

II INDAGINE CIVICA SUL DIABETE

Disuguaglianze, territorio, prevenzione, un percorso ancora lungo





Disuguaglianze, territorio, prevenzione, un percorso ancora lungo

Seconda Indagine civica sul Diabete

Ottobre 2021

A cura di Stefano A. Inglese

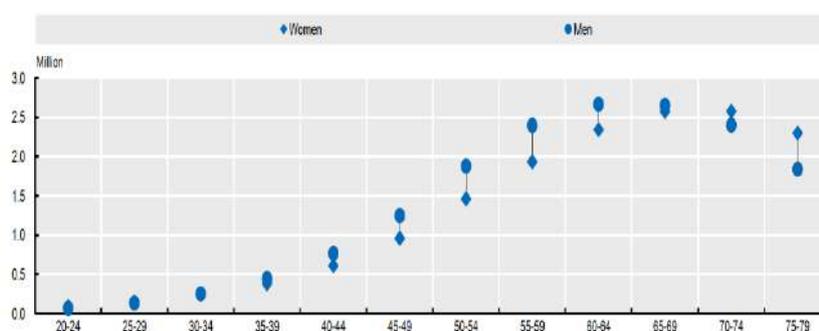
Indice

Il contesto	3
Perché una nuova Indagine civica sul diabete	14
La presa in carico e l'integrazione ancora tutta da costruire	22
Curarsi al tempo della pandemia	34
Prevenzione, qualità e stili di vita, accesso alla innovazione terapeutica, autogestione	39
I costi	48
Il bambino diabetico	50
Diversità, disomogeneità, diseguaglianze	53
Considerazioni conclusive	65
Indicatori regionali	72
Ringraziamenti	87

Il contesto

Il diabete è considerato dall'OMS e dall'ONU una delle tre emergenze sanitarie, accanto a malaria e tubercolosi, l'unica non trasmissibile. Una valutazione che ha la sua ragion d'essere nei numeri, 463 milioni¹ di adulti (20-79 anni) ammalati di diabete in tutto il pianeta nel 2019, con stime che ne annunciano la crescita sino a 700 milioni nel 2045. In Europa si registra un aumento del diabete in tutti i paesi, si stimano circa 32 milioni di persone attualmente ammalate e altrettante a rischio di sviluppare la patologia. La prevalenza è del 7,1%. Il grafico che segue rende conto della popolazione con diabete per genere e classi di età nei paesi della Unione Europea.

Graf. 1 – Persone con diabete nell'UE per genere e classi di età, 2019

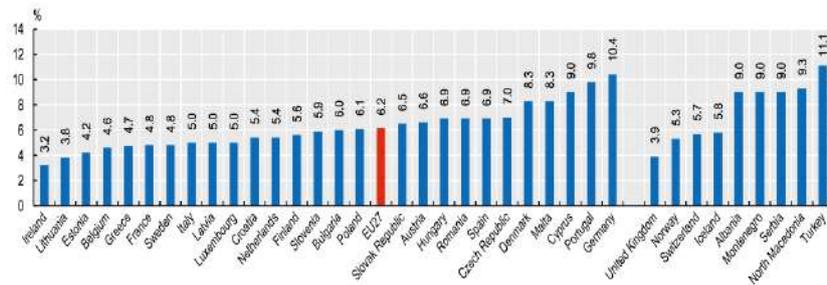


*Popolazione con diabete di tipo 1 e 2. I dati sono disponibili solo sino a 79 anni di età.
Fonte: OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.

¹ OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.

Il grafico successivo illustra la prevalenza del diabete nei paesi europei nella popolazione di età compresa tra 20 e 79 anni. L'Italia, come si può verificare, presenta un dato inferiore alla media europea.

Graf. 2 – Adulti* con diabete nell'UE, 2019

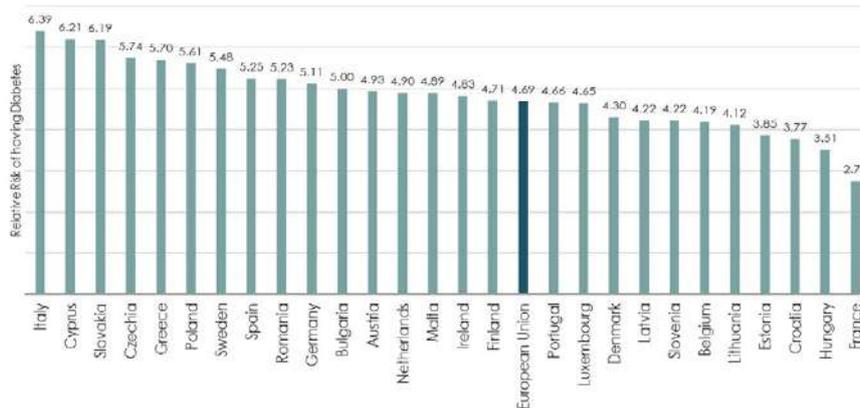


*Prevalenza del diabete nella popolazione di età compresa tra 20 e 79 anni con diabete di tipo 1 e 2.

Fonte: OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.

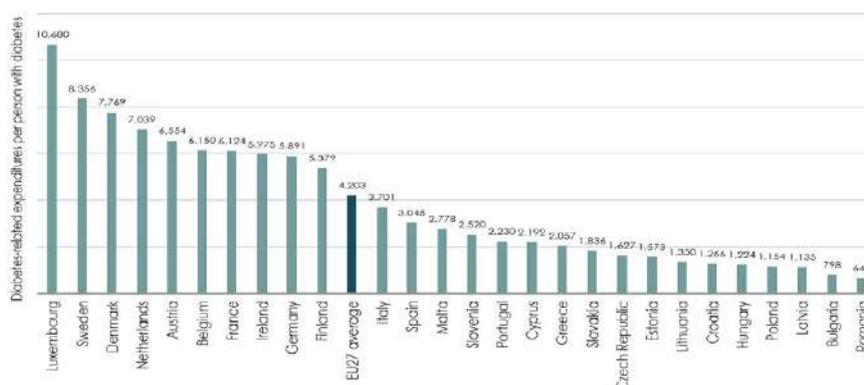
Il grafico seguente valuta comparativamente il rischio di insorgenza di diabete nella popolazione al di sopra dei 65 anni di età. Come si può verificare, l'Italia presenta l'indice di rischio più elevato, all'estremo opposto la Francia, con l'indice di rischio più basso.

Graf. 3 – Rischio di insorgenza di diabete nelle persone al di sopra dei 65 anni di età nei Paesi dell'Unione Europea



Il diabete è responsabile di costi sanitari elevati. Nel 2017 nei paesi dell'UE27, la spesa sanitaria correlata al diabete era di 4.203 euro pro capite l'anno², con grandi disparità e importi che variavano tra i 649 EUR della Romania e i 10.680 EUR del Lussemburgo. In Italia il costo complessivo per il monitoraggio e la cura di una persona con diabete è di circa 2.800 euro annui³, più del doppio rispetto ad una persona non diabetica. Questa somma, tuttavia, in realtà sottostima la spesa reale perché fa riferimento alle tariffe standard, che non sempre corrispondono ai costi effettivi.

Graf. 4 – Spesa sanitaria pro capite correlata al diabete nei paesi dell'UE27. 2017



Fonte: A. Nicolucci, C. Rossi, CORESEARCH, *Diabetes Monitor Journal*, n. 1 2021

Secondo i dati più recenti, in Italia le persone con diabete sono circa 3,4-4 milioni⁴, con dati in crescita e una prevalenza stimata tra 5,8 e 6,2%. Ma c'è chi stima questi valori approssimati per difetto, e valuta la prevalenza reale intorno all'8,5%⁵, considerando casi noti e non noti, visto che si valuta che 1-1,5

² A. NICOLUCCI, C. ROSSI, CORESEARCH, *Diabetes Monitor Journal*, n. 1 2021.

³ OSSERVATORIO ARNO DIABETE, Rapporto 2019.

⁴ Istat, *Aspetti della vita quotidiana*, 2021; *Italian Diabetes Barometer Report 2021*.

⁵ OSSERVATORIO ARNO DIABETE, *cit.*

milioni di persone non sappia di avere il diabete. Inoltre, si stima che altri 4 milioni di italiani siano a rischio di sviluppare la malattia.

Il diabete è l'incapacità, da parte del pancreas, di produrre insulina o di produrre e impiegare una quantità di insulina sufficiente a mantenere sotto controllo la glicemia. Si conoscono vari tipi di diabete.

Il diabete di tipo 1 è una malattia autoimmune che distrugge le cellule pancreatiche che producono l'insulina e rappresenta il 3-5% di tutti i casi di diabete a livello mondiale. In genere si sviluppa nei bambini e nei giovani.

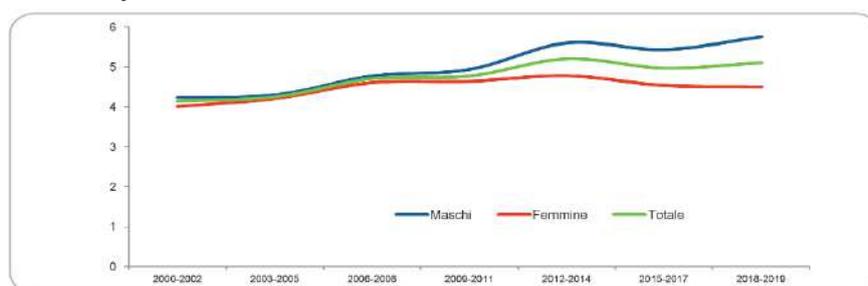
Il diabete di tipo 2 è dovuto ad una combinazione di insulino-resistenza e deficit di insulina. È il tipo di diabete più diffuso e si stima che rappresenti il 90% di tutti i casi di diabete. Si presenta soprattutto nelle persone di mezza età o anziane, ma con sempre maggior frequenza oggi colpisce anche bambini, adolescenti e giovani adulti sovrappeso.

