattie dell'occhio e degli annessi oculari	0,6	0,3	2,0	1,8-2,2
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	87,4	71,5	1,2	1,2-1,2
I10-I15	<i>malattie ipertensive</i>	33,3	17,2	2,0	1,9-2,0
I20-I25	<i>malattie ischemiche del cuore</i>	30,5	18,0	1,7	1,7-1,7
I35	<i>disturbi non reumatici della valvola aortica</i>	1,6	1,4	1,1	1,0-1,2
I42	<i>cardiomiopatia</i>	1,4	1,1	1,3	1,2-1,4
I44	<i>blocco atrioventricolare e blocco di branca sinistra</i>	0,5	0,3	1,6	1,5-1,8
I45	<i>altri disturbi di conduzione</i>	0,6	0,5	1,3	1,2-1,4
I48	<i>fibrillazione e flutter atriali</i>	13,5	10,2	1,3	1,3-1,4
I50	<i>insufficienza cardiaca</i>	9,4	7,9	1,2	1,2-1,3
I51	<i>complicanze e descrizioni mal definite di cardiopatia</i>	20,5	16,8	1,2	1,2-1,3
I60-I69	<i>malattie cerebrovascolari</i>	23,7	19,3	1,2	1,2-1,3
I70	<i>aterosclerosi</i>	2,8	2,1	1,4	1,3-1,5
I73	<i>altre malattie vascolari periferiche</i>	2,5	0,9	2,7	2,5-2,8
I74	<i>embolia e trombosi arteriose</i>	1,1	0,4	2,5	2,3-2,8
I77	<i>altri disturbi di arterie e arteriole</i>	1,0	0,4	2,6	2,3-2,8
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	33,4	33,1	1,0	1,0-1,0
J42-J44	<i>malattie croniche delle basse vie respiratorie</i>	12,1	9,7	1,2	1,2-1,3
K00-K99	Malattie del sistema digerente	10,4	10,7	0,9	0,9-1,0
K70-K77	<i>malattie del fegato</i>	4,8	4,0	1,1	1,1-1,1
L00-L99	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	2,9	1,9	1,5	1,5-1,6
L89	<i>ulcere da decubito</i>	2,0	1,5	1,4	1,3-1,5
M00-M99	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	2,6	2,7	1,0	0,9-1,0
N00-N99	Malattie del sistema genitourinario	26,2	15,4	1,7	1,7-1,7
N17-N19	<i>insufficienza renale</i>	24,0	13,6	1,8	1,7-1,8
N00-N16, N20-N99	<i>altre malattie del rene</i>	3,2	2,5	1,3	1,2-1,3
N39	<i>altri disturbi dell'apparato urinario</i>	1,5	1,1	1,4	1,3-1,5
R00-R99	Sintomi e segni	43,4	44,8	1,0	1,0-1,0
R02	<i>gangrena</i>	1,5	0,4	4,1	3,8-4,4
V01-Y98	Cause esterne	5,8	6,8	0,9	0,8-0,9

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

Nota: Al fine di una lettura corretta della tabella, si fa presente che nelle prime due colonne sono riportate le percentuali di decessi relativi alla specifica causa con menzione o senza menzione di diabete. Nella terza colonna è riportato il Rischio Relativo standardizzato (rapporto tra le due percentuali, depurato dall'effetto dell'età). Se, ad esempio, il RR è pari a 1,1 vuol dire che tra coloro che presentano menzione di diabete c'è un eccesso del 10% di decessi per la diagnosi corrispondente. L'ultima colonna, infine, riporta l'intervallo di confidenza al 95%.

² L'associazione tra varie patologie e il diabete è stata studiata attraverso una stima del rischio relativo. Ovvero sono state messe a confronto le frequenze, standardizzate per età, di ciascuna condizione morbosa nelle schede che presentano diabete tra le cause (deceduti diabetici) con quelle che non riportano questa patologia.



Le patologie più associate al diabete sono la gangrena e altre complicanze microcircolatorie, ad esempio le arteriopatie, oltre alle ulcere e all'insufficienza renale. La gangrena è presente nei decessi dei diabetici con una frequenza di 1,5%, quattro volte di più che in quelli dei non diabetici.

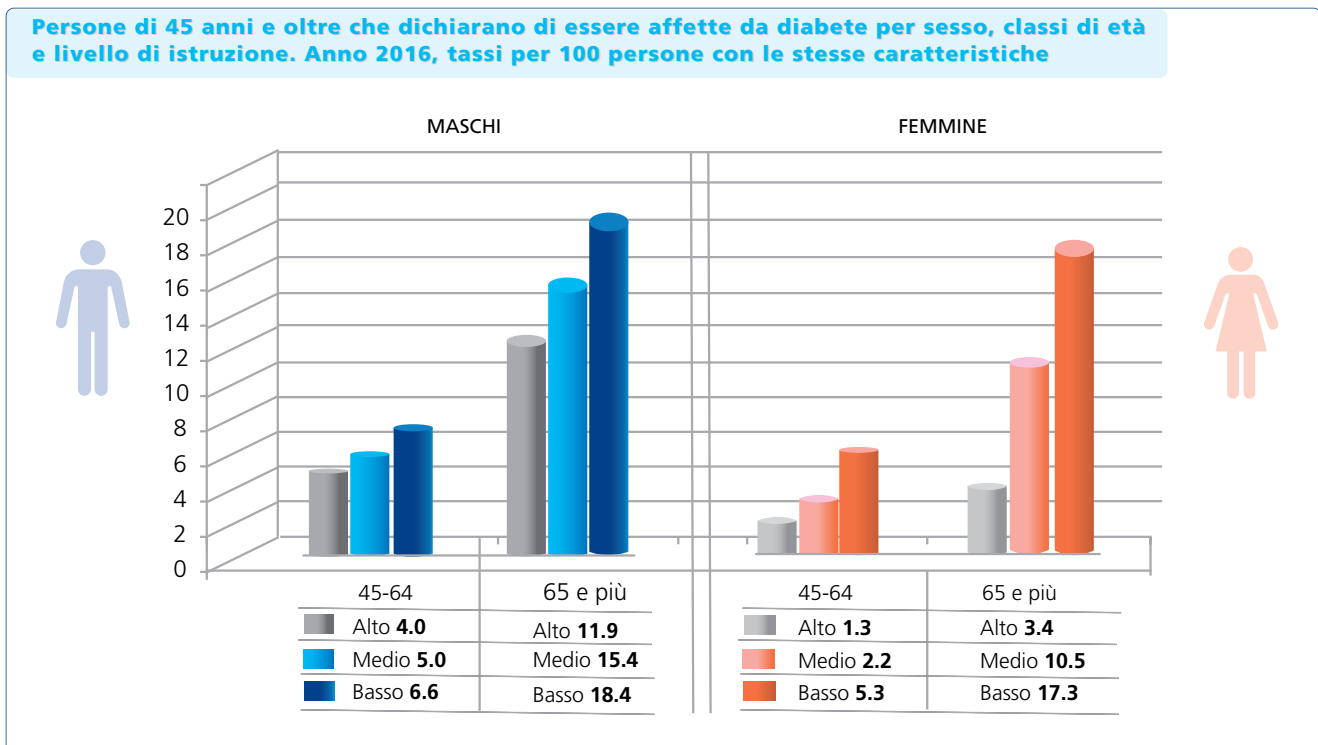
Si conferma la compresenza del diabete con malattie metaboliche quali obesità (il rischio relativo dei diabetici è 4,0) e dislipidemie (RR=2,5). Tra le malattie del sistema circolatorio, quelle ipertensive sono presenti nel 33,3% delle schede di morte con menzione di diabete (ovvero il doppio rispetto ai non diabetici). Lo stesso vale per le malattie ischemiche del cuore, con una frequenza pari al 30% e un rischio relativo quasi doppio tra i diabetici rispetto ai non diabetici. L'aterosclerosi si ritrova molto spesso associata al diabete e l'analisi della mortalità mette in particolare evidenza il ruolo di altre malattie delle arterie come concausa. Anche le malattie del fegato risultano fortemente associate al diabete e sono presenti con una frequenza pari al 4,5% tra i diabetici.

Il diabete è una patologia fortemente associata allo svantaggio socioeconomico.

I gruppi sociali più colpiti dal diabete sono quelli con un basso titolo di studio o risorse economiche scarse o insufficienti. L'insorgenza del diabete, infatti, è favorita da abitudini e stili di vita poco salutari quali sedentarietà e cattiva alimentazione, che possono determinare obesità o scarsa attenzione ai controlli dello stato di salute, tutti elementi che si riscontrano più spesso proprio tra i più gruppi più deprivati.

Considerando il titolo di studio come indicatore di status sociale, le disuguaglianze sono evidenti in entrambi i generi, anche se maggiormente accentuate tra le donne (Figura 7). Le donne diabetiche di 65 anni e oltre con almeno una laurea sono il 3,4%, mentre per le coetanee con al massimo la licenza media la prevalenza raggiunge il 17,3%; per i maschi della stessa classe di età i valori sono rispettivamente 11,9% e 18,4%.

FIGURA 7.

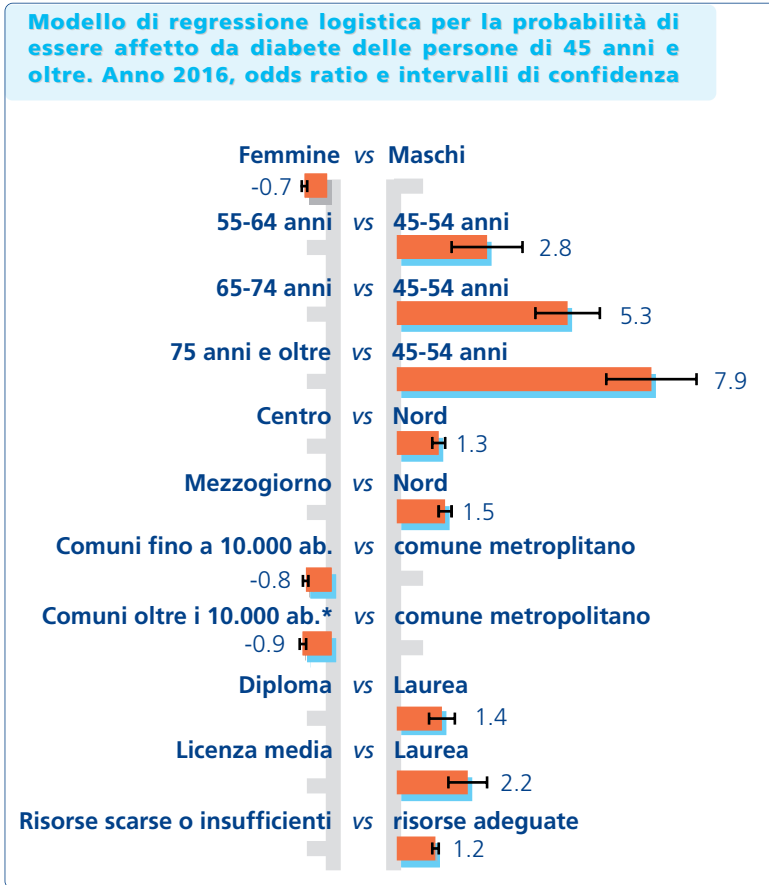


Fonte: Istat, Indagine sugli Aspetti della vita quotidiana

Anche l'applicazione di un modello di regressione logistica, che consente di considerare insieme più covariate (età, genere, territorio, titolo di studio conseguito e risorse economiche della famiglia), oltre all'importanza del fattore età - che com'è noto aumenta il rischio di insorgenza per la maggior parte delle patologie croniche - conferma come l'appartenenza a fasce di popolazione con basse credenziali educative abbiano un'influenza ri-

levante nel caso della patologia diabetica. Il rischio di essere una persona diabetica raddoppia, infatti, tra gli adulti di 45 anni e oltre con al massimo la licenza media rispetto ai laureati (OR=2,2) e aumenta di circa il 20% tra chi giudica scarse o insufficienti le risorse economiche della propria famiglia.

FIGURA 8.



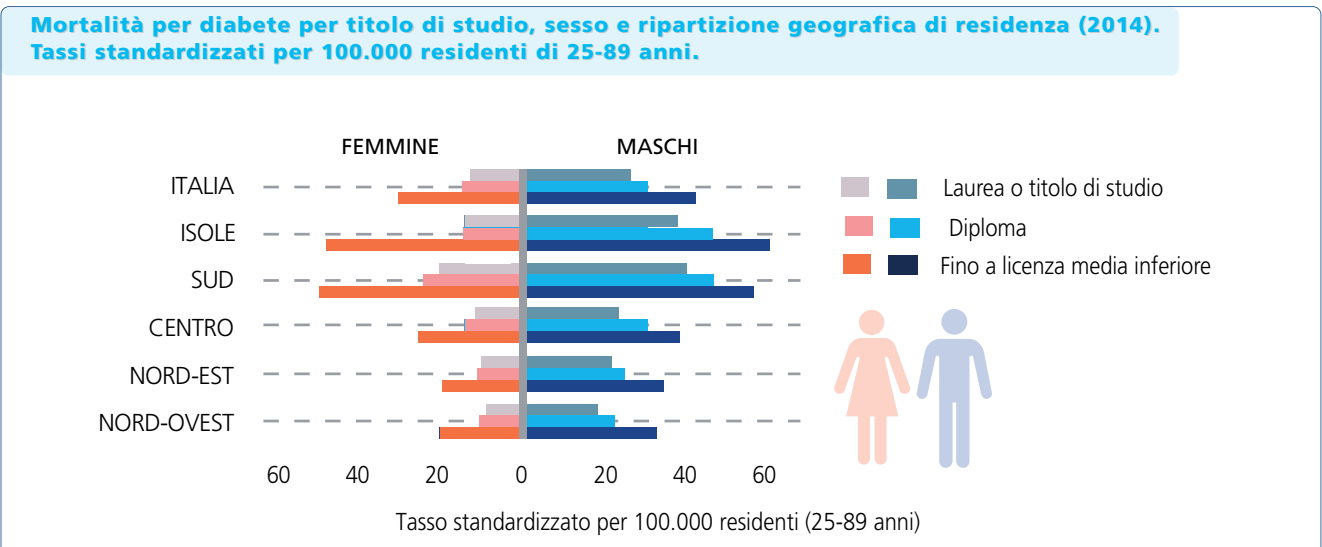
Fonte: Istat, Indagine sugli Aspetti della vita quotidiana
*Stima non significativa

Anche per la mortalità³ l'analisi evidenzia che nei casi di diabete vi è un rischio maggiore tra i meno istruiti. Nella popolazione tra 25 e 89 anni i tassi di mortalità per diabete delle persone con titolo di studio basso (al massimo la licenza media inferiore) sono 1,7 volte maggiori rispetto a quelli dei laureati. Rispetto ad altre cause di morte, per il diabete il differenziale socio-economico è più elevato tra le donne (2,4 vs 1,6): mentre in generale per le altre cause di morte il livello di istruzione ha un maggiore effetto tra gli uomini. Il differenziale tra le donne si accentua nel Sud e nelle Isole (Figura 9).

Obesità e sedentarietà principali fattori di rischio

La malattia diabetica e le eventuali complicanze si possono contrastare adottando lungo tutto il corso della vita comportamenti di prevenzione primaria e secondaria, come avviene per altre patologie croniche. Per la forte associazione tra diabete e obesità, si parla anche di lotta alla "diabesità". Declinando infatti l'indice di massa corporea⁴ secondo la classificazione proposta dall'OMS, a parità di genere e fascia di età tra le persone con diabete si riscontrano prevalenze di obesità più elevate. Tra i 45 e i 64 anni la percentuale di persone obese tra i diabetici maschi è pari al 28,9% contro il 13,0% di obesi non diabetici. Per le donne le differenze sono ancora maggiori: 32,8% contro 9,5% (Figura 10).

FIGURA 9.

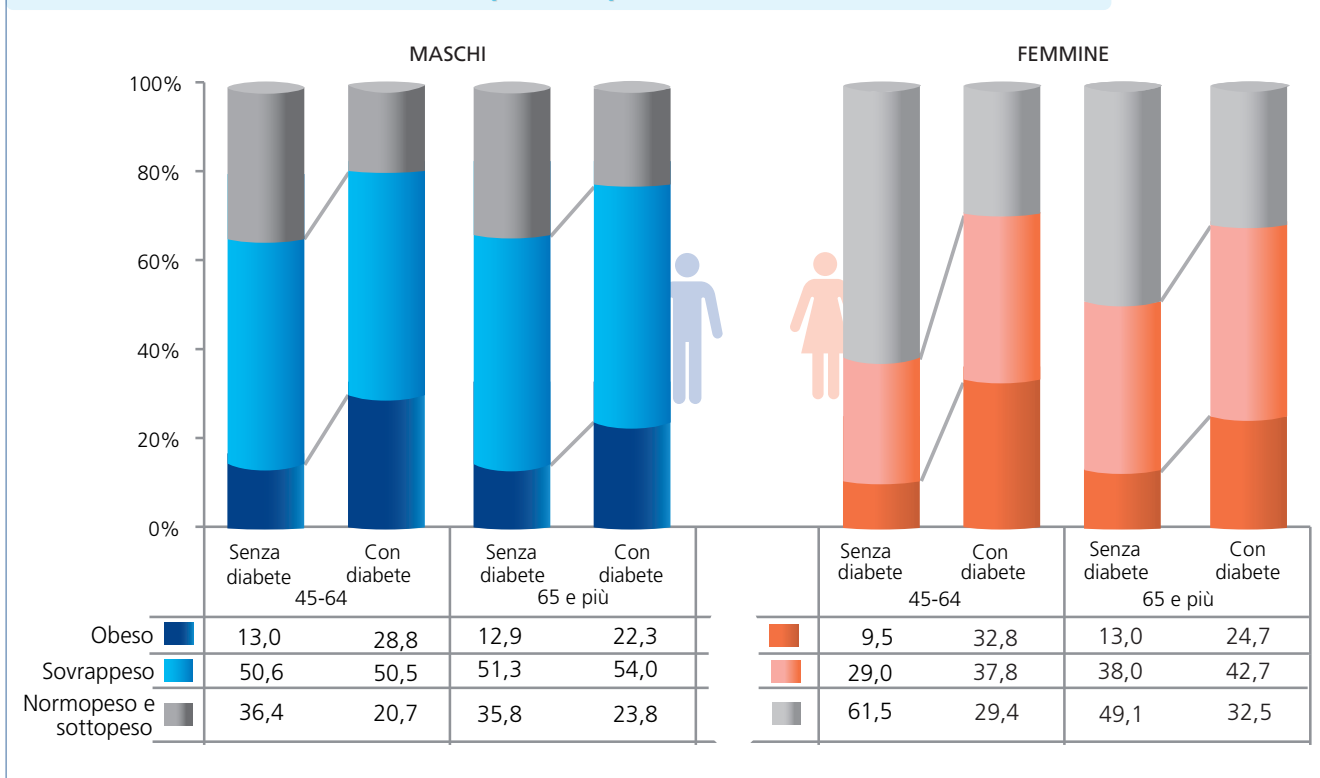


³ Fonte: dati relativi al progetto "Differenze socio-economiche nella mortalità" <http://www.istat.it/it/archivio/201175>.



FIGURA 10.

Persone di 45 anni e oltre per classi di Indice di massa corporea, presenza di diabete, sesso e classi di età. Anno 2016, Composizioni percentuali



Le complicanze del diabete peggiorano la qualità della vita

La salute percepita è un importante indicatore per cogliere in modo diretto presso i cittadini la multidimensionalità del concetto di salute, come stabilito dall'OMS che la definisce lo stato di "completo benessere fisico, mentale e sociale".

Tra le persone affette da diabete la quota di chi riporta buone condizioni di salute è molto più bassa della media della popolazione, anche a parità di età. Le differenze nelle prevalenze tra chi dichiara di stare male o molto male sono elevate se a soffrirne sono persone più giovani (il rapporto è di 5 a 1) e tendono a ridursi all'aumentare dell'età, ma senza annullarsi. Tra gli anziani, la quota di chi dichiara di stare male o molto male è quasi tripla tra i diabetici rispetto al totale degli anziani (32,9% vs 13,9%).

Ciò è dovuto anche al fatto che il diabete si accompagna spesso ad altre patologie⁵: in media i due terzi delle persone affette da diabete riferiscono anche malattie cardiovascolari (infarto, angina pectoris, ictus, malattie del cuore), problemi renali, ipertensione e cirrosi epatica. Inoltre i soggetti anziani diabetici sono più spesso affetti da ansia e depressione.

Gli indici di stato fisico, di stato psicologico e l'indice di salute mentale⁶, che consentono di analizzare i diversi aspetti della qualità della vita correlata alla salute, presentano tutti valori più bassi tra le persone affette da diabete, ad indicare peggiori condizioni di salute sia fisiche sia psicologiche. Dalla lettura delle differenze in termini relativi dei diversi indici sintetici a confronto con la media della popolazione, emerge che la qualità della vita peggiora molto quando oltre al diabete sono presenti altre patologie associate: l'Indice di stato fisico (PCS) si

⁴ IMC O BMI – Body Mass Index

⁵ Per comorbidità con il diabete si fa riferimento alle malattie associate al diabete, che afferiscono all'apparato cardiovascolare (infarto, angina pectoris, ictus, malattie del cuore), genito-urinario (problemi renali e insufficienza renale) e digerente (cirrosi epatica), e che è stato possibile selezionare da quelle rilevate nell'indagine in una lista di oltre 23 patologie.

⁶ Gli indicatori utilizzati fanno riferimento alle scale di tipo psicometrico del questionario SF12 e SF36 relativi alla qualità della vita correlata alla salute fisica e mentale (Health Related Quality of Life HRQoL). Per maggiori informazioni si consulti la nota metodologica della statistica report "Il diabete in Italia" (<https://www.istat.it/archivio/202600>). In particolare si possono calcolare i due indici, quello di stato fisico (Physical Component Summary - PCS) e l'indice di stato psicologico (Mental Component Summary -MCS) derivanti dall'SF12 e due indici sulla salute mentale (Mental Health - MH e l'indice di vitalità -VT) dell'SF36.

PROSPETTO 4. Differenze dei punteggi medi dell'indice di stato fisico (pcs), indice di stato psicologico (mcs) e indice di salute mentale (mh), delle persone di 15 anni e oltre che dichiarano di essere affette da diabete rispetto al totale della popolazione. Anno 2015.

CLASSI DI ETÀ	Persone di 15 anni e oltre con diabete ma senza le sue complicanze			Persone di 15 anni e oltre con diabete e altre patologie associate		
	Indice di stato fisico (PCS)	Indice di stato psicologico (MCS)	Indice di salute mentale (MH)	Indice di stato fisico (PCS)	Indice di stato psicologico (MCS)	Indice di salute mentale (MH)
15-44 anni	-2,8	-0,4	-1,9	-11,1	-9,3	-18,8
45-64 anni	-2,5	-1,5	-3,4	-7,7	-3,7	-8,9
65 anni e oltre	1,5	0,8	1,8	-6,7	-3,2	-8
Totale	-3,9	-0,9	-3,2	-13,0	-4,6	-12,8

Fonte: Istat, Indagine europea sulla salute – EHIS2

riduce in media di 13 punti, come l'Indice di salute mentale (MH) (Prospetto 4). Sono soprattutto i giovani o adulti fino a 44 anni con diabete e patologie associate che evidenziano un maggiore malessere a livello fisico ma soprattutto mentale, con una riduzione del punteggio rispetto alla media di quella fascia di popolazione di quasi 20 punti. Nel caso in cui il soggetto diabetico non presenti altre patologie tipicamente associate al diabete, la convivenza con la malattia appare compromettere molto meno la qualità della vita, le differenze nei punteggi si attestano sui 3 o 4 punti circa.

L'analisi multivariata⁷, a parità di altre covariate considerate, conferma che il diabete associato alle altre malattie fa raddoppiare il rischio di peggiorare lo stato di salute fisico (OR=2,4), così come quello della salute mentale (OR=1,9).

FIGURA 11.

Dimissioni ospedaliere per diabete in diagnosi principale per regione di residenza. Anni 2000 e 2015, tassi standardizzati per 100mila abitanti (a) (b)

	2000	2015
Lazio	299,9	146,3
Molise	483,8	137,3
Puglia	569,1	106,3
Campania	271,3	103,2
Marche	259,2	95,7
Trento	240,6	92,6
Liguria	282,5	88,6
Trentino-Alto Adige	206,9	79,8
Italia	271,9	79,5
Emilia-Romagna	168,4	77,4
Lombardia	252,6	74,8
Sardegna	311,7	73,9
Calabria	337,4	69,8
Bolzano/Bozen	173,2	68
Veneto	162,8	61,9
Toscana	183,4	61,7
Friuli-Venezia Giulia	108,9	55,2
Sicilia	384,3	53,9
Basilicata	472,8	53,3
Abruzzo	293,1	50,8
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	222,9	48,2
Umbria	257,1	47,6
Piemonte	213,9	42,1

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di dimissione ospedaliera.
 (a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione Europea (Eurostat 2012)
 (b) Le regioni e le province autonome sono rappresentate in ordine decrescente del valore del tasso standardizzato nel 2015 (graduatoria decrescente)

⁷ Gli indici di stato fisico e psicologico sono stati dicotomizzati rispetto al cut-off del primo quartile che individua i punteggi medi più bassi dei vari indici considerati, a indicare peggiori condizioni di salute, per applicare successivamente su di essi modelli di regressione logistica. Tra le variabili indipendenti sono state inserite come variabili di controllo quelle di contesto (sesso, età, territorio, livello di istruzione, risorse economiche), fattori di rischio quali presenza di obesità, sedentarietà e la presenza di patologie croniche raggruppate rispetto alla presenza del diabete e la relazione con le patologie associate ad esso.



Drastica deospedalizzazione dei casi di diabete

Le politiche sanitarie finalizzate a migliorare la cura e la presa in carico delle persone diabetiche hanno comportato una forte deospedalizzazione: i ricoveri per diabete negli ultimi quindici anni sono diminuiti di quasi due terzi (da quasi 150 mila a meno di 50 mila), molto di più rispetto al totale dei ricoveri, che si sono ridotti del 25%, ma con una rilevante variabilità regionale. Lazio, Molise, Puglia e Campania sono le regioni con i valori più alti.

All'opposto si collocano Piemonte, Umbria, Valle d'Aosta e Abruzzo con i tassi più bassi. Tra le regioni con i valori più alti sono il Molise e la Puglia quelle che rispetto al 2000 hanno fatto registrare la diminuzione più forte (Figura 11).

Una migliore presa in carico dei pazienti affetti da diabete è testimoniata, oltre che dalla drastica riduzione dei ricoveri, anche dall'incremento degli indicatori di appropriatezza ospedaliera, nonostante il contestuale aumento

PROSPETTO 5. Dimissioni ospedaliere per diabete non controllato senza complicanze, diabete con complicanze, DRG a rischio di inapproprietezza. Attività per acuti in istituti pubblici e privati accreditati per regione di ricovero. Anni 2010 e 2015, tassi per 100mila abitanti.

REGIONI DI RICOVERO	Diabete non controllato senza complicanze (18 anni e oltre) (a)		Diabete con complicanze (15 anni e oltre) (b)		DRG a rischio di inapproprietezza (c)	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015
Piemonte	8,26	6,15	29,3	21,9	39,0	19,4
Valle d'Aosta	3,74	2,8	12,7	12,7	25,0	19,6
Lombardia	30,34	17,92	52,1	47,0	90,6	37,4
Bolzano/Bozen	43,4	30,18	34,5	23,4	83,9	48,1
Trento	21,93	16,13	27,5	26,9	83,1	65,4
Veneto	23,91	18,34	24,7	36,2	45,6	33,7
Friuli-Venezia Giulia	17,33	11,99	22,7	23,4	42,0	37,4
Liguria	16,08	13,43	27,8	25,2	89,0	70,8
Emilia-Romagna	27,32	23,89	40,7	35,8	65,8	50,6
Toscana	7,32	4,37	21,0	19,3	61,4	43,5
Umbria	17,45	16,8	23,7	14,3	55,0	37,5
Marche	16,26	8,13	13,5	11,5	95,8	71,7
Lazio	18,25	12,35	30,3	26,0	164,4	102,4
Abruzzo	18,66	11,73	22,8	30,2	41,9	23,3
Molise	12,22	12,35	27,5	22,1	240,9	90,8
Campania	15,32	10,58	44,5	30,0	102,4	60,1
Puglia	40,85	12,4	70,5	42,7	371,1	64,4
Basilicata	34,09	9,87	46,7	17,9	253,5	20,2
Calabria	22,1	8,82	41,0	26,8	88,9	35,5
Sicilia	24,35	11,85	44,9	23,7	115,9	28,0
Sardegna	32,13	22,28	21,4	10,7	94,9	59,1
Italia	22,36	13,7	38,0	30,5	108,4	49,0

Fonte: Ministero della Salute, Schede di dimissione ospedaliera

(a) Dimissioni in Regime ordinario con diagnosi principale ICD-9-CM 250.02, 250.03 con età \geq 18 anni. Esclusi i pazienti deceduti in ospedale, provenienti da altri istituti di cura, afferenti a MDC 14 e MDC 15.

(b) Dimissioni in Regime ordinario con diagnosi principale ICD-9-CM 250.4*-250.9* con età \geq 15 anni. Esclusi i pazienti provenienti da altri istituti di cura, dimessi lo stesso giorno di ricovero, afferenti a MDC 14 e MDC 15.

(c) DRG 294: Diabete, età $>$ 35 anni; DRG 295: Diabete, età $<$ 36 anni

del numero di malati. Negli ultimi cinque anni il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato senza complicanze tra gli adulti è diminuito da 22,4 per 100mila residenti nel 2010 a 13,7 nel 2015 e quello con complicanze, è passato negli stessi anni da 38 per 100mila re-

sidenti di 15 anni e oltre a 30,5 (Prospetto 5). Nel primo caso la riduzione ha riguardato tutte le regioni, ma con intensità diverse: Puglia e Basilicata, che presentavano i valori più elevati nel 2010, hanno fatto registrare le diminuzioni più forti, mentre le regioni con i valori più ele-

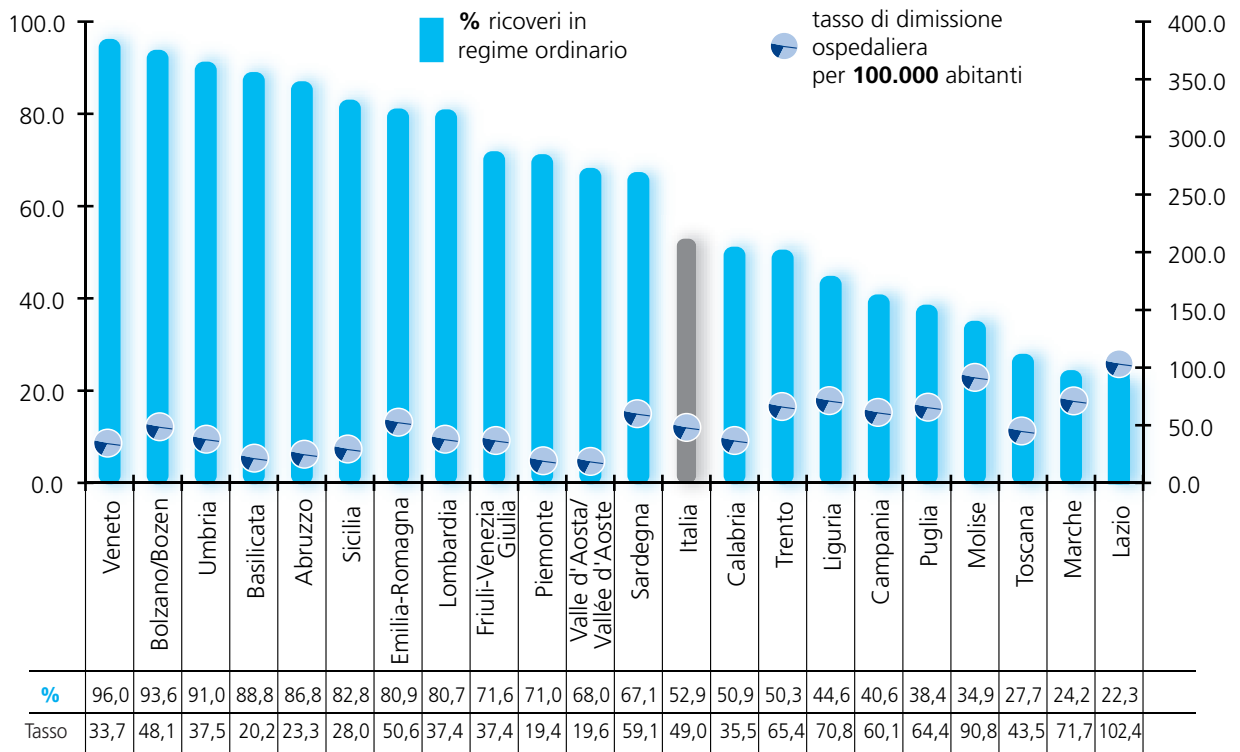
vati nel 2015 sono la provincia autonoma di Bolzano, l'Emilia Romagna e la Sardegna. Nel caso del diabete con complicanze, la diminuzione ha riguardato la maggior parte delle regioni, con le eccezioni di Veneto, Abruzzo e Friuli Venezia-Giulia.

Tra il 2010 e il 2015 anche il tasso di ricovero per i Drg riferiti al diabete (294 e 295) a rischio di inappropriatelyzza ha subito una diminuzione significativa, passando da 108 ricoveri per 100 mila abitanti a 49. Tuttavia, una migliore appropriatezza si ottiene non solo deospedalizzando i casi che possono essere gestiti dai servizi ter-

ritoriali, ma anche trasferendo i ricoveri dal regime ordinario al regime di *day hospital*. Pertanto, il tasso di ricovero per i Drg a rischio di inappropriatelyzza, letto congiuntamente alla percentuale di ricoveri in regime ordinario per gli stessi Drg, fornisce indicazioni su come le regioni stanno realizzando un recupero di efficienza nel trattamento della patologia diabetica. Nella figura 12, le prime regioni (dal Veneto alla Valle d'Aosta) hanno bassi tassi di dimissione ospedaliera per i due Drg riferiti al diabete e percentuali di ricoveri in regime ordinario superiori alla media. Queste regioni pertanto hanno deo-

FIGURA 12.

DRG ad alto rischio di non appropriatezza per diabete^(a) per regione di ricovero. Anno 2015, percentuale di ricoveri in regime ordinario e tasso di dimissione ospedaliera per 100.000 residenti



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute "Schede di dimissione ospedaliera"
(a) Drg 294 (Diabete, età > 35 anni) e Drg 295 (Diabete, età < 36 anni)

spedalizzato molti pazienti diabetici in regime ambulatoriale limitando il ricorso all'ospedale per i casi più gravi. Calabria e Toscana hanno entrambi gli indicatori con valori inferiori alla media, indicando che hanno agito sia deospedalizzando sia trasferendo i pazienti dal regime ordinario al regime di *day hospital*. Le altre regioni, pur trattando i ricoveri per diabete principalmente in regime di *day hospital*, possono ottenere ulteriori miglioramenti in termini di appropriatezza riducendo il tasso di ospedalizzazione.

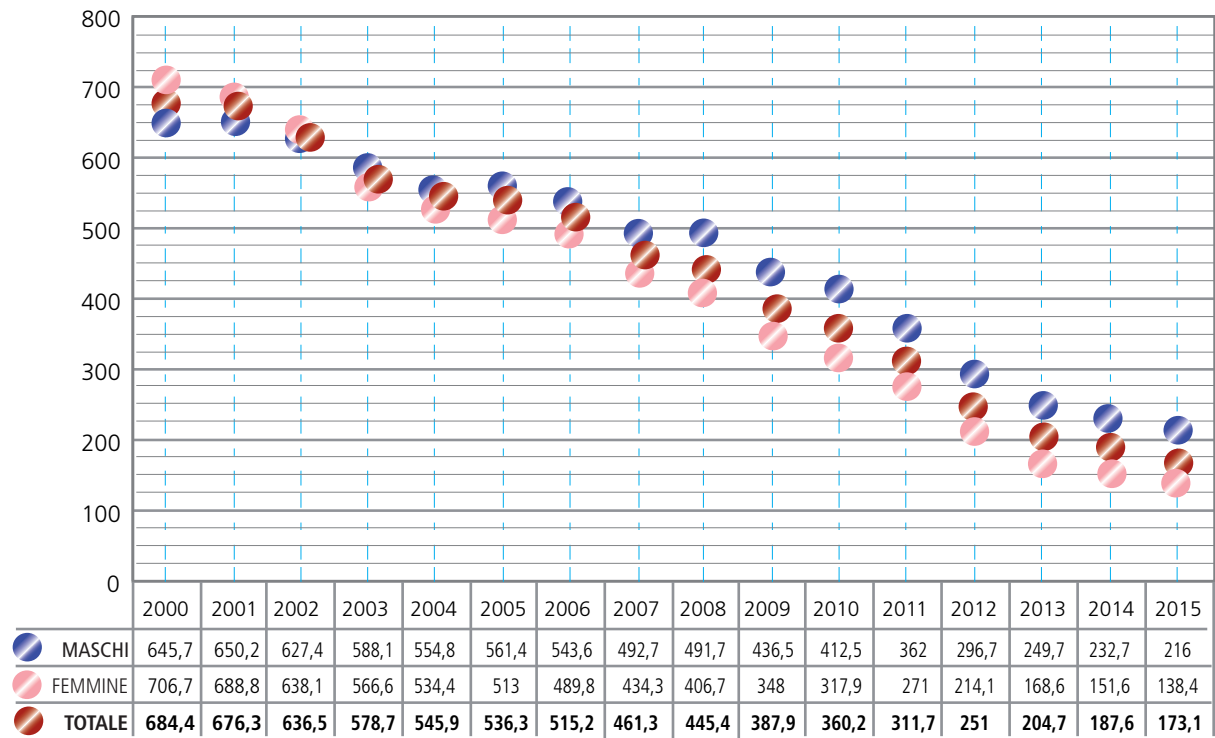
La diminuzione dell'ospedalizzazione per diabete ha riguardato entrambi i generi e tutte le classi d'età, ma è stato più accentuato per il sesso femminile (figura 13).

Nel 2015 i pazienti ricoverati per diabete sono stati quasi 37 mila (per un totale di circa 50 mila eventi di ricovero), di cui oltre 20 mila (55% circa) sono uomini. Oltre i tre quarti dei pazienti ospedalizzati per diabete si ricoverano solo una volta nell'anno (78,3%), il 15,6% due volte, il 4,2% tre volte e solo l'1,8% quattro o più volte. Rappresentando i pazienti ricoverati per diabete alle persone che dichiarano di soffrirne, in media nel 2015 8,4 malati over45 ogni mille hanno dovuto accedere all'ospedale per cure connesse alla patologia diabetica, con lievi differenze di genere (9,6 ogni mille per gli uomini, 7,2 per le donne). Se si considera il diabete in una qualsiasi diagnosi della scheda di dimissione ospedaliera, il ricorso all'ospedale



FIGURA 13.

Dimissioni ospedaliere per diabete in diagnosi principale per sesso. Anni 2000-2015, tassi standardizzati per 100mila residenti



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di dimissione ospedaliera

per questa patologia è dieci volte più elevato: sono 36.990 i pazienti e 49.912 le dimissioni con diabete in diagnosi principale; sono 396.202 i pazienti e 526.070 le dimissioni con diabete in qualsiasi diagnosi (Prospetto 6).

PROSPETTO 6. Pazienti ricoverati per diabete per sesso e classi di età. Anno 2015, valori assoluti, tassi grezzi e tassi standardizzati per 100.000 residenti

CLASSI DI ETÀ	Diabete in diagnosi principale			Diabete in qualsiasi diagnosi		
	Pazienti ricoverati	Tassi grezzi	Tassi standardizzati	Pazienti ricoverati	Tassi grezzi	Tassi standardizzati
MASCHI						
Fino a 44 anni	6.048	39,6	40,3	10.576	69,2	67,7
45-64 anni	5.932	69,9	71,9	51.332	605,1	630,9
65 anni e oltre	8.470	148,1	148,0	154.833	2706,7	2713,5
Totale	20.450	69,4	69,7	216.741	735,2	732,9
FEMMINE						
Fino a 44 anni	5.083	34,3	35,8	8.674	58,6	58,3
45-64 anni	3.243	36,6	37,2	26.148	294,8	303,3
65 anni e oltre	8.214	108,4	103,7	144.639	1909,6	1784,5
Totale	16.540	52,9	49,4	179.461	574,2	459,8
MASCHI E FEMMINE						
Fino a 44 anni	11.131	37,0	38,1	19.250	64,0	63,0
45-64 anni	9.175	52,9	54,1	77.480	446,5	462,3
65 anni e oltre	16.684	125,5	123,6	299.472	2252,6	2192,5
Totale	36.990	60,9	59,0	396.202	652,4	584,1

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di dimissione ospedaliera

Lo svantaggio degli uomini rispetto alle donne si evidenzia sia analizzando la diagnosi principale sia studiando il diabete in qualsiasi diagnosi ed emerge in tutte le classi di età considerando i tassi grezzi di ospedalizzazione e quelli standardizzati per età.

Rispetto al 2000 la diminuzione delle dimissioni ospedaliere che, come visto in precedenza, è stata superiore al 66% se il diabete è riportato in diagnosi principale, è pari a circa il 22% quando il diabete è riportato in qualsiasi diagnosi, in quanto si tratta di ricoveri più complessi che solo in parte possono essere trattati in un diverso setting assistenziale.

Le patologie frequentemente associate al diabete nei ricoveri ospedalieri presentano analogie con quanto emerge per i decessi, sebbene con frequenze e rischi relativi diversi. Nel complesso, le malattie del sistema circolatorio sono molto importanti in entrambi i fenomeni in termini di frequenza e presentano nell'ospedalizzazione un rischio 1,8 volte più elevato nei casi con men-

zione di diabete. Tra queste malattie, le più importanti sono l'ipertensione, l'ischemia del cuore e l'arteriosclerosi (Prospetto 7).

Significativa l'associazione con il diabete anche per le malattie del sistema genitourinario (in particolare l'insufficienza renale) e per le malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (diverse dal diabete), quali l'obesità e altre forme di iperalimentazione e i disturbi del metabolismo delle lipoproteine ed altre dislipidemie. Tra le malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo, presentano un'associazione significativa con il diabete le ulcere degli arti inferiori e le infezioni diverse da sindrome stafilococcica. La gangrena ha un rischio relativo di ospedalizzazione nei casi con menzione di diabete pari a 11,7 volte rispetto ai casi senza menzione di diabete, ma con una frequenza piuttosto bassa. A differenza della mortalità, le malattie del fegato, i tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici e i tumori maligni del pancreas presentano un'associazione significativa con il diabete.

PROSPETTO 7. Frequenza di dimissioni ospedaliere di persone di 65 anni e oltre in presenza o assenza della menzione di diabete sulla scheda di dimissione e misura dell'associazione tra alcune diagnosi e il diabete – Anno 2014

ICD9CM	DIAGNOSI	Dimissioni		RR (Rischio relativo standardizzato per età)	Intervallo di confidenza 95%
		Percentuale con diabete menzionato tra le diagnosi N=411.125	Percentuale senza diabete menzionato tra le diagnosi N=3.472.818		
001-139, 2791	Malattie infettive e parassitarie	5,0	3,7	1,3	1,3-1,4
140-239	Tumori	11,8	19,9	0,6	0,6-0,6
155	<i>tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici</i>	0,9	0,7	1,4	1,3-1,4
157	<i>tumori maligni del pancreas</i>	0,6	0,5	1,2	1,1-1,2
240-249, 251-279	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (escluso il diabete)	17,2	8,2	2,1	2,1-2,1
272	<i>disturbi del metabolismo delle lipoproteine ed altre dislipidemie</i>	6,3	2,1	3,0	3,0-3,0
278	<i>obesità ed altre forme di iperalimentazione</i>	3,6	0,8	4,5	4,4-4,6
290-319	Disturbi psichici	5,7	4,6	1,2	1,2-1,3
320-359	Malattie del sistema nervoso	7,1	5,9	1,2	1,2-1,2
350-358	<i>polineuropatie ed altri disturbi del sistema nervoso periferico</i>	1,3	0,8	1,6	1,5-1,6
390-459	Malattie del sistema circolatorio	78,5	42,3	1,8	1,8-1,9
401-405	<i>malattie ipertensive</i>	43,0	15,9	2,7	2,7-2,7
410-414	<i>malattie ischemiche del cuore</i>	30,5	18,0	1,7	1,7-1,7
427	<i>disturbi del ritmo cardiaco</i>	16,2	11,1	1,4	1,4-1,4
428	<i>insufficienza cardiaca</i>	14,7	8,2	1,8	1,8-1,8
430-438	<i>malattie cerebrovascolari</i>	17,2	9,7	1,7	1,7-1,8
440	<i>arteriosclerosi</i>	5,3	1,6	3,3	3,3-3,4
460-519	Malattie del sistema respiratorio	24,3	16,7	1,4	1,4-1,5
490-496	<i>malattie croniche delle basse vie respiratorie</i>	12,5	6,9	1,8	1,8-1,8
520-579	Malattie del sistema digerente	14,3	14,4	1,0	1,0-1,0
570-573	<i>malattie del fegato</i>	4,5	2,1	2,2	2,2-2,2
577	<i>malattie del pancreas</i>	0,7	0,6	1,2	1,1-1,2
580-629	Malattie del sistema genitourinario	24,3	15,4	1,6	1,6-1,6
584-586	<i>insufficienza renale</i>	17,6	6,9	2,5	2,5-2,6
680-709	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	3,8	1,7	2,2	2,2-2,3
680-686	<i>infezioni diverse da sindrome stafilococcica</i>	0,6	0,3	2,4	2,3-2,5
7071	<i>ulcere arto inferiore NIA</i>	1,9	0,3	5,9	5,7-6,1
710-739	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	6,9	11,4	0,6	0,6-0,6
714	<i>poliartropatie infiammatorie</i>	0,5	0,4	1,3	1,3-1,4
7300-7302	<i>osteomielite</i>	0,5	0,1	5,8	5,5-6,2
780-799	Sintomi e segni	10,1	9,0	1,1	1,1-1,1
7854	<i>gangrena</i>	0,9	0,1	11,7	11,1-12,3

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di dimissione ospedaliere

Nota: Al fine di una lettura corretta della tabella, si fa presente che nelle prime due colonne sono riportate le percentuali di ricoveri relative alla specifica diagnosi con menzione o colonna è riportato il Rischio Relativo standardizzato (rapporto tra le due percentuali, depurato dall'effetto dell'età).

Se, ad esempio, il RR è pari a 1,1 vuol dire che tra coloro che eccesso del 10% di ricoveri per la diagnosi corrispondente. L'ultima colonna, infine, riporta l'intervallo di confidenza al 95%.



Il Diabete e l'Obesità nelle Regioni Italiane

**a cura dell' OSSERVATORIO
NAZIONALE PER LA SALUTE
NELLE REGIONI ITALIANE**

CORESARCH, ISTAT, IBDO Foundation

Salvatore Caputo

Marco Comaschi

Roberta Cialesi

Antonio Nicolucci

Stefania Rossetti

Chiara Rossi

Alessandro Solipaca

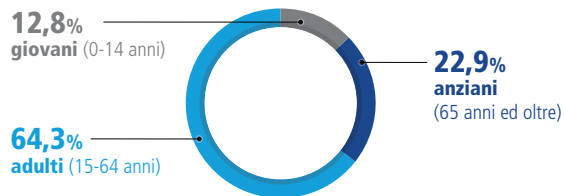
L'impatto del diabete in Abruzzo

In Abruzzo il 5,8% delle persone si dichiara diabetico. L'Abruzzo è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile e del diabete superiori alla media nazionale. Il tasso di ospedalizzazione per amputazione dell'arto inferiore è peggiore rispetto alla media nazionale. Nel 2014 il tasso standardizzato di mortalità è lievemente più alto del dato medio nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 76.938

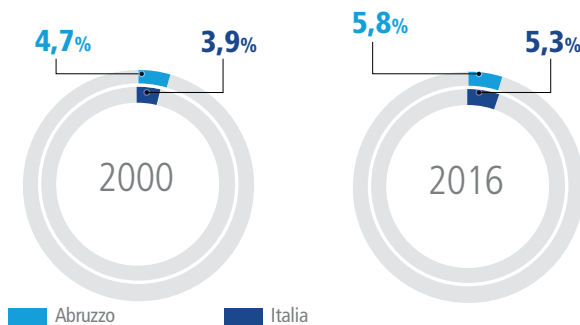
POPOLAZIONE 1.326.513 abitanti
L'AQUILA 69.753 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

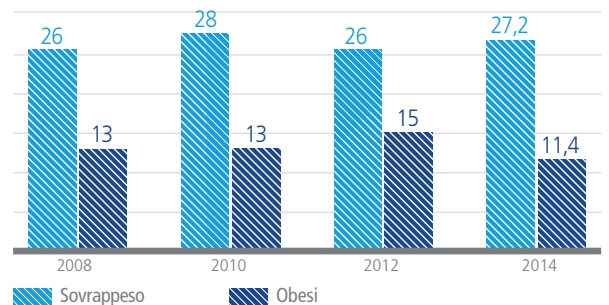


L'Abruzzo si colloca in linea con la media nazionale di speranza di vita per i maschi (80,6 anni) mentre per le femmine è leggermente più elevata (85 anni).

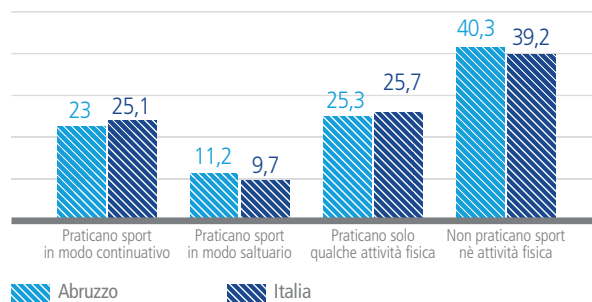
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



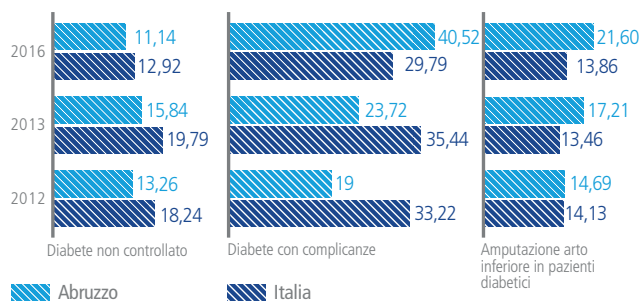
ATTIVITÀ FISICA (%)



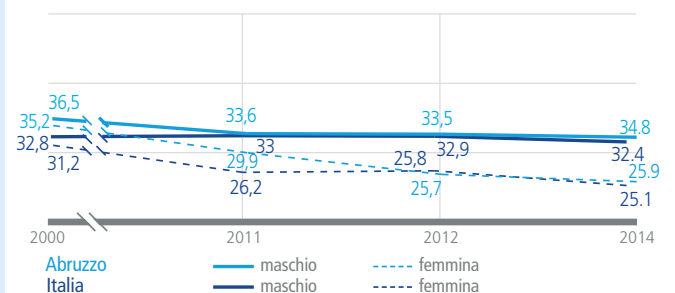
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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 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

- **Decreto n. 75 del 5 luglio 2016** - Approvazione del documento tecnico "PDTA del 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

Punti di forza:

1. Presenza di tre università di cui una con una storia forte di scuola sulle malattie del metabolismo
2. Presenza di struttura di eccellenza per studi epidemiologici e socioeconomici
3. Discreto miglioramento dei parametri di appropriatezza delle cure e degli indicatori da parte dei centri diabetologici (annali 2014).

Punti di debolezza:

1. Elevato numero di amputazioni, indice di scarsa attività di prevenzione della complicanza "piede diabetico"
2. Carico assistenziale dei Servizi di diabetologia elevato, per eccessiva frequenza nelle visite, segno di ridotta integrazione con la medicina primaria
3. Le persone diabetiche afferenti ai Servizi sono circa la metà della popolazione stimata dall'ISTAT.

Opportunità:

1. Ampio spazio di miglioramento in particolare sulla prevenzione delle complicanze
2. Potenzialità notevoli sull'integrazione
3. Possibile coinvolgimento di un'importante quota di sanità privata presente sul territorio.

Minacce:

1. rischio di smantellamento della rete dei servizi se non si realizza una più marcata integrazione con medicina primaria, università e privati
2. l'elevata percentuale di sovrappeso ed obesità in età evolutiva è un importante fattore di rischio di aumento di diabete di tipo 2. Appare necessario un maggior impegno sul versante degli stili di vita e interventi sul settore dell'istruzione scolastica.

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

Fonti:
 ISTAT annuario statistico 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

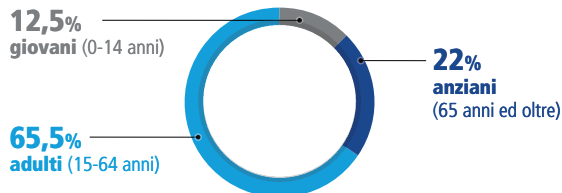
L'impatto del diabete in Basilicata

Il 7,6% 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 rimasto pressoché costante nel 2011-2015. Il tasso di ospedalizzazione per diabete complicato e diabete con complicanze è diminuito nel 2014. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è superiore alla media nazionale in entrambi i sessi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 43.600

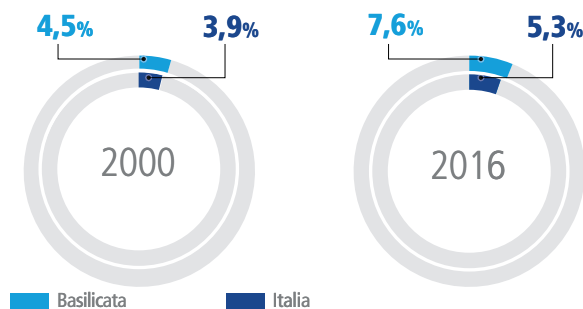
POPOLAZIONE 573.694 abitanti
POTENZA 67.122 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

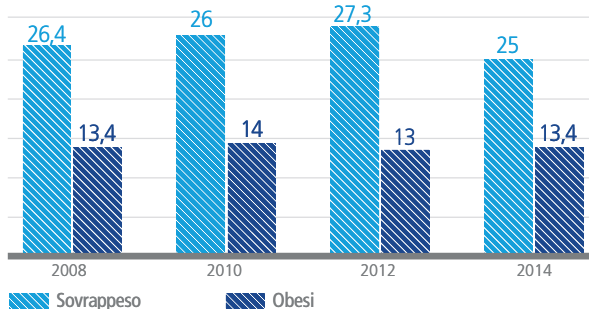


In Basilicata l'età media della popolazione è di 44,7 anni, un valore sostanzialmente in linea con la media nazionale (44,4). La speranza di vita alla nascita per i maschi (80,3) mentre per le femmine (84,7), dati leggermente al di sotto della media nazionale.

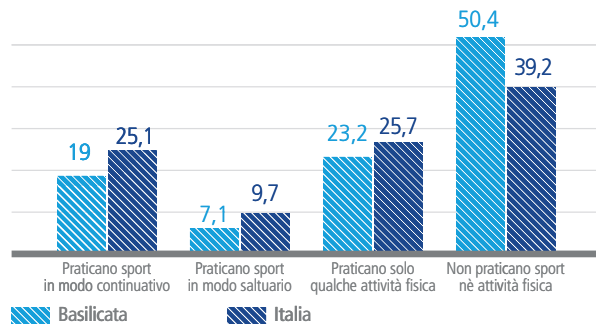
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



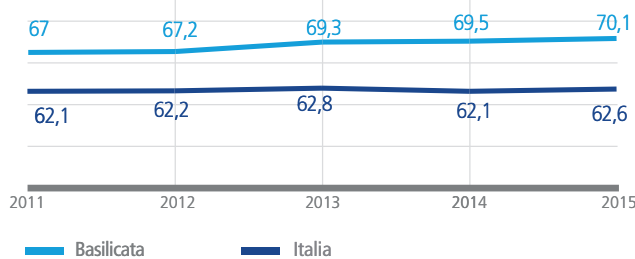
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



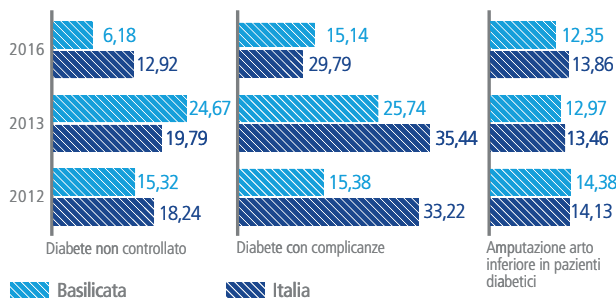
ATTIVITÀ FISICA (%)



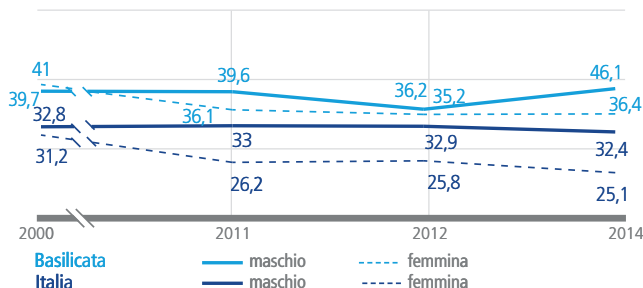
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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**

Punti di forza:

1. La Basilicata è una regione "piccola" con due sole città, e una popolazione residente relativamente poco numerosa, inferiore alle 600.000 unità. Dal punto di vista dell'organizzazione assistenziale questa conformazione rende più agevole un sistema di "rete" integrata tra la medicina specialistica e le Cure Primarie.
2. Infatti i dati ISTAT confermano una progressiva riduzione del ricorso alle cure ospedaliere per le persone con diabete, e, in particolare, valori percentuali decisamente più bassi rispetto alle medie nazionali dei ricoveri per complicanze e soprattutto del tasso di amputazioni degli arti inferiori.
3. Non a caso in Basilicata si registra una quota più elevata di consumo di farmaci ipoglicemizzanti, a significare probabilmente, una ridotta inerzia terapeutica degli operatori.
4. Un dato rilevante da segnalare come punto di forza è quello di una stretta collaborazione istituzionale per la definizione di linee di ricerca clinica.

Punti di debolezza:

1. Nelle due città capoluogo vivono complessivamente 120.000 persone, mentre la restante popolazione (44.0000 abitanti) è residente in aree più diffuse, con problematiche di accessibilità a punti di erogazione di cure specialistiche.
2. Il Pil procapite della Basilicata è fra i più bassi d'Italia (20.000 € contro la media nazionale di circa 28.000), ed è nota la correlazione tra livelli di reddito e prevalenza della malattia diabetica.
3. Tra la popolazione diabetica seguita dai Servizi Specialistici si registra la più alta percentuale di tutto il Paese di soggetti obesi, con il 51% di persone con BMI >30 Kg/Mq.

Opportunità:

1. La Basilicata è stata una delle prime Regioni Italiane a designare un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dedicato alle persone con diabete, con l'attiva partecipazione di professionisti sia delle Cure Primarie che della Medicina Specialistica, ma soprattutto con un forte impegno delle Associazioni delle Persone con Diabete. Questa situazione è fortemente positiva e propedeutica alla fattiva realizzazione della rete assistenziale.
2. La Politica Regionale ha dimostrato negli ultimi anni un forte interessamento alle problematiche correlate all'assistenza del diabete, ed ha prodotto numerosi atti legislativi finalizzati all'istituzione di sistemi adeguati, in conformità con gli indirizzi del PND.

Minacce:

1. Le situazioni di maggiore preoccupazione riguardano l'ambito economico e sociale della Regione, con elevati livelli di disoccupazione e ampie fasce di popolazione a basso reddito.

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

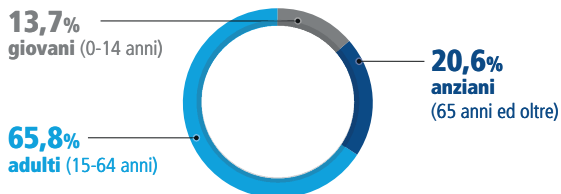
L'impatto del diabete in Calabria

In Calabria il 7,9% della popolazione si dichiara diabetico, il dato più elevato in Italia. Nel 2015 il consumo di farmaci per il diabete per la prima volta è il più elevato in Italia, sia pure a pari merito con la Sicilia: 79,9 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 e in riduzione per le femmine, pur restando in entrambi i casi uno dei più elevati in Italia.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 155.671

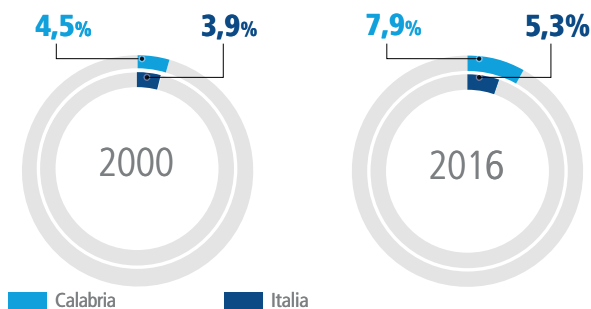
POPOLAZIONE 1.970.521 abitanti
CATANZARO 90.612 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

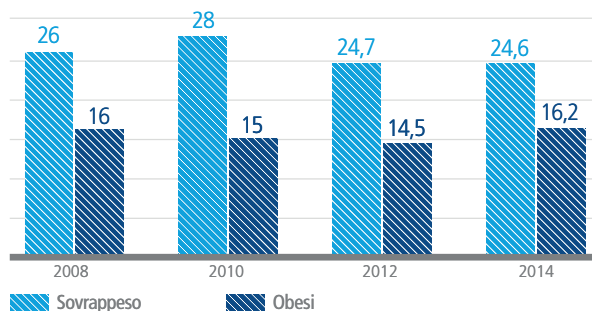


In Calabria il 53,4% della popolazione dichiara di essere sedentario, un dato superiore alla media nazionale (39,2%). Il 24,2% della popolazione dichiara di praticare sport (media nazionale 34,8%). L'aspettativa di vita per i maschi (80) e per le femmine (84,7) è inferiore alla media nazionale, l'età media è di 43,3 è più bassa della media nazionale.

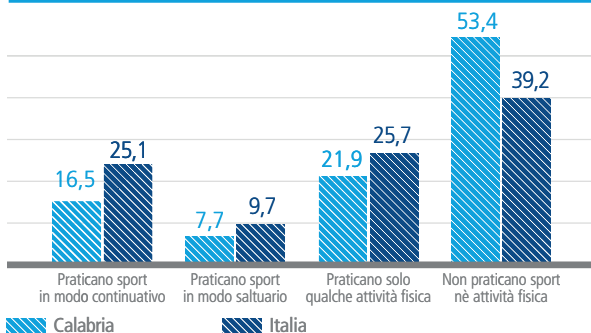
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



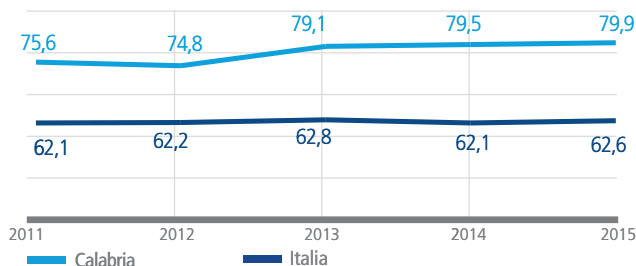
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



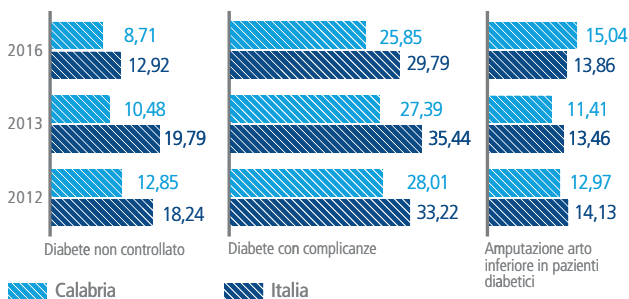
ATTIVITÀ FISICA (%)



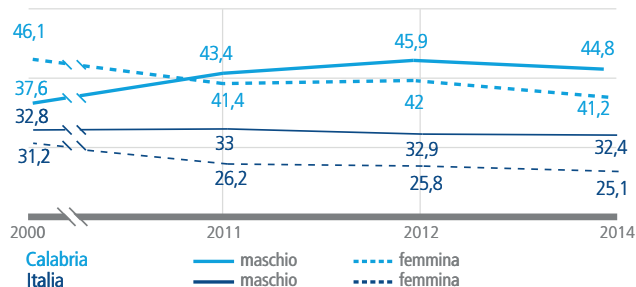
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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 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

- **D.C.A. n. 172 del 19.12.2017** Approvazione pdta piede diabetico
- **D.C.A. n. 163 del 13.12.2017** Linee guida dispositivi per autonotrolo e autogestione soggetti affetti da diabete
- **D.C.A. n. 13. del 02.04.2015** Percorsi malattia diabetica
- **Decreto Regione Calabria n. 18705 del 22/12/2006** – Prescrizione, a carico del SSR delle specialità medicinali insulina glargine – insuline detemir – rosiglitazone – pioglitazone – rosiglitazone + 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

Punti di forza:

1. La Calabria è "ricca" di Servizi Specialistici, sia ospedalieri che territoriali ed anche universitari, con un ampio numero di Diabetologi molto impegnati e soprattutto molto attivi anche sul versante della formazione.
2. In questi ultimi anni tutti i parametri di misurazione delle performances dei Servizi Specialistici aderenti agli Annali AMD sono nettamente migliorati, sia come indicatori metodologici di processo, sia come indicatori di risultato intermedio.
3. Infatti i tassi di ospedalizzazione per diabete e per complicanze, nonostante la Regione detenga il non invidiabile record della maggior prevalenza del diabete in Italia, si sono ridotti ed oggi sono al di sotto della media nazionale.

Punti di debolezza:

1. L'integrazione con il sistema delle Cure Primarie appare difficile e poco sviluppato.
2. L'orografia e la conformazione della Regione non favoriscono l'accessibilità ai Servizi.
3. Come per la Basilicata, a maggior ragione per la Calabria si registrano valori di reddito medio molto bassi rispetto alla media nazionale.
4. Il governo Regionale, che negli ultimi tempi sembra aver prestato più attenzione alle problematiche dell'assistenza, per molto tempo è rimasto abbastanza lontano dalla ricerca di soluzioni innovative.

Opportunità:

1. L'ampia diffusione, anche nei piccoli centri abitati, di Servizi Specialistici ambulatoriali, può agire da spinta propulsiva ad una maggiore integrazione della rete con il sistema delle Cure Primarie.
2. La sfida maggiore che la rete assistenziale ed il Governo regionale debbono affrontare è quella sulla prevenzione, mirata in particolar modo alla lotta contro l'obesità in età evolutiva, che mostra elevati valori assoluti. Sembra opportuno e possibile che la rete dei Servizi, vista la sua propensione alla formazione, intervenga sul settore dell'istruzione.

Minacce:

1. Come per la Regione precedente la maggior minaccia è quella sul versante socioeconomico.

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 Calabria.

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:
 ISTAT annuario statistico 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

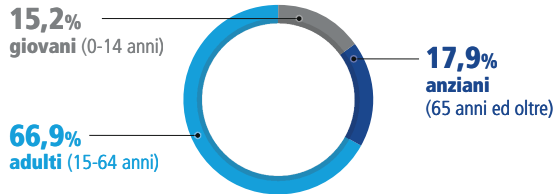
L'impatto del diabete in Campania

La Campania detiene il primato della prevalenza dell'obesità infantile in Italia (19,2%). **La prevalenza delle persone che dichiarano di essere diabetiche (5,7%)** pur essendo superiore alla media nazionale (5,4%), 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 è in aumento per i maschi ed in riduzione per le femmine, ma resta per queste ultime il peggior dato in Italia.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 333.498

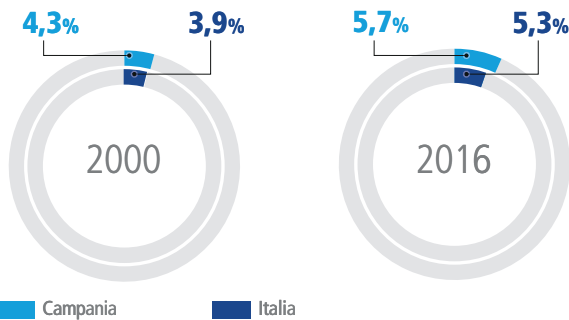
POPOLAZIONE 5.850.850 abitanti
NAPOLI 974.074 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

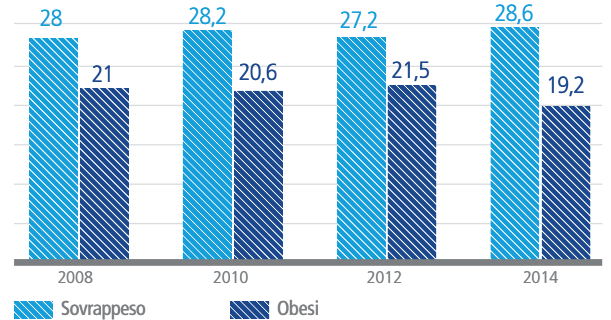


La Campania è la regione più "giovane" con un'età media di 41,6 anni (44,4 la media nazionale). Ma è anche il territorio dove la speranza di vita è minore per i maschi 73,9 e per le femmine 83,4, (dati significativamente inferiori alla media nazionale).