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

Esistono anche altri tipi di diabete, come il diabete autoimmune dell'adulto (LADA), talvolta chiamato diabete di tipo 1,5 perché i pazienti presentano caratteristiche tanto del diabete di tipo 1 quanto del diabete di tipo 2.

Il diabete può portare a numerose gravi complicanze, che si manifestano in genere dopo alcuni anni dall'esordio della malattia. L'insorgenza delle complicanze è particolarmente rilevante in caso di diagnosi non tempestiva e trattamenti inadeguati, e può interessare vari organi e apparati. In primo luogo l'apparato cardiovascolare (angina, infarto, ictus, arteriopatia periferica e insufficienza cardiaca congestizia). Le complicanze cardiovascolari sono la prima causa di morte per le persone con diabete. Complicanze importanti possono verificarsi anche sui reni, sino a determinare insufficienza renale terminale, con necessità di trattamento dialitico o trapianto, a carico degli occhi, con retinopatie che possono essere all'origine di ipovisione o cecità, e neuropatie. Ricordiamo, infine, l'amputazione dell'arto inferiore come conseguenza della sindrome del piede diabetico. Le complicanze sono ritenute all'origine della riduzione della aspettativa di vita di 5-10 anni provocata dal diabete. Da notare che le complicanze incidono significativamente anche sulla spesa sanitaria, visto che ciò che si spende per la gestione del problema metabolico rappresenta il 10% del costo della malattia, mentre il costo attribuibile alle complicanze e alle comorbidity ne rappresenta il 90%⁶.

Graf. 5 – Popolazione con diabete. Italia, 2000-2019*



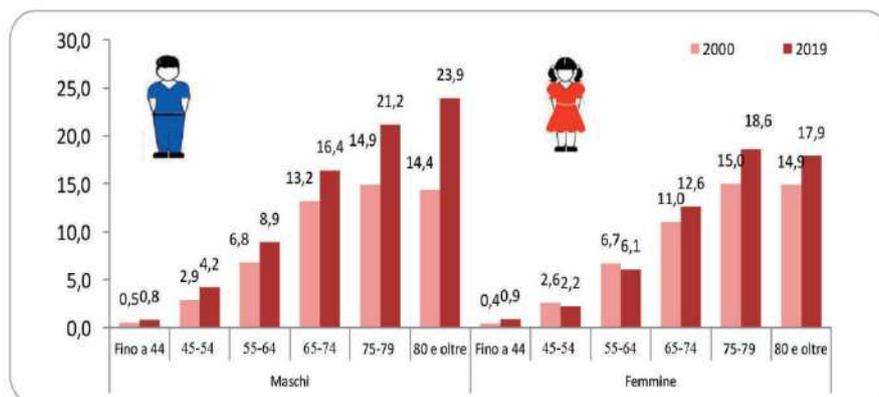
*Media triennale dei tassi standardizzati per 100 persone

Fonte: Istat, *Indagine sugli aspetti della vita quotidiana*

⁶ SID, Società Italiana di Diabetologia, *Il diabete in Italia*, Bononia University Press, 2016.

Il diabete è più diffuso tra gli uomini, con una prevalenza⁷ nella popolazione maschile nel 2019 del 6,2%, mentre per la popolazione femminile è del 5,5%. Negli ultimi 20 anni gli incrementi più rilevanti sono stati registrati per gli uomini al di sopra dei settanta anni, con una prevalenza passata dal 14,9% nel 2000 al 21,2% nel 2019 tra 75 e 79 anni, e un incremento di quasi 10 punti percentuali al di sopra degli ottanta anni (dal 14,4% nel 2000 al 23,9% nel 2019). Anche per le donne si rilevano incrementi nelle stesse fasce di età, ma sono assai meno significativi.

Graf. 6 – Distribuzione della popolazione con diabete per età e genere. Anni 2000 e 2019*



*Tassi standardizzati per 100 persone

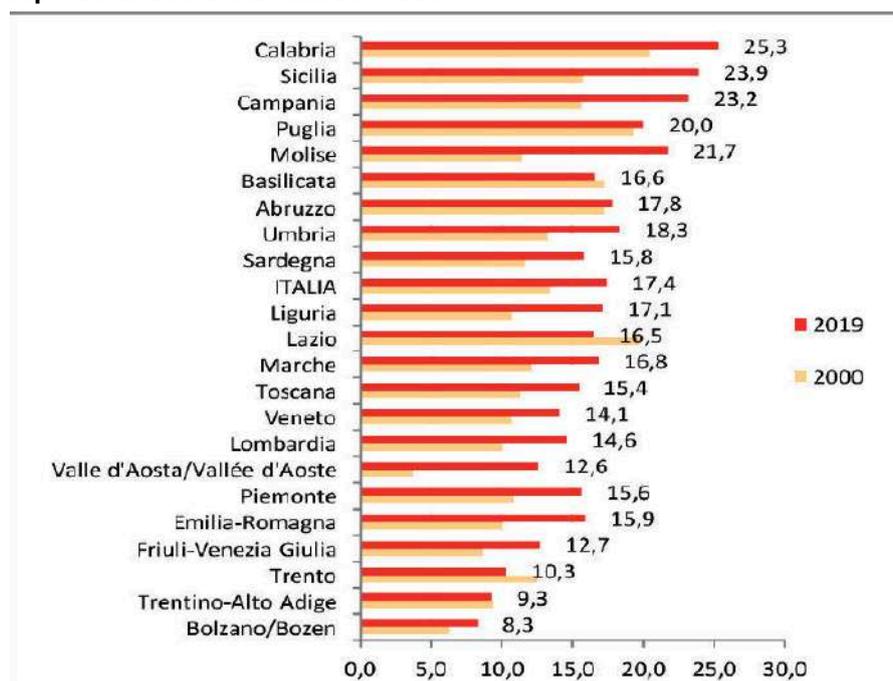
Fonte: Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana

I dati epidemiologici evidenziano l'associazione tra insorgenza del diabete e appartenenza a target di popolazione in condizioni socio-economiche più disagiate e che le disuguaglianze sociali incidono sulla diffusione della patologia. Tra le cause del diabete c'è sicuramente la predisposizione genetica, ma giocano un ruolo significativo anche abitudini alimentari scorrette, stili di vita più sedentari, scarsa attenzione per la prevenzione primaria e

⁷ Istat, Aspetti della vita quotidiana, 2021.

secondaria, comportamenti assai più diffusi tra le fasce di popolazione maggiormente deprivate. Si rilevano forti differenze tra Nord e Sud del Paese, con molte Regioni meridionali al di sopra della media nazionale. Calabria (8%), Molise (7,6%) e Sicilia (7,3%) sono le Regioni con gli indici di prevalenza della malattia più elevati e ben al di sopra del dato medio italiano (5,8%), mentre P.A. di Bolzano (3,4%), P.A. di Trento (4,2%) e Veneto (4,9%) presentano i valori migliori. Dati che trovano una corrispondenza anche se si valuta il diabete nelle persone anziane (65 anni e oltre), con la Calabria (25,3%) anche in questo caso significativamente al di sopra della media nazionale (17,2%) e con un dato tre volte superiore rispetto a quello della P.A. di Bolzano (8,3%), per la quale si registra il valore più basso.

Graf. 7 - Differenze della prevalenza del diabete nelle Regioni per le persone al di sopra dei 65 anni di età. Anni 2000 e 2019*

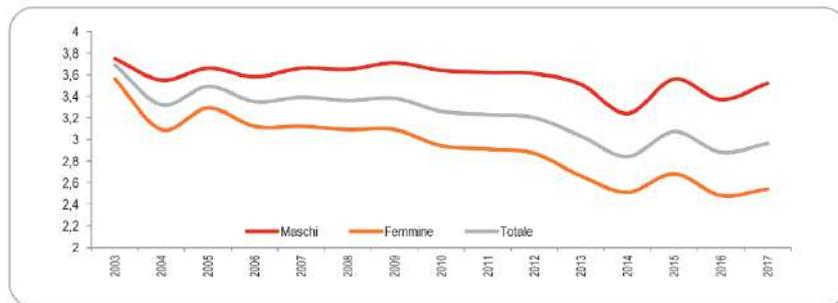


*Tassi standardizzati per 100 persone

Fonte: Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana

Una ulteriore conferma arriva dalla mortalità. Ancora oggi, nonostante gli evidenti progressi della ricerca scientifica e tecnologica, in Italia muoiono ogni anno più di 20.000 persone a causa del diabete.