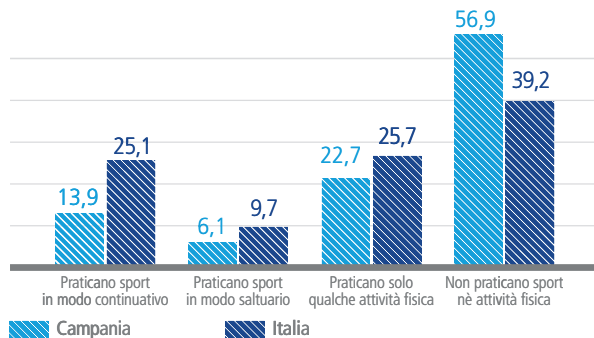
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



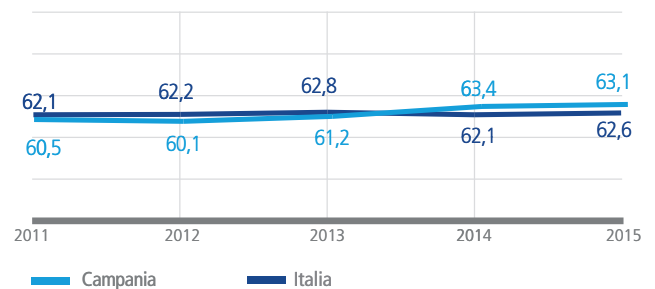
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



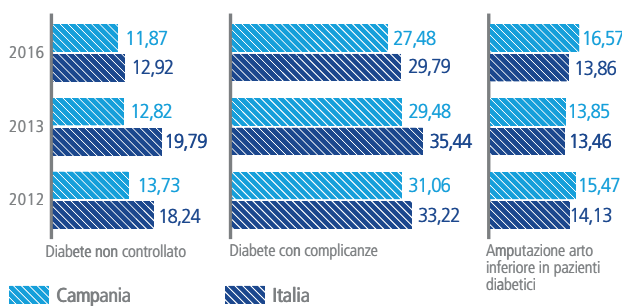
ATTIVITÀ FISICA (%)



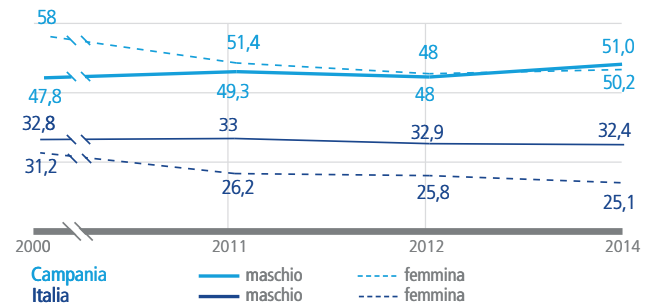
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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 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

- **Decreto n° 51/2017** Rete Regionale centri di assistenza diabetologica II livello

- **Delibera n° 558/2017** di Adesione del Manifesto della salute nelle città Comune di Napoli

- **Delibera n° 98/2017** Presidi diagnostici per diabetici(monitoraggio flash glucosio FGM)

- **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

- **Decr. 87/2013** Accordo per la medicina Generale con Gestione Integrata Diabete

- **Decr. 159/2013** Commissione campi scuola

- **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"

- **Del 1168/2005** Linee di indirizzo di organizzazione della diabetologia

- **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 reflattometri

- **Circolare n.5054 del 03/03/1990** Presidi diagnostici e terapeutici di cui agli artt. 3-4 Legge 115/87

Punti di forza:

1. La vastissima rete regionale di servizi diabetologici, territoriali, ospedalieri ed universitari, in parte privati accreditati, rappresenta certamente una notevole risorsa per l'assistenza alle persone con diabete. Dai dati pubblicati negli Annali AMD si rileva come tutti gli indicatori di performance siano progressivamente migliorati, con la più significativa riduzione della percentuale di diabetici con HbA_{1c} superiore a 8% (-36% dal 2004 al 2011).
2. La presenza di diverse sedi Universitarie di prestigio, con Scuole di Malattie del Metabolismo storiche è un elemento di forza.
3. Il Governo Regionale ha iniziato ad applicare adeguatamente il PND, istituendo la Commissione Diabetologica Regionale ed emanando anche un documento per la determinazione del fabbisogno di Servizi Specialistici.

Punti di debolezza:

1. Nonostante i buoni presupposti, la Regione ha un elevato tasso di mortalità per diabete soprattutto per il genere maschile; le donne mostrano una più bassa mortalità, pur restando ai valori più elevati del Paese.
2. E' molto elevata la percentuale di sovrappeso ed obesità dell'età evolutiva
3. Il reddito medio procapite è tra i più bassi d'Italia, come il grado di istruzione.

Opportunità:

1. La diffusione quasi capillare dei Servizi Specialistici è un elemento favorevole allo sviluppo di reti assistenziali integrate.
2. Una più stretta connessione dei Centri Universitari con il mondo dell'assistenza può dare una notevole spinta a tutta la comunità scientifica diabetologica.
3. La componente del Governo politico regionale appare motivata a facilitare la progressione e lo sviluppo di un moderno sistema assistenziale.

Minacce:

1. I maggiori problemi sembrano anche qui situarsi sul versante sociale ed economico, con particolare difficoltà nell'ambito metropolitano di Napoli.
2. Esistono rischi di parcellizzazione della rete di assistenza e di scarso coordinamento con le figure delle Cure Primarie.

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.

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 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

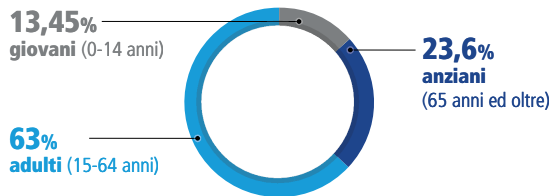
L'impatto del diabete in Emilia Romagna

In Emilia Romagna la prevalenza di persone che dichiarano di essere diabetiche è del 5,1%. L'Emilia Romagna è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile inferiore alla media nazionale. Tuttavia bisogna segnalare tassi di ospedalizzazione per diabete non controllato e diabete con complicanze molto più elevati rispetto alla media italiana. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete resta abbondantemente al di sotto della media nazionale per entrambi i sessi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE **226.855**

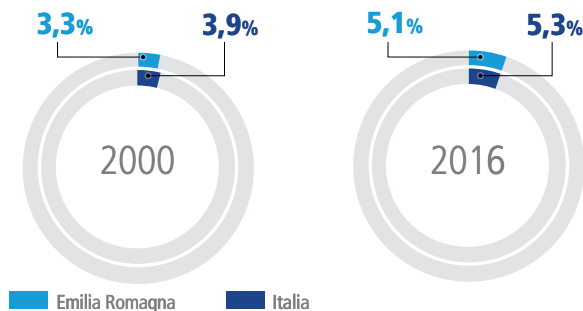
POPOLAZIONE **4.448.146** abitanti
BOLOGNA **386.663** abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

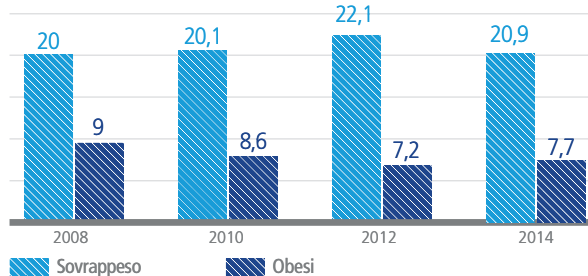


In Emilia-Romagna il 41,9% della popolazione dichiara di praticare sport continuativamente o saltuariamente (media nazionale 34,8%) mentre il 31,9% si dichiara sedentario (media nazionale 39,2%). In Emilia Romagna poco meno della metà (45%) delle persone ultra 64enni risulta non attiva dal punto di vista fisico. Il dato regionale è inferiore a quello nazionale (53%). La quota di sedentari è più bassa nei Comuni di montagna (40%). La speranza di vita per i maschi (81,2) e per le femmine (85,3) risulta più elevata rispetto alla media nazionale. L'età media (45,6) risulta anche essa superiore.

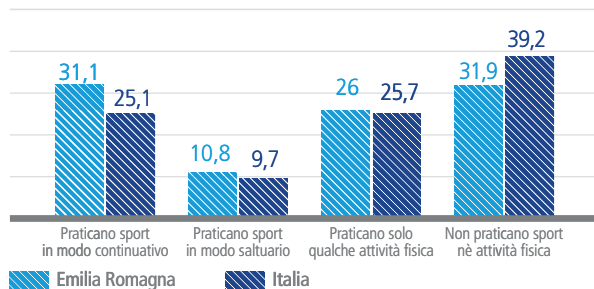
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



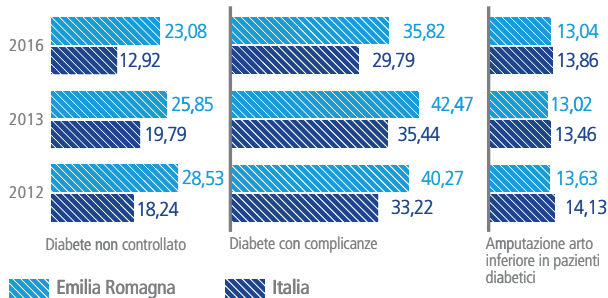
ATTIVITÀ FISICA (%)



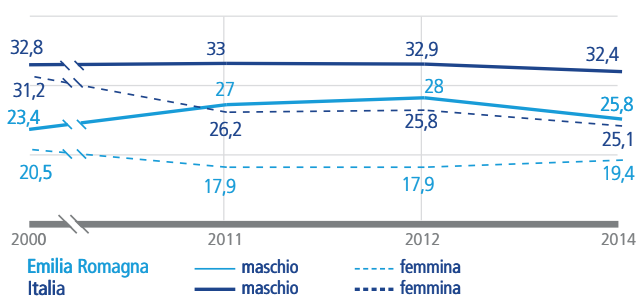
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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

- **Circolare n.517 del 9 giugno 2017**, Aggiornamento Linee di Indirizzo regionali per la Gestione del Diabete Mellito in età adulta All.1\2017, Percorso Diagnostico-Assistenziale per bambine\i e adolescenti con Diabete Mellito di Tipo1

- **DGR 2128\2016**, Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa.

- **DGR 2040\2015**, Linee di Indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera

- **Linee di indirizzo regionali per un uso appropriato dei dispositivi medici per l'autocontrollo e l'autocontrollo nel Diabete Mellito** (9 ottobre 2015)

- **Piano Regionale della prevenzione (PRP) 2015-2018**

- **Aggiornamento 230 Piano Terapeutico incretine** (15-5-2015)

- **DGR 540\2014**, Recepimento accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni in data 6 dicembre 2012 su Piano per la malattia Diabetica

- **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

Punti di forza:

1. La Regione è storicamente una delle più avanzate d'Italia nel campo dell'organizzazione del Sistema Sanitario, e rappresenta una sorta di "modello" frequentemente ripreso da altre aree. È stata ed è la Regione più attiva nell'analisi e nell'utilizzo dello Health Technology Assessment finalizzato ad offrire ai cittadini i migliori setting assistenziali. La recente decisione di organizzare sistemi integrati di assistenza alle cronicità, secondo modelli di staging di patologia, pur non essendo priva di criticità per lo più legate ad eccessivo economicismo, rivela la volontà di percorrere gli indirizzi dei Piani Ministeriali.
2. I Servizi Specialistici di Diabetologia sono numerosi e di elevato livello, e quasi tutti ben correlati ai sistemi delle Cure Primarie; in parecchi casi molti Responsabili dei Servizi hanno anticipato le legislazioni regionali e nazionali, stipulando accordi locali con la Medicina Generale finalizzati alla istituzione di Percorsi Integrati di cura.
3. Nella Regione operano numerose aziende ospedaliere pubbliche e private accreditate ed Universitarie di eccellente livello scientifico e di organizzazione, ed è probabilmente questo il motivo di tassi di ospedalizzazione più elevati che nel resto del Paese, ma anche una possibile spiegazione di un indice di mortalità decisamente più basso rispetto alla media nazionale.

Punti di debolezza:

1. Tutta la politica regionale è ispirata ad un forte economicismo, e tale impostazione porta spesso ad un incremento di adempimenti burocratici che riducono l'accessibilità alle cure alla persona con diabete.
2. I rapporti tra istituzioni ospedaliere e universitarie non sono sempre totalmente amichevoli, e ciò può condizionare e ridurre la notevole potenzialità anche nel campo della ricerca clinica.

Opportunità:

1. La Diabetologia emiliano-romagnola è forte e ottimamente rappresentata ai vertici delle Società Scientifiche e in grado di orientare al meglio le decisioni politiche del Governo Regionale. Può certamente far sentire la sua voce, unitamente a quella della Medicina Generale e a quella delle Associazioni per migliorare ulteriormente i progetti sulla cronicità.
2. La struttura del sistema è in grado di invertire il dato degli eccessivi ricoveri ospedalieri, come già è stato fatto per le amputazioni.

Minacce:

1. Esiste, seppure abbastanza remoto, il rischio che le innovazioni in campo terapeutico possano essere rallentate dall'atteggiamento iperprudente del Governo Regionale.
2. Il mantenimento di un sistema ancora fortemente legato all'Ospedale può inibire la crescita e lo sviluppo di sistemi territoriali più vicini alle persone affette da cronicità.

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 italiani 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 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

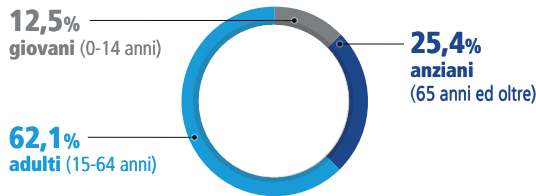
L'impatto del diabete in Friuli Venezia Giulia

In Friuli Venezia Giulia il **4,6%** 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 basso e sostanzialmente stabile in entrambi i sessi fra il 2011 e il 2014.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 56.176

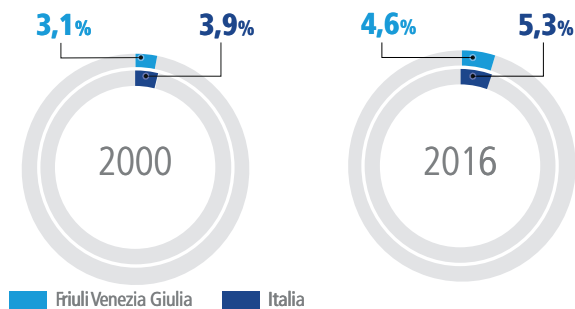
POPOLAZIONE 1.221.218 abitanti
TRIESTE 204.420 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

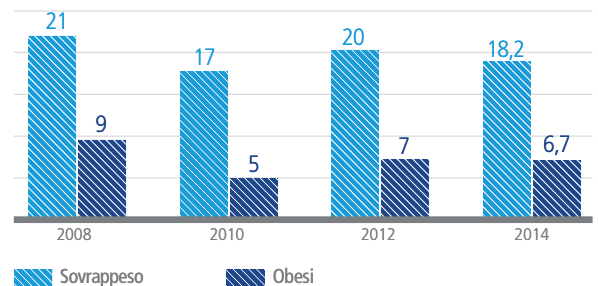


In Friuli Venezia Giulia l'età media della popolazione è di 46,6 anni, un valore sostanzialmente superiore alla media nazionale (44,7). La speranza di vita alla nascita per i maschi (80,1) risulta in linea con la media italiana (80,6), mentre le femmine registrano un valore (85,4) più alto rispetto alla media nazionale (85).

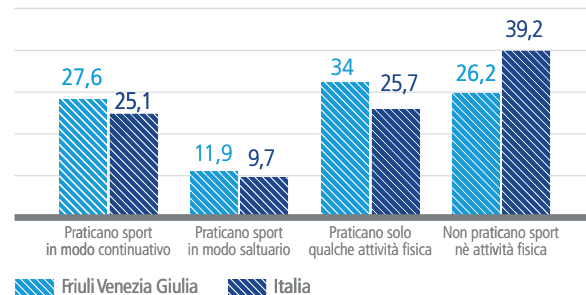
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



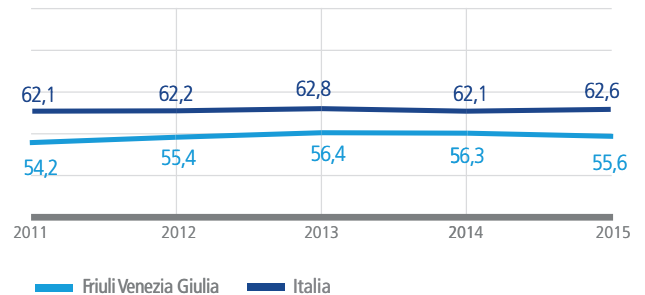
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



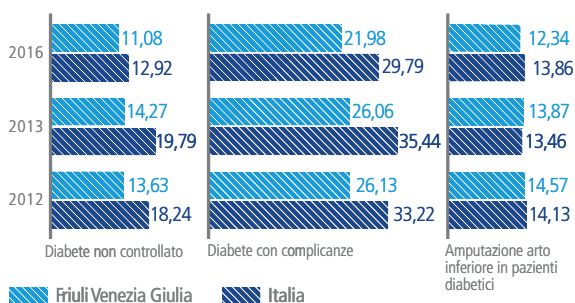
ATTIVITÀ FISICA (%)



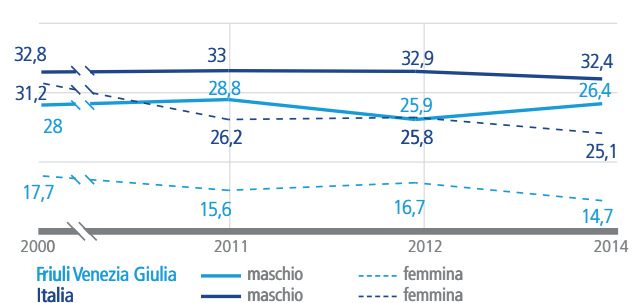
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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"

Punti di forza:

1. La presenza di due Università ben radicate anche nel territorio e con un'ottima integrazione con le Strutture Ospedaliere e Territoriali costituisce un elemento fortemente positivo.
1. I Servizi di Diabetologia sono modellati a "rete", e diffusi in modo capillare sul territorio, con una facile accessibilità al cittadino.

Punti di debolezza:

1. I tassi di amputazioni sono ancora più elevati della media nazionale.

Opportunità:

1. Il Sistema Assistenziale è strutturato in modo da rispondere appieno alle esigenze di una popolazione che è prevalentemente diffusa sul territorio regionale: infatti circa 400.000 persone vivono nelle 5 principali città (Trieste, Udine, Gorizia, Pordenone, Monfalcone), ma più di 800.000 nelle piccole realtà rurali e della montagna.
2. Un'organizzazione mirata alla prevenzione del "Piede Diabetico", relativamente facile per una simile organizzazione, potrà potenzialmente ridurre di molto il tasso di amputazioni.

Minacce:

1. Non si ravvisano particolari problematiche che possano ridurre i livelli assistenziali, anche tenuto in conto dell'alto reddito pro capite dei Friulani, superiore alla media nazionale.

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 Friuli Venezia Giulia.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti italiani 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

L'impatto del diabete nel Lazio

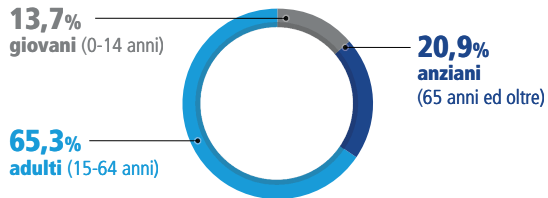
Nel Lazio il 6,5% della popolazione si dichiara diabetico. Il Lazio è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile superiore alla media nazionale, sia pure di poco. Il tasso di ospedalizzazione per amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici è il più basso in Italia. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete, che nel 2000 era superiore alla media nazionale per entrambi i sessi, è sceso nel 2014, pur rimanendo al di sopra della media nazionale nel caso del sesso maschile.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 382.750

POPOLAZIONE 5.888.472 abitanti

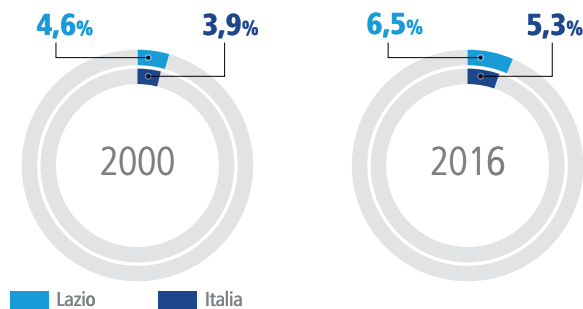
ROMA 2.864.731 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

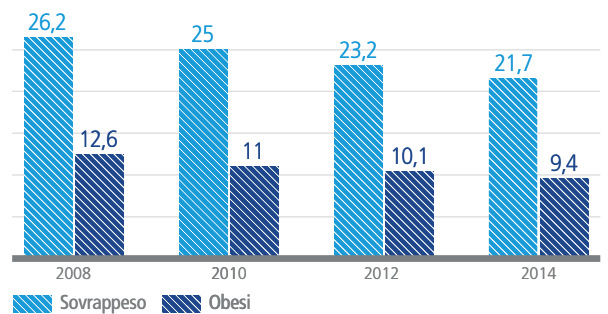


Il dato dell'età media del Lazio (44) ricalca approssimativamente quello nazionale (44,4). La media della speranza di vita per i maschi (80,6) e per le femmine (84,9) sono analoghe alla media nazionale (rispettivamente 80,6 e 85).

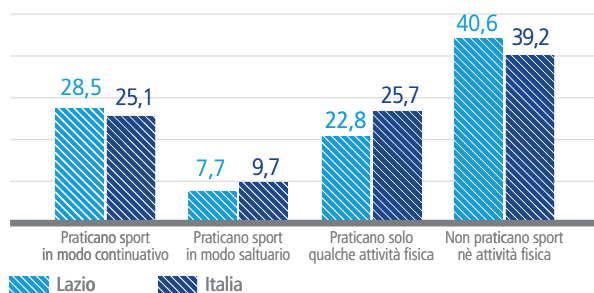
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



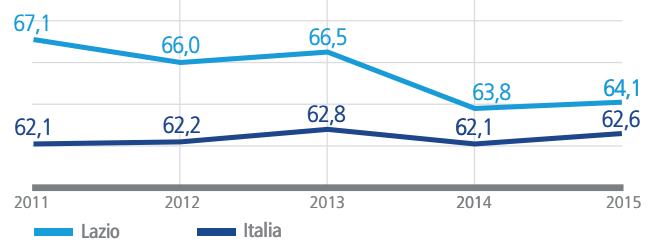
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



ATTIVITÀ FISICA (%)



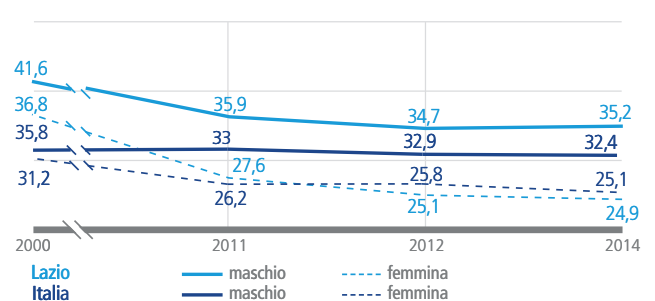
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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 ed è in fase di implementazione.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE LAZIO ATTINENTE AL DIABETE

- **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.

- **Determina 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

- **Gruppodilavoro diabete Det G12315 del 2 sett 2014**
Il gruppo di lavoro, il cui obiettivo è di realizzare prima il Piano Regionale per la malattia diabetica, e quindi implementarlo. Esso 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 cronico e relativo percorso attuativo
Gestione del paziente diabetico (allegato 4)

- **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 una migliore programmazione e sistemizzazione su tutto il territorio dei servizi anche in base a quanto previsto dal Piano Nazionale Diabete

- **Determina G12315 del 2 sett 2014:** "Piano per la malattia diabetica. Nomina componenti per gruppo di lavoro regionale"

- **Determina DCA del 7 ott 2015, n. 474** "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) e Diabete - prestazioni prescrivibili

- **Determina n. 3049 14 marzo 2017** "Linee prescrittive presidi monitoraggio glicemico - Integrazioni e modifiche". Su proposta del Dirigente dell'Area Risorse Farmaceutiche

- **Determina G11354 del 09 ago 2017** "Costituzione del Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico di supporto alla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali per l'istituzione nella Regione Lazio della Rete Regionale Endocrino-Metabolica": Il Gruppo di Lavoro produrrà un documento per la realizzazione di una Rete che preveda un'organizzazione sanitaria che, nell'ambito delle malattie Endocrine-Metaboliche, possa offrire una facile e rapida accessibilità ad un percorso diagnostico e terapeutico

Punti di forza:

1. Il maggior punto di forza è sicuramente rappresentato dalle molteplici sedi ospedaliere, universitarie e territoriali, anche private, come l'ACISMOM, che si configurano come strutture di eccellenza nella cura delle persone con diabete e nella ricerca clinica e di base. Ciò vale a maggior ragione per gli Istituti Pediatrici che si occupano del Diabete di tipo 1 con competenze al massimo livello.
2. Un indicatore molto significativo è quello del basso tasso di ospedalizzazione per complicanze, e soprattutto la bassa percentuale di amputazioni, che mostra una costante riduzione nel corso dell'ultimo triennio delle rilevazioni ISTAT.
3. Gli indicatori di risultato intermedio dei Servizi Specialistici aderenti al sistema degli Annali AMD sono tra i migliori del Paese: infatti la percentuale di soggetti con HbA_{1c} <7% è del 53% e i pazienti con HbA_{1c} >8% e <9% sono solo il 22%.

Punti di debolezza:

1. A fronte di questi dati positivi bisogna tuttavia sottolineare come il Lazio presenti due realtà molto diverse: da una parte la grande città con problematiche rilevanti di vivibilità, dall'altra la provincia, la cui popolazione è più o meno pari a quella di Roma ma molto più diffusa con problemi di accessibilità ai Servizi Sanitari.
2. La popolazione laziale appare abbastanza sedentaria, e tale dato può sicuramente contribuire al rilievo di alti tassi di obesità e sovrappeso in età scolare.

Opportunità:

1. La comunità scientifica diabetologica e le Associazioni delle Persone con Diabete sono molto attive nel Lazio, ed hanno trovato un attento interlocutore nel Governo Regionale, che ha infatti stilato piani organizzativi del tutto adeguati alle necessità. Su queste basi legislative, l'applicazione pratica dei principi assistenziali potrà ulteriormente migliorare la qualità dell'assistenza territoriale.

Minacce:

1. Esiste da tempo un rischio di "competizione" tra le diverse strutture esistenti, che potrebbe invece essere volto in senso positivo con una maggiore integrazione delle competenze espresse.
2. Le più difficili problematiche da risolvere sono quasi tutte all'interno della grande città. Capitale, sia di tipo sanitario in senso stretto, sia di tipo urbanistico, sociale ed economico.

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 italiani 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 2016
ISTAT indicatori demografici 2016
ISTAT attività fisica 2016
Okkio alla salute Report regionali 2014
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

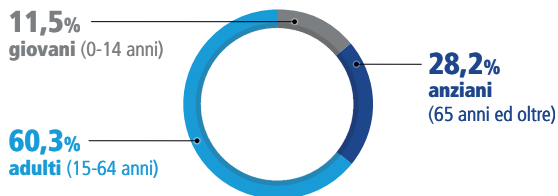
L'impatto del diabete in Liguria

In Liguria il 4,7% dei cittadini si dichiara colpito dal diabete, una prevalenza sostanzialmente stabile fra il 2000 e il 2016. 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 73.839

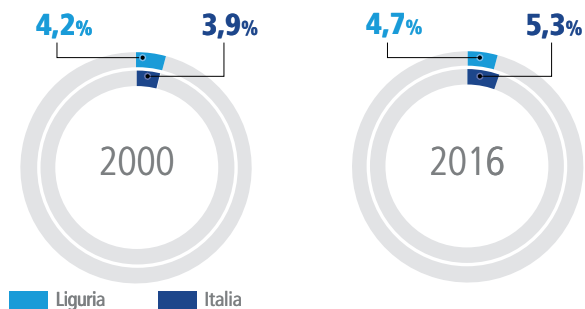
POPOLAZIONE 1.571.053 abitanti
GENOVA 586.665 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

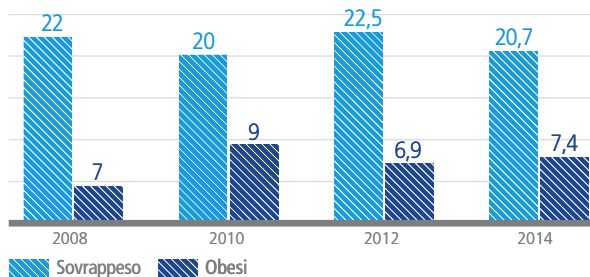


Il dato dell'età media della Liguria (48,2) è superiore a quello nazionale (44,4). La speranza di vita per i maschi (79,9) e per le femmine (84,6) risulta leggermente inferiore alla media italiana.

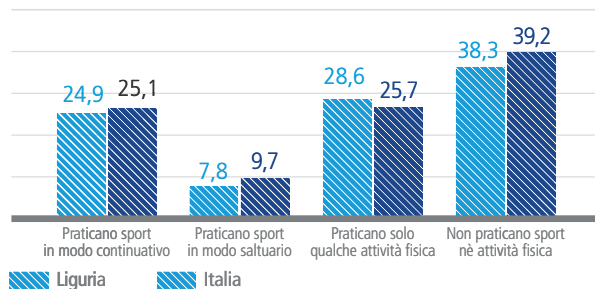
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



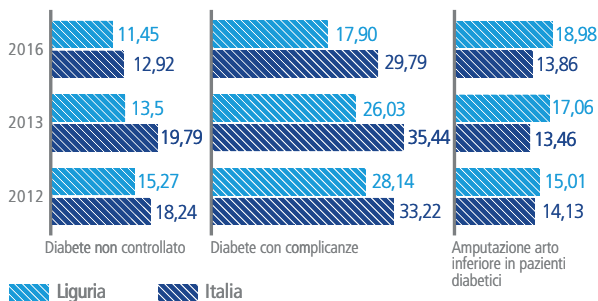
ATTIVITÀ FISICA (%)



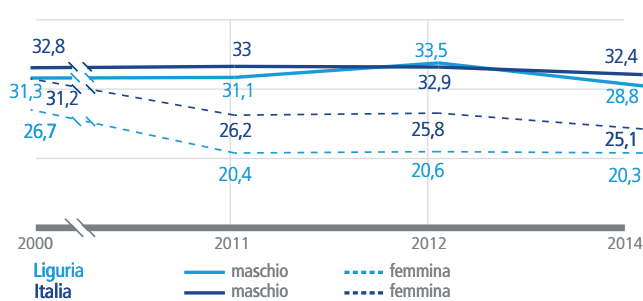
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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 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

Punti di forza:

1. La Regione dispone di una vasta rete di Servizi Specialistici molto attivi sul piano territoriale, con buone sinergie con la Medicina Generale, soprattutto nelle province più periferiche.
2. Non a caso i tassi di ospedalizzazione per diabete e per le complicanze sono tra i più bassi del Paese, a fronte di un consumo di farmaci decisamente più basso della media nazionale.
3. In Regione opera uno dei migliori centri nazionali per il diabete dell'età evolutiva presso l'IRCCS Istituto G. Gaslini di Genova, all'avanguardia per l'educazione terapeutica e per la tecnologia applicata.

Punti di debolezza:

1. Quasi il 30% della popolazione ligure è superiore ai 65 anni, con prevalenze della malattia diabetica in queste fasce di età che sfiora il 20%. Questa realtà rappresenta una costante sfida per l'accessibilità ai sistemi assistenziali, anche in parte legata alla particolare orografia regionale.
2. Nonostante, come già detto, si registrino bassi livelli di ricovero per complicanze, resta molto elevato il tasso di amputazioni, tra i più elevati del Paese e, purtroppo, in trend di crescita. Ciò potrebbe essere correlato ad una scarsa consapevolezza ed informazione della popolazione diabetica.
3. In regione operano due Centri per la cura del Piede Diabetico, di cui uno privato accreditato, ma esistono evidenti difficoltà di accesso.

Opportunità:

1. La buona diffusione di strutture specialistiche ambulatoriali rappresenta un potenziale punto di partenza per una più efficace integrazione con i sistemi delle Cure Primarie, specialmente nella grande città capoluogo, finalizzata soprattutto alla prevenzione primaria e secondaria particolarmente legata alle problematiche del piede diabetico.
2. L'attuale Governo Regionale appare abbastanza attento a questo tipo di problemi, e ha iniziato a porre alcune basi di coordinamento anche con soggetti privati dotati delle necessarie competenze.

Minacce:

1. Il problema maggiore è determinato dalla demografia: il progressivo invecchiamento della popolazione residente, in parte autoctona, in parte proveniente da altre regioni in tarda età, crea difficili condizioni di organizzazione assistenziale.
2. Molti anziani tendono a giungere alla necessità di istituzionalizzazione in Residenze che non sempre sono dotate di competenze in termini di malattie del metabolismo.

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

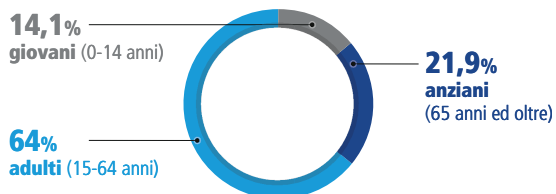
L'impatto del diabete in Lombardia

In Lombardia il 4,7% 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 rimasto costante fra il 2011 e il 2015. Tutti gli indicatori di ospedalizzazione specifici sono peggiori rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete si è ridotto in entrambi i sessi fra il 2000 e il 2014 e resta saldamente al di sotto della media nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 470.392

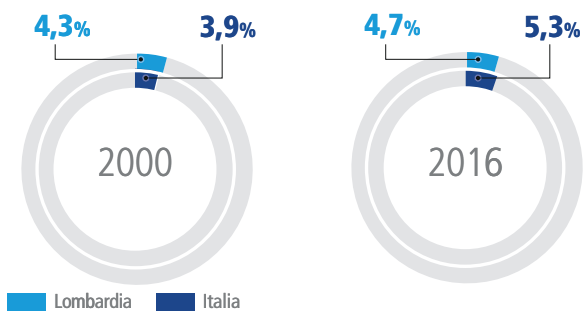
POPOLAZIONE 10.008.349 abitanti
MILANO 1.345.851 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

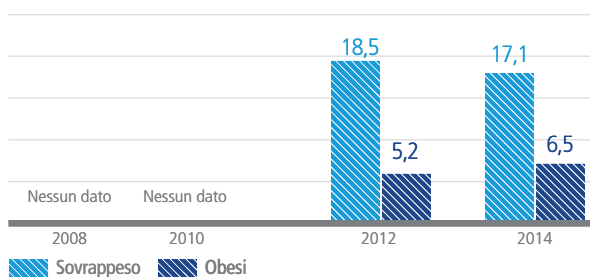


Il dato dell'età media della Lombardia (44,3) ricalca quello nazionale. La speranza di vita per i maschi (81) e per le femmine (85,5) è leggermente superiore alla media italiana.

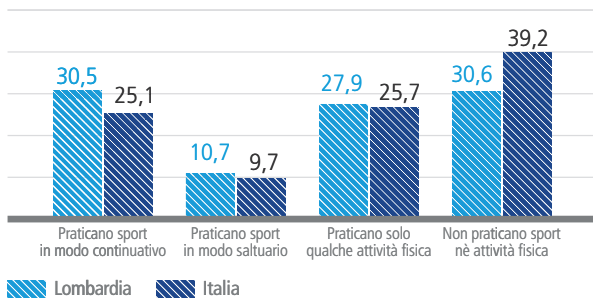
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



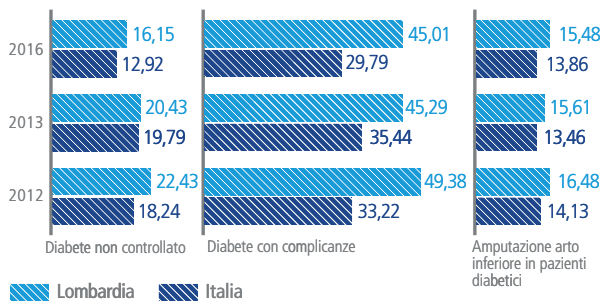
ATTIVITÀ FISICA (%)



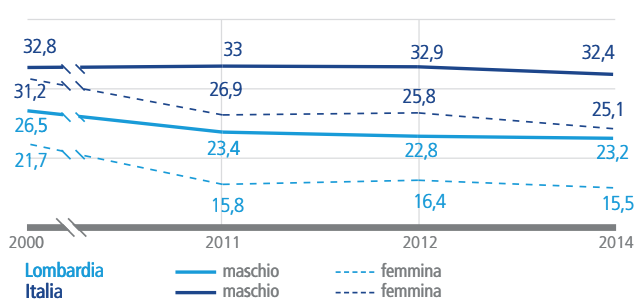
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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

- **Delibera di Giunta Regionale n. 7655 del 28 dicembre 2017** Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile.
- **Delibera di Giunta del Comune di Bergamo n. 361 del 31 agosto 2017** Adozione del Manifesto dell'Health City Institute "La Salute nelle Città: Bene Comune".
- **Delibera di Giunta Regionale n. 7038 del 03 agosto 2017** Ulteriori determinazioni in merito alla modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili.
- **Delibera del Direttore Generale ATS Bergamo n. 334 del 21 luglio 2017** Adozione del Manifesto dell'Health City Institute "La Salute nelle Città: Bene Comune".
- **Delibera di Giunta Regionale n. 6551 del 04 maggio 2017** Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e o fragili.
- **Legge Regionale n. 147 del 21 febbraio 2017** Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche ai Titoli IV, VI e VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33.
- **Delibera di Giunta Regionale n. 6164 del 30 gennaio 2017** Governo della domanda: avvio e presa in carico dei pazienti cronici e fragili.
- **Deliberazione di Giunta Regionale n. 5751 del 31.10.2016** Determinazioni in ordine all'erogazione di ausili e presidi per il controllo della glicemia per i pazienti diabetici.
- **Legge Regionale n. 23 del 11 agosto 2015** Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33.
- **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.
- **Circolare regionale del 05/03/2014** - Elenco Servizi di Diabetologia autorizzati x i piani terapeutici delle incretine e farmaci simili e indicazioni sull'erogabilità delle strisce per il controllo glicemico dei pazienti diabetici.
- **Circolare Regionale del 02 Dicembre 2012** - Prescrizione on-line dei microinfusori e del materiale di consumo per i pazienti diabetici.

Punti di forza:

1. La Regione Lombardia conta quasi duecento punti specialistici diabetologici, pubblici o privati accreditati. Importanti gruppi ospedalieri privati hanno investito notevoli risorse nel campo dei Centri per la Cura del Piede Diabetico, che in Lombardia sono numerosi e di elevato livello specialistico.
2. Dopo diverse esperienze spesso spontanee e localistiche, la Regione ha decisamente intrapreso una politica attiva nel campo dell'assistenza alle patologie croniche. Negli anni scorsi ha introdotto i cosiddetti CREGs. Nell'anno 2017 è stata emanata la Legge Regionale sulle cronicità, che prevede la definizione di Piani Assistenziali Individuali (PAI). In linea di principio è un evidente passo verso la Medicina centrata sul Paziente e verso il Modello di Cura delle Cronicità.
3. La Regione è sede di numerosi enti Ospedalieri pubblici e privati definibili "di eccellenza", con forte attrazione di clientela anche da altre Regioni d'Italia. È inoltre sede di diversi IRCCS con elevata produzione scientifica nel campo delle malattie del metabolismo.

Punti di debolezza:

1. Paradossalmente, uno dei principali punti di forza, e cioè l'abbondanza di strutture dedicate, rappresenta anche un punto di debolezza, correlata ad una forte concorrenzialità tra privati e tra pubblico e privato. Ciò induce una scarsità di integrazione e coordinamento.
2. La stessa abbondanza di strutture ospedaliere è molto probabilmente responsabile degli elevati tassi di ospedalizzazione per complicanze, e, stranamente, anche dell'alta percentuale di amputazioni. Infatti i diversi Centri dedicati alla cura del Piede raccolgono un gran numero di pazienti provenienti da altre Regioni Italiane, e inevitabilmente hanno numeri maggiori e casistiche più gravi in questa patologia.

Opportunità:

1. Certamente la più stimolante opportunità per la Regione è l'implementazione dell'organizzazione dell'assistenza alle patologie croniche. Il Governo Regionale ha già raggiunto accordi con la Medicina Generale per applicare sul proprio territorio le nuove modalità. Nei prossimi anni il monitoraggio dei parametri di efficacia ed efficienza ci rivelerà se le promesse saranno mantenute.
2. L'imponente rete di strutture specialistiche avrebbe enormi potenzialità nello sviluppo di una maggiore integrazione, e nella produzione di dati "real life" utilissimi per la ricerca clinica applicata.

Minacce:

3. La nuova Legge Regionale sulle cronicità presenta qualche elemento di rischio, con la possibilità che la Diabetologia diventi ancillare nei confronti della Medicina Generale, principale gestore dei Percorsi.
4. Il maggior rischio che si corre è che si sviluppi una concorrenza "al ribasso" tra providers, con il risultato di produrre percorsi di bassa qualità.

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.

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

Fonti:
 ISTAT annuario statistico 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

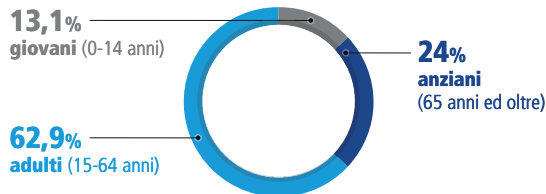
L'impatto del diabete nelle Marche

Nelle Marche il 4,4% della popolazione si dichiara diabetico. Le Marche sono una regione con una prevalenza dell'obesità infantile e del diabete inferiori alla 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. Il tasso standardizzato di mortalità risulta in crescita per i maschi e in diminuzione per le femmine fra il 2000 e il 2014, ma comunque inferiore rispetto al dato nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 67.925

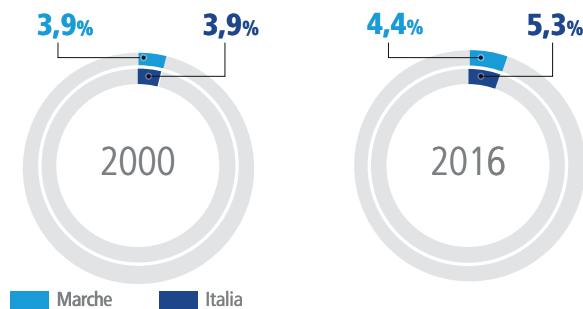
POPOLAZIONE 1.543.752 abitanti
ANCONA 100.861 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

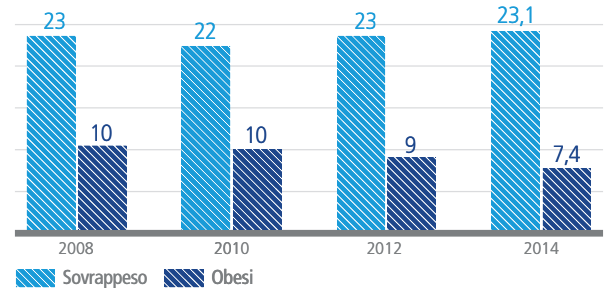


Le Marche presentano una età media (45,6) più alta di quella nazionale (44,4). La speranza di vita alla nascita per i maschi (81,1) e per le femmine (85,8) risulta in entrambi i casi più alta della media nazionale, rispettivamente 80,6 e 85.

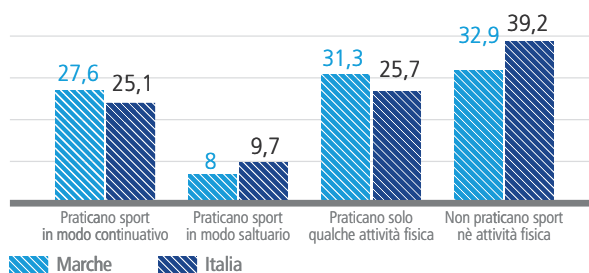
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



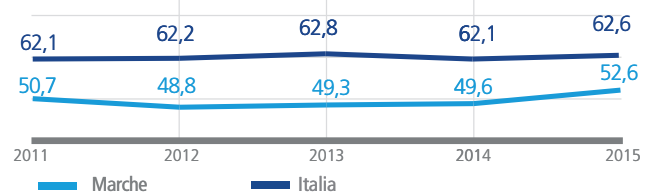
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



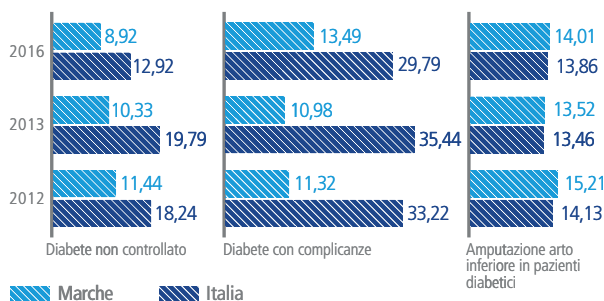
ATTIVITÀ FISICA (%)



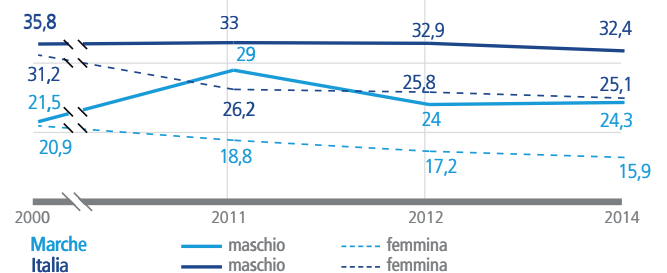
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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. 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**

- **Decreto Dirigenziale 09.01.2018, n. 1 Commissione Regionale per l'Appropriatezza Terapeutica (CRAT) – Decadenza componenti e modifica della Composizione** Decreto n. 15/ARS del 22/02/2017, recante "Commissione Regionale per l'Appropriatezza Terapeutica (CRAT) – Decadenza componenti e modifica della composizione".

- **Deliberazione di Giunta Regionale 15.01.2018, n. 11** Prontuario Terapeutico Ospedale / Territorio Regionale (PTOR) - XVII Edizione 1° aggiornamento 2018

- **Determinazione Dirigenziale 24.10.2017, n. 615** Presa d'atto della DGR n. 963/2017 - Atto di indirizzo alle Aree Vaste

- **Deliberazione di Giunta Regionale 20.11.2017, n. 1352** Raccomandazioni per l'uso appropriato dei farmaci per la cura del diabete di tipo 2.

- **N. di Documento 158 N. della deliberazione 133 Data della deliberazione 04/10/2017** ADESIONE AL 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".

Punti di forza:

1. Tutti i parametri rilevati dall'ISTAT per la Regione Marche risultano migliori rispetto alle medie nazionali: le ospedalizzazioni sono molto contenute, le amputazioni in costante diminuzione, il consumo di farmaci è più basso e l'aspettativa di vita più elevata.
2. Ormai da quasi dieci anni i Centri Diabetologici della Regione sono "in rete" telematica ed i risultati di questo coordinamento ed integrazione sono decisamente soddisfacenti. Anche l'integrazione con la Medicina Generale è migliore rispetto ad altre realtà.

Punti di debolezza:

1. Lo studio QUADRI dell'ISS aveva già messo in luce alcune carenze, in particolare sulla necessità di rinforzare gli aspetti educativi ed informativi sul diabete. Va ricordato che il grado di scolarità delle persone con diabete nella Marche appare abbastanza modesto.
2. Tali aspetti possono rendere ragione della percentuale più bassa rispetto ad altre regioni di soggetti che raggiungono i valori target di HbA_{1c} (39% vs 47%), anche se negli ultimi anni dai dati degli Annali AMD si rileva un discreto miglioramento.

Opportunità:

1. Certamente la maggiore opportunità è rappresentata dall'efficace coordinamento di un numero non eccessivo di Servizi Specialistici, in grado quindi di assistere al meglio le persone con diabete. Il successivo, previsto, allargamento del sistema alla Medicina Generale sarà in grado di realizzare un'integrazione ancora maggiore.
2. La Regione Marche è quella dove si è sperimentata di più la medicina telematica applicata al diabete, e ci si attendono ulteriori sviluppi positivi.

Minacce:

1. La percentuale di giovani sovrappeso appare molto elevata, e può rappresentare una seria minaccia per il futuro.

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 italiani 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 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

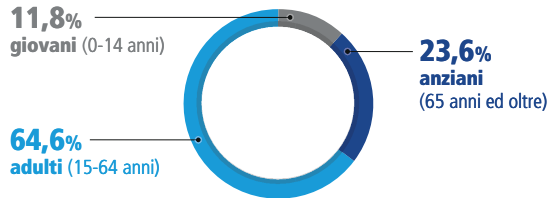
L'impatto del diabete in Molise

In Molise il 4,9% 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. Nel 2014 il dato relativo all'ospedalizzazione per amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici è aumentato notevolmente rispetto all'anno precedente, e si colloca sopra la media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete nel 2014 in confronto al 2000 è diminuito in entrambi i sessi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 15.289

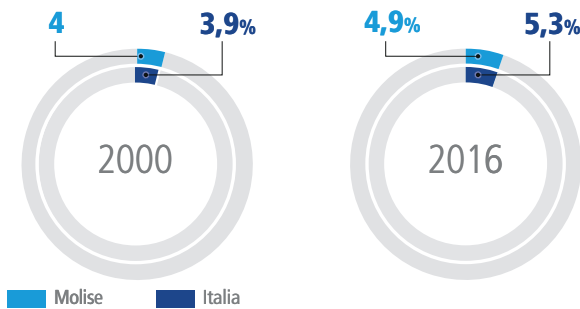
POPOLAZIONE 312.027 abitanti
CAMPOBASSO 49.431 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

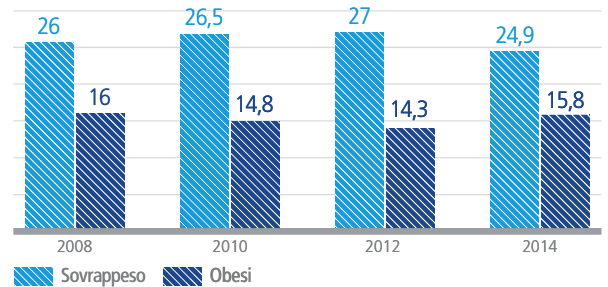


Il Molise presenta una età media (45,8) più alta di quella nazionale (44,6). La speranza di vita alla nascita per i maschi (80,1) è inferiore alla media nazionale (80,6), mentre per le femmine è di 85,2 leggermente superiore alla media nazionale (85).

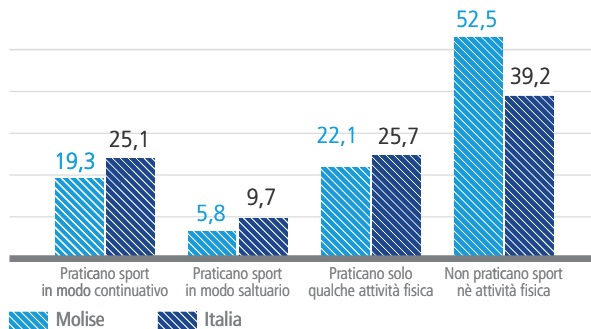
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



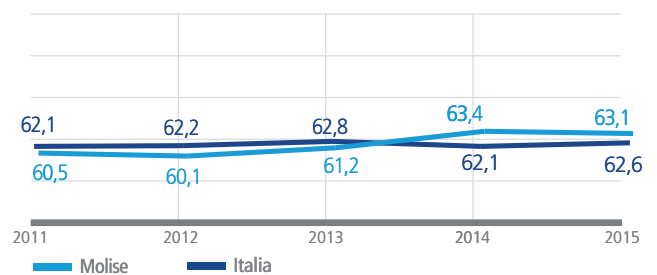
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



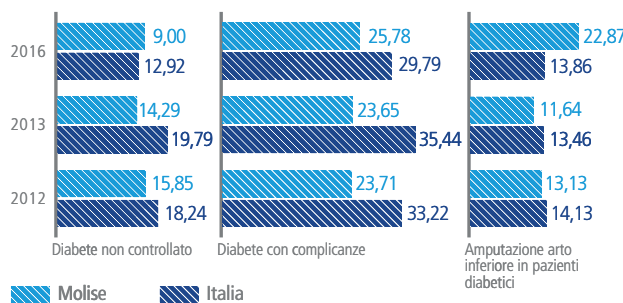
ATTIVITÀ FISICA (%)



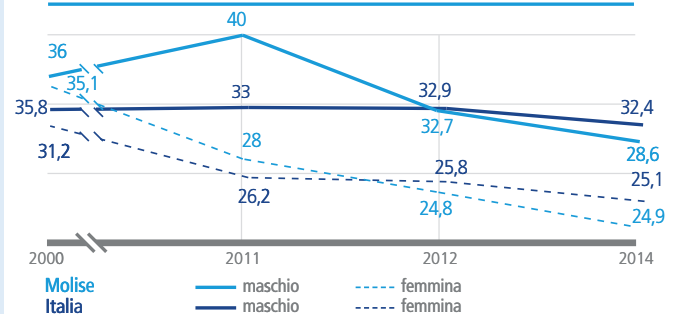
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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.

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"

- **Decreto del Commissario ad Acta 27.12.2017, n. 78**
Programma Operativo Straordinario 2015-2018. Punto 13: Assistenza Farmaceutica - 13.2 Razionalizzazione della Spesa Farmaceutica Ospedaliera - 13.2.1 Razionalizzazione dell'uso del farmaco in ospedale. Rafforzamento utilizzo farmaci biosimilari. Azioni di governo della spesa farmaceutica convenzionata. Provvedimenti.

- **Determinazione Dirigenziale 20.11.2017, n. 447**
CAMPAGNA DI SCREENING. DIABETE. INIZIATIVE

Punti di forza:

1. Il Molise è una Regione piccola, con un numero di abitanti molto contenuto, tendenzialmente dispersi in centri di limitate dimensioni. In Molise operano 5 strutture specialistiche diabetologiche, con una potenzialità notevole di poter seguire in modo integrato praticamente tutte le persone con diabete residenti in Regione.

Punti di debolezza:

1. I dati ISTAT evidenziano ancora un'elevata mortalità per diabete, soprattutto per i maschi, anche se nell'ultimo anno di rilevazione (2014) si è assistito ad un calo marcato.
2. E' presente un elevato grado di obesità e sovrappeso della popolazione in età evolutiva, che va di pari passo con la rilevazione di abitudini fortemente sedentarie dei residenti.
3. Il tasso di amputazioni, che rappresenta l'indicatore più significativo di una buona assistenza alle persone con diabete, è il più alto di tutta l'Italia, ed in costante aumento (ultima rilevazione ISTAT del 2016, non presente in scheda 22,87/100.000 abitanti).

Opportunità:

1. La crescita economica registrata nell'ultimo ventennio poteva rappresentare una notevole opportunità per la politica regionale per migliorare l'organizzazione dell'assistenza alle cronicità. Le attuali condizioni economiche sembrano ostative, ma resta una discreta potenzialità economica.

2. I Servizi di Diabetologia sono pochi, ma strutturati in modo da raggiungere una larga parte delle persone con diabete; una più profonda integrazione con il territorio permetterebbe una più efficace opera di prevenzione secondaria.

Minacce:

1. Il tasso di obesità infantile e la bassa attitudine all'attività fisica rappresentano le più gravi minacce per il futuro dell'assistenza alle persone con diabete in Molise.
2. L'attività politica della Regione in questo campo appare abbastanza modesta, e solo nel 2016, dopo molti anni di assoluto silenzio, sotto la spinta propulsiva della comunità dei diabetologi e delle Associazioni, è stato approvato un Decreto che definisce il PDTA delle persone con diabete.
3. L'elevato tasso di amputazioni degli arti inferiori, in assenza di una politica attiva di prevenzione secondaria e di una forte attività di tipo educativo, rischia di mantenere il Molise ai margini dell'assistenza diabetologica qualificata.

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

Fonti:
ISTAT annuario statistico 2016
ISTAT indicatori demografici 2016
ISTAT attività fisica 2016
Okkio alla salute Report regionali 2014
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

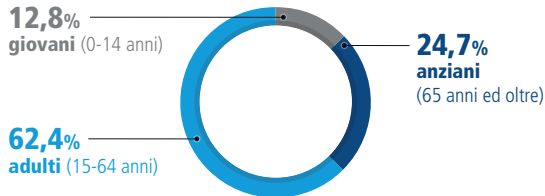
L'impatto del diabete in Piemonte

4,5 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 2016 è risultata leggermente inferiore 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 abbastanza stabile nel sesso maschile e in diminuzione nel sesso femminile.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 198.191

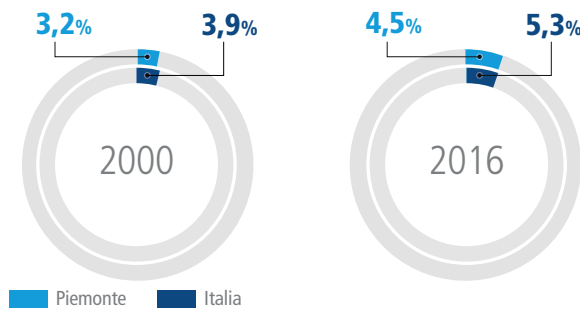
POPOLAZIONE 4.404.246 abitanti
TORINO 890.529 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

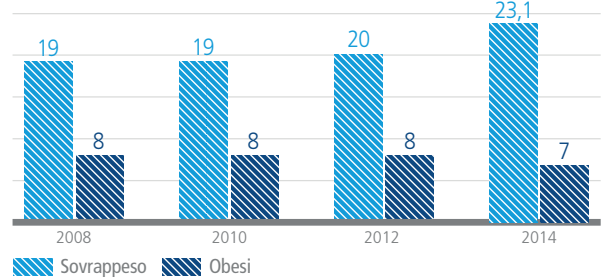


Il Piemonte presenta una età media (46,1) più alta di quella nazionale (44,4). La speranza di vita per i maschi (80,4) e le femmine (84,9) è lievemente inferiore alla media italiana (rispettivamente 80,6 e 85).

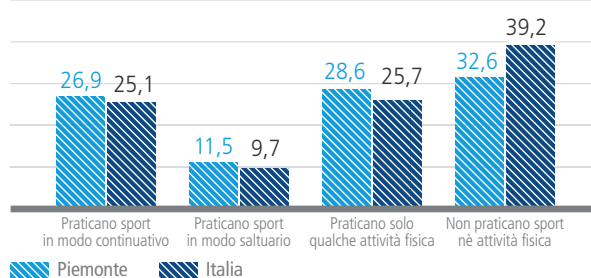
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



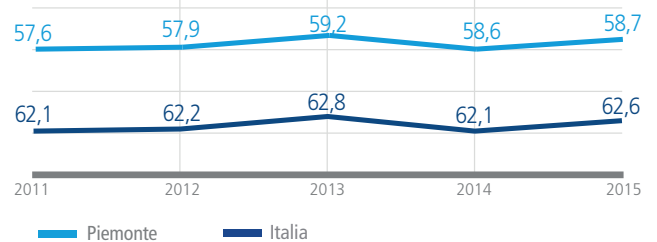
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



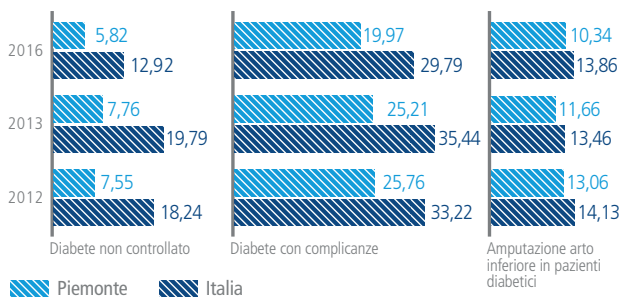
ATTIVITÀ FISICA (%)



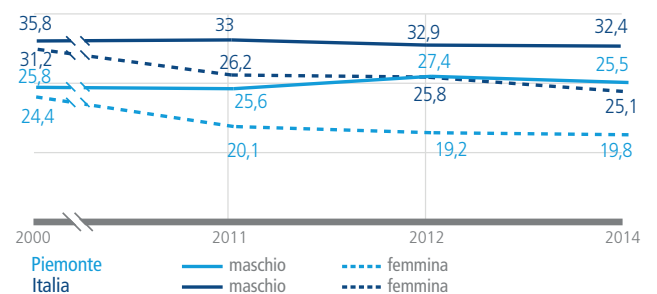
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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 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

- **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 mellito tipo 2 dell'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 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

- **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.

- **Il "Manifesto: la Salute nelle città bene Comune"** è stato adottato dalla città di Collegno con deliberazione n° 98/2017 del 13/11/2017

- **Il "Manifesto: la Salute nelle città bene Comune"** è stato adottato dalla città di Cuneo con deliberazione n°88 del 18 dicembre 2017.

Punti di forza:

1. La Regione Piemonte, anche con Governi di diversa estrazione, è stata storicamente una delle più attive nell'ambito della promozione di un'organizzazione assistenziale dedicata alle persone con Diabete. Nel 2008 è stata la prima Regione a promulgare una legge sull'assistenza integrata tra servizi specialistici e medicina primaria, corredata da uno specifico accordo economico con la Medicina Generale. Ancora più recentemente (2017) è stata varata la definizione, importantissima, della Rete Diabetologica Regionale, disegnata secondo il modello Hub and Spoke, con coordinamenti definiti per le singole aree regionali.
2. Questi risultati sono in buona parte il frutto di una "cultura diabetologica" molto forte in Piemonte, che nasce da una importante scuola Universitaria Ospedaliera e si continua negli specialisti che hanno lavorato e tuttora operano sul territorio e negli Ospedali. Tutti hanno sempre svolto opera di proposizione positiva in maniera unitaria, riuscendo ad orientare la politica regionale verso l'ammodernamento e la funzionalità di una buona assistenza.
3. Infatti quasi tutti i parametri di performance regionali sono migliori delle medie nazionali, dal tasso di obesità infantile alla percentuale di mortalità, all'attività fisica e soprattutto ai ricoveri ospedalieri per complicanze e amputazioni. Anche negli Annali AMD gli indicatori di qualità assistenziale risultano in costante miglioramento.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

Punti di debolezza:

1. E' decisamente difficile reperire dei veri e importanti punti di debolezza nell'organizzazione della Regione Piemonte. Il maggiore è rappresentato da una non facile situazione orogeografica al di fuori dei grandi centri urbani e della pianura. Le aree alpine presentano infatti ineliminabili problemi di accessibilità ai servizi sanitari.

Opportunità:

1. Il recentissimo documento di definizione della Rete Diabetologica Regionale rappresenta un'opportunità senza precedenti: la Rete potrà essere il motore di un costante miglioramento dell'assistenza integrata e la base per una già ricca ricerca clinica applicata.

Minacce:

1. L'unico vero rischio reale sta nella possibile perdita di unitarietà nell'azione della comunità diabetologica, evenienza peraltro abbastanza improbabile, ma legata al ricambio generazionale ed alla continuità della Scuola Universitaria nelle diverse sedi.

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.

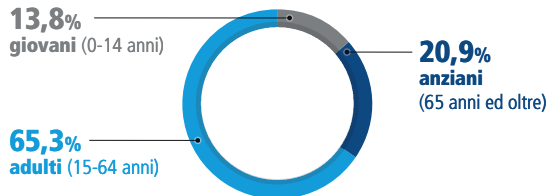
L'impatto del diabete in Puglia

In Puglia la prevalenza del diabete è superiore alla media italiana con il 5,7% di persone che dichiarano di essere diabetiche. La Puglia ha il primato in Italia per i tassi di ospedalizzazione per diabete con complicanze. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete si è ridotto in modo costante solo nelle femmine, ma resta in entrambi i sessi uno dei dati più elevati in Italia.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 232.398

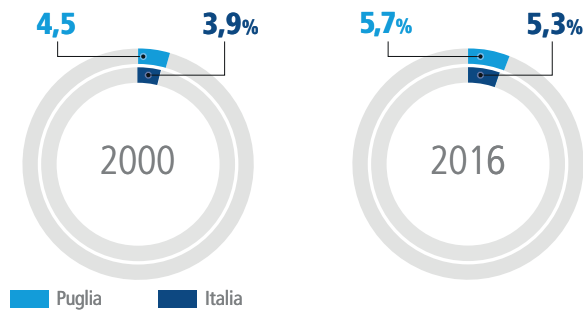
POPOLAZIONE 4.077.166 abitanti
BARI 326.344 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

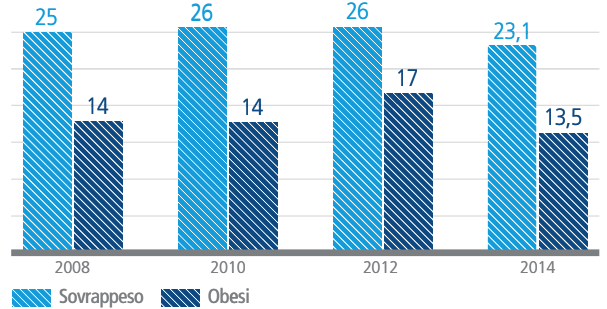


La stima dell'età media in Puglia (43,6) è inferiore a quella nazionale (44,4). La speranza di vita per i maschi (80,6) e le femmine (85) è in linea con la media italiana (80,6 e 85 rispettivamente).

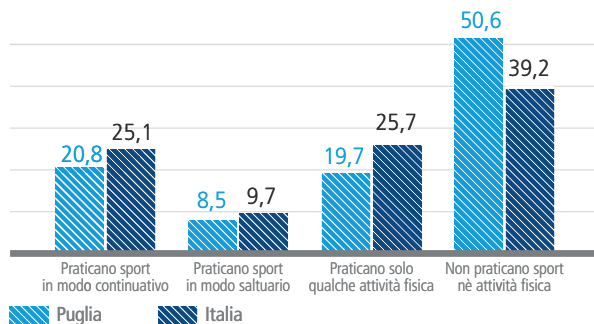
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



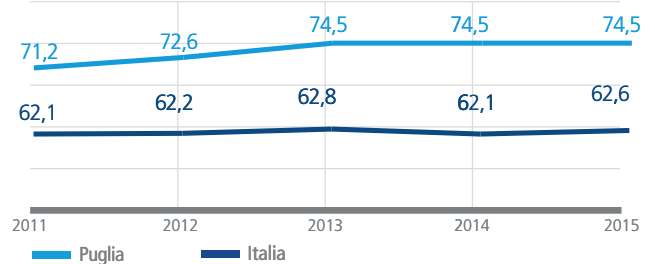
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



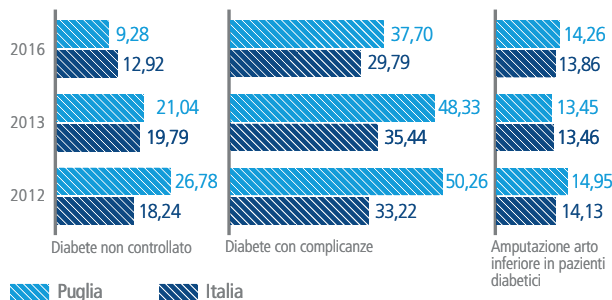
ATTIVITÀ FISICA (%)



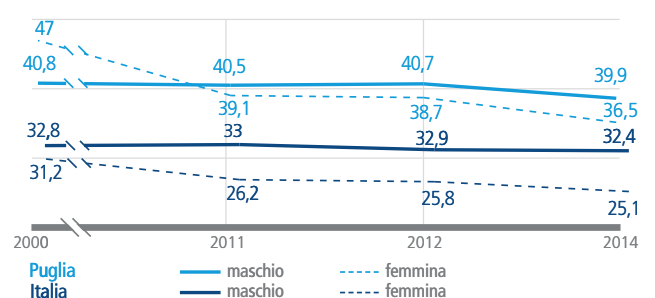
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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 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

Punti di forza:

1. L'analisi degli Annali AMD regionali indicano un costante e progressivo miglioramento di tutti gli indicatori di performance dei Servizi Specialistici, con uno dei più alti tassi di prescrizione dei farmaci innovativi antidiabetici e con notevole osservanza degli Standard di cura.
2. La Regione ha un elevato numero di Servizi Specialistici, ben diffusi su tutto il territorio regionale con anche un IRCCS in provincia di Foggia, e con una scuola "storica" presso l'Università di Bari.

Punti di debolezza:

1. Il reddito medio procapite dei cittadini pugliesi è basso, sostanzialmente uguale a quello della Campania e della Calabria.
2. Il tasso di obesità e sovrappeso infantili sono molto elevati, l'attività fisica molto scarsa, la mortalità per diabete superiore alle medie nazionali, ed infine i ricoveri per complicanze sono di gran lunga più elevati che nel resto d'Italia. Tutto ciò denota una scarsissima propensione all'integrazione dei sistemi assistenziali.

Opportunità:

1. La maggiore opportunità della Regione è rappresentata dall'alto numero di Servizi Specialistici di buon livello, come testimoniato dagli annali. Se riescono a "fare rete" e ad instaurare un percorso congiunto ed integrato con i sistemi delle Cure Primarie, la potenzialità è enorme.

Minacce:

1. Le attitudini sedentarie della popolazione e i bassi livelli di reddito e di istruzione rappresentano la minaccia più grave, di cui l'elevato tasso di obesità in età scolare è la più evidente delle spie.

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

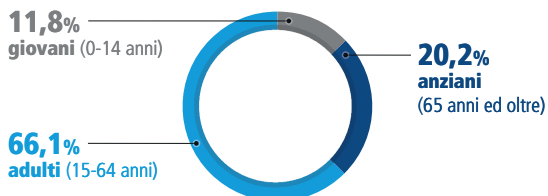
L'impatto del diabete in Sardegna

In Sardegna 5,2 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 per entrambi i sessi dal 2000 al 2014 e si colloca sotto la media nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 86.223

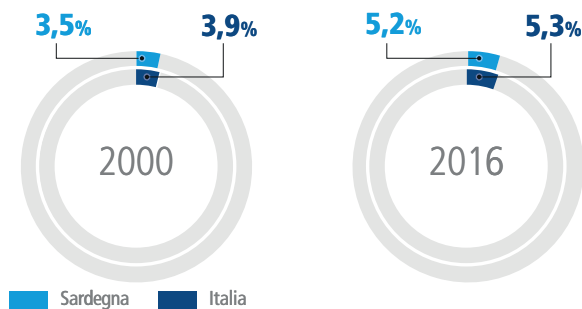
POPOLAZIONE 1.658.138 abitanti
CAGLIARI 154.460 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

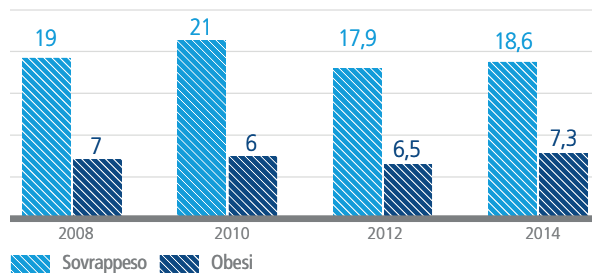


L'età media in Sardegna (45,3) è superiore a quella nazionale (44,4). La speranza di vita alla nascita risulta più elevata per le donne (85,2 anni), mentre quella degli uomini si attesta ai 80,2 anni.