Graf. 8 – Mortalità per diabete in Italia. 2003-2017*



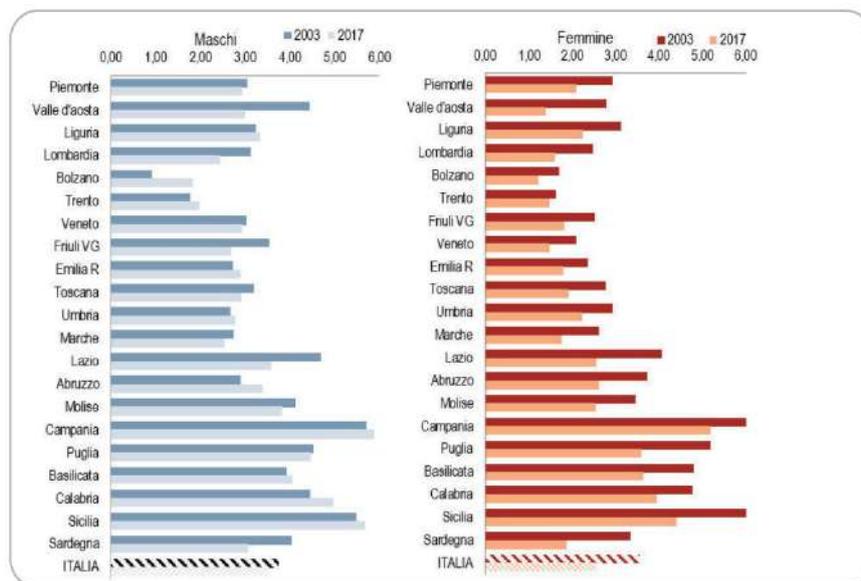
*Tassi standardizzati per 10.000 residenti.

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

Per le Regioni del Sud (4,48 per 10.000) e le Isole (4,26) i dati di mortalità sono significativamente più elevati rispetto alle Regioni del Centro (2,61) e del Nord (2,20). Campania (5,53), Sicilia (4,93) e Calabria (4,43) registrano i dati di mortalità per diabete più alti, Lombardia (1,95) e P.A. di Bolzano e di Trento (1,60) quelli più bassi.

Le criticità per le Regioni meridionali sono confermate anche se si disarticola il dato per genere. La mortalità per diabete negli uomini è di 5,88 decessi per 10.000 residenti in Campania e 5,69 in Sicilia, mentre per le donne i valori sono rispettivamente 5,19 e 4,41. Differenze analoghe si riscontrano se si verifica cosa succede dai 65 anni in su, con un tasso standardizzato di mortalità maschile per diabete pari a 16,4 decessi per 10.000 residenti, che sale a 27,2 in Campania e Sicilia. Per le donne il valore medio nazionale è di 12,3, ma sale a 24,9 in Campania e a 21,5 in Sicilia.

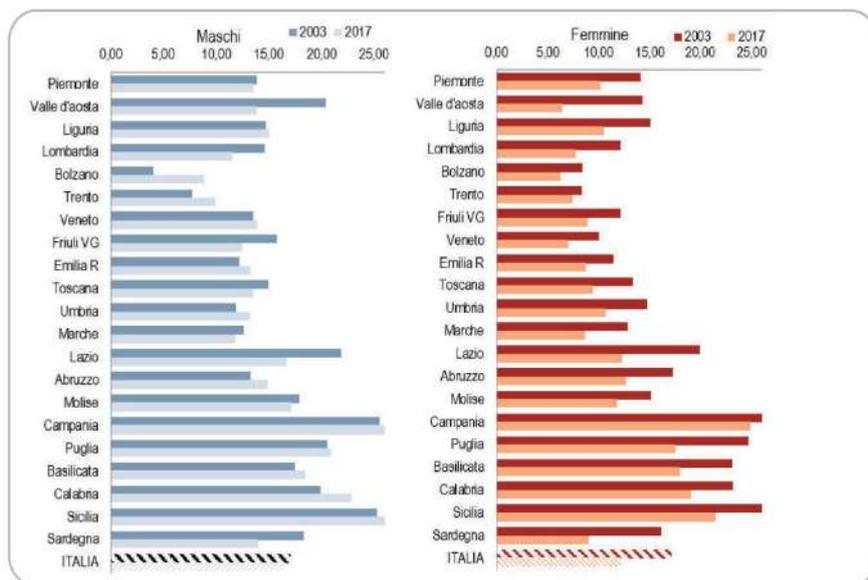
Graf. 9 – Mortalità per diabete in Italia per Regione e genere. 2003-2017*



*Tassi standardizzati per 10.000 residenti.
 Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Il confronto con il 2003 evidenzia differenze tra i generi tanto nella popolazione complessiva che in quella over 65 e si registra una diminuzione dei tassi di mortalità femminile in tutte le Regioni, mentre per quelli maschili si verifica un aumento in circa la metà di esse, all'origine della riduzione piuttosto contenuta del tasso standardizzato di mortalità per diabete al livello nazionale.

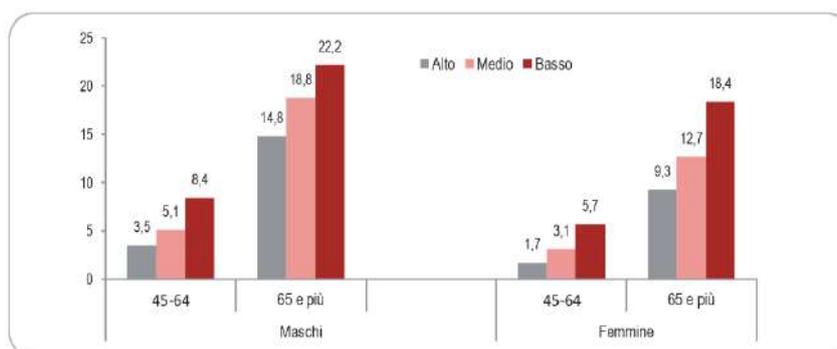
Graf. 10 – Mortalità per diabete negli over 65 in Italia per Regione e genere. 2003-2017*



*Tassi standardizzati per 10.000 residenti.
Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

È ormai consolidato il legame tra insorgenza del diabete e appartenenza a classi di popolazione in condizioni socio-economiche più disagiate. Se esaminiamo il livello di istruzione, in tutte le fasce d'età il gradiente tra basso e alto titolo di studio conseguito è evidente. Tra le donne i differenziali sono ancora più elevati rispetto a quelli dei loro coetanei. Tra le donne adulte di 45-64 anni con un basso livello di istruzione (al massimo la scuola dell'obbligo) la prevalenza di diabete è del 5,7%, tra le coetanee laureate la quota si riduce all'1,7%. Per gli uomini della stessa classe di età, la prevalenza è rispettivamente 8,4% e 3,5%. Le anziane con diabete e con un basso titolo di studio (licenza elementare) registrano una prevalenza doppia rispetto a quelle con titolo di studio più elevato (che hanno almeno un diploma di scuola superiore), 18,4% vs 9,3%. Per gli uomini over 65 anni meno

istruiti si raggiunge la quota massima del 22,2%, che si riduce al 14,8% tra quanti hanno una formazione più elevata.



*Tassi standardizzati per 100 persone.

Fonte: Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana

Le disuguaglianze sociali nella diffusione del diabete sono sovrapponibili nelle tre macroaree del Nord, Centro e Mezzogiorno per la fascia di età di 45 anni e oltre. Si accentuano per le donne di 45-64 anni che risiedono al Centro, con un rapporto tra le prevalenze di diabete tra le meno istruite e quelle più istruite di 3,95. In pratica, le donne adulte che hanno superato al massimo la scuola dell'obbligo fanno registrare un livello di prevalenza quattro volte superiore a quello registrato tra le laureate. Questo rapporto è pari a 3,1 sia al Nord che nel Mezzogiorno. Per gli uomini adulti di 45-64 anni si registrano differenziali meno marcati al Nord e più elevati al Centro e nel Mezzogiorno, e il rapporto tra basso e alto titolo di studio è rispettivamente 1,8 vs 2,8 e 2,9.

Anche per la mortalità si conferma la forte associazione con il disagio sociale. I gruppi sociali più deprivati, con basso livello di istruzione e di reddito, si caratterizzano per una mortalità per

diabete più elevata. Negli uomini di 30-89 anni la mortalità per diabete è 1,6 volte più elevata in presenza di un basso titolo di studio rispetto a chi ha un'istruzione elevata (4,9 morti per 10.000 residenti vs. 3,1). Nelle donne il gap sale a 2,3 volte (3,5 vs. 1,5).

Perché una nuova Indagine civica sul diabete

L'impegno per la tutela dei diritti delle persone con diabete è parte strutturale, ormai da anni, delle politiche di Cittadinanzattiva. Si potrebbero citare il progetto Diabete-Linea D, del 2007, nato con l'obiettivo di monitorare la qualità dell'assistenza ai pazienti cronici e dei percorsi diagnostico-terapeutico integrati nell'assistenza al paziente diabetico, la Raccomandazione civica del 2014 (*Dieci mosse per attuare il Piano Nazionale Diabete a misura del cittadino*), le varie edizioni annuali del *Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità*, la *Prima indagine civica* sul diabete del 2018, solo per citare alcuni esempi.

La consapevolezza che, nonostante l'impegno di tanti anni accanto alle Associazioni dei pazienti più impegnate sul campo, siamo ancora lontani da una capacità di presa in carico integrata della persona con diabete su tutto il territorio nazionale, in grado di garantire omogeneamente l'accesso appropriato a ciò che l'innovazione scientifica e tecnologica mette a nostra disposizione, e dalla giusta attenzione per le politiche di prevenzione, ci hanno spinti ad aggiornare le informazioni e i dati raccolti sulla condizione delle persone con diabete. Siamo stati spinti anche da un elemento che si manifesta con sempre maggiore evidenza in questa area delle cronicità, e cioè la persistenza di differenze significative e disuguaglianze inaccettabili tra aree territoriali diverse nella capacità del SSN di garantire risposte efficaci e tutela effettiva del diritto alla salute. Tutto ciò nella stagione nella quale siamo

continuamente posti di fronte ai progressi e ai successi della medicina nel contrasto delle cronicità, nel rallentamento della loro evoluzione progressiva, nell'allungamento della sopravvivenza, nel miglioramento della qualità della vita. Tutti elementi, questi, sui quali i servizi sanitari possono giocare un ruolo, facendo la differenza.

Anche questa volta l'Indagine è stata predisposta con un *Tavolo* di lavoro del quale fanno parte le Società scientifiche di riferimento, le Organizzazioni professionali di maggior rilievo e le principali Associazioni dei pazienti. Il Tavolo ha avviato i propri lavori nel luglio 2020, con una sessione di lavoro dedicata alla istruzione della nuova *Indagine* in vista della preparazione degli strumenti tecnici. Al Tavolo hanno aderito le seguenti organizzazioni di rappresentanza della componente scientifica e professionale, oltre che delle Associazioni dei pazienti:

AGD Italia, Coordinamento tra le Associazioni Italiane Giovani con Diabete;

AMD, Associazione Medici Diabetologi;

AME, Associazione Medici Endocrinologi;

ANIAD, Associazione Nazionale Italiana Atleti Diabetici

CARD, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto;

Diabete Forum;

Diabete Italia;

FAND, Associazione Italiana Diabetici;

F.A.R.E., Federazione delle Associazioni Regionali degli Economisti e dei Provveditori della Sanità;

FDG, Federazione Diabete Giovanile;

FIMMG, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale;

F.I.M.P., Federazione Italiana Medici Pediatri;

FNOPI, Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali,
Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia;

S.I.M.D.O., Società Italiana Metabolismo Diabete Obesità;

SID, Società Italiana di Diabetologia;

SIEDP, Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia
Pediatria;

SIFO, Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi
Farmaceutici delle Aziende Sanitarie;

SIMG, Società Italiana di Medicina Generale;

OSDI, Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani.

Il Tavolo ha curato i tre questionari utilizzati per lo svolgimento della *Indagine*, i primi due rivolti alle persone con diabete e ai professionisti sanitari, il terzo strumento agli Assessorati regionali alla salute. I questionari hanno preso in considerazione, in particolare, ciascuno dal punto di vista del target al quale erano rivolti, i servizi e la loro organizzazione, la capacità di presa in carico, l'organizzazione della rete diabetologica e l'integrazione con le cure primarie, l'utilizzo delle tecnologie nel self management della malattia e l'accesso alle stesse, le procedure burocratico-amministrative, l'informazione e la formazione, gli stili di vita. Un focus particolare è stato dedicato alla gestione delle cure e della assistenza al tempo della pandemia, un altro al bambino diabetico.

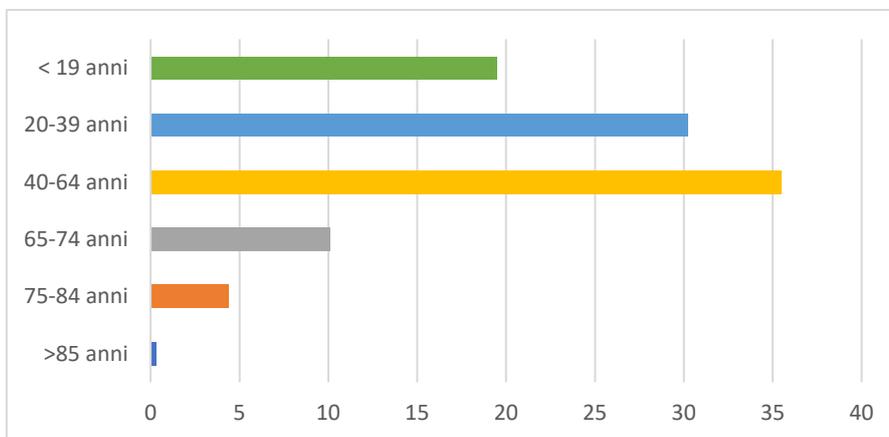
L'indagine è stata condotta tra il 22 marzo e il 21 giugno 2021, e prende in considerazione l'intero arco del 2020, dal 1° gennaio al 31 dicembre. Un anno particolare, come sappiamo, a causa della

emergenza pandemica, che non ha mancato di incidere, ovviamente, sui risultati.

I questionari completati, quindi utili per le valutazioni, sono 7.096. Di questi, 6.743 sono stati compilati da persone con diabete o genitori di bambini o adolescenti con diabete, 353 da professionisti sanitari. Va sottolineato, come è ovvio ed evidente dalle stesse modalità di progettazione e realizzazione della *Indagine*, che non si tratta di un campione statistico. Tuttavia, pur non essendo e non volendo essere in alcun modo un'indagine di tipo statistico, quindi con i limiti legati alla casualità del campione intercettato, i risultati a nostra disposizione rappresentano uno spaccato interessante del vissuto delle persone con diabete. L'analisi che ne deriva non ha alcuna pretesa di esaustività rispetto ad una materia estremamente complessa, come spesso accade in sanità, ma ha il vantaggio di concentrarsi su un punto di vista, quello dei cittadini, non sempre considerato adeguatamente. E la fotografia che ne risulta restituisce un quadro di insieme particolarmente ricco e mette a disposizione dei diversi stakeholder dati e informazioni utili sullo stato dell'arte della gestione della malattia da parte delle persone con diabete, con particolare riferimento alla loro relazione con ciò che il SSN garantisce loro.

Per quanto riguarda i questionari restituiti da persone con diabete o genitori di bambini o adolescenti con diabete, il 54% è stato compilato da uomini. La fascia di età più rappresentata si conferma quella tra 40 e 64 anni (35,5%), con un dato interessante per quella compresa tra 20 e 39 anni (30,2%), che cresce di quasi la metà rispetto alla rilevazione precedente (+45,2%).

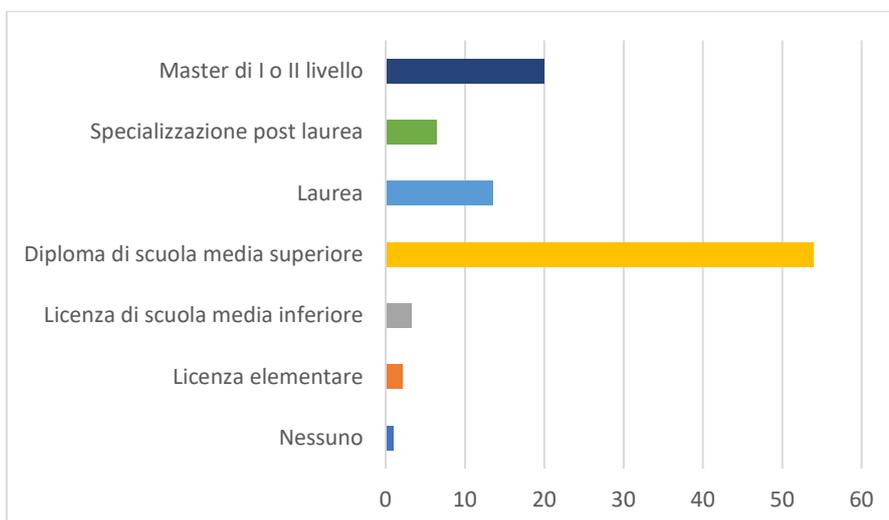
Graf. 12 – Et  delle persone con diabete che hanno risposto ai questionari



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Il 53,9% di chi ha risposto ha conseguito il diploma di scuola media superiore, il 13,5% la laurea, il 6,4% una specializzazione universitaria, il 19,9% un master (di primo o di secondo livello).

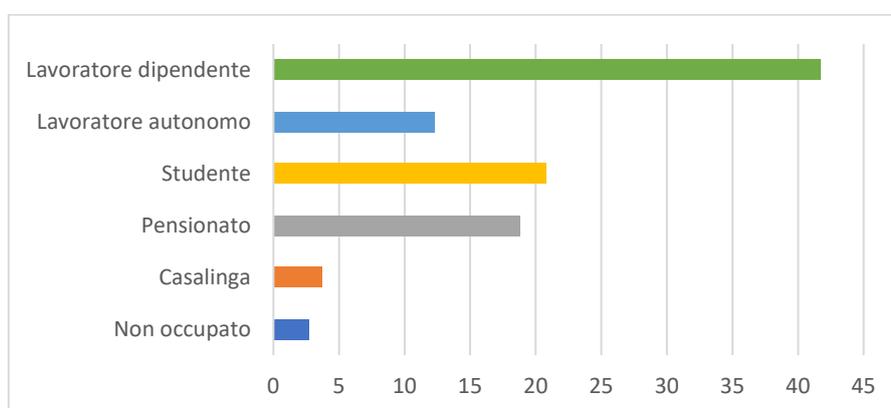
Graf. 13 – Titolo di studio delle persone con diabete che hanno risposto ai questionari



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Il 41,7% è un lavoratore dipendente, il 12,3% autonomo, ma c'è anche chi è ancora impegnato negli studi (20,8%) e chi presta la propria opera all'interno del nucleo familiare (casalinghe, 3,7%). Il 2,7% non aveva, al momento della compilazione del questionario, alcuna occupazione, il 18,8% era pensionato.