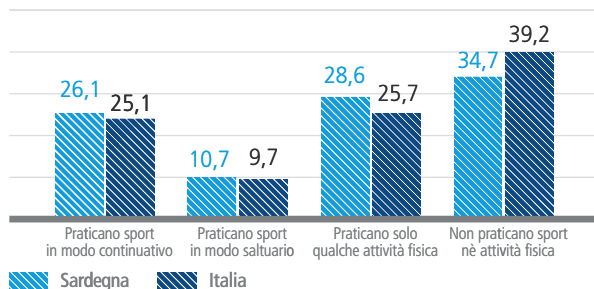
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



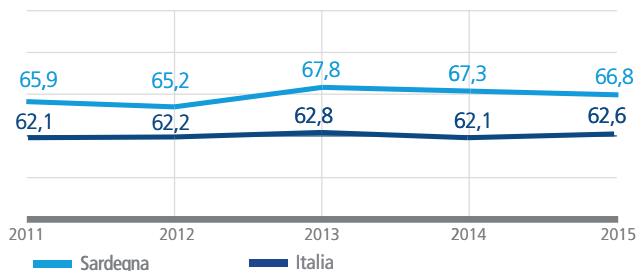
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



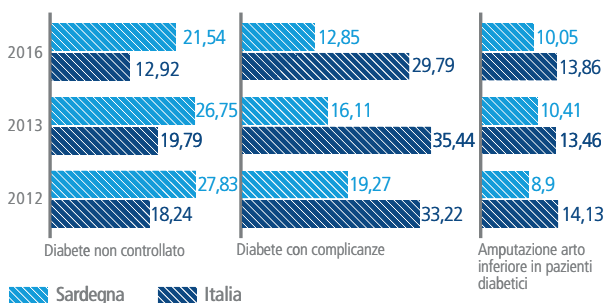
ATTIVITÀ FISICA (%)



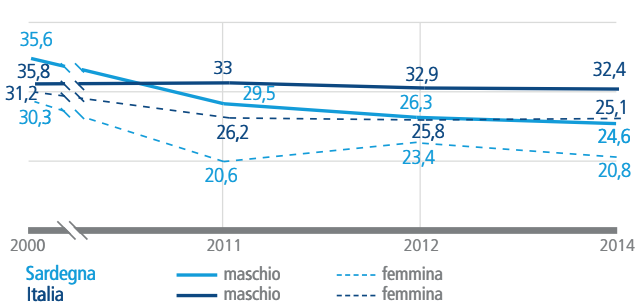
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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 diabete 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

Punti di forza:

1. La Sardegna è la Regione Mediterranea con la più alta prevalenza ed incidenza del diabete di tipo 1, ed è stata probabilmente la Regione più studiata in assoluto dagli epidemiologi e dai ricercatori in ambito diabetologico. Questo poco invidiabile primato ha tuttavia fatto sì che la Sardegna si attrezzasse per l'assistenza al diabete prima di molte altre Regioni italiane, ed oggi è sede di numerose strutture specialistiche di alto livello in tutte le sue province.
2. I dati rilevati dall'ISTAT sono un'esatta fotografia di questa situazione: l'obesità ed il sovrappeso infantili mostrano valori tra i più bassi d'Italia, i tassi di mortalità per diabete sono inferiori a quelli del resto del Paese, i ricoveri per complicanze sono decisamente bassi, mentre è più elevato il numero dei ricoveri per diabete scompensato in acuto, espressione di alti numeri di pazienti affetti da diabete di tipo 1.
3. Gli indicatori rilevati dagli Annali AMD sono decisamente lusinghieri per i Servizi Specialistici sardi che partecipano al sistema, con evidenti miglioramenti di tutte le performances del controllo metabolico.

Punti di debolezza:

1. Pur essendo storicamente la Regione dove è nata una delle più solide Associazioni di Persone con diabete (FDG), specificatamente dedicata al diabete in età evolutiva, la Sardegna non ha ancora visto la nascita di un Coordinamento tra le Associazioni.

Opportunità:

1. La rete specialistica sarda è una delle più vaste e diffuse di tutte le Regioni Italiane, con ottime performance di qualità e risultati. Se si pongono le condizioni per una più stretta cooperazione tra i diversi specialisti, si potranno ottenere ottimi esiti a ricaduta sull'assistenza.

Minacce:

1. Il prevalere di una certa disunità a livello Regionale potrebbe non favorire la piena attuazione delle politiche sul 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 è stato recepito in Sardegna, con delibera del 29/12/2009 n°56/24.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti italiani 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 2016
ISTAT indicatori demografici 2016
ISTAT attività fisica 2016
Okkio alla salute Report regionali 2014
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

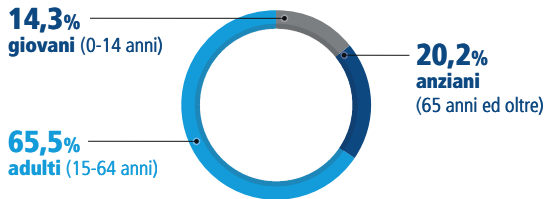
L'impatto del diabete in Sicilia

Il 6,0% 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 la regione con il maggior consumo di farmaci per il diabete, sia pure a pari merito con la Calabria: 79,9 DDD / 1000 abitanti / die. Il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze è inferiore al dato italiano. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete si è ridotto per il sesso femminile, ma non per quello maschile, collocandosi al primo posto, seguito dalla Campania.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 304.456

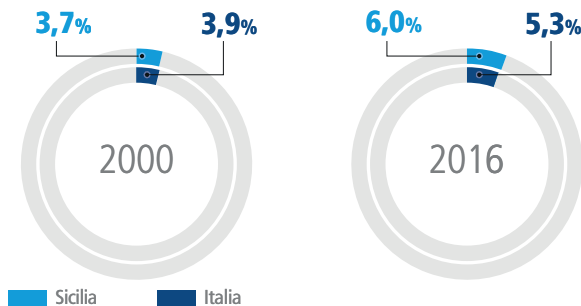
POPOLAZIONE 5.074.261 abitanti
PALERMO 674.435 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

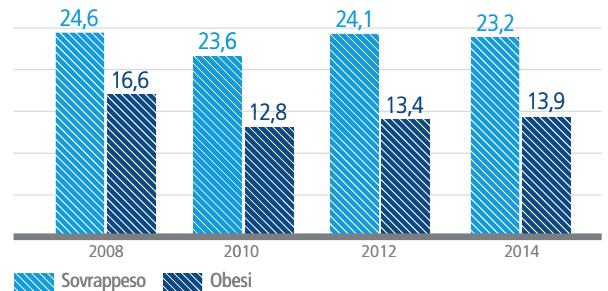


La Sicilia è una delle regioni più giovani d'Italia, con una età media di 42,9 anni (44,4 anni la media nazionale). Tuttavia, è la penultima regione in Italia in quanto ad aspettativa di vita (79,8 contro 80,6 di media nazionale per i maschi e 83,9 contro 85 per le femmine)

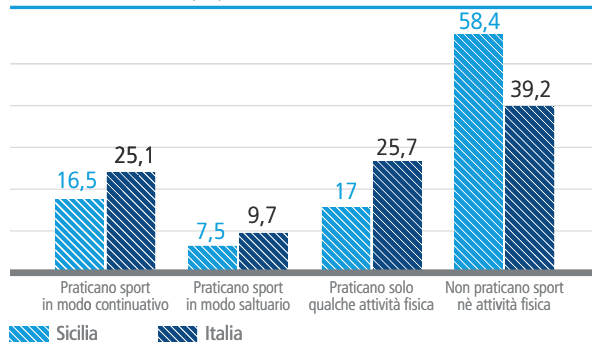
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



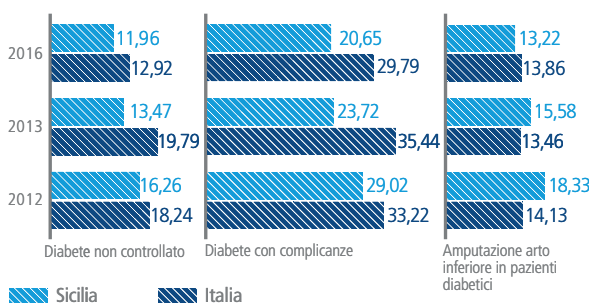
ATTIVITÀ FISICA (%)



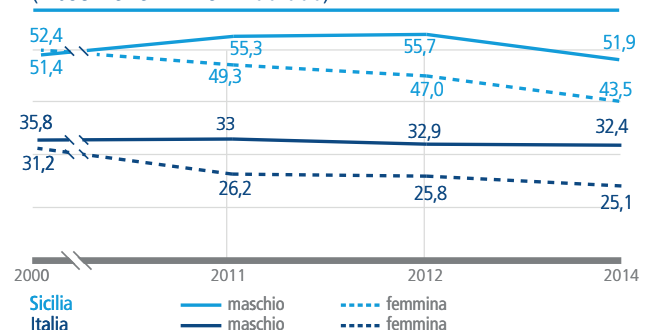
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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.

Punti di forza:

1. La Sicilia dispone di una fitta rete ambulatoriale di servizi specialistici di diabetologia, dislocati in maniera molto diffusa, anche al di fuori dei principali centri urbani.
2. Dopo la pubblicazione del Piano Nazionale per la Malattia Diabetica (2013), la Regione ha tentato di applicare un sistema di compresenze tra specialisti e Medici di Medicina Generale, per avviare al meglio i sistemi integrati. L'esperimento, iniziato nella ASL di Palermo, è tuttora in corso con alterne fortune, ma è significativo di una buona attenzione del Governo Regionale verso gli indirizzi nazionali.
3. Gli indicatori di qualità dell'assistenza rilevati dal sistema degli Annali AMD testimoniano delle buone performances dei centri aderenti, che stanno migliorando progressivamente.

Punti di debolezza:

1. Sono pochissimi i Servizi Specialistici che dispongano di personale autonomo; la maggior parte, fatte salve le principali sedi universitarie e rari ospedali (Partinico, Caltanissetta, Catania), ha il setting di semplice Ambulatorio Diabetologico, il più delle volte in un contesto di polispecialistica.
2. La percentuale di bambini obesi e in sovrappeso è elevatissima, seconda solo a quella della Campania; la popolazione sedentaria è nettamente prevalente; il consumo di farmaci è tra i più elevati del Paese, con tassi di mortalità superiori alle medie nazionali. Le amputazioni, pur in riduzione negli ultimi anni, sono ancora ad un livello un po' superiore rispetto al resto del Paese.
3. L'integrazione con il sistema delle Cure Primarie appare carente.

Opportunità:

1. Così come è attualmente, il Sistema di assistenza al Diabete in Sicilia non mostra particolari segni di opportunità di miglioramento, tuttavia il potenziale dei Servizi Specialistici è elevato, e se si spingerà per una maggiore autonomia e per una più efficace integrazione con la Medicina del Territorio, sarà possibile vedere un effettivo miglioramento.

Minacce:

1. La Sicilia ha sofferto, più di altre Regioni del Mezzogiorno, la lunga stagione della crisi economica, con un crollo verticale del PIL pro capite, che oltre a tutto appare molto difforme tra le diverse aree della Regione, con Catania vicina a valori "settentrionali" e altre realtà con ampie sacche di povertà e disoccupazione.
2. Questo fatto, unitamente ad un basso livello di scolarizzazione, rappresenta un ostacolo serio alla modernizzazione del sistema e soprattutto all'educazione della popolazione di persone con 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 data 5 Agosto 2010.

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:
 ISTAT annuario statistico 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

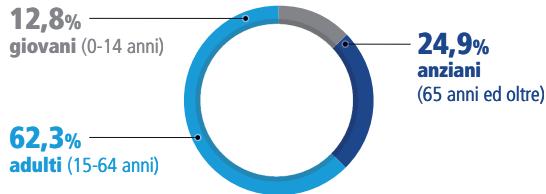
L'impatto del diabete in Toscana

4,9 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 2014 e resta leggermente al di sotto della media nazionale per entrambi i sessi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE **183.475**

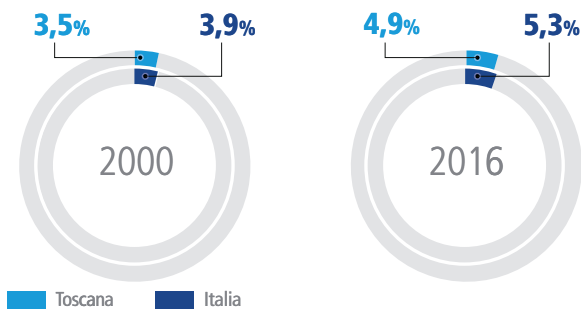
POPOLAZIONE **3.744.398** abitanti
FIRENZE **382.808** abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

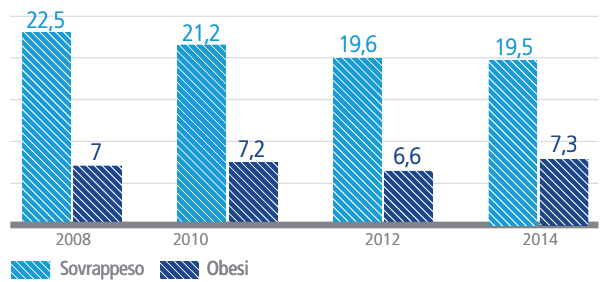


L'età media in Toscana (46,3) è superiore a quella nazionale (44,4). La speranza di vita per i maschi (80,9) e le femmine (85,4) è anch'essa superiore alla media italiana (80,6 per i maschi e 85 per le femmine).

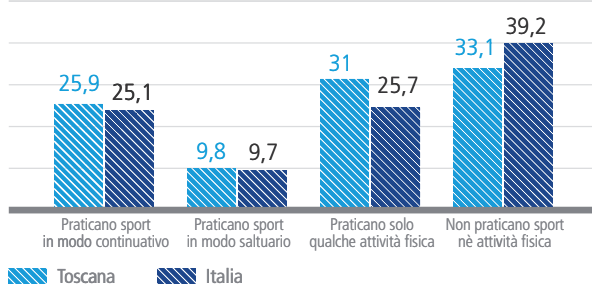
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



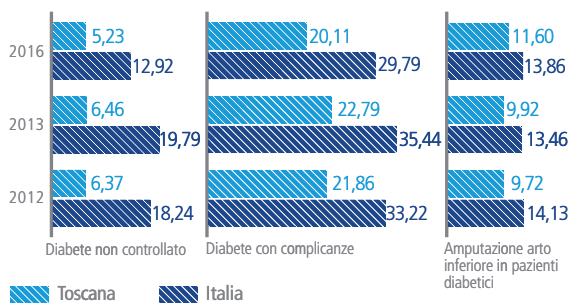
ATTIVITÀ FISICA (%)



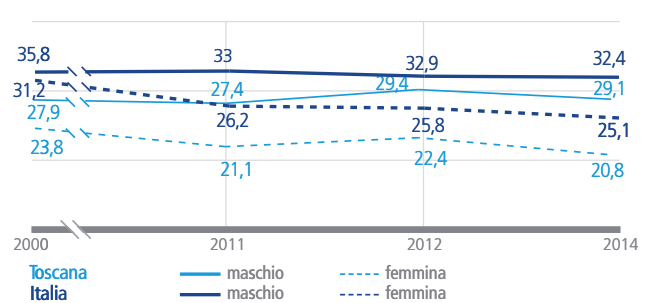
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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": percorso 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.
- **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 (CISPEL 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.Revoca parziale della DGR n 450/2015.

Punti di forza:

1. I Governi della Regione Toscana dal 2000 ad oggi sono stati molto attivi nell'ambito dell'assistenza alle Persone con diabete e, più in generale, dell'assistenza alle persone affette da cronicità. Fin dal 2000 è stato approvato il Percorso di Cura del Diabete, di concerto tra la parte specialistica e quella della Medicina Generale, che, con le disposizioni organizzative del 2004 (Extended Chronic Care Model) è diventata la vera protagonista del sistema. In quella occasione la Toscana è stata la prima Regione Italiana a decidere l'introduzione di un registro per il Diabete Mellito.
2. Già l'anno precedente erano state pubblicate dalla Regione le Linee Guida per il trattamento del Piede Diabetico, e negli anni successivi si è assistito ad un crollo delle percentuali di amputazioni maggiori. Un'altra iniziativa unica nel panorama nazionale è stata l'ufficializzazione della figura del "Diabetico Guida", come ausilio alla medicina primaria nel campo dell'educazione terapeutica.
3. A riprova dell'impegno congiunto della comunità scientifica, politica ed Associativa, i dati pubblicati da ISTAT sono fortemente positivi: tra i più bassi valori di obesità e sovrappeso infantile, le più basse percentuali di ricovero per diabete e sue complicanze, amputazioni al di sotto della media nazionale.

Punti di debolezza:

1. L'attenzione che la Regione dedica all'organizzazione sanitaria nel suo complesso sembra un ottimo scudo contro possibili debolezze. Tuttavia va segnalato che l'accessibilità al sistema non è perfetta e che esiste una certa rigidità economica che potrebbe dar luogo a qualche iniquità. Tuttavia si tratta di critiche minori rispetto a quanto realizzato.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

Opportunità:

1. Le opportunità di migliorare ulteriormente la rete dell'assistenza sono notevoli. In questi anni il dialogo costante tra i quattro principali attori del sistema (politica, associazionismo, specialistica, medicina primaria) è stato fruttuoso e produttivo, ed esistono tutti i presupposti per un ulteriore passo avanti
2. L'esistenza in Toscana di un sistema molto affinato di controllo della qualità, grazie alla Scuola Superiore S. Anna di Pisa, consente di correggere tempestivamente gli eventuali scadimenti e tiene in costante tensione il modello.

Minacce:

1. La Toscana è, insieme all'Emilia Romagna ed alla Lombardia, una delle tre regioni più "virtuose" d'Italia, intendendo virtuose dal punto di vista della tenuta dei conti economici. La minaccia alla bontà dell'assistenza può venire solo da un eccessivo controllo della spesa.

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 italiani hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale. Il riferimento normativo regionale è il **Decreto Dirigenziale n. 6739 del 23.12.2009**.

- 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 Monitorina" ai sensi della delibera 829/2016

L'impatto del diabete in Alto Adige

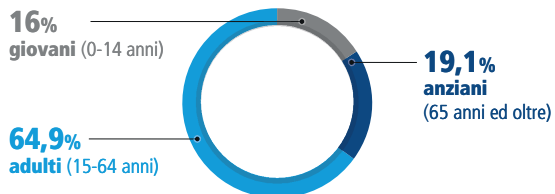
Provincia Autonoma
Bolzano

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: 4%. Il consumo di farmaci per il diabete è il più basso in Italia: 43,8 DDD /1000abitanti / die. Il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato è molto alto rispetto al dato italiano, mentre il tasso per amputazione dell'arto inferiore nel 2014 si è ridotto notevolmente.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE **17.710**

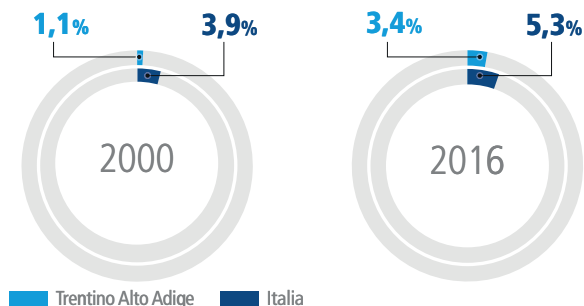
POPOLAZIONE **520.891** abitanti
BOLZANO **106.441** abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

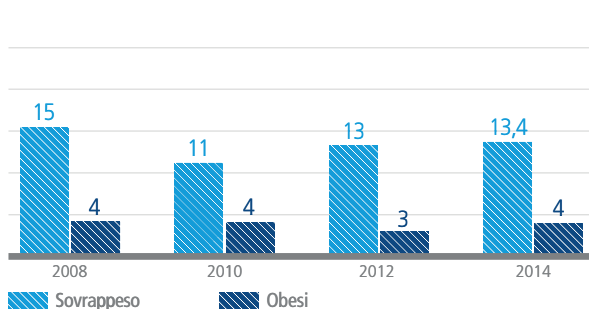


L'età media è tra le più basse a livello nazionale con 42,1 contro una media nazionale di 44,4. La speranza di vita è tra le più alte d'Italia (81,1 per i maschi e 85,9 per le femmine).

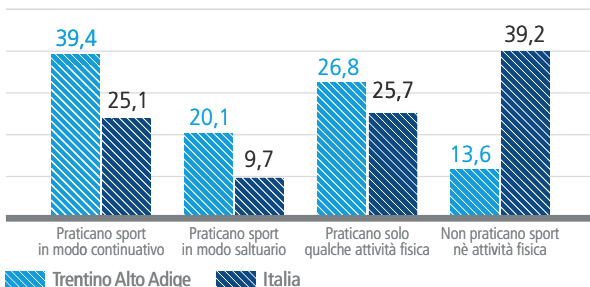
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



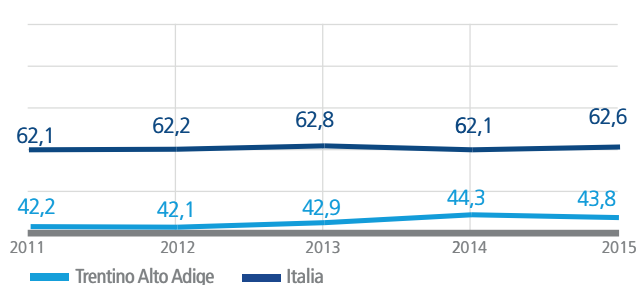
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



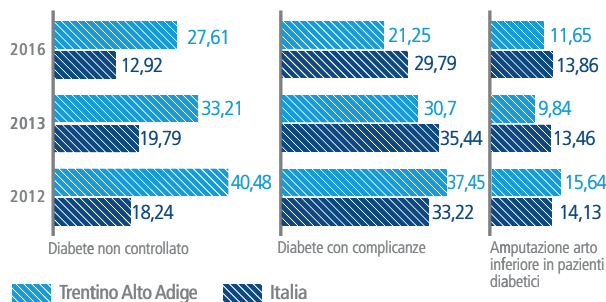
ATTIVITÀ FISICA (%)



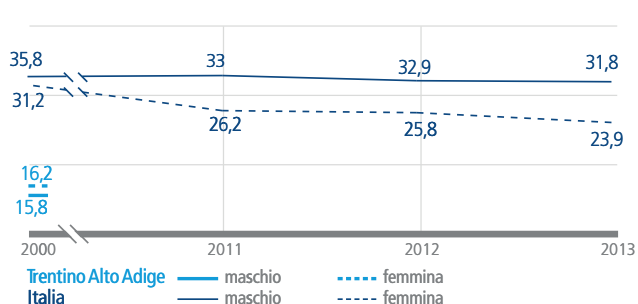
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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.

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

Punti di forza:

1. I dati rilevati da ISTAT mostrano un quadro di popolazione nettamente favorevole: bassa prevalenza del diabete, bassa prevalenza di obesità e sovrappeso infantile, alta attitudine all'attività fisica della popolazione ed alta speranza di vita. Il consumo di farmaci antidiabetici è molto basso.
2. I Servizi Specialistici dedicati alla Diabetologia sono abbastanza numerosi e dislocati nei diversi centri con buona diffusione, e i dati ricavabili dagli Annali AMD mostrano discrete performances di qualità dell'assistenza. La presenza di due Centri dedicati alla prevenzione e cura del piede diabetico appare correlata con una costante diminuzione del tasso di amputazioni registrato negli ultimi tre anni.
3. Lo status di Province a Statuto Speciale garantisce alla Regione un Fondo Sanitario decisamente migliore che nel resto d'Italia, ed un grado di autonomia organizzativa molto elevato.

Punti di debolezza

1. Praticamente tutti i Servizi Diabetologici sono annessi a UOC di Medicina Generale, ed il loro grado di autonomia è abbastanza limitato.
2. Nella Provincia di Bolzano, ma non in quella di Trento, si registra un numero abbastanza elevato di ricoveri per diabete scompensato. Questo dato riflette un modello organizzativo differente: mentre a Bolzano ci si avvicina di più ai sistemi della vicina Austria, che è lo stato europeo con il più alto numero di ricoveri per diabete scompensato, a Trento prevale il modello italiano, che prevede per lo scompenso diabetico il ricorso a setting ambulatoriali o in Day Service.

Opportunità:

1. Una più ampia autonomia ed una maggiore territorializzazione dei Servizi Specialistici potrebbe portare davvero ad un modello di eccellenza.
2. La popolazione residente sembra molto propensa ad applicare principi di prevenzione primaria adeguati ad ottenere un'ulteriore riduzione dell'incidenza e quindi della prevalenza della malattia diabetica.

Minacce:

1. I diversi approcci delle due Aree Regionali rischiano di creare delle situazioni di difformità di accesso al Sistema Sanitario, e quindi delle potenziali iniquità.
2. L'eccesso di ospedalizzazione è di per sé un sintomo di difficile integrazione con i sistemi delle Cure Primarie.

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2014
 ISTAT indicatori demografici 2015
 ISTAT la pratica sportiva in Italia 2013
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

L'impatto del diabete nel Trentino

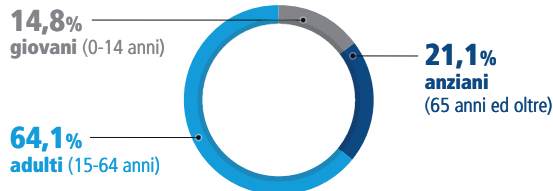
Provincia Autonoma
Trento

Nella PA. di Trento il 3,2% della popolazione è affetto da diabete. È la prevalenza più bassa riscontrata in Italia. I dati sull'obesità infantile in questa Provincia Autonoma sono significativamente più bassi della media nazionale. I tassi di ospedalizzazione sono inferiori al dato nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 17.223

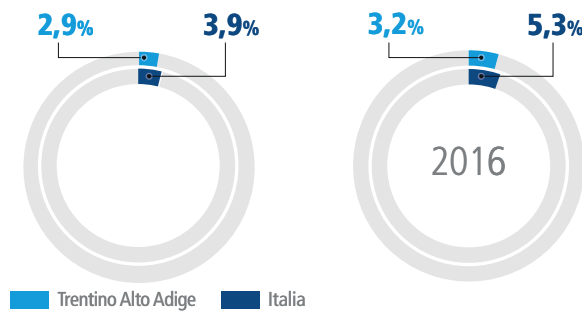
POPOLAZIONE 538.223 abitanti
TRENTO 117.317 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

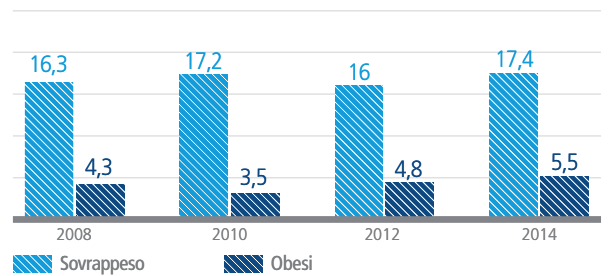


L'età media è di 43,7 anni, inferiore alla media nazionale (44,4). La speranza di vita è più alta rispetto alla media nazionale sia per i maschi (81,4) sia per le femmine (86,3).

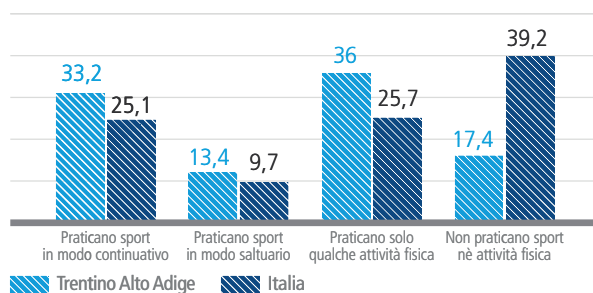
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



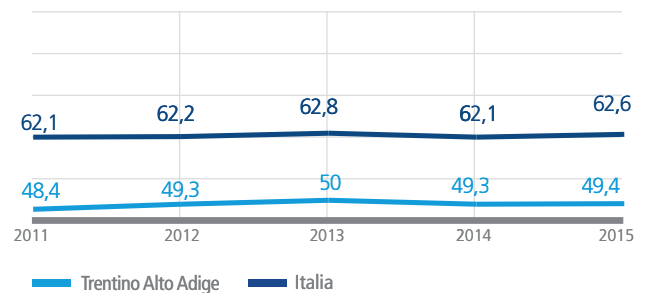
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



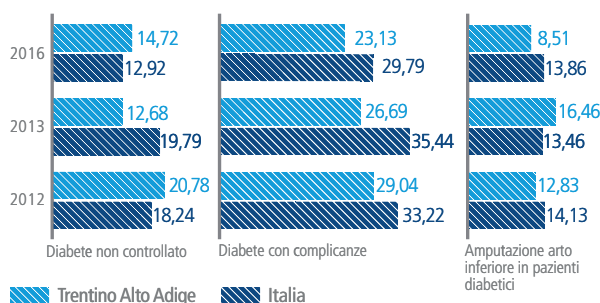
ATTIVITÀ FISICA (%)



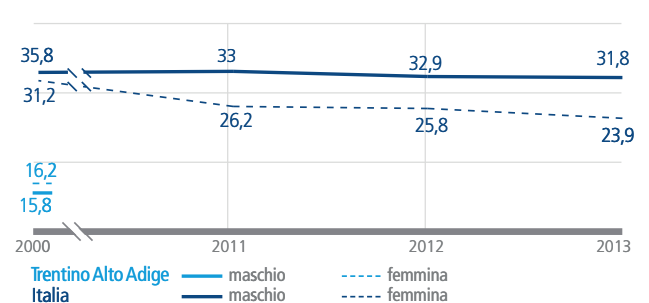
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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

→ PA. 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

→ PA. 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

Punti di forza:

1. I dati rilevati da ISTAT mostrano un quadro di popolazione nettamente favorevole: bassa prevalenza del diabete, bassa prevalenza di obesità e sovrappeso infantile, alta attitudine all'attività fisica della popolazione ed alta speranza di vita. Il consumo di farmaci antidiabetici è molto basso.
2. I Servizi Specialistici dedicati alla Diabetologia sono abbastanza numerosi e dislocati nei diversi centri con buona diffusione, e i dati ricavabili dagli Annali AMD mostrano discrete performances di qualità dell'assistenza. La presenza di due Centri dedicati alla prevenzione e cura del piede diabetico appare correlata con una costante diminuzione del tasso di amputazioni registrato negli ultimi tre anni.
3. Lo status di Province a Statuto Speciale garantisce alla Regione un Fondo Sanitario decisamente migliore che nel resto d'Italia, ed un grado di autonomia organizzativa molto elevato.

Punti di debolezza

1. Praticamente tutti i Servizi Diabetologici sono annessi a UOC di Medicina Generale, ed il loro grado di autonomia è abbastanza limitato.
2. Nella Provincia di Bolzano, ma non in quella di Trento, si registra un numero abbastanza elevato di ricoveri per diabete scompensato. Questo dato riflette un modello organizzativo differente: mentre a Bolzano ci si avvicina di più ai sistemi della vicina Austria, che è lo stato europeo con il più alto numero di ricoveri per diabete scompensato, a Trento prevale il modello italiano, che prevede per lo scompenso diabetico il ricorso a setting ambulatoriali o in Day Service.

Opportunità:

1. Una più ampia autonomia ed una maggiore territorializzazione dei Servizi Specialistici potrebbe portare davvero ad un modello di eccellenza.
2. La popolazione residente sembra molto propensa ad applicare principi di prevenzione primaria adeguati ad ottenere un'ulteriore riduzione dell'incidenza e quindi della prevalenza della malattia diabetica.

Minacce:

1. I diversi approcci delle due Aree Regionali rischiano di creare delle situazioni di difformità di accesso al Sistema Sanitario, e quindi delle potenziali iniquità.
2. L'eccesso di ospedalizzazione è di per sé un sintomo di difficile integrazione con i sistemi delle Cure Primarie.

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

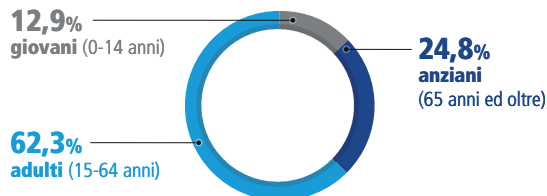
L'impatto del diabete in Umbria

Il 6,1% degli umbri si dichiara diabetico. L'Umbria è la regione più settentrionale con una prevalenza dell'obesità infantile 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 si è ridotto in entrambi i sessi fra il 2000 e il 2014, in modo più marcato fra le donne.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 54.362

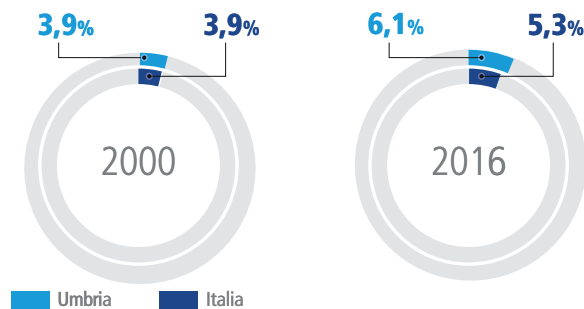
POPOLAZIONE 891.181 abitanti
PERUGIA 166.134 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

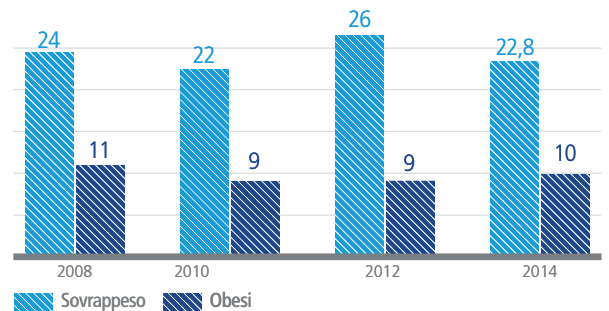


L'Umbria presenta un'età media superiore alla media nazionale (46 contro il 44,4). Sia la speranza di vita dei maschi che quella delle femmine sono superiori alla media italiana (rispettivamente 81,1 contro 80,6 e 85,6 contro 85).

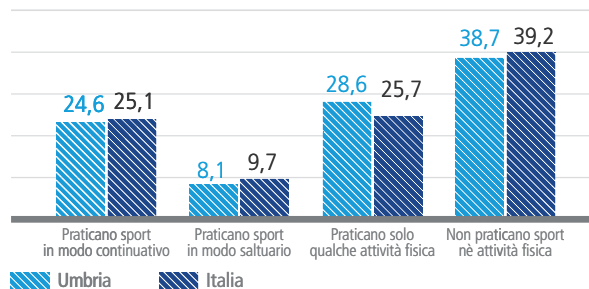
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



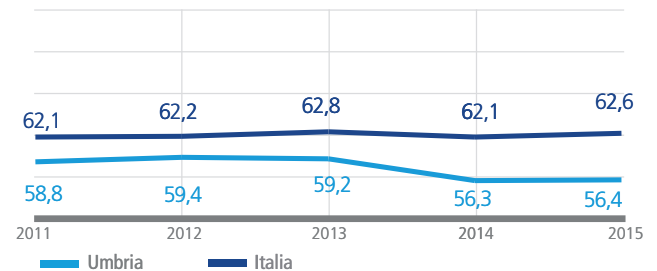
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



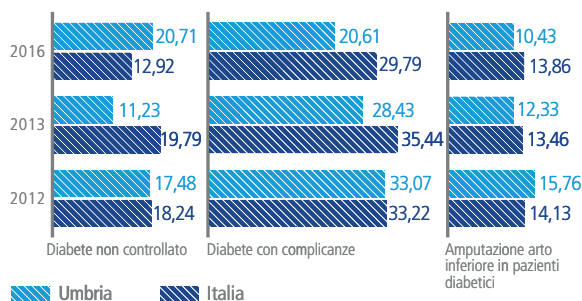
ATTIVITÀ FISICA (%)



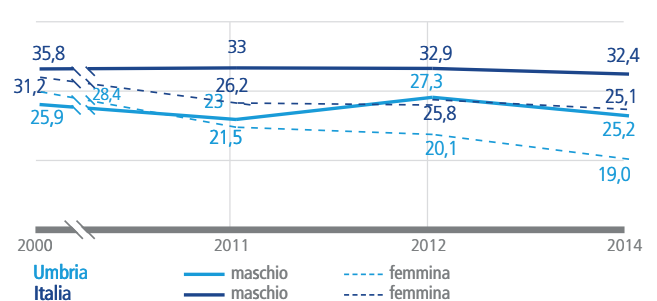
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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..

Punti di forza:

1. La Regione è piccola e con pochi centri urbani di grandi dimensioni. I Governi Regionali di questi ultimi dieci anni sono stati molto attivi nella promozione di politiche per l'assistenza alle Persone con diabete, e la Regione Umbria è stata la prima, e per ora anche l'unica, ad aver firmato un protocollo di intesa con il Coordinamento delle Associazioni, che ha seguito l'emanazione di un Decreto Regionale sulla definizione del PDTA.
2. L'Umbria è sede di una delle più importanti scuole diabetologiche universitarie, che ha mantenuto nel tempo, pur cambiando i protagonisti, un ruolo di elevato livello nel panorama scientifico nazionale ed internazionale ed assistenziale della Regione.
3. I punti di eccellenza sono numerosi ed anche spesso protagonisti di esperienze quasi uniche nel panorama nazionale (CURIAMO).

Punti di debolezza:

1. Il maggior problema della Regione in questo momento è quello di una difficilissima situazione economica. L'Umbria è tra le poche regioni in cui dal 2016 non sembra essersi consolidata la ripresa economica.
2. In queste condizioni è difficile pensare ad investimenti importanti sul versante del miglioramento dell'assistenza, ed è importante invece cercare di mantenere almeno lo status quo.

Opportunità:

1. L'opportunità più evidente e rilevante in Umbria è insita nella buona unitarietà e concordia che esiste tra i diversi protagonisti della comunità diabetologica. Gli specialisti, sia Universitari che Ospedalieri o Territoriali appaiono ben orientati e coordinati con il mondo delle Associazioni, e sono ascoltati dal Governo Regionale.
2. La presenza di un unico forte Centro di riferimento Regionale per l'assistenza alle persone con diabete (Perugia), con anche i servizi dedicati al Diabete in Gravidanza ed al Piede Diabetico, rappresenta un elemento positivo per lo sviluppo di tutta la Regione.

Minacce:

1. Come già detto, la principale minaccia è rappresentata dalla crisi economica che non accenna a finire.
2. Un segnale abbastanza preoccupante è l'alta prevalenza di obesità infantile.

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 italiani hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale. Il riferimento normativo regionale è la **DGR n. 1093 del 26 Luglio 2010**.

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 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

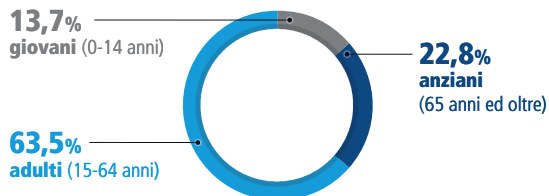
L'impatto del diabete in Valle d'Aosta

In Valle d'Aosta 4,5 cittadini su 100 si dichiarano diabetici. La Valle d'Aosta è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile e del diabete inferiori alla media nazionale. Il tasso di ricovero per amputazione nel 2013 e nel 2014 è notevolmente peggiore rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è in costante diminuzione nei maschi e stabile nelle femmine, in ogni caso con valori ben al di sotto della media nazionale

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 5.729

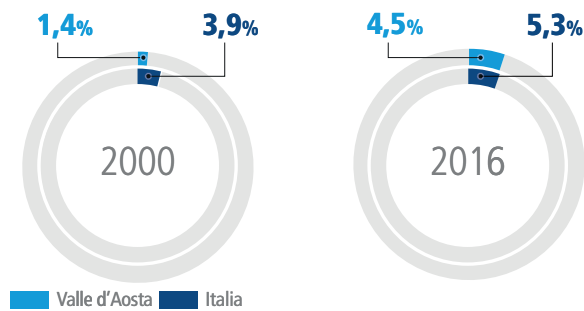
POPOLAZIONE 127.329 abitanti
AOSTA 34.390 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

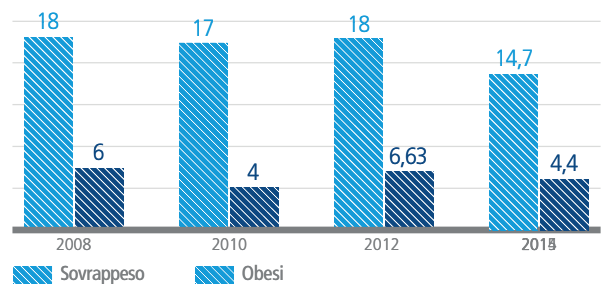


La Valle d'Aosta presenta un'età media superiore alla media nazionale (45,1 contro 44,4). La speranza di vita dei maschi è inferiore alla media italiana (79,4 contro 80,6), anche per le femmine risulta essere inferiore a quella nazionale (84,6).

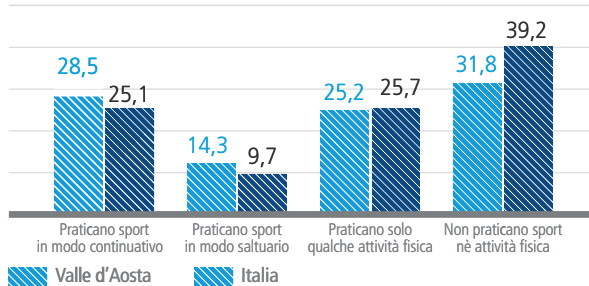
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



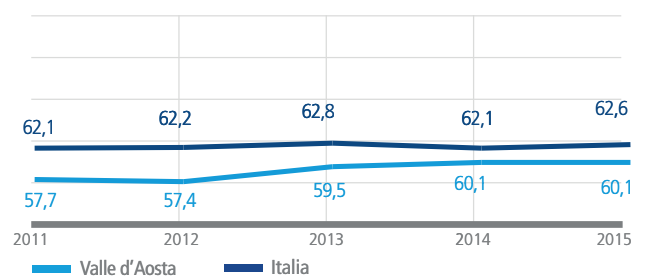
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



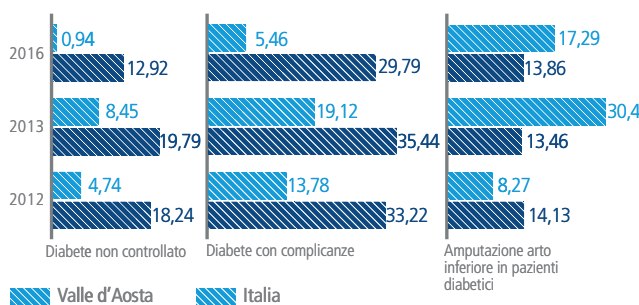
ATTIVITÀ FISICA (%)



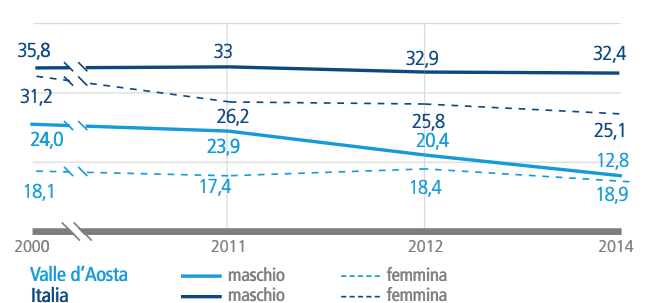
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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 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

Punti di forza:

1. E' la Regione più piccola d'Italia, con la più bassa numerosità di abitanti, ed è anche una delle più ricche, con un PIL pro capite del 126% rispetto alla media nazionale.
2. Esistono praticamente solo due Servizi Specialistici, entrambi ospedalieri, con servizi anche distaccati in comuni minori.
3. Il tasso di obesità infantile è decisamente basso, così come la mortalità per diabete ed i tassi di ospedalizzazione.

Punti di debolezza:

1. La concentrazione dei Servizi Specialistici in pratica nella sola Aosta comporta un'accessibilità limitata per la maggior parte degli abitanti della Valle, che sono in maggioranza residenti nelle piccole comunità di montagna.
2. Ne deriva che la più gran parte delle persone con diabete sono seguite quasi esclusivamente dal Sistema delle Cure Primarie, e ne è prova la bassissima percentuale di pazienti trattati con i nuovi farmaci antidiabetici, come rilevato dagli Annali AMD.
3. Il tasso di amputazioni è tra i più alti di tutto il Paese, e situa la Regione tra le quattro peggiori in Italia. Tuttavia il dato è in costante riduzione: nell'ultima rilevazione ISTAT del 2016 (non ancora presente nella scheda) il dato riportato è del 17,3/100.000 abitanti, in diminuzione di 5,3 casi/100.000 rispetto al 2014 (-23%).

Opportunità:

1. Appare necessaria una più forte integrazione con la Medicina Generale, anche sotto il punto di vista della formazione degli operatori delle cure primarie, in modo da creare una vera rete integrata che renda migliore l'accessibilità al sistema.
2. Un forte impegno sul versante della prevenzione secondaria appare assolutamente necessario visto l'ancora alto tasso di amputazioni, che rappresenta sempre un indicatore inversamente proporzionale all'empowerment delle persone con diabete.

Minacce:

1. Il problema maggiore della Regione resta la sua connotazione orografica e la dispersione della popolazione, situazione per la quale sarebbe necessaria una forte preparazione della Medicina Generale a farsi carico delle problematiche della cronicità in senso lato.
2. Il Governo della Regione appare abbastanza assente, ed ultimamente anche gravato da problemi politici che ne impediscono una piena funzionalità.

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 italiani 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 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

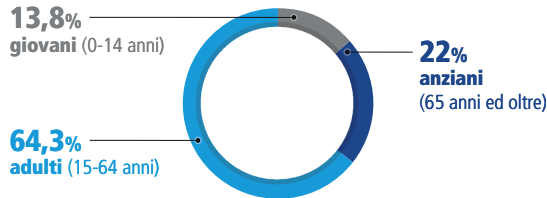
L'impatto del diabete nel Veneto

In Veneto il 4,3% della popolazione si dichiara diabetico. Il Veneto è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile e del diabete inferiori alla media nazionale. I tassi 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 aumento per i maschi fra il 2000 e il 2014, comunque per entrambi i sessi al di sotto della media nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 211.350

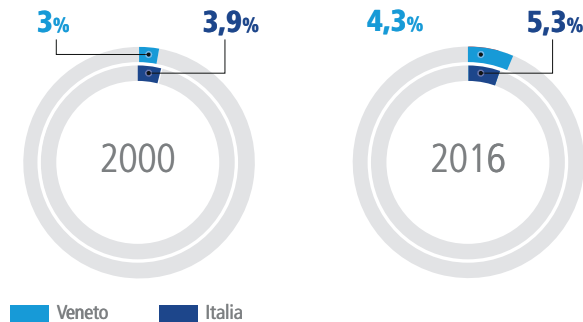
POPOLAZIONE 4.915.123 abitanti
VENEZIA 263.352 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

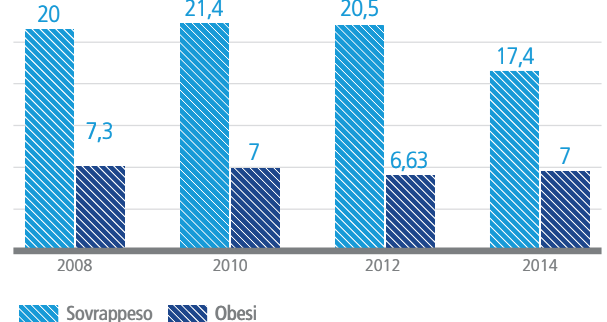


L'età media in Veneto (44,6) sostanzialmente è in linea con quella nazionale (44,4), così come la struttura della popolazione in base all'età. La speranza di vita per i maschi (81) e le femmine (85,7) è superiore alla media italiana (rispettivamente 80,6 e 85).

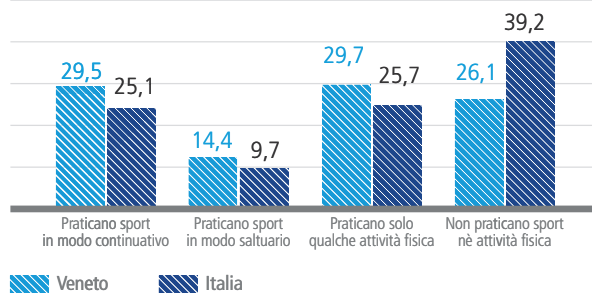
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



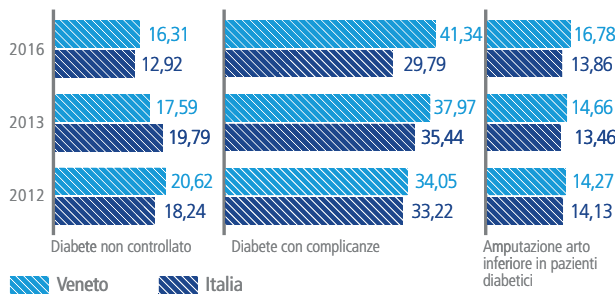
ATTIVITÀ FISICA (%)



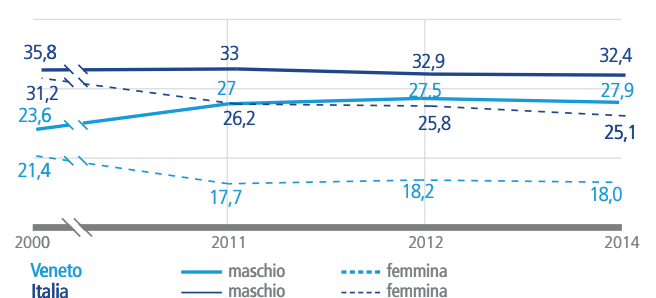
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



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 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.P.P.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.P.P.S. Reg. Veneto N. 104 del 12 dicembre 2007** , "Determinazione della codifica unica regionale delle condizioni di esenzione[...] Aggiornamento codifica a dicembre 2007"
- **Deliberazione della Giunta Regionale n. 2782 del 27 Settembre 2005** , Definizione dei percorsi attuativi del Centro Regionale di Riferimento sui microinfusori per pazienti diabetici di cui alla DGR n. 2305 del 30.07.2004
- **Nota Giunta Regionale N°51244/500740 del 8.10.2003**, Prescrizione e distribuzione della specialità medicinale Lantus insulina glargine
- **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
- **Legge Regionale N° 24 dell'11 novembre 2011** Norme per la prevenzione, la diagnosi e la cura del diabete mellito dell'età adulta e pediatrica
- **Deliberazione della Giunta Regionale N° 1429 del 15 settembre 2016** Autorizzazione al finanziamento progetto campi-scuola per i ragazzi diabetici ex L.R. 24/2011
- **Deliberazione della Giunta Regionale n° 279/DGR del 14/03/2017** Aggiornamento dei prezzi di rimborso dei dispositivi per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete dal 1 aprile 2017. Sperimentazione attività inerenti la Farmacia dei Servizi
- **Deliberazione della Giunta Regionale n° 244 del 7 marzo 2017** Ricostruzione e nomina della Commissione Regionale per le attività diabetologiche
- **Decreto della Giunta Regionale del 29/06/2016 n° 1121** Centri autorizzati alla prescrizione di farmaci diabetologici con Nota AIFA e Piano Terapeutico
- **Deliberazione della Giunta Regionale n° 547 del 28 aprile 2017** Erogazione dei dispositivi di automonitoraggio della glicemia che adottano il sistema Flash Glucose Monitoring
- **Il Piano Nazionale sul Diabete è stato recepito da subito.**

Punti di forza:

1. Gli ultimi Governi Regionali del Veneto si sono distinti per una forte attenzione alle problematiche dell'assistenza alle persone con diabete. Tra il 2008 ed il 2010 sono state emanate norme e leggi per la definizione degli standard organizzativi e per la strutturazione di una vera e propria rete diabetologica integrata con la Medicina Generale sul territorio.
2. In Veneto trovano sede due delle più importanti Scuole Universitarie storicamente dedicate alle Malattie del Metabolismo (Padova e Verona), i cui principali rappresentanti, accanto all'impegno della ricerca scientifica, hanno sempre conservato un importante ruolo nell'erogazione diretta dell'assistenza specialistica, ed un ancora più incisivo ruolo nelle decisioni della politica regionale. Le due Scuole di Medicina hanno fornito un notevole numero di protagonisti alle Società Scientifiche Italiane ed Internazionali.
3. Dai dati degli Annali AMD si rileva un costante miglioramento degli indicatori di qualità ed efficacia dell'assistenza.

Punti di debolezza:

1. I tassi di ospedalizzazione per diabete, per complicanze, ed il numero di amputazioni sono più alti che nel resto d'Italia. Ciò è in buona parte dovuto alla forte e numerosa presenza di strutture ospedaliere dedicate. Esistono ed operano sul territorio veneto anche alcune strutture private accreditate specificatamente dedicate al Piede Diabetico, che vedono un gran numero di casi difficili.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2016
 ISTAT indicatori demografici 2016
 ISTAT attività fisica 2016
 Okkio alla salute Report regionali 2014
 Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014
 L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2015
 Diabete Italia CENSIMENTO delle Associazioni fra persone con diabete e fra genitori di bambini e ragazzi con diabete
 Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2015

2. Tale condizione, se da una parte ha un risvolto sicuramente positivo, dall'altra mostra un quadro di scarsa integrazione territoriale e un basso grado di prevenzione secondaria.

Opportunità:

1. Un simile sistema regionale ha potenzialità enormi: se si riesce a superare il problema della scarsa integrazione, il potenziale umano e tecnologico del Veneto è di prim'ordine.
2. La presenza delle Scuole Mediche è in grado di fornire un continuo ricambio di specialisti di alto livello.

Minacce:

1. Esiste in Veneto, come in quasi tutta l'Italia, un problema di ripresa economica.

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.

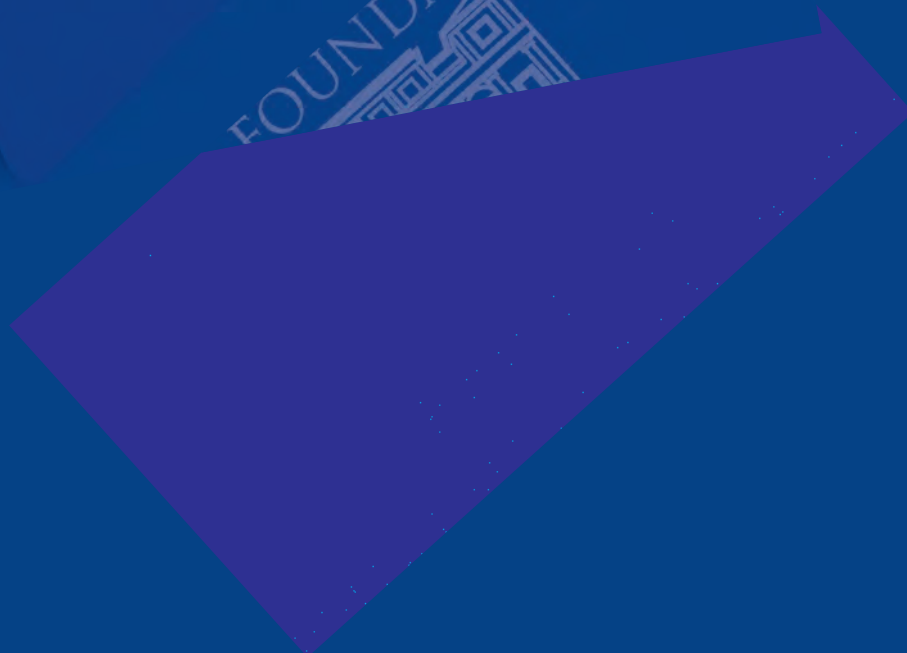
ACCESSO ALLE CURE

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

11th

Italian
Diabetes
& Obesity
Barometer
Report

FOUNDATION



Il Diabete nelle Città Italiane

Antonio Nicolucci, Chiara Rossi, Andrea Lenzi, Ketty Vaccaro,
Simona Frontoni, Francesco Dotta, Gerardo Medea, Roberta Cialesi
CORESEARCH, IBDO FOUNDATION, HEALTH CITY INSTITUTE, ISTAT

Cento anni fa solo due persone su dieci nella popolazione mondiale vivevano nelle aree urbane. Nella metà del 21° secolo questo numero arriverà a sette. La popolazione urbana, pertanto, è in crescita costante: ogni anno aumenta di circa 60 milioni di persone, soprattutto nei Paesi a medio reddito. Proiezioni di popolazione mostrano che nei prossimi 30 anni la crescita globale avverrà virtualmente soltanto nelle aree urbane. Tuttavia, secondo quanto riportato dall'UNICEF, circa un terzo della popolazione urbana mondiale vive nei bassifondi, dove si concentrano povertà, emarginazione e discriminazione; entro il 2020 le persone che vivranno in insediamenti non ufficiali e negli slum saranno quasi 1,4 miliardi. Quasi il 10% della popolazione urbana, inoltre, vive in megalopoli, città con oltre 10 milioni di abitanti che si sono moltiplicate in tutto il pianeta, ma la quota maggiore dell'incremento in ambiente urbano si sta verificando non nelle megalopoli ma in città più piccole. Il notevole incremento della popolazione nelle aree urbane è legato anche ai fenomeni migratori; le regioni urbane dell'Unione europea, fatta eccezione per la Francia, tendono a registrare, infatti, gli incrementi demografici più elevati a causa del saldo migratorio.

La migrazione della popolazione verso le aree urbane si accompagna a cambiamenti sostanziali degli stili di vita rispetto al passato; cambiano le abitudini, cambia il modo di vivere, i lavori sono sempre più sedentari, l'attività fisica diminuisce. Fattori sociali e culturali che rappresentano un potente volano per obesità e diabete. Pertanto, sebbene l'epidemia della cronicità sia universalmente considerata come una delle più importanti sfide per i sistemi sanitari ed affondi le sue origini nella diffusione di pochi fattori di rischio legati a stili di vita non salutari, ancora tanto c'è da fare per diffondere una cultura della prevenzione che miri a sviluppare consapevolezza nelle scelte di salute delle persone.

Dall'Urban Health all'Urban Diabetes

I cambiamenti demografici in corso, che includono l'urbanizzazione, il peggioramento degli stili di vita, l'invecchiamento della popolazione e l'isolamento sociale si riflettono in una crescita costante della prevalenza di diabete. Il diabete è una delle patologie croniche a più ampia diffusione nel mondo, in particolare nei Paesi industrializzati, e costituisce una delle più rilevanti e costose

malattie sociali della nostra epoca, per la tendenza a determinare complicanze sia acute che nel lungo periodo e per il progressivo spostamento dell'insorgenza verso età giovanili. Nel 2015 l'International Diabetes Federation (IDF) stimava che gli adulti con diabete fossero 415 milioni; in base alle proiezioni, si ritiene che questo numero potrebbe aumentare fino a raggiungere i 642 milioni nel 2040. Nelle grandi città vivono oggi due terzi delle persone affette da diabete. Infatti secondo i dati dell'IDF, nel mondo sono 246 milioni (65%), coloro che hanno ricevuto una diagnosi di Diabete di Tipo 2 e abitano nei centri urbani, rispetto ai 136 milioni delle aree rurali. Questo divario è destinato a crescere: nel 2040 si stima che circa il 75% delle persone con diabete vivrà nelle città: 347 milioni rispetto ai 147 milioni che abiteranno fuori dai grandi centri abitati. Anche in Italia l'urban diabetes è un problema emergente di sanità pubblica, visto che nelle 14 Città Metropolitane risiede il 36% della popolazione del Paese e circa 1,2 milioni di persone con diabete.

Da qui la necessità di mettere in atto nelle aree urbane una strategia integrata, finalizzata a costruire un'idea di città come "promotore della salute", attraverso un approccio multilivello che comprenda iniziative di vario genere, sociali prima ancora che sanitarie. Interventi urbanistici, "laboratori" sugli stili di vita sani come "Cities Changing Diabetes®", già avviato a Città del Messico, Pechino, Houston, Copenaghen, Tianjin, Johannesburg, Vancouver e che vede coinvolto da quest'anno anche Roma, con un ruolo attivo del Ministero della Salute, dell'ANCI, di Roma Capitale e Città Metropolitana, dell'Health City Institute, dell'ISS, di ISTAT, della Fondazione CENSIS, di CORESEARCH, di MEDIPRAGMA, di Cittadinanzattiva, di tutte le Università di Roma, dell'Osservatorio Nazionale per la Salute, dell'Istituto per la Competitività nelle Regioni e di tutte le Società Scientifiche e Associazioni Pazienti in ambito diabetologico.

Cities Changing Diabetes® il primo progetto mondiale di Urban diabetes

Cities Changing Diabetes® nasce nel 2014 in Danimarca ed è un programma di partnership promosso dall'University College of London (UK) e dallo Steno Diabetes Center (Danimarca) con il sostegno di Novo Nordisk, in collaborazione con partner nazionali che comprendono

istituzioni, città metropolitane, comunità diabetologiche/sanitarie, amministrazioni locali, mondo accademico e terzo settore.

L'obiettivo del programma è quello di creare un movimento unitario in grado di stimolare, a livello internazionale e nazionale, i decisori politici a considerare come prioritario il tema dell'urban diabetes.

Mettendo in luce il fenomeno con dati ed evidenze, provenienti dalle città di tutto il mondo, il programma Cities Changing Diabetes® sottolinea la necessità di agire in considerazione del crescente numero di persone con diabete e del conseguente onere economico e sociale che tutto ciò comporta.

Roma è stata inserita nel programma nel 2017, seconda città europea dopo Copenaghen, diventando per i prossimi anni oggetto di studi internazionali su urbanizzazione e Diabete tipo 2 e nello stesso tempo Città simbolo mondiale nella lotta a questa importante patologia.

In Italia l'Health City Institute, in collaborazione con Ministero della Salute e ANCI, ha promosso inoltre la realizzazione del Manifesto della Salute nelle Città, documento che delinea le azioni da intraprendere per studiare i determinanti della salute nelle Città e migliorare la qualità di vita dei cittadini. Il Manifesto ha rappresentato la base per la redazione della proposta di iniziativa presentata dalla Delegazione Italiana del Comitato delle Regioni dell'Unione Europea alla Commissione NAT e al Parlamento Europeo e approvata in seduta plenaria l'11 Maggio 2017.

Il progetto Cities Changing Diabetes® prevede tre momenti. Il primo è rappresentato dalla mappatura dei fattori sociali e culturali. In ogni città viene promossa una ricerca qualitativa e quantitativa dalla quale emerge il livello di vulnerabilità. Il secondo è quello della condivisione dei dati a livello internazionale, fra le varie città aderenti al programma, con l'obiettivo di identificare le similitudini ed i punti di contatto. L'ultimo step del programma è la parte dedicata all'azione, con lo sviluppo di uno specifico action plan e condivisione delle best practice.

L'Health City Institute, in collaborazione con la Fondazione CENSIS, ISTAT, CORESEARCH e MEDI-PRAGMA ha elaborato i dati oggi disponibili a livello socio-demografico e clinico-epidemiologico e sulla percezione della salute nell'area di Roma Città Metropolitana, realizzando una prima mappatura dei dati quantitativi, pubblicati in un Atlas. La fase qualitativa, condotta tramite la Fondazione CENSIS, prevede lo studio delle vulnerabilità sociali dell'area metropolitana sul Diabete Tipo 2, attraverso interviste strutturate sui cittadini e sulle persone con diabete di Roma.

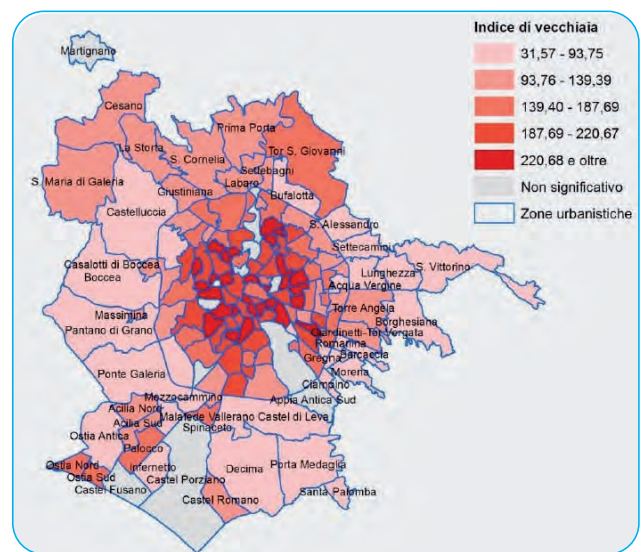
Il contesto socio-demografico di Roma

Dal secondo dopoguerra l'area metropolitana di Roma ha conosciuto un'espansione demografica particolarmente rilevante. La popolazione raddoppia nella città metropolitana, passando da 2,1 milioni nel 1951 a 4,0 milioni nel 2011, e cresce di oltre il 70% nel solo comune capoluogo (da 1 milione 650mila a 2 milioni 618mila nel 2011). A partire dai primi anni '70 l'espansione demografica della città metropolitana è contrassegnata, come nel resto del Paese, dall'invecchiamento della popolazione. L'indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra ultrasessantacinquenni e bambini di 0-14 anni) passa da 35,1 nel 1971 a 144,2 nel 2011. Nello stesso periodo la quota di persone di almeno 75 anni passa da 2,9% a 9,7%. Nel solo Comune la quota di ultrasessantacinquenni raggiunge il 10,7%.

Secondo gli ultimi dati Istat (2016), nella città metropolitana di Roma risiedono 4,3 milioni di persone (2,9 nel Comune). Gli stranieri residenti sono oltre cinquecentomila (il 12,1% a fronte dell'8,3% medio nazionale), di cui 365mila in città (il 12,7%). La speranza di vita alla nascita è di 80,4 anni per gli uomini e 84,7 per le donne (valori entrambi lievemente superiori alla media nazionale). A 65 anni la vita residua è di 22 anni per le donne e di 19 per gli uomini. I residenti con più di 65 anni sono quasi 900mila e 264mila quelli con almeno ottant'anni (626mila e 193mila nel Comune).

Nel 2016 l'indice di vecchiaia ha raggiunto nel territorio comunale un valore pari a 162, con marcate variabilità tra le diverse zone urbanistiche della città: in quelle più centrali – e comunque all'interno del grande raccordo anulare – si riscontrano valori dell'indicatore spesso superiori a 200 con un picco di 242 nella zona di Prati (figura 1).

FIGURA 1. Comune di Roma: Indice di vecchiaia per zona urbanistica (2011)



Fonte: ISTAT, Censimento della popolazione e abitazioni, 2011. Elaborazioni presentate alla Commissione di inchiesta su sicurezza e degrado di città e periferie



I mutamenti demografici sono associati a profondi cambiamenti nella struttura della società, con differenze talora sostanziali tra contesti urbani e non. La dimensione media delle famiglie della città metropolitana si riduce: da 3,3 componenti nel 1971 a 2,2 nel 2011, non solo perché si fanno meno figli ma perché aumentano le persone sole (anziani, ma anche giovani). Il fenomeno è più accentuato nei sistemi urbani. A Roma nel 1971 poco più di una famiglia su 10 era unipersonale, nel 2011 lo è più di una famiglia su tre. In particolare, gli anziani (>64 anni) che vivono soli sono il 28,4% (29,4% nel territorio comunale, mentre la media italiana è 27,1%).

Una nota merita il capitolo dell'istruzione, partendo dal presupposto che il livello generale d'istruzione degli adulti è cresciuto ed è più elevato nei contesti urbani. A Roma nel 2011 per ogni persona con la licenza media ne erano più di tre con diploma o titolo universitario, mentre in Italia l'analogo rapporto è di uno a 1,6; questo livello era già stato raggiunto dal comune di Roma nel 1991. Per contro la quota di persone tra i 15 e i 24 anni uscite dal sistema di formazione e istruzione è assai più contenuta (9%) rispetto alla media regionale (11,8%) e italiana (15,5%). In ambito cittadino il livello di istruzione è sensibilmente più elevato nei quartieri centrali.

Altro indice che si può correlare alla salute è quello della mobilità. In base ai dati censuari, ogni giorno il 68,3% della popolazione cittadina si sposta per motivi di studio (in circa due terzi dei casi) o di lavoro. Si tratta di circa un milione e 339mila persone che in larghissima parte rimangono all'interno del comune di Roma (il 95,8%). Per circa un terzo dei residenti che rimangono all'interno del comune lo spostamento è inferiore ai 15 minuti (ma solo per il 23% di chi si sposta per lavoro). D'altro canto per più di una persona su cinque lo spostamento è superiore a 45 minuti. È evidente lo svantaggio rispetto alla media italiana con il 55% di spostamenti al di sotto dei 15 minuti e solo il 10,7% sopra i 45 minuti. Per gli spostamenti quotidiani per lavoro e studio il 59% delle persone utilizza principalmente un mezzo privato veloce (automobile, moto, motorino ecc.). Circa il 15% lo fa a piedi o in bicicletta (cosiddetta mobilità lenta) e il rimanente 26% utilizza un mezzo pubblico. Il modello di mobilità urbana si discosta da quello prevalente a livello italiano per un maggior uso del mezzo pubblico a scapito sia della mobilità lenta sia del mezzo privato.

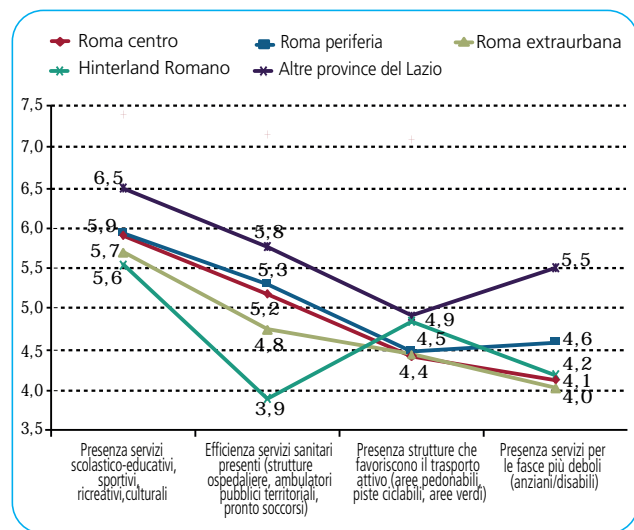
Lo stato di salute dei servizi alla persona nell'area metropolitana di Roma

All'interno dell'indagine quantitativa su Roma Cities Changing Diabetes®, Medi-Pragma ha svolto un'indagine con l'obiettivo di analizzare la percezione dei cittadini residenti in diverse aree urbane in merito alla presenza di servizi rivolti alla cittadinanza.