Graf. 14 – Occupazione delle persone con diabete che hanno risposto ai questionari



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

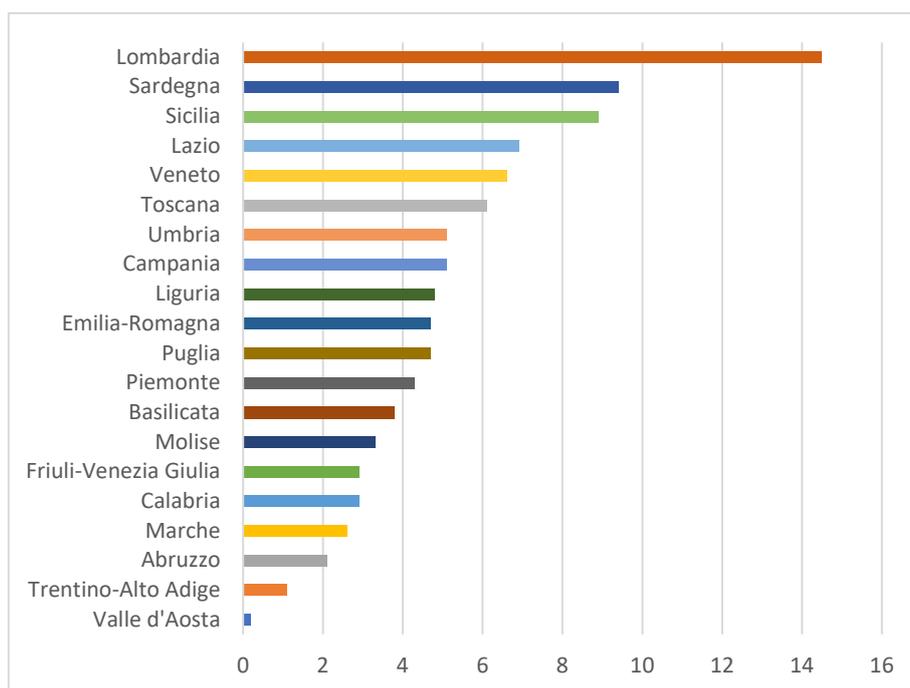
Poco più di 1 su 4 (il 25,7%) è iscritto ad una Associazione di pazienti diabetici.

Il 78,5% di chi ha risposto ai questionari dichiara di essere affetto da diabete di tipo 2, il 18,7% da diabete di tipo 1, lo 0,3% da diabete gestazionale, il 2,5% da altre forme.

Quanto alla provenienza degli intervistati, le Regioni sono tutte rappresentate. La Lombardia (14,5%) si conferma, come già nella prima *Indagine*, la Regione che ha risposto di più, ma un dato interessante è certamente quello di Sardegna (9,4%) e Sicilia (8,9%), le cui percentuali si spiegano, probabilmente, con una serie di disagi segnalati dai cittadini e con realtà associative dei pazienti particolarmente attive. Tra le Regioni meridionali, la

Campania si conferma presente con una percentuale significativa (5,1%), ma da rilevare anche le percentuali di Puglia (4,7%) e Basilicata (3,8%).

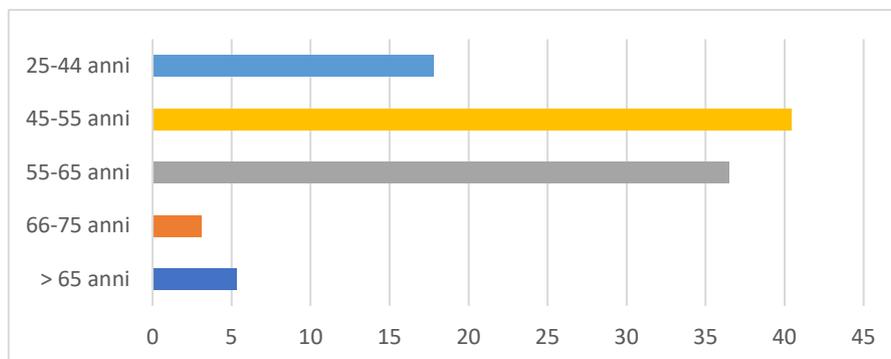
Graf. 15 – Regione di residenza delle persone con diabete che hanno risposto ai questionari



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Sono 353 i questionari compilati da professionisti sanitari, per il 63,8% donne, concentrati per più di 3/4 nella fascia di età compresa tra 45 e 65 anni (76,9%).

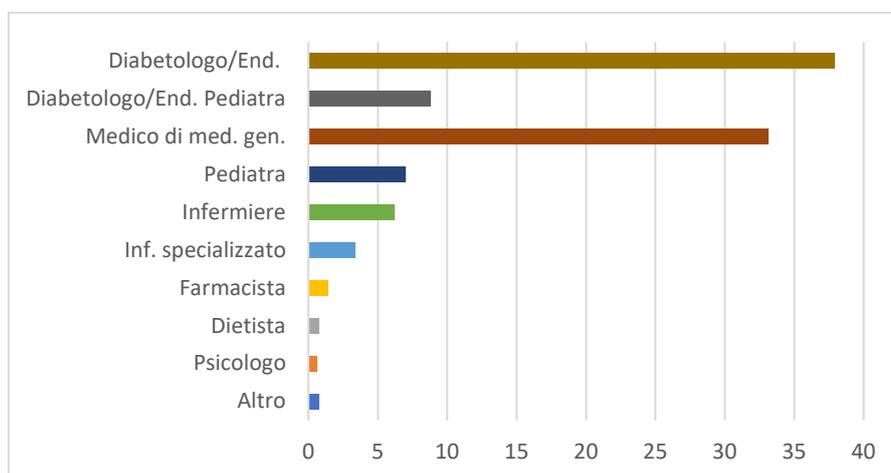
Graf. 16 – Età dei professionisti che hanno risposto ai questionari



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Endocrinologi-diabetologi (complessivamente, compresi gli specialisti in ambito pediatrico, il 46,7%) e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (40,1%) sono le categorie professionali di gran lunga più rappresentate tra chi ha risposto al questionario.

Graf. 17 – Le figure professionali che hanno risposto ai questionari



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

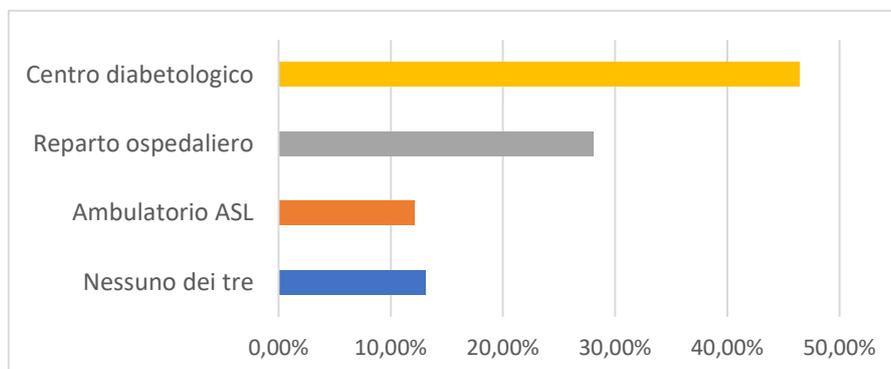
La presa in carico e l'integrazione ancora tutta da costruire

Il 46,5% di quanti hanno risposto al questionario dichiara di essere in cura presso un centro ospedaliero dedicato solo al diabete e di avervi fatto ricorso una sola volta nel corso del 2020, il 28,1% presso un reparto ospedaliero che si occupa anche di diabete (anche in questo caso una sola visita nell'arco dell'anno), il 12,1% presso un ambulatorio della ASL (da 3 a 5 appuntamenti nel 2020), il 13,3% di non aver utilizzato nessuno di questi servizi.

Complessivamente, quindi, tre persone con diabete su quattro hanno dichiarato di essere seguite da un centro di secondo o di terzo livello, quasi sempre ospedaliero. E questa è sicuramente una ottima notizia, per almeno due ragioni. La prima è che segnala il forte ancoraggio delle persone con diabete ad un centro di riferimento per la diagnosi, le terapie, il monitoraggio della evoluzione della malattia, la prevenzione delle complicanze e il controllo del loro andamento quando si presentano, e molti altri aspetti ancora. Non è poco, perché sappiamo quanto questa non sia una condizione che caratterizzi altre patologie croniche importanti, pur in presenza di una offerta di diagnosi, cure ed assistenza da parte del SSN. La seconda buona notizia ha a che fare con la qualità di questi centri, che è riconosciuta pressoché unanimemente come elevata, e rappresenta una rete osservata con interesse per la sua efficienza anche all'estero.

I dati ci dicono, inoltre, che quasi il 60% di quanti hanno risposto ai questionari sono in cura presso centri o ambulatori che si occupano solo di diabete, centri ospedalieri o ambulatori delle Aziende sanitarie, percentuale che sale al 68,1% tra quanti sono affetti da diabete di tipo 1, poco meno del 30% fa riferimento, invece, ad un centro che si occupa anche, ma non solo, di diabete. Un quadro che sembra garantire, nel complesso, un elevato livello di specializzazione.