Dall'inchiesta emerge che il tema della salute è conside-

rato il più importante da tutti gli intervistati, con una maggiore attribuzione di importanza nell'Hinterland romano rispetto alle altre province del Lazio. A seguire, un'occupazione garantita e la sicurezza della città risultano essere caratteristiche fondamentali per la vivibilità della stessa. Un giudizio intermedio viene attribuito alla tutela dell'infanzia. La tutela delle fasce più deboli, i trasporti e il traffico sono caratteristiche importanti, ma considerate in secondo piano rispetto alla salute e la sicurezza. (figura 2)

FIGURA 2. Valutazioni servizi e strutture cittadine - Medie punteggio città



I servizi sanitari disponibili sul territorio regionale sono giudicati poco soddisfacenti da parte dei cittadini in base alla loro esperienza, soprattutto nelle aree extra-urbane della città di Roma. Le aree verdi, le piste ciclabili e le zone pedonali sono poco considerate come strutture funzionali allo stato di salute e al benessere della persona, soprattutto nelle zone del Centro di Roma, e i cittadini ne richiedono una maggiore efficienza, laddove presenti. Roma sembra non essere un luogo particolarmente attento alle categorie a rischio e ai disabili. Le strutture deputate al benessere degli anziani e delle persone disabili sono estremamente carenti. Nonostante lo stato dell'arte, le fasce più giovani della popolazione che vivono fuori dal centro di Roma, nelle zone limitrofe o nelle province, considerano mediamente il loro ambiente favorevole alla salute e alla sicurezza e adatto a soddisfare l'ambizione lavorativa.

La dimensione clinico epidemiologica del diabete tipo 2 e dell'obesità nell'area di Roma città metropolitana

Sulla base dei dati ISTAT, nel 2015 la prevalenza del diabete nel Lazio era del 6,6%. Rispetto al 2000, la prevalenza è cresciuta dal 5,0% al 6,5% fra gli uomini e dal 4,2% al 6,8% nelle donne. Il Lazio è fra le regioni a più alta prevalenza di diabete, preceduto solo da Calabria e

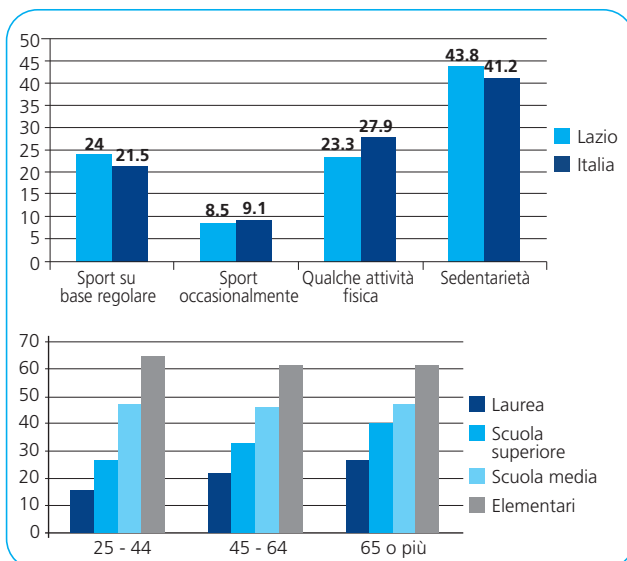
Campania. A fronte di una prevalenza media nazionale del 5,4%, nel Lazio la prevalenza sale al 6,6%. Applicando tale prevalenza alla popolazione residente nel Lazio nel 2015 (5.892.425 cittadini), si stima che 388.900 persone siano affette da diabete noto. Considerando che nella città di Roma risiedono 2.872.021 persone e nell'area metropolitana di Roma 4.340.474, si può stimare che nella città di Roma siano presenti circa 189.500 persone con diabete e nell'area metropolitana circa 286.500. In altre parole, la metà delle persone con diabete residenti nel Lazio vive a Roma e il 75% vive nell'area metropolitana di Roma.

Come già discusso, dal punto di vista epidemiologico uno dei fattori più importanti alla base della crescita della prevalenza di diabete è rappresentato dall'invecchiamento della popolazione. Nella città di Roma, il numero di ultrasessantacinquenni è cresciuto di 136,000 unità negli ultimi 13 anni, raggiungendo la quota di 631,000 residenti nel 2015.

L'altro fattore principale alla base dell'aumento della prevalenza del diabete è rappresentato dall'obesità. Nel Lazio, un residente su 10 in età adulta è affetto da obesità. Analogamente alla prevalenza del diabete, anche quella dell'obesità è cresciuta negli anni più recenti, passando dall'8,2% nel 2000 al 9,9% nel 2013.

Oltre alle errate abitudini alimentari, la sedentarietà rappresenta uno dei determinanti dell'eccesso ponderale. I dati ISTAT mostrano come nel Lazio oltre il 40% della popolazione sia totalmente sedentaria, mentre solo un quinto dei cittadini svolge attività fisica con regolarità. In tutte le fasce di età, la percentuale di persone sedentarie risulta strettamente correlata alla scolarità, considerata come indicatore di stato socioeconomico. (figura 3)

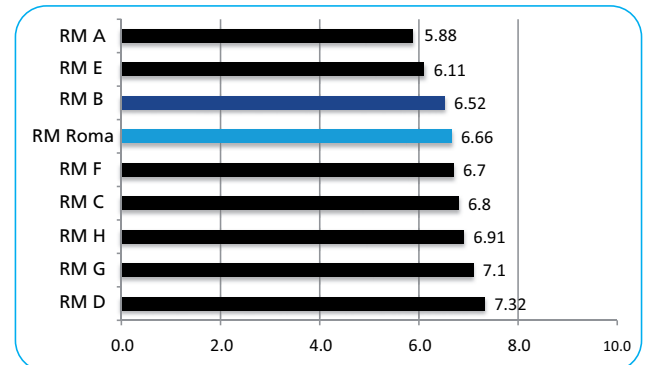
FIGURA 3. La pratica di attività fisica in Italia e nel Lazio, e percentuale di sedentarietà in base alle fasce di età e al titolo di studio



Fonte: Indagine Multiscopo. Aspetti della vita quotidiana 2015

Sulla base delle stime fatte nell'ambito del Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016, all'interno dell'area metropolitana di Roma è presente una marcata variabilità nella prevalenza di diabete noto, che oscilla fra il 5,88% al 7,32% nei diversi distretti sanitari. (figura 4)

FIGURA 4. La prevalenza del diabete nei distretti sanitari dell'area metropolitana di Roma



Fonte: Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016

L'incrocio fra prevalenza del diabete nei distretti sanitari ed una serie di indicatori socio-economici fornisce importanti spunti di riflessione. Come illustrato in figura 5, nell'area metropolitana di Roma è presente una associazione inversa fra indice di invecchiamento e prevalenza del diabete. Infatti, le prevalenze più elevate si riscontrano nei distretti sanitari caratterizzati da più basso indice di invecchiamento. Questo dato fa supporre che altri fattori, maggiormente legati allo stato socioeconomico e agli stili di vita, entrino in gioco nel determinare le differenze riscontrate nella prevalenza del diabete. In effetti, come illustrato nelle figure 6 e 7, esiste una forte

FIGURA 5. Correlazione fra prevalenza del diabete nei distretti sanitari dell'area metropolitana di Roma e indice di invecchiamento

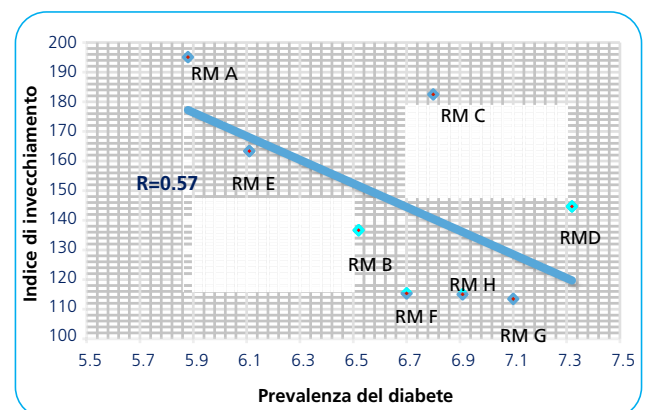




FIGURA 6. Correlazione fra prevalenza del diabete nei distretti sanitari dell'area metropolitana di Roma e livello di scolarizzazione (rapporto adulti con diploma-laurea/licenza media)

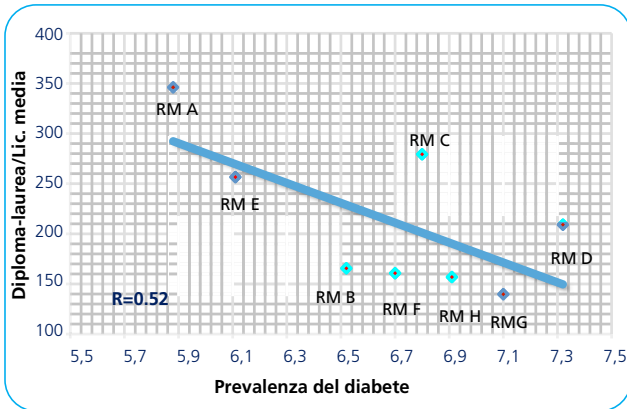


FIGURA 7. Correlazione fra prevalenza del diabete nei distretti sanitari dell'area metropolitana di Roma e tasso di disoccupazione

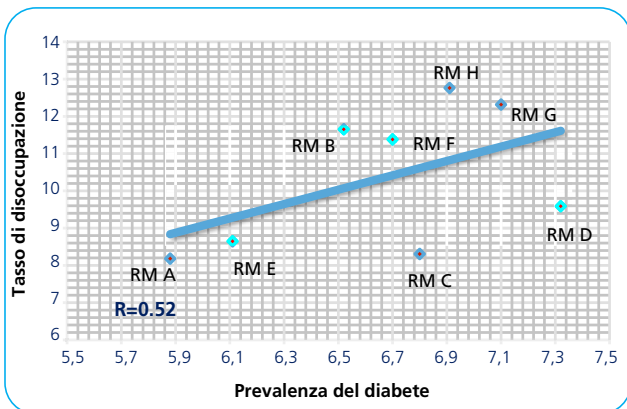


FIGURA 8. Correlazione fra prevalenza del diabete nei distretti sanitari dell'area metropolitana di Roma e tasso di utilizzo di trasporti privati

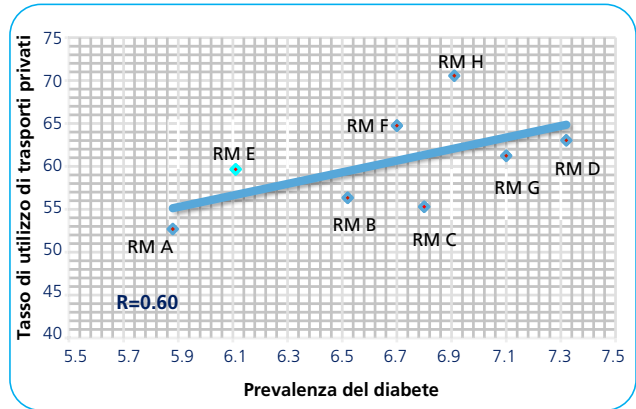
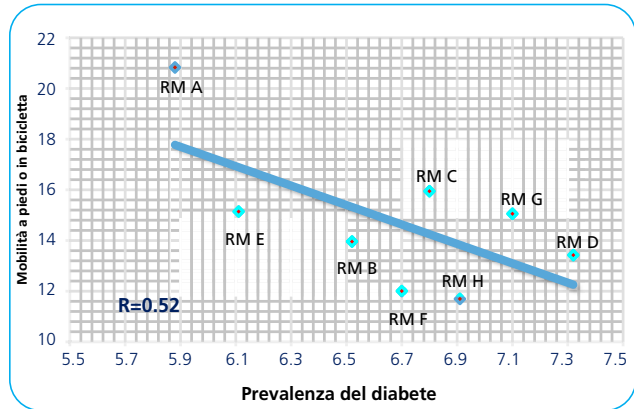


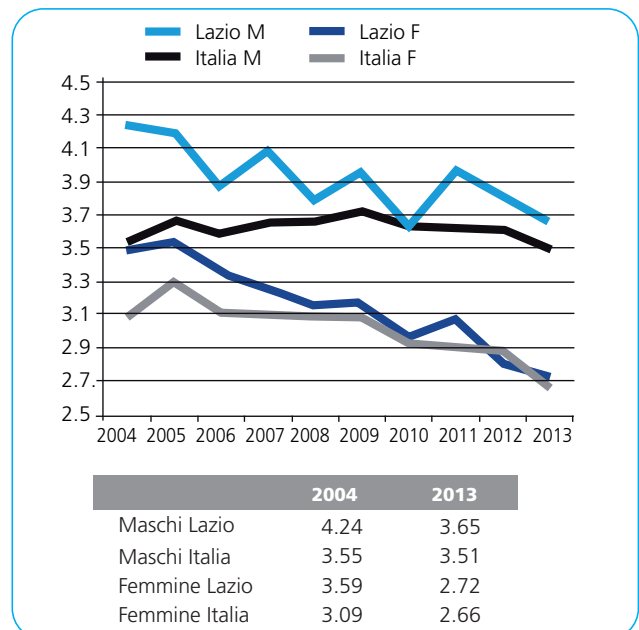
FIGURA 9. Correlazione fra prevalenza del diabete nei distretti sanitari dell'area metropolitana di Roma e mobilità a piedi o in bicicletta



correlazione fra maggiore prevalenza del diabete e più basso livello di scolarizzazione, così come una correlazione fra maggiore prevalenza di diabete e più alto tasso di disoccupazione. L'associazione fra diabete e stili di vita è evidenziata dalla forte correlazione fra prevalenza del diabete e prevalenza di utilizzo di trasporto privato (figura 8), mentre è presente una marcata correlazione inversa fra prevalenza di diabete e percentuale di cittadini che si muovono a piedi o in bicicletta (figura 9).

Infine, il diabete ha un importante impatto sulla aspettativa di vita. In Italia si stima che ogni anno oltre 20.000 decessi siano attribuibili direttamente al diabete, mentre in ulteriori 75.000 decessi il diabete è presente come concausa. I dati standardizzati (x 10.000) di mortalità per diabete nel Lazio mostrano un trend di riduzione significativo, sia negli uomini che nelle donne. Mentre nella prima metà degli anni 2000 la mortalità nel Lazio era marcatamente più elevata rispetto alla media nazionale, negli ultimi anni il divario si è notevolmente ridotto. (figura 10)

FIGURA 10. Tassi standardizzati di mortalità per diabete (x 10.000) in Italia e nel Lazio



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte, vari anni

La Regola dei Mezzi

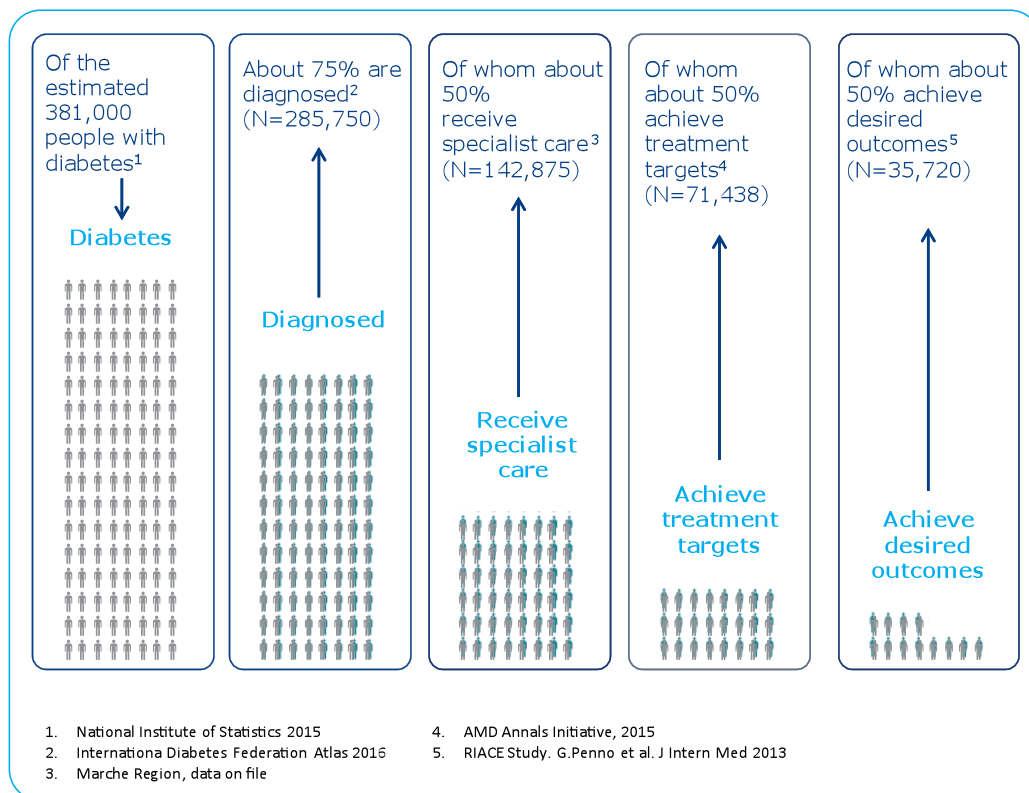
Mantenere il diabete in buon controllo consente alle persone affette di vivere vite lunghe e sane; tuttavia, questo non accade della maggior parte dei casi, come illustrato dalla «Regola dei Mezzi». Si tratta di un modello di studio e analisi utilizzato per rappresentare varie malattie croniche, fin dal 1947. In generale la Regola dei Mezzi ci dice che, fatto 100 il numero delle persone che si stima abbiano il diabete, circa la metà ne ha ricevuto diagnosi e di questa metà circa il 50% è in trattamento. Di questa percentuale poi solo il 50% (il 12,5% del totale) viene curato in modo adeguato, raggiungendo il target desiderato, di solito un valore di emoglobina glicosilata pari o inferiore al 7%. Infine, solo la metà di questo numero, vale a dire poco più del 6% del numero totale delle persone che hanno il diabete, vive una vita priva di complicanze. Nel mondo, la regola dei mezzi presenta percentuali molto differenti, che variano a seconda del paese in cui viene applicata, e per provare a cambiare questa distribuzione è molto importante proporre delle azioni laddove i bisogni sono maggiori e studiare interventi mirati. La Regola dei Mezzi applicata ai dati clinico-epidemiologici ci permette di avere un quadro chiaro della situazione del diabete di tipo 2 nell'area

metropolitana di Roma. L'IDF stima che nel nostro Paese per ogni tre persone con diabete noto ce ne sia una che ha il diabete senza saperlo. Si può quindi stimare che complessivamente le persone affette da diabete nell'area metropolitana di Roma siano circa 381.000. Di queste, il 75% sa di avere il diabete. Fra le persone con diabete noto, si stima che circa il 50% veda uno specialista diabetologo almeno una volta l'anno. Fra le persone seguite presso i centri specialistici, la metà raggiunge i target terapeutici desiderati. Infine, fra coloro che raggiungono un valori di HbA1c $\leq 7,0\%$, la metà risulta priva di complicanze microvascolari e macrovascolari. (figura 11)

Conclusioni

La condivisione dei risultati è fondamentale al fine di proporre azioni che possano impattare la salute di molti cittadini nella città di Roma. L'obiettivo del programma Cities Changing Diabetes® è di condividere esperienze di paesi e città diverse per consentire uno scambio di esperienze positive. Altrettanto importante appare l'identificazione e l'implementazione su larga scala di soluzioni per contrastare l'espansione del diabete di tipo 2 e dell'obesità nell'area metropolitana di Roma: è questo

FIGURA 11. La regola dei mezzi

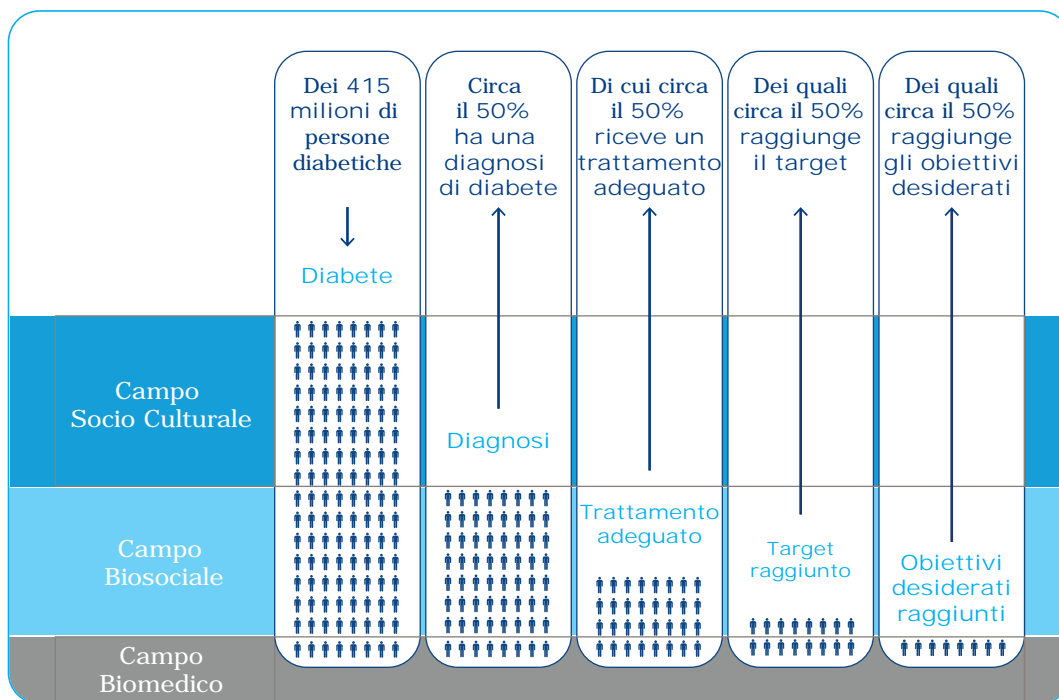




l'obiettivo più importante che si prefigge il programma Cities Changing Diabetes®. A questo fine, è necessario studiare attentamente le vulnerabilità come elemento per definire le azioni future. Vulnerabilità che si compone di almeno tre elementi, quali la suscettibilità individuale, la condizione sociale e i determinanti culturali. Mettendo in relazione la vulnerabilità con la regola dei mezzi emerge che la condizione in cui viviamo è di fondamentale importanza nel rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 e nel determinare i risultati a lungo termine della malattia (figura 12).

L'inurbamento e la configurazione attuale delle città offrono per la salute pubblica e individuale tanti rischi, ma anche opportunità da sfruttare con un'amministrazione cosciente e oculata; occorre pertanto identificare strategie di azione per rendere consapevoli governi, regioni, città e cittadini dell'importanza della promozione della salute nei contesti urbani, immaginando un nuovo modello di welfare urbano. Questa trasformazione, inevitabilmente, richiede una comprensione e un'analisi attenta dello scenario futuro all'interno del quale declinare le politiche per un progressivo miglioramento.

FIGURA 12. Rapporto fra Regola dei Mezzi e vulnerabilità



BIBLIOGRAFIA

1. ISTAT, Censimento della popolazione e delle abitazioni 2011.
2. Roma Cities Changing Diabetes: Diabete Tipo 2 e Obesità nell'area di Roma Città Metropolitana Factsheets Atlas 2017. <http://healthcitythinktank.org/ATLAS-Factsheets-Aprile-2017.pdf>
3. Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016 <http://95.110.213.190/prevale2016/territoriale/territoriale.php>
4. ISTAT. Indagine Multiscopo Aspetti della Vita Quotidiana 2016.
5. ISTAT: Indagine sui decessi e le cause di morte.
6. International Diabetes Federation Atlas 7th Edition. <http://www.diabetesatlas.org/>
7. Annali AMD VIII Edizione. <http://aemmedi.it/files/ANNALI-AMD/2014/Annali%20Regionali%202014%20web.pdf>
8. RIACE Study. G.Penno et al. J Intern Med 2013;274:176-191

11th

Italian
Diabetes
& Obesity
Barometer
Report

FOUNDATION



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

Le disuguaglianze di salute in Italia

Alessandro Solipaca
Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Il problema delle disuguaglianze nel settore della sanità è stato ampiamente trattato dalla letteratura scientifica, soprattutto per individuarne le principali determinanti. Secondo questi lavori, i fattori principali delle disuguaglianze sono legati al contesto e agli individui. I primi si riferiscono agli aspetti di sistema, quali risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale (Ssn), la sua organizzazione ed efficacia; altri fattori possono essere riscontrabili nel contesto di vita, per esempio il livello di deprivazione, il grado di urbanizzazione e il capitale sociale del territorio di residenza. I fattori individuali sono sia di natura biologica, quali il genere, l'età e patrimonio genetico, sia di natura socio-economica, questi ultimi legati al titolo di studio, alla condizione professionale e al livello di reddito. Alcuni studi assegnano maggiore rilevanza ai fattori individuali piuttosto che a quelli di contesto, attribuendo implicitamente, a parte gli aspetti biologici, al comportamento di ogni individuo la responsabilità delle proprie condizioni di salute.

La presente riflessione non entra nel merito della gerarchia delle determinanti delle disuguaglianze, ma si limita a documentare le disuguaglianze osservate nel nostro Paese mettendole in relazione con i principali fattori individuali e di contesto.

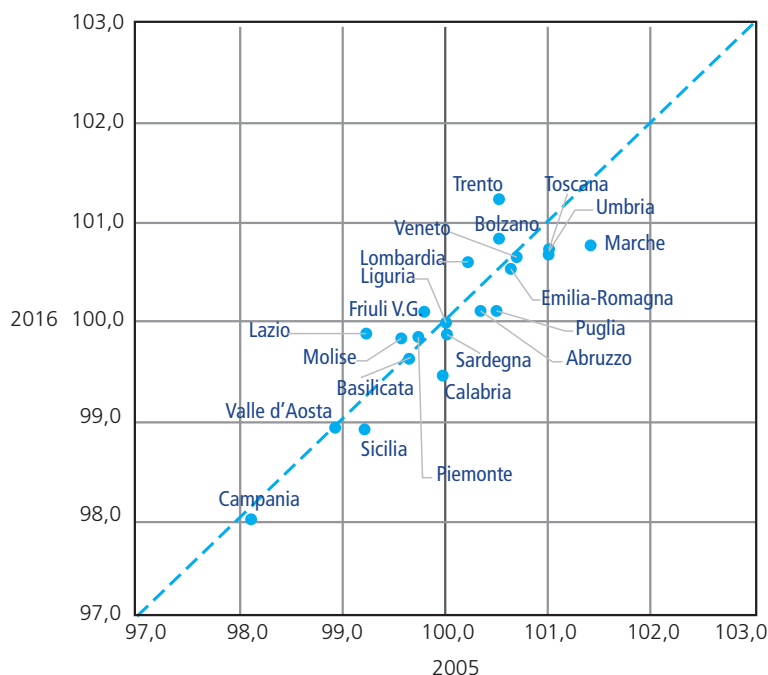
Il Servizio sanitario nazionale è nato con l'obiettivo di tutelare la salute, come diritto fondamentale dell'individuo e della collettività, e superare gli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese. Il principio alla base del Ssn è l'universalismo ritenuto un presupposto per l'uniformità delle condizioni di salute sul territorio (cfr Legge 23 dicembre 1978 n. 833, Art. 1, 2 e 3). Quindi, la riduzione delle disuguaglianze, sociali e territoriali è uno dei principi cardine del nostro welfare sanitario, da perseguire al pari della tutela della salute, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, principio affermato nel corso del ciclo di riforme che hanno interessato il settore¹.

Gli indicatori di seguito analizzati evidenziano

l'esistenza di sensibili divari di salute sul territorio, ne sono la prova i dati del 2017 della Campania dove gli uomini vivono mediamente 78,9 anni e le donne 83,3; mentre nella Provincia Autonoma di Trento gli uomini mediamente sopravvivono 81,6 anni e le donne 86,3 (cfr. <http://www.istat.it/it/archivio/208951>). In generale, la maggiore sopravvivenza si registra nelle regioni del Nord-est, dove la speranza di vita per gli uomini è 81,2 anni e per le donne 85,6; decisamente inferiore nelle regioni del Mezzogiorno, nelle quali si attesta a 79,8 anni per gli uomini e a 84,1 per le donne.

La dinamica della sopravvivenza, tra il 2005 e il 2016, dimostra che tali divari sono persistenti, in particolare Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna, Molise, Basilicata, Lazio, Valle d'Aosta e Piemonte restano costantemente al di sotto della media nazionale. Tra queste la Campania, la Calabria e la Sicilia peggiorano addirittura la loro posizione nel corso degli anni. Per contro, quasi tutte le regioni del Nord, insieme ad Abruzzo e Puglia, sperimentano, stabilmente, una aspettativa di vita al di sopra della media nazionale (cfr Graf. 1)

Grafico 1 - Speranza di vita alla nascita 2005-2016 (numeri indici Italia =100)



Fonte: elaborazioni su dati Istat

¹Legge del 30 dicembre del 1992, n. 502; Legge del 7 dicembre 1993, n. 517; Legge 19 giugno 1999, n. 229; Decreto legislativo n. 56 del 2000

Scendendo nel dettaglio territoriale, il dato sulla sopravvivenza mette in luce l'enorme svantaggio delle province di Caserta e Napoli che hanno una speranza di vita di oltre 2 anni inferiore a quella nazionale, seguite da Caltanissetta e Siracusa che palesano un deficit di sopravvi-

venza di 1,6 e 1,4 anni rispettivamente. Le Province più longeve sono quelle di Firenze, con 84,1 anni di aspettativa di vita, 1,3 anni in più della media nazionale, seguite da Monza e Treviso con poco più di un anno di vantaggio su un italiano medio (cfr Tabella 1).

Tabella 1 - Speranza di vita alla nascita per provincia di residenza - Anno 2016

Territorio		Territorio		Territorio	
Italia	82,751	Emilia - Romagna	83,189	Campania	81,068
Nord-ovest	83,007	Piacenza	82,778	Caserta	80,658
Piemonte	82,625	Parma	83,142	Benevento	81,967
Torino	83,097	Reggio nell'Emilia	82,867	Napoli	80,683
Vercelli	81,707	Modena	83,342	Avellino	82,025
Novara	82,745	Bologna	83,510	Salerno	82,004
Cuneo	82,504	Ferrara	82,224	Puglia	82,832
Asti	81,784	Ravenna	83,521	Foggia	82,664
Alessandria	81,892	Forlì - Cesena	83,573	Bari	83,279
Biella	81,995	Rimini	84,047	Taranto	82,497
Verbano -Cusio Ossola	82,540	Centro	83,010	Brindisi	82,532
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	81,871	Toscana	83,290	Lecce	82,970
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	81,871	Massa -Carrara	82,678	Barletta -Andria -Trani	82,875
Liguria	82,739	Lucca	82,504	Basilicata	82,433
Imperia	82,546	Pistoia	83,355	Potenza	82,398
Savona	82,641	Firenze	84,094	Matera	82,522
Genova	82,771	Livorno	82,738	Calabria	82,296
La Spezia	83,255				

continua a pagina seguente





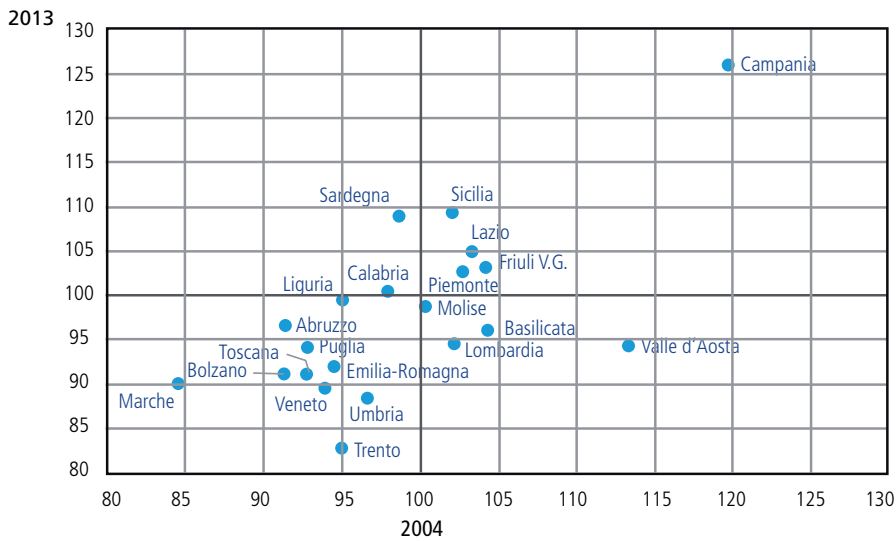
...segue dalla pagina precedente - Tabella 1

Lombardia	83,246	Pisa	83,371	Cosenza	82,284
Varese	83,376	Arezzo	83,413	Catanzaro	82,756
Como	83,283	Siena	83,446	Reggio di Calabria	82,172
Sondrio	82,222	Grosseto	82,834	Crotone	82,120
Milano	83,595	Prato	83,512	Vibo Valentia	82,459
Bergamo	83,004	Umbria	83,311	Isole	82,041
Brescia	83,364	Perugia	83,518	Sicilia	81,835
Pavia	81,962	Terni	82,803	Trapani	82,034
Cremona	82,140	Marche	83,364	Palermo	81,817
Mantova	83,104	Pesaro e Urbino	83,758	Messina	81,910
Lecco	83,457	Ancona	83,600	Agrigento	82,175
Lodi	82,635	Macerata	83,218	Caltanissetta	81,133
Monza e della Brianza	83,920	Ascoli Piceno	83,073	Enna	81,519
Nord-est	83,255	Fermo	83,225	Catania	81,818
Trentino Alto Adige / Südtirol	83,571	Lazio	82,654	Ragusa	82,508
Provincia Autonoma Bolzano / Bozen	83,448	Viterbo	82,100	Siracusa	81,400
Bolzano / Bozen	83,448	Rieti	81,781	Sardegna	82,645
Provincia Autonoma Trento	83,773	Roma	82,926	Sassari	82,139
Trento	83,773	Latina	82,606	Nuoro	81,715
Veneto	83,306	Frosinone	82,148	Cagliari	83,492
Verona	83,358	Mezzogiorno	82,054	Oristano	82,654
Vicenza	83,642	Sud	82,056	Olbia -Tempio	82,851
Belluno	82,620	Abruzzo	82,849	Ogliastra	81,577
Treviso	83,867	L'Aquila	82,466	Medio Campidano	82,116
Venezia	83,113	Teramo	83,102	Carbonia -Iglesias	82,287
Padova	83,403	Pescara	83,191		
Rovigo	82,070	Chieti	82,781		
Friuli -Venezia Giulia	82,834	Molise	82,594		
Udine	82,942	Campobasso	82,817		
Gorizia	82,142	Isernia	82,047		
Trieste	82,297				
Pordenone	83,704				

Fonte: Istat

Anche la mortalità prematura, proposta dall'Oms nell'ambito della Sustainable development goals, denuncia forti divari territoriali. Infatti, la Campania, la Sicilia, la Sardegna, il Lazio, il Piemonte e il Friuli presentano valori elevati di mortalità prematura, con una dinamica negativa tra il 2004 e il 2013 che le vede costantemente al di sopra della media nazionale (cfr Figura). Questo è un dato molto negativo, visto che si tratta di morti evitabili con idonee politiche di prevenzione.