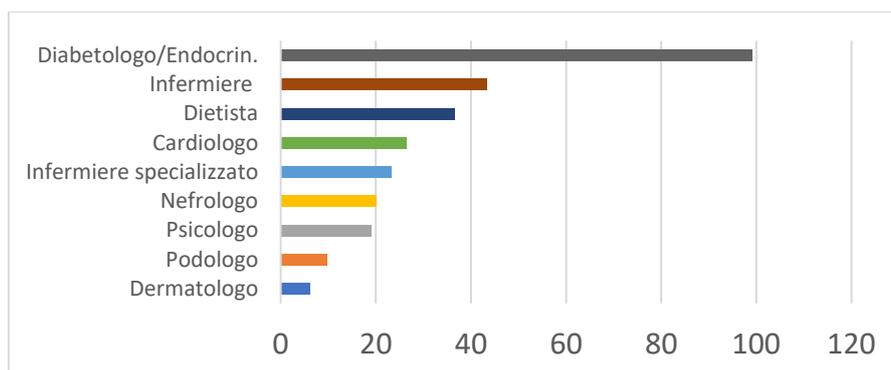
Graf. 18 – Struttura di riferimento



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

All'interno dei centri e servizi diabetologici, a parte la presenza sistematica del diabetologo o endocrinologo, e dello specialista pediatra nelle strutture che seguono anche bambini e ragazzi, gli infermieri sono presenti nel 43,3% dei casi, dato al quale bisogna aggiungere un ulteriore 23,3% di infermieri specializzati. L'oculista è segnalato nel 40% dei casi, il dietista nel 36,6%. Meno frequente la presenza di cardiologi (26,5%), nefrologi (20,2%), psicologi (19,1%), podologi (9,7%) e dermatologi (6,1%).

Graf. 19 – Le figure professionali presenti nel servizio/ambulatorio diabetologico di riferimento



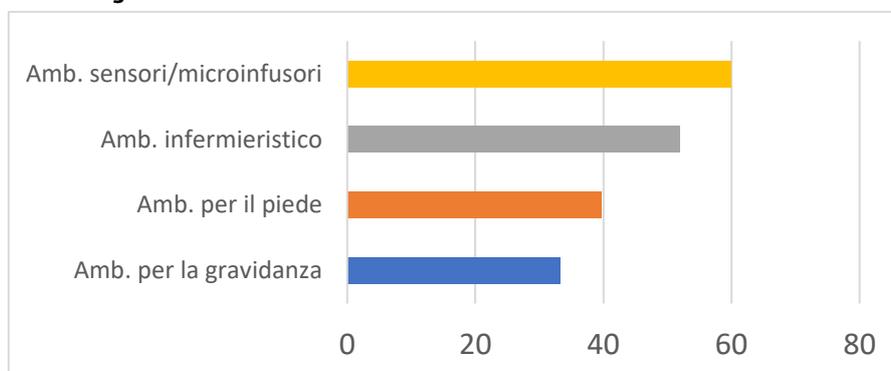
Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Sei Centri diabetologici su dieci (59,9%) sono dotati di ambulatorio per la gestione di microinfusori/sensori, percentuale questa che scende al 29,4% nei Centri pediatrici. L'ambulatorio per il piede è segnalato nel 39,6% dei casi, l'ambulatorio per la gravidanza nel 33,2%, mentre l'ambulatorio infermieristico è presente nel 51,9% dei Centri. Questi ambulatori specialistici sono molto importanti per il grado di specializzazione che mettono a disposizione nel supporto alla gestione della malattia nel corso della sua evoluzione. Una attenzione particolare dovrebbe essere dedicata agli ambulatori per il piede, tenuto conto che la sindrome del piede diabetico è una complicanza che colpisce sino al 15% della popolazione diabetica ed è, ancora oggi, la prima causa di amputazione non traumatica degli arti inferiori nei paesi industrializzati⁸. Ma la distribuzione di questi ambulatori all'interno dei Centri Anti Diabete italiani è ancora piuttosto disomogenea, anche se registrata in crescita nel corso degli ultimi anni. Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Marche, Piemonte, Valle D'Aosta, Toscana, Umbria, Emilia-Romagna sono le Regioni dalle quali viene segnalata una maggiore presenza di queste strutture. Nove Regioni (Veneto, Trentino-Alto Adige, Piemonte, Lombardia, Liguria, Marche, Umbria, Lazio, Calabria, Campania, Puglia) hanno predisposto un Centro di Riferimento Regionale per il *Piede Diabetico*. Criticità sono segnalate, invece, da Abruzzo, Molise, Sicilia e Sardegna. Peraltro, non tutte le Regioni prevedono la rimborsabilità per le medicazioni e le prestazioni ambulatoriali necessarie per la cura delle lesioni del piede diabetico, e ciò comporta disuguaglianze per i cittadini nell'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche di questa complicanza del diabete. Anche per la figura del podologo si può parlare di una presenza a macchia di leopardo, nonostante che SID (Società Italiana di Diabetologia) e AMD (Associazione Medici Diabetologi) la raccomandino all'interno dei team multidisciplinari per tutti e tre i

⁸ The 2015 IWGDF Guidance documents, IDF 2017.

livelli di assistenza. Questa figura, tra le più recenti nel panorama delle professioni sanitarie, sconta ancora una integrazione inadeguata all'interno dei team ai diversi livelli, e spesso si tratta di presenze part-time, ciò che spiega anche il dato (9,7%) restituito da quanti hanno risposto ai questionari e il suo apparente disallineamento con quello relativo alla presenza di ambulatori per il piede diabetico (39,6%).

Graf. 20 - Ambulatori dedicati presenti all'interno del servizio/ambulatorio diabetologico di riferimento



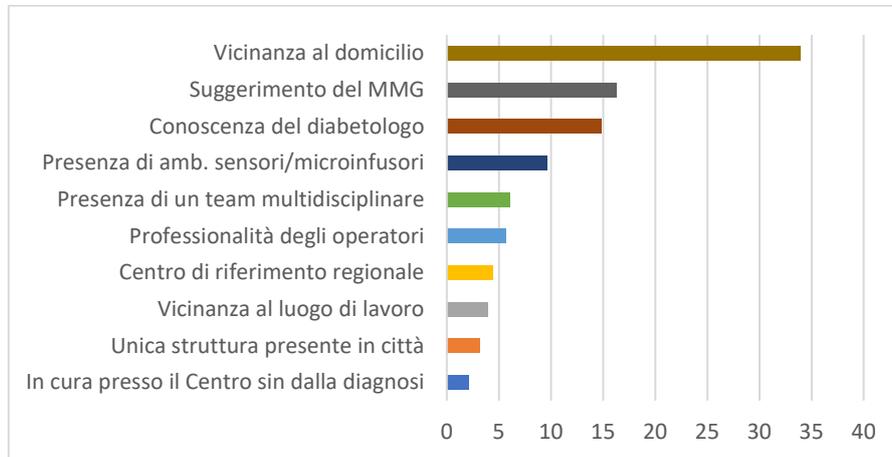
Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

La quasi totalità dei Centri diabetologici è aperta sei giorni a settimana per 38/40 ore, con attività in alcune giornate anche nel pomeriggio oltre le 17,00 (56,7%), e anche il sabato (59,1%) e la domenica (15,3%).

Quanto alla loro distanza dal luogo di residenza o di lavoro, le risposte sono molto varie e oscillano tra i 3-5 km e i 100 km o, come precisa bene qualcuno degli intervistati, un'ora di auto. Si tratta di un riferimento utile a rendere più visibile cosa comporti risiedere ad una distanza rilevante dal centro diabetologico e quanto possa incidere sulla vita di chi lo frequenta. È evidente, anche da quanto abbiamo riportato in questa sede, che non si tratta, per la stragrande maggioranza delle persone con diabete, di

visite o controlli quotidiani, e d'altro canto non si può immaginare che centri con un livello di specializzazione così elevata siano sempre vicinissimi ai luoghi di residenza o di lavoro. Ma non si può dimenticare, comunque, che la distanza dai luoghi di cura esercita, per ragioni ovvie, un suo peso sulla continuità e sulla qualità della presa in carico, e che gli epidemiologi la considerano un elemento all'origine di disuguaglianze nell'accesso. Di essa, quindi, è necessario avere adeguata considerazione, soprattutto in relazione alla prevalenza di una patologia come il diabete. A riprova della importanza di questo elemento, il 33,9% delle persone con diabete che hanno risposto al questionario dichiara di aver scelto il servizio/ambulatorio diabetologico presso il quale è in cura proprio in relazione alla vicinanza al proprio domicilio, dato al quale si aggiunge il 3,9% la cui scelta è stata orientata dalla vicinanza al luogo di lavoro. Il 16,3%, invece, ha fatto la sua scelta su suggerimento del medico di medicina generale, il 14,8% perché conosceva il diabetologo, il 9,6% per la presenza di un ambulatorio per l'impianto di sensori e microinfusori (che sale al 39,9% tra i pazienti con DM1), il 6,1% per la presenza di un team multidisciplinare, il 5,7% per la professionalità degli operatori, il 4,4% perché Centro di riferimento regionale, il 3,2% perché è l'unica struttura presente nella sua città, il 2,1% perché è sempre stato in cura presso quel centro sin dall'esordio della malattia.

Graf. 21 – Criteri di scelta del servizio/ambulatorio diabetologico di riferimento

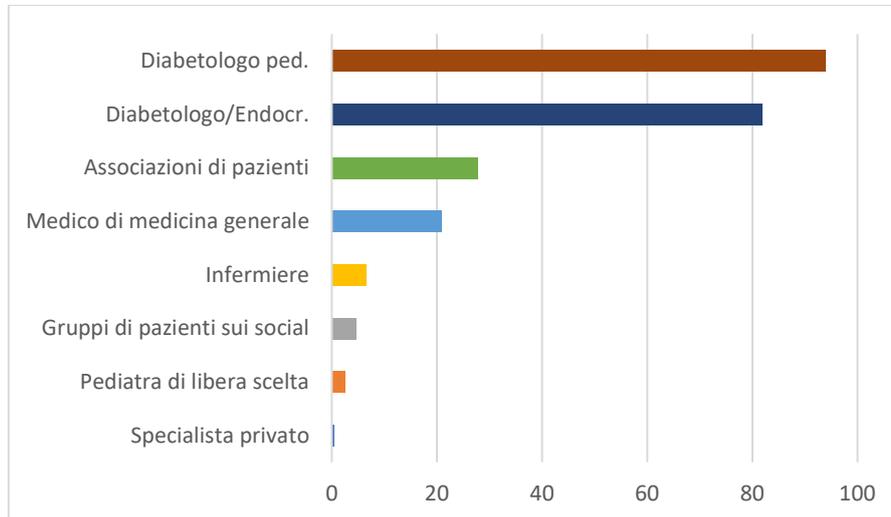


Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Il diabetologo (81,9%), e il diabetologo pediatrico (94%), si confermano le figure professionali di riferimento per la presa in carico. Il ruolo dei medici di medicina generale è più limitato (20,9%), così come quello degli infermieri (6,5%). Associazioni di pazienti (27,9%) e gruppi di pazienti sui social (4,7%) sono richiamati per la funzione di rete di supporto.

Il ruolo del diabetologo merita una attenzione particolare. Dalle risposte degli intervistati emerge in maniera perentoria, tanto per l'età adulta che per quella pediatrica, come una figura di riferimento assoluto. La relazione tra le persone con diabete e questa figura professionale sembra andare al di là di ciò che ci si potrebbe attendere per ragioni legate alle competenze specialistiche e al ruolo nell'ambito dei diversi modelli organizzativi. Questi aspetti hanno certamente il loro peso, non irrilevante, ma ciò che restituiscono gli intervistati attraverso le risposte ai questionari è un rapporto di fiducia molto stretto, che sembra avere a che vedere assai di più con la qualità della relazione di cura.

Graf. 22 – Figura di riferimento per la gestione del diabete



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Per quanto riguarda i Medici di medicina generale, molto si deve al ruolo assegnato loro dai modelli organizzativi. Il 39% delle persone con diabete che hanno risposto ai questionari dichiara esplicitamente di non rivolgersi al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta per la cura del diabete, percentuale che sale significativamente sino a raggiungere il 53,3% tra le persone con DMT1 e al 58% per la fascia di età sino a 18 anni.

Solo il 6,3% dichiara di avere un infermiere di riferimento integrato nelle funzioni di assistenza, e segnala la sospensione della relazione assistenziale nel corso del 2020. Sul ruolo potenziale degli infermieri sarebbe opportuno avviare una riflessione approfondita, al di là delle elaborazioni già sviluppate, soprattutto nella stagione nella quale si parla di infermieri di comunità e si propongono ripensamenti, più che mai necessari, dei modelli di assistenza territoriale, agganciati peraltro anche alla disponibilità di risorse assicurate dal PNRR. Al momento sembra che il sistema

debba investire di più nelle progettualità che riguardano questa figura, con un approccio molto pragmatico ai bisogni assistenziali ancora insoddisfatti e per i quali gli infermieri potrebbero contribuire a garantire risultati significativi, anche nella presa in carico delle persone con diabete, e che sembrano alla nostra portata, solo che si abbia voglia di prenderne atto.

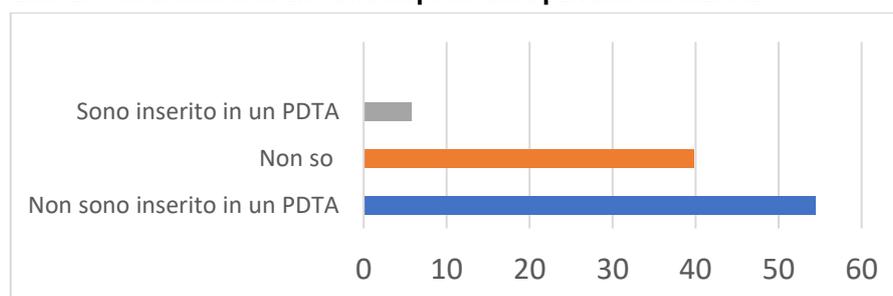
Riguardo ai medici specialisti (cardiologi, oculisti, nefrologi, ecc.), il 46,5% dichiara di non averne di riferimento e di utilizzare, di volta in volta, il professionista messo a disposizione dal Servizio sanitario, ciò che impedisce, di fatto, la possibilità di stabilire relazioni di cura all'insegna della continuità, fatte salve alcune eccezioni. Dietista e psicologo sono le altre due figure professionali la cui presenza è segnalata, nelle risposte ai questionari, tanto dalle persone con diabete che dai professionisti, con una maggiore presenza dei dietisti (36,6%, percentuale quasi doppia rispetto agli psicologi, 19,1%). Diabetologi/endocrinologi, infermieri, dietisti e psicologi portano sulle loro spalle il fardello della multidisciplinarietà che dovrebbe rappresentare il tratto distintivo del team di presa in carico della persona con diabete. Nella gran parte dei casi, in realtà, l'équipe si conferma costituita solo dal diabetologo e dall'infermiere, come già rilevato anche dalla prima *Indagine*, anche se va segnalato il 18,1% di team costituiti da diabetologo, infermiere, dietista e psicologo, e il 34,1% di équipe formate da diabetologo, infermiere e dietista.

L'integrazione tra il territorio e la specialistica si conferma problematica, come già rilevato nella prima *Indagine*. Il 76,5% di quanti hanno risposto ai questionari dichiara di fare da tramite tra cure primarie e medicina specialistica, solo il 6,4% segnala l'esistenza di procedure formalizzate di raccordo tra diabetologi e altri specialisti e medici di medicina generale o pediatri di libera scelta. Se esaminiamo le risposte da parte dei professionisti, il 78,5% segnala l'esistenza di forme di integrazione e raccordo tra

specialisti che operano all'interno di servizi e ambulatori diabetologici e medici di medicina generale o pediatri di libera scelta, attivate in caso di necessità (60,1%). Un quadro, quindi, quasi specularmente opposto, che si spiega probabilmente con un ruolo di tramite svolto comunque dalla persona con diabete nelle occasioni nelle quali specialista e medico di medicina generale ritengono necessario raccordarsi tra loro.

Solo il 5,8% delle persone con diabete che hanno risposto al questionario dichiara di essere stato informato del suo inserimento in un PDTA dedicato, il 39,8% dichiara di non sapere, il 54,4 è certo di non essere inserito in alcun percorso.

Graf. 23 - Inserimento in un PDTA. Risposte delle persone con diabete



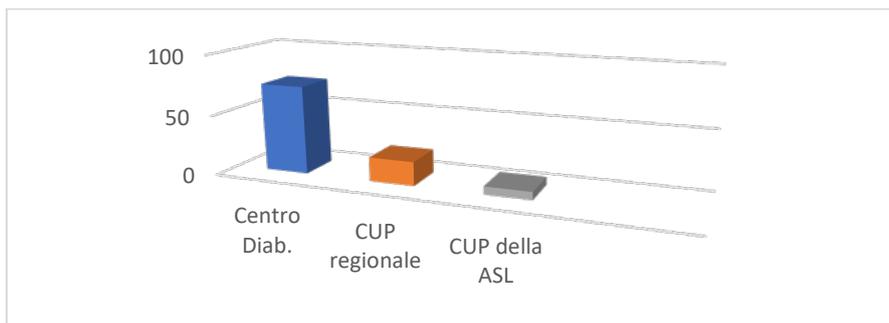
Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Se incrociamo questi dati con le informazioni fornite dai professionisti il quadro, ancora una volta, si ribalta completamente, giacché il 54,2% sostiene che i pazienti che segue sono inseriti in un PDTA, e il 27,7% che lo è una parte di essi. Un ulteriore elemento da tenere in considerazione è il dato riguardante la prenotazione di visite ed esami di controllo direttamente da parte del Centro o ambulatorio presso il quale si è in cura (73,2%), che registra un incremento del 65% rispetto alla precedente *Indagine*, e che sembrerebbe rinviare a modalità organizzate per eseguire visite specialistiche ed esami di controllo

con periodicità programmata, come avviene con i PDTA. La prenotazione è ancora realizzata dal cittadino in poco più di un caso su quattro, attraverso il CUP regionale (19,7%) o il CUP della Azienda sanitaria (6,5%).

È evidente che le prenotazioni di visite ed esami di controllo effettuate dal Centro o ambulatorio presso il quale si è in cura non rappresentano, da sole, un elemento a sostegno del riscontro della presenza di un PDTA, ma una parte di esse rinvia, indirettamente, a quel modello organizzativo. Ma sappiamo anche che 14 Regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Sardegna, Sicilia, Toscana, P.A. di Trento, Umbria, Veneto) hanno deliberato PDTA regionali per il Diabete.