Tasso standardizzato di mortalità di mortalità per le maggiori cause di morte tra 30-69 anni



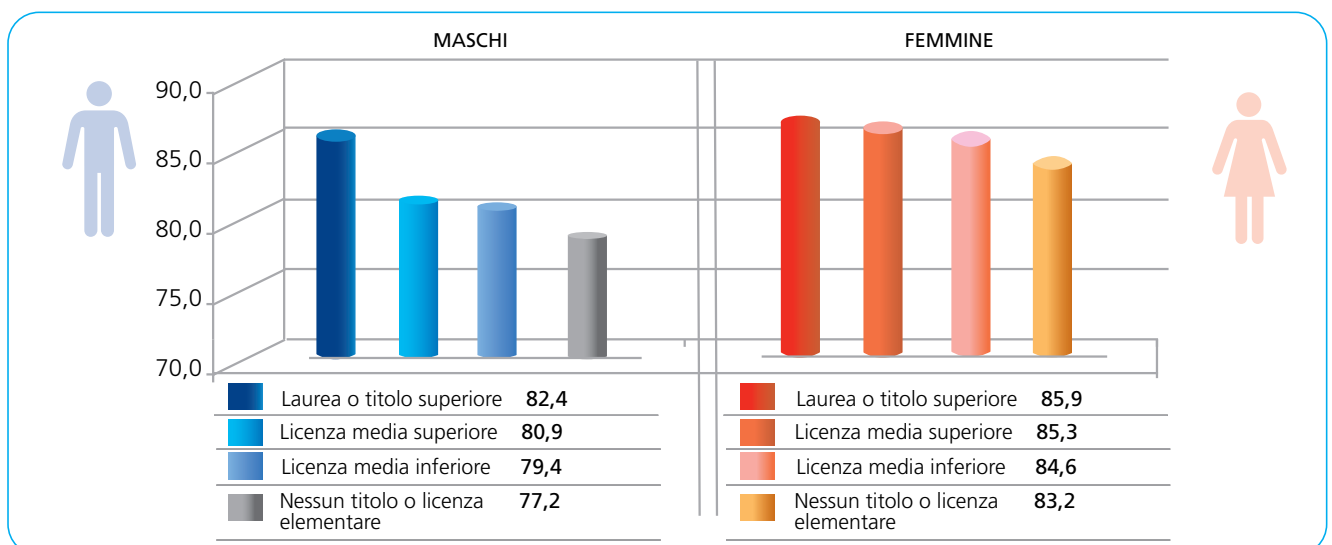
Fonte: elaborazioni su dati Istat

Non meno gravi i divari sociali di sopravvivenza, in Italia, un cittadino può sperare di vivere 77 anni se ha un livello di istruzione basso e 82 anni se possiede almeno una laurea; tra le donne il divario è minore, ma pur sempre significativo: 83 anni per le meno istruite, circa 86 per le laureate (cfr. Graf. 2).

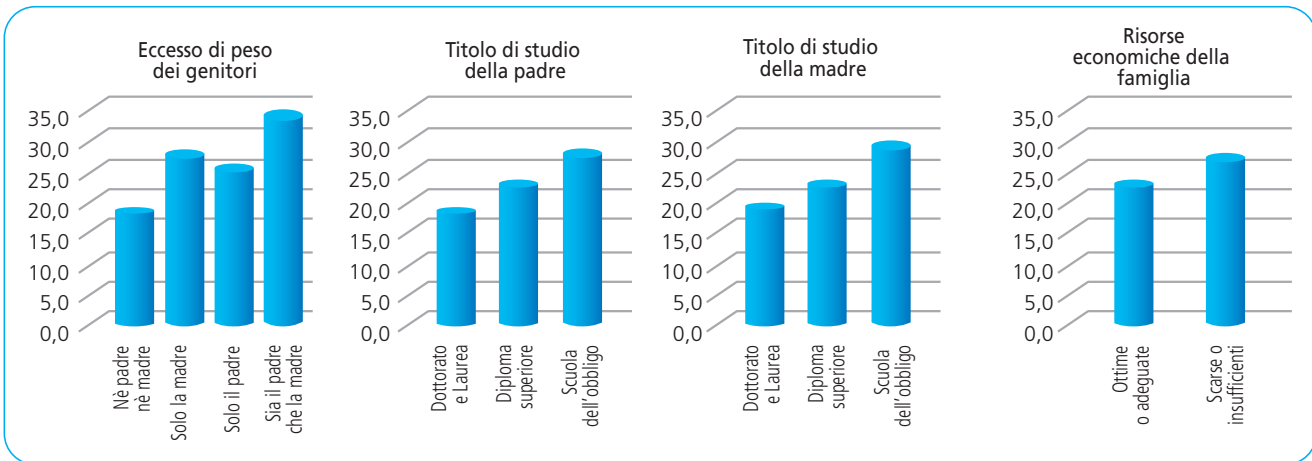
Anche le condizioni di salute, legate alla presenza di cronicità, denunciano sensibili differenze sociali, nel 2016, nella classe di età 25-44 anni la prevalenza di persone con almeno una cronica è pari al 24,7% tra coloro che hanno un titolo di studio basso e al 20,9% tra i laureati. Tale gap aumenta con l'età, nella classe 45-64 anni la prevalenza si attesta al 56,4% tra le persone con la licenza elementare e al 39,7% tra i laureati (cfr <http://dati.istat.it/>).

I divari di salute sono particolarmente preoccupanti quando sono così legati allo status sociale, poiché i fattori economici e culturali influenzano direttamente gli stili di vita e condizionano la salute delle future generazioni. Un tipico esempio è rappresentato dall'obesità, uno dei più importanti fattori di rischio per la salute futura, la quale interessa il 14,5% delle persone con titolo di studio basso e solo il 6% dei più istruiti (cfr Grafico 3). Anche considerando il livello di reddito gli squilibri sono evidenti: l'obesità è una condizione che affligge il 12,5% del quinto più povero della popolazione e il 9% di quello più ricco. I fattori di rischio si riflettono anche sul contesto familiare, infatti il livello di istruzione della madre rappresenta un destino per i figli, a giudicare dal fatto che il 30% di questi è in sovrappeso quando il titolo di studio della madre è basso, mentre scende al 20% per quelli con la madre laureata.

Grafico 2 - Speranza di vita alla nascita per genere e titolo di studio – Anno 2012



Fonte: elaborazioni su dati Istat

**Grafico 3** - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 6-17 anni in eccesso di peso per genere e per titolo di studio della madre e del padre, risorse economiche della famiglia ed eccesso di peso dei genitori - Anni 2014-2015

Fonte: elaborazioni su dati Istat

Alle disuguaglianze di salute si affiancano quelle di accesso all'assistenza sanitaria pubblica, si tratta delle rinunce, da parte dei cittadini, alle cure o prestazioni sanitarie a causa dell'impossibilità di pagare il ticket per la prestazione. La difficoltà di accesso alle cure sanitarie è un problema particolarmente grave perché impatta molto sulla capacità di prevenire la malattia, o sulla tempestività della sua diagnosi. Nella classe di età 45-64 anni le rinunce ad almeno una prestazione sanitaria è pari al 12% tra coloro che hanno completato la scuole dell'obbligo e al 7% tra i laureati. La rinuncia per motivi economici tra le persone con livello di studio basso è pari al 69%, mentre tra i laureati tale quota si ferma al 34%.

In tema di disuguaglianze di salute è interessante effettuare un confronto con alcuni altri Paesi dell'Unione Europea, in particolare con quelli che adottano uno dei due principali modelli sanitari: Beveridge e Bismarck². Dall'analisi emerge molto chiaramente che le disuguaglianze maggiori rispetto al livello di istruzione si riscontrano per i sistemi sanitari di tipo mutualistico, dove si osserva che la quota di persone che sono in cattive condizioni di salute è di quasi 15 punti percentuali più elevata tra coloro che hanno titoli di studio più bassi (cfr. Tabella 2). Il nostro Paese è quello che ha il livello di disuguaglianza minore dopo la Svezia, avendo 6,6 punti percentuali di differenza tra i meno e i più istruiti. Questa evidenza spinge a dire che, nonostante i divari appena rilevati, il modello italiano è, comunque, tra i migliori, anche in considerazione della maggiore longevità di cui godono i nostri concittadini.

Tabella 2 - Percentuale di persone che dichiarano di stare male o molto male nella classe di età 25-64 anni rispetto alla tipologia del sistema sanitario e titolo di studio - 2015

	Fino alla licenza media (1)	Laurea e oltre (2)	Diff (1)-(2)
Bismarck			
Paesi Bassi	18,1	3,2	14,9
Svizzera	10,7	1,7	9,0
Lussemburgo	14,6	1,5	13,1
Germania	17,3	2,9	14,4
Austria	17,1	3,5	13,6
Beveridge			
Norvegia	12,1	2,9	9,2
Finlandia	9,5	1,6	7,9
Danimarca	17,1	4,4	12,7
Islanda	10,8	2,2	8,6
Svezia	6,9	2,4	4,5
Italia	9,7	3,1	6,6
Dati Eurostat			

² Modello Bismarck: sistema di social health insurance, noti anche come sistemi mutualistici. Il bene Salute, garantito dallo Stato, è un diritto dei cittadini nei limiti della copertura assicurativa sociale (compartecipazione dei lavoratori e dei datori di lavoro).

Modello Beveridge : sistema tax-financed, cioè finanziati con la fiscalità generale. Il bene Salute, garantito dallo Stato, mediante accesso universalistico gratuito attraverso la fiscalità generale.

Conclusioni

La sfida futura del Ssn sarà quella di contrastare le persistenti disuguaglianze con interventi e politiche urgenti. Apprezzabile la sensibilità dimostrata su questi temi dal Ministero della salute nel rapporto "L'Italia per l'Equità nella Salute" pubblicato recentemente³. Il Rapporto avanza alcune proposte e linee strategiche che appaiono condivisibili e orientate nella giusta direzione. In particolare, si ritiene prioritaria l'attivazione di iniziative finalizzate all'empowerment culturale verso i temi della salute e degli stili di vita, da attuare nelle scuole per i ragazzi e le loro famiglie. Spesso, infatti, gli interventi delle politiche sono vanificati da atteggiamenti e comportamenti individuali sbagliati che ne riducono gli effetti attesi. Non meno rilevante è la lotta contro la povertà e la deprivazione che deve essere un obiettivo ineludibile di tutte le politiche di welfare, anche per migliorarne l'efficacia, vista la stretta relazione tra la condizione economica e la salute.

Un altro punto su cui occorre riflettere riguarda l'allocatione del finanziamento alle Regioni, non è da escludere, infatti, che i divari territoriali possano discendere in parte da una divisione del Fondo sanitario non coerente con i bisogni di salute della popolazione. Non sembra, infatti, plausibile che regioni come la Campania e la Calabria ricevano minori finanziamenti, pur denotando condizioni di salute peggiori di altre regioni.

Un ulteriore problema emerso nelle analisi è l'accessibilità alle cure, in altre parole, le file d'attesa. Si tratta di un tema per il quale non si riesce a trovare una soluzione soddisfacente, un possibile intervento potrebbe essere quello di mettere in rete tutte le strutture, ospedaliere e territoriali, e governare centralmente gli accessi in base all'appropriatezza delle cure e all'urgenza degli stessi.

Il tema delle disuguaglianze di salute si intreccia, per quanto detto in precedenza sulla compatibilità delle risorse finanziarie con i vincoli del bilancio pubblico, con quello della sostenibilità economica che resta uno dei punti al centro delle riflessioni della politica e degli addetti ai lavori. Le soluzioni che circolano poggiano sull'ingresso dei fondi sanitari privati e su forme di welfare aziendale in grado di affiancare lo Stato per questa importante funzione. Questa suggestione, se da un lato, potrebbe rappresentare una facile soluzione per il futuro, dall'altro apre interrogativi sui quali vale la pena di riflettere. In particolare, se i fondi sanitari debbano avere un ruolo sostitutivo o complementare nella sanità pubblica. Ma tale scelta potrebbe, da un lato, risolvere la sostenibilità della spesa sanitaria pubblica, dall'altro acuire le differenze sociali nella salute dei cittadini.

I fondi sanitari erano stati introdotti dalla riforma Ter, la quale aveva previsto il ricorso a forme di integrazione per tutte quelle prestazioni sanitarie non comprese nella lista dei livelli essenziali ma comunque di rilevanza per l'assistenza del cittadino. La funzione dei fondi era, pertanto, complementare in quanto si affiancavano al finanziamento pubblico. Altra faccenda è l'introduzione di forme assicurative sanitarie che nascerebbero con la finalità di intermediare i 35 miliardi di spesa sanitaria privata ed eventualmente sostituire, almeno in parte, una quota di quella che attualmente è a carico della finanza pubblica e della fiscalità generale. I problemi che si pongono in questo caso sono legati ai premi elevati per i cittadini più a rischio, oppure a fenomeni di selezione avversa, cioè esclusione dalla copertura assicurativa di alcune tipologie di persone, quali anziani e malati gravi. Inoltre, si prospetterebbe un'assistenza sanitaria di qualità differenziata a seconda dei premi assicurativi che le persone sono in grado di pagare, oppure si potrebbero generare differenze tra i lavoratori coperti o meno da forme di welfare aziendale. In altre parole, l'introduzione di fondi sanitari di natura sostitutiva finirebbe per acuire le forti disuguaglianze sociali di cui già soffre il settore.

E' opportuno, infine, sottolineare che, pur con le problematiche rappresentate, il Servizio sanitario nazionale resta una dei migliori in Europa in termini di efficacia, nonostante le risorse impegnate siano tra le più basse registrate nell'Ue. Pertanto è necessario attuare tutti gli sforzi necessari per preservare il nostro Servizio sanitario e renderlo più equo e sostenibile.

³ Ministero della salute, (2018) - "L'Italia per l'Equità nella Salute" - ISBN 9788898544196

Conclusioni e call to action

Domenico Cucinotta, *Università di Messina*

Francesco Giorgino, *Università di Bari*

Paolo Sbraccia, *Università di Roma Tor Vergata*

Premessa

Il Diabete Mellito può essere considerato il modello paradigmatico delle malattie croniche non trasmissibili e di esse è probabilmente la più diffusa ed una delle più pericolose,

essendo gravato da una serie di complicanze pluriorgano gravissime e costosissime. Secondo i dati dell'OMS la malattia, entro il 2030, rappresenterà in Europa la quarta causa di morte. Raggiungerà quindi il triste primato di contribuire alla mortalità della popolazione più di

quanto non facciano collettivamente AIDS, Malaria e Tubercolosi, considerate "la peste" dei nostri tempi. A questo dato, di per sé impressionante, si devono aggiungere tutte le altre condizioni che, associate al Diabete, rendono questa malattia ancor più grave ed aumentano ulteriormente il nefasto peso di essa in termini di salute e di costi. Ad esempio, il numero di soggetti che non presentano ancora un diabete manifesto ma che sono comunque a rischio di complicanze a cause dell'intolleranza ai carboidrati legata alla obesità ed alla Sindrome Metabolica ad essa associata è di circa 197 milioni di persone nel mondo. Secondo stime autorevoli questo numero nel 2025 aumenterà fino a raggiungere i 420 milioni di casi.

Un dato ulteriore è quello relativo agli ipertesi, con 1,56 miliardi di persone interessate nel 2025; anche l'ipertensione arteriosa è legata al diabete mellito da processi fisiopatologici

ed è al contempo importante causa di mortalità per le persone diabetiche.

Il Diabete è decisamente una patologia "sociale", dal momento che, per la sua elevatissima prevalenza, coinvolge di fatto la popolazione intera.

ISTAT ci indica che nel 2016 sono oltre 3 milioni 200 mila in Italia le persone che dichiarano di essere affette da diabete, il 5,3% dell'intera popolazione (16,5% fra le persone di 65 anni e oltre).

La diffusione del diabete è quasi raddoppiata in trent'anni (coinvolgeva il 2,9% della popolazione nel 1980). Anche rispetto al 2000 i diabetici sono 1 milione in più e ciò è dovuto sia 'invecchiamento della popolazione che ad altri fattori, tra cui l'anticipazione delle diagnosi (che

porta in evidenza casi prima sconosciuti) e l'aumento della sopravvivenza dei malati di diabete.

Nell'ultimo decennio, infatti, la mortalità per diabete si è ridotta di oltre il 20% in tutte le classi di età. Inoltre, confrontando le generazioni, nelle coorti di nascita più recente la quota di diabetici aumenta più precocemente che nelle generazioni precedenti, a conferma anche di una progressiva anticipazione dell'età in cui si diagnostica la malattia.

Il diabete è una patologia fortemente associata allo svantaggio socioeconomico. Tra le donne le disuguaglianze sono maggiori in tutte le classi di età: le donne diabetiche di 65-74 anni con laurea o diploma sono il 6,8%, le coetanee con al massimo la licenza media il 13,8% (i maschi della stessa classe di età sono rispettivamente il 13,2 e il 16,4%).

Lo svantaggio socioeconomico si conferma anche nella mortalità ed è più evidente nelle donne, al contrario di quanto si osserva per le altre cause di morte: le donne con titolo di studio basso hanno un rischio di morte 2,3 volte più elevato delle laureate.

Questa patologia è più diffusa nelle regioni del Mezzogiorno dove il tasso di prevalenza standardizzato per età è pari al 5,8% contro il 4,0% del Nord. Anche per la mortalità il Mezzogiorno presenta livelli sensibilmente più elevati per entrambi i sessi.

Obesità e sedentarietà sono rilevanti fattori di rischio per la salute in generale, ancora di più per la patologia diabetica. Tra i 45-64enni la percentuale di persone obese che soffrono di diabete è al 28,9% per gli uomini e al 32,8% per le donne (per i non diabetici rispettivamente 13,0% e 9,5%). Nella stessa classe di età il 47,5% degli uomini e il 64,2% delle donne con diabete non praticano alcuna attività fisica leggera nel tempo libero.

Una malattia con tale prevalenza non può non impattare fortemente anche sulla spesa: in media ogni malato spende 2.600 euro l'anno per la sua salute, più del doppio rispetto ai concittadini senza diabete, incidendo per il 5,61% sulla spesa sanitaria e per lo 0,29% sul Pil. Questi sono costi pesanti, anche se comunque tra i più bassi rispetto a Germania, Francia, UK e Spagna, come emerge dal rapporto Burden of Disease, Cost and Management of Diabetes in EU5 Countries della London School of Economics.

E' estremamente importante sottolineare che di questi 2.600 euro solo il 7% deriva dalla spesa per i farmaci, mentre il 25% è legato ai costi delle complicanze cardiovascolari, renali, oculari e neuropatiche (si calcola che il costo per i pazienti che presentano complicanze sia addirittura quadruplo rispetto ai pazienti non complicati) ed una fetta ancora più cospicua è relativa alle ospedalizzazioni per diabete (circa il 20% delle persone in ricovero ospedaliero sono affette da questa patologia).

Alla sfida posta da questa malattia occorre quindi dare una risposta forte, che veda impegnati non solo i medici e gli operatori sanitari, ma coinvolga in prima linea le istituzioni, la società ed i cittadini (oltre ovviamente ai pazienti affetti ed alle loro famiglie) per definire le azioni da intraprendere ed individuare un preciso modello organizzativo nel quale queste azioni vengano collocate.

È opinione generale che l'obesità abbia ormai i caratteri di una vera e propria epidemia mondiale, tanto da preoccupare non solo il mondo medico scientifico, ma anche i responsabili della salute pubblica.

I dati oggi disponibili ci indicano che le persone in sovrappeso, obese o con diabete crescono in tutto il mondo. In Italia è sovrappeso oltre 1 persona su 3 (36%, con preponderanza maschile: 45,5% rispetto al 26,8% nelle donne), obesa 1 su 10 (10%), diabetica più di 1 su 20 (5,5%) e oltre il 66,4% delle persone con diabete di tipo 2 è anche molto sovrappeso o obeso, mentre lo è "solo" un quarto delle persone con diabete tipo 1, il 24%. In pratica, sono sovrappeso quasi 22 milioni di italiani, obesi 6 milioni, con diabete quasi 3,5 milioni: «diabesi», ossia contemporaneamente obesi e con diabete, circa 2 milioni.

Sembrerebbe che i costi diretti legati all'obesità in Italia siano pari a 22,8 miliardi di euro ogni anno e che il 64% di tale cifra venga speso per l'ospedalizzazione. Nonostante ciò, l'obesità è una malattia cronica che fino a qualche anno fa è stata sottovalutata ed è, ancora oggi, poco curata. L'opinione pubblica ed anche parte del mondo medico hanno una visione superficiale del problema. L'obesità e il diabete rappresentano un problema di salute particolarmente preoccupante, tanto da configurarsi a livello internazionale come elementi di una "moderna pandemia".

Questi numeri ci fanno capire come diabete e obesità si sostengano a vicenda. L'obesità è considerata l'anticamera del diabete e la combinazione tra le due malattie rappresenta una vera e propria epidemia dei nostri tempi, per la quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha persino coniato il termine diabesità.

L'associazione diabete-obesità deve preoccupare, perché di diabesità si muore, infatti il rischio di morte raddoppia ogni 5 punti di crescita dell'indice di massa corporea, il BMI: un diabetico sovrappeso raddoppia il proprio rischio

di morire entro 10 anni rispetto a un diabetico di peso normale; per un diabetico obeso il rischio quadruplica».

Le conseguenze sono serie sia in termini di riduzione dell'aspettativa di vita, a causa di malattie croniche ad esse associate, sia in termini di ricadute economiche. Ciò deve far riflettere e bisogna di conseguenza agire con urgenza.

La sfida posta dalla "cronicità" in genere e da Obesità e Diabete richiede sicuramente una riorganizzazione ed innovazione dell'assistenza sociosanitaria.

Bisogna agire in maniera mirata attraverso azioni che permettano di:

- individuare precocemente la malattia nella popolazione a rischio aumentato, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza (secondo l'indagine multi-scopo ISTAT più del 50% della popolazione adulta controlla annualmente la glicemia, senza tuttavia una standardizzazione e probabilmente con un eccesso di prestazioni);
- predisporre protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici, anche con riguardo alla fornitura di presidi per il monitoraggio della glicemia;
- definire percorsi assistenziali con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica e dell'educazione terapeutica dei pazienti, considerando anche la frequente presenza di comorbilità;
- valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale per diabete e obesità ed introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione;
- favorire l'implementazione di sistemi informativi e banche dati che facilitino la gestione e la valutazione dei programmi.

Tutto questo richiede necessariamente la creazione di un team multidisciplinare, la cui azione sarà tuttavia ardua e, in alcune istanze, scarsamente efficace se non sostenuta da importanti cambiamenti sociali e politici che agevolino la lotta contro la malattia. Iniziative di sanità pubblica devono quindi essere stimolate che facilitino l'accesso e stimolino il consumo di cibi più sani, e che conducano alla pianificazione di interventi di educazione alla salute capaci di stimolare, tra l'altro, una maggiore propensione all'esercizio fisico. Sin dal 2003, l'assemblea dell'OMS ha adottato una "Strategia globale per la dieta, l'attività fisica e la salute" il cui target è appunto una modificazione degli stili di vita atta a combattere le malattie croniche non trasmissibili.

Alcune nazioni tra cui Brasile, India e Cina, hanno avviato programmi di monitoraggio dell'obesità e della nutrizione.



Ma se, come detto, sono necessari a monte interventi "sociali" per il re-indirizzo degli stili di vita, altrettanto è necessaria, a valle, la individuazione e la implementazione di modelli assistenza e di cura che siano al tempo stesso efficaci e sostenibili. Fondamentale quindi diventa investire e indirizzare gli sforzi sulla riorganizzazione del sistema di long term care, agendo sia sulla prevenzione sia sul bisogno di continuità assistenziale della persona.

L'impatto clinico ed economico del Diabete - in gran parte dovuto alle complicanze - rende ragione della necessità di approfondire le caratteristiche epidemiologiche della malattia ponendo al tempo stesso il problema del controllo sulle risorse impegnate, sulla qualità degli interventi sanitari e sulla sostenibilità economica.

Queste strategie, potenziate dalla individuazione di indicatori di qualità della cura, rappresentano per i servizi sanitari un fattore chiave per la costruzione di un efficace programma di valutazione della qualità dell'assistenza.

Call to Actions

Alla luce di quanto descritto, diventa prioritaria la individuazione di una serie di precise azioni di intraprendere, e precisamente:

A) PROMUOVERE COMPORTAMENTI SANI E CREARE UN AMBIENTE CHE CONSENTA L'ADOZIONE DI UN SANO STILE DI VITA

- Sensibilizzare la popolazione sui fattori di rischio del diabete e sui fattori determinanti della salute. Promuovere stili di vita sani attraverso lo svolgimento di attività fisica e l'adozione di una dieta equilibrata, a base di cibi sani e nutrienti che contengano meno zucchero, sale e grassi saturi;
- Utilizzare un approccio intersettoriale per fare scelte sane, attraenti e convenienti. Prendere in considerazione gli aspetti di prevenzione del diabete e dei fattori di rischio correlati nell'attività legislativa e politica, attraverso la tassazione, l'etichettatura dei cibi, il controllo e le restrizioni di pubblicità ingannevoli o stimolanti consumi di alimenti non appropriati;
- Incoraggiare un sano stile di vita nelle città attraverso la progettazione urbana. Sviluppare opportunità per svolgere attività fisica nelle infrastrutture architettoniche e urbanistiche delle città, come per esempio lo sviluppo di percorsi ciclabili e la progettazione di aree all'aperto dove svolgere esercizio fisico e attività motoria;
- Utilizzare l'ambiente di lavoro come un'opportunità per promuovere un comportamento sano e fare in modo che la salute dei dipendenti sia incorporata nelle pratiche e nelle politiche del datore di lavoro.

Privilegiare in Azienda e nelle mense una selezione di cibi sani e stabilire l'accesso all'attività fisica e il supporto alle scelte di stile di vita sano per i dipendenti.

B) MIGLIORARE LA SALUTE DEI NEONATI, DEI BAMBINI, DELLE MADRI E DELLE DONNE IN GRAVIDANZA

- Sensibilizzare alla salute prenatale, agli effetti del sovrappeso e del diabete mellito gestazionale (GDM);
- Migliorare gli screening prenatali, la cura, i consigli dietetici e la diagnosi precoce del GDM, gli interventi terapeutici e il follow-up, promuovere l'allattamento al seno;
- Utilizzare le scuole come piattaforme per promuovere uno stile di vita sano.
- Migliorare la cultura dei bambini sulla salute e l'alimentazione, favorendo l'accesso ai cibi sani nelle mense scolastiche e incoraggiando l'attività fisica attraverso le strutture scolastiche e il coinvolgimento di gruppi di bambini e adolescenti.

C) ATTUARE INIZIATIVE DI PREVENZIONE IN POPOLAZIONI VULNERABILI E AD ALTO RISCHIO

- Educare i professionisti della sanità alla valutazione dei gruppi ad alto rischio e sensibilizzarli verso la modifica dello stile di vita e scelte di stile di vita sane;
- Definire il target delle popolazioni vulnerabili, come ad esempio le minoranze etniche o svantaggiate, sensibili alla problematica del diabete;
- Stabilire la consapevolezza dei fattori di rischio del diabete e incoraggiare una vita sana, coinvolgendo la comunità di appartenenza.

D) IMPLEMENTARE INTERVENTI DI DIAGNOSI E TRATTAMENTO PRECOCE (EARLY DETECTION AND INTERVENTION)

Diagnosi e trattamento precoci riducono il rischio di complicazioni. Agire tempestivamente fornisce un'opportunità per migliorare la prospettiva e la qualità di vita individuale e diminuire nel contempo l'onere economico sui sistemi sanitarie sulla società. Di conseguenza occorre:

- Disegnare programmi di Healthcheck sulle popolazioni ad alto rischio per garantire una diagnosi precoce del diabete e delle malattie cardiovascolari, includendo la misurazione della glicemia, del colesterolo e della pressione del sangue;
- Implementare programmi mirati Healthcheckevidencebased nei luoghi dell'assistenza sanitaria, nella comunità o sul posto di lavoro, garantendo l'intervento precoce e più appropriato;

- Fornire supporto alle persone con riferimento alle diete e ai programmi di esercizio fisico alle persone con alto rischio di sviluppare il diabete e altre malattie croniche;
- Garantire l'intervento precoce per le persone con diabete o con altre malattie croniche per avere livelli di controllo ottimali sin dall'inizio della malattia.

E) UTILIZZARE QUESTIONARI E CARTE DEL RISCHIO SUL DIABETE ELABORATI A LIVELLO NAZIONALE

- Adattare e convalidare questionari sul diabete e sul rischio di malattia cardiovascolare sviluppati in contesti nazionali affinché si possa avere una stima attendibile del livello di rischio della popolazione, convenuto sulla base di risposte a domande semplici sulla predisposizione e sui fattori rischio individuali;
- Diffondere i questionari di rischio attraverso l'utilizzo primario di piattaforme riguardanti l'assistenza sanitaria, la comunità e il posto di lavoro. Le carte del rischio possono aiutare a motivare e rendere consapevoli gli individui sull'adozione di uno stile di vita salutare.

F) MIGLIORARE LA GESTIONE ED IL CONTROLLO

- Le persone con un buon controllo metabolico avranno migliori i risultati a lungo termine e quindi non solo vivranno meglio, ma utilizzeranno anche un minor numero di risorse sanitarie. Un approccio centrato sulle persone (peoplecentred) che miri a migliorare l'intero percorso della malattia diabetica manterrà le persone in condizioni di salute, senza o con minori complicazioni e co-morbilità. Questo richiederà un approccio coordinato che coinvolge la prevenzione e l'assistenza primaria, secondaria, terziaria con percorsi che pongano la persona al centro del processo. Per realizzare questo occorre:
- Creare sistemi di azioni coordinate, principalmente ancorate alle cure primarie, che supportino le esigenze del paziente con co-morbilità (i.e. Disease Management).
- Avere un focus specifico sulla garanzia di un accesso continuato, sicuro ed efficace ai trattamenti per migliorare il controllo e limitare o evitare le complicanze a lungo termine e le ospedalizzazioni evitabili.
- Responsabilizzare i pazienti mediante lo sviluppo e l'implementazione di modelli di cura delle cronicità (chronic care model);
- Implementare percorsi evidence-based per la persona con cronicità con un focus particolare sul patientempowerment;
- Fornire e assicurare qualità nell'autogestione del dia-

bete, strutturando programmi di educazione nelle fasi rilevanti della vita della persona con diabete, basati sulle esigenze personali, coinvolgendo professionisti competenti per educare e aiutare gli individui a gestire le loro condizioni di salute e di malattia. Promuovere ulteriormente il patientempowerment attraverso attività guidate da organizzazioni della società civile, come le associazioni pazienti;

- Promuovere e sostenere l'adozione di strumenti e strategie con comprovato rapporto costo-efficacia favorevole, tra cui la telemedicina e la sanità elettronica, come modelli di supporto che possano facilitare l'autogestione quotidiana;
- Creare una maggiore equità nella fruizione del diritto alla salute offrendo un supporto basato su singoli bisogni e garantendo la parità di diritti.
- Utilizzare sistemi informativi per acquisire dati utili al processo decisionale;
- Possedere indicatori di esiti e di processi sul diabete, al fine di impostare obiettivi nazionali per la qualità delle cure e valutare i progressi attraverso l'attuazione di sistemi di monitoraggio a livello Nazionale e a livello regionale e all'interno dei differenti livelli di assistenza sanitaria.
- Utilizzare registri basati sulla popolazione nazionale (tra cui dati riguardanti la Medicina Generale e l'ospedalizzazione) come base d'informazioni per il processo decisionale e per la definizione delle priorità favorendo il confronto con gli altri Paesi.
- Incoraggiare la condivisione delle cure e avere delle cartelle cliniche elettroniche accessibili a pazienti e medici.

Incoraggiare l'assistenza sanitaria specialistica stabilendo obiettivi individuali da sottoporre a monitoraggio.

Considerazioni conclusive

E' fin troppo facile constatare come la lista delle cose da fare e delle azioni da intraprendere sia lunga. E' di conforto però la osservazione che la rete diabetologica italiana è sicuramente tra le più evolute a livello mondiale: in tal senso i risultati clinici, sociali ed economici, desumibili dalla letteratura internazionale, dimostrano una eccellenza dell'Italia nella cura delle persone con diabete che deve essere salvaguardata a livello Istituzionale e programmatico.

La mancanza di equità è il problema principale dell'assistenza diabetologica oggi in Italia. In Italia non si fa della cattiva assistenza alla persona con diabete. Il sistema funziona ma colpisce la differenza fortissima e largamente ingiustificata fra il servizio reso nell'una e nell'altra Regione, perfino in ASL diverse della stessa Regione. Da Regione a Regione variano le modalità di prescrizione e



di approvvigionamento dei presidi, nonché la durata dell'attestazione; alcuni cittadini devono recarsi all'ASL per far autorizzare la prescrizione dal Diabetologo, in alcune regioni il Medico di Medicina Generale o il Pediatra possono attestare la patologia. Siamo di fronte ad un federalismo 'disordinato', che mina alla base l'universalità del Servizio Sanitario. Per tali ragioni pensiamo che il Livello Essenziale di Assistenza diabetologica (LEA) sia inteso come il servizio che ogni azienda sanitaria eroga ai cittadini, secondo il modello di gestione integrata, prevedendo che l'assistenza specialistica sia fornita da un team multiprofessionale, composto da medici, infermieri, dietisti.

Dietro questa confusione e dispersione dei modelli organizzativi ci sono sicuramente degli sprechi di denaro e ci sono sicuramente ostacoli ingiustificati all'esercizio del diritto alla salute che vede nella persona con diabete il soggetto da tutelare.

La sfida posta dalla malattia, però, per le dimensioni che il fenomeno ha assunto e (in mancanza di un deciso intervento) assumerà nel futuro, richiede uno sforzo ulteriore, che, razionalizzando le risorse, renda sostenibile la lotta al diabete. Per raggiungere questo obiettivo è necessario promuovere nei Piani Nazionali e Regionali sul diabete un percorso strategico nell'approccio a questa patologia che tenga conto non solo degli aspetti funzionali ma anche di quelli strutturali e organizzativi e che abbia, nei percorsi mirati ed integrati, una formidabile arma di ottimizzazione del rapporto costo/beneficio. In questa ottica pubblichiamo questa nuova versione dell'Italian Diabetes & Obesity Barometer Report Report, che ha raccolto i contributi di oltre 50 tra i più validi esperti nazionali di diverse discipline.

L'Italian Diabetes & Obesity Barometer Report rappresenta una selezionata antologia di ricerche e riflessioni di colleghi che rappresentano le massime autorità scientifiche nel campo sugli argomenti sommariamente riassunti in questa introduzione.

L'obiettivo è, come per le passate edizioni, quello di dare un aggiornatissimo "stato dell'arte" del diabete in Italia. Abbiamo l'ambizione che questo possa costituire utile spunto per tutti gli stakeholder coinvolti nella galassia "diabete": per cambiare occorre conoscere e ci auguriamo che questo preciso ed aggiornato strumento di conoscenza possa servire da blue print per le necessarie azioni che occorre rapidamente implementare.

*“Principiis obsta:
sero medicina paratur,
cum mala per longas
convaluere moras”*

Con il contributo incondizionato di Novo Nordisk

IBDO FOUNDATION



Principiis Obsta

NON COMMUNICABLE DISEASES OBSERVATORY