Graf. 24 – Prenotazione di visite ed esami di controllo



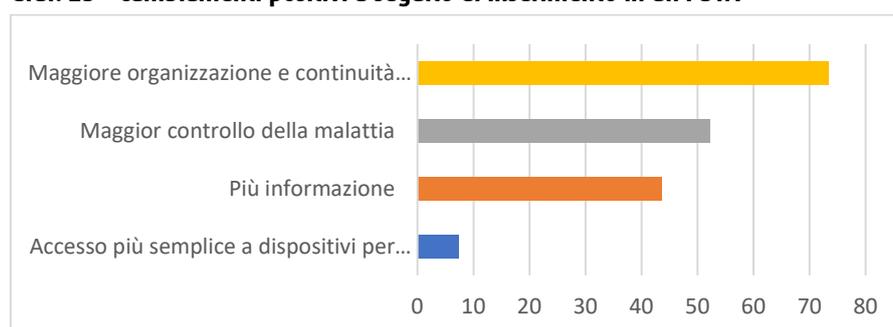
Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Ciò che questi dati e informazioni ci dicono, nell'insieme, è che di sicuro non c'è una informazione adeguata sui PDTA nei confronti delle persone con diabete. Nelle realtà più attrezzate, probabilmente, l'attenzione si concentra sul buon funzionamento dei meccanismi organizzativi predisposti per il PDTA, in altre prevale una lettura burocratico-amministrativa del percorso, in altre ancora una implementazione inadeguata di ciò che è stato approvato sulla carta. Tre situazioni che possono spiegare la

percezione di non essere inseriti in un PDTA che ci trasferisce la gran parte delle persone con diabete che hanno risposto al questionario. E tutto ciò ha a che fare con l'implementazione dei Percorsi e lo scarto ancora oggi esistente tra quanto formalizzato e progettato e quanto effettivamente realizzato. La totalità dei PDTA sul diabete approvati, a tutt'oggi, da 14 Regioni, si ispira al modello organizzativo del Chronic Care Model e ad una gestione del percorso fortemente incentrata sulla integrazione, a tutti i livelli, ma non sembra essere quello che ci restituiscono, in termini di esperienza, i cittadini.

Peraltro, va rilevato che la maggioranza di chi è informato del suo inserimento in un PDTA (5,8%) ne segue con consapevolezza la sua applicazione e ne ha un giudizio positivo (64,4%), mentre non rileva alcun cambiamento significativo derivante dalla sua applicazione il 33,7%, ed esprime un giudizio negativo l'1,9%. Tra quanti danno una valutazione positiva dei cambiamenti intervenuti con l'inserimento in un PDTA, il 64,9% segnala una maggiore attenzione del servizio sanitario verso la persona con diabete, il 43,7% più informazioni, il 73,4% una maggiore organizzazione e continuità della presa in carico, il 52,2% un maggior controllo della malattia e la sensazione di avere il controllo della situazione, il 7,4% un accesso più semplice a dispositivi e tecnologie per l'autocontrollo della glicemia.

Graf. 25 - Cambiamenti positivi a seguito di inserimento in un PDTA



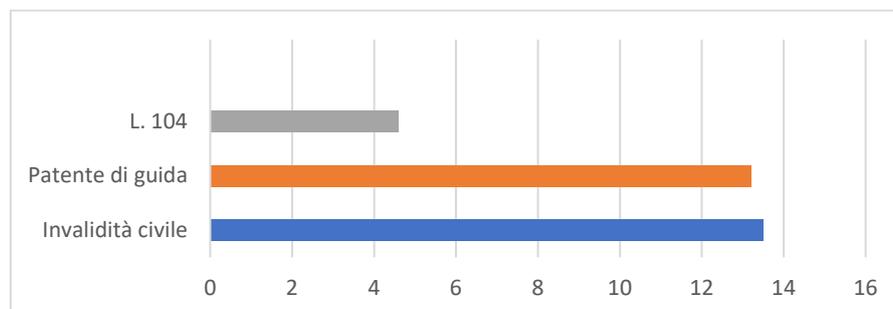
Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

A proposito di prenotazioni di visite specialistiche e di esami di controllo, nelle realtà territoriali nelle quali le richieste non sono inserite in percorsi programmati che evitino prenotazioni e tempi di attesa ai soggetti che devono effettuarle, si segnalano attese da uno a sei mesi per la prima visita diabetologica ed endocrinologica, e da sei mesi ad un anno per visite di controllo oculistiche, cardiologiche e nefrologiche.

È il diabetologo, del Centro (69,2%) o della ASL (30,1%), la figura alla quale ci si rivolge per il rilascio del certificato di esenzione per patologia, con un ruolo associato nella procedura per medici di medicina generale (19,1%) e pediatri di libera scelta (11,2%) solo in alcune realtà. È sempre il diabetologo la figura chiamata a rinnovare, inoltre, il piano terapeutico per farmaci, presidi, sensori e microinfusori.

Infine, segnalano difficoltà nel riconoscimento e rinnovo della invalidità civile il 13,5% degli intervistati, per il rinnovo della L. 104 il 4,6%, per il rinnovo della patente di guida il 13,2%.

Graf. 26 – Difficoltà nel rinnovo di certificazioni

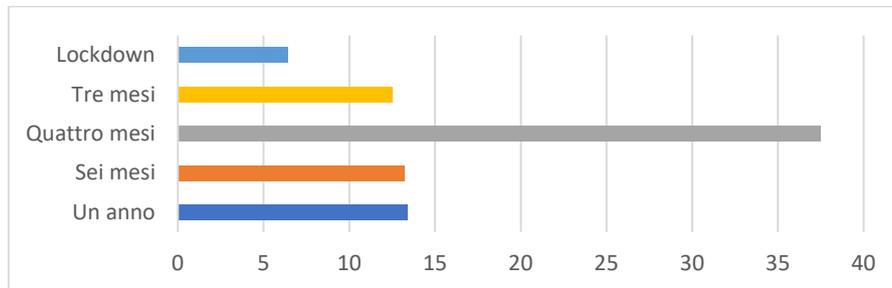


Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Curarsi al tempo della pandemia

Il 53,2% delle persone con diabete che hanno risposto ai questionari ha segnalato sospensioni dei servizi offerti da Centri o servizi diabetologici per l'intero periodo del lockdown (6,4%), per 3 mesi (12,5%), 4 mesi (37,5%) e da 6 mesi (13,2%) a un anno (13,4%).

Graf. 27 – Sospensioni dei servizi offerti da Centri o ambulatori diabetologici nel 2020



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Il 46,5% dichiara di aver fatto ricorso ad un Centro diabetologico una sola volta nel corso del 2020, il 28,1% ad un servizio presso un reparto ospedaliero che si occupa anche di diabete, anche in questo caso una sola volta. Più accessibili risultano, complessivamente, gli ambulatori delle ASL (il 12,1% ha ottenuto da 3 a 5 appuntamenti).

La pandemia ha influito, ovviamente, sulla frequenza di visite specialistiche effettuate dal diabetologo. Sono segnalate sospensioni nel 40% dei casi, per periodi che variano da 4 mesi ad un anno, in due casi su tre l'interruzione si è protratta da 6 a 9 mesi. Nonostante ciò, il rapporto con il diabetologo resta stabile, con almeno due visite effettuate nel corso dell'anno e punte da tre

a cinque nel 20% dei casi, che salgono al 37,1% per le persone con DMT1.

Non tutte le visite sono state effettuate, ovviamente, in presenza. Il 33,2% degli intervistati segnala l'attivazione di controlli a distanza nelle fasi più dure della pandemia, a cura prevalentemente del diabetologo, ma anche da parte dello psicologo (16,5%) e del medico di medicina generale (9,2%). Telefono (66,1%), collegamento via web (49,5%), chat di messaggistica (18,4%), piattaforme di telemedicina (8,3%), sono gli strumenti utilizzati.

Sulla sospensione nell'arco del 2020 delle visite diabetologiche, e sulla riduzione complessiva della relazione di cura in presenza, sono state prodotte numerose stime. In particolare, quella dell'AMD, Associazione Medici Diabetologi, valuta la riduzione nel 2020 del 58% di prime visite diabetologiche e dell'80% di visite di controllo. Due elementi meritano di essere considerati su tutti. In primo luogo la capacità di chi ha la responsabilità dei percorsi di cura, diabetologi in testa, di utilizzare intensamente modalità sostitutive per non perdere il contatto con i pazienti e continuare a tenerli sotto controllo, ancorché a distanza. Ciò non annulla, probabilmente, le ricadute negative delle sospensioni richieste dalla emergenza pandemica, ma ne mitiga gli effetti. Inoltre ha consentito a questa area specialistica di fare da battistrada, tra le patologie croniche, nella individuazione di metodi e strumenti alternativi per svolgere alcune attività di controllo e monitoraggio dell'andamento della malattia, anche attraverso un maggior ricorso all'utilizzo delle tecnologie. La situazione nelle diverse Regioni risulta, una volta di più, estremamente differenziata, nonostante le indicazioni a sostegno dell'uniformità in tutto il territorio nazionale contenute nell'Accordo in Conferenza Stato Regioni del 17 dicembre 2020 riguardante *Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina*. Le differenze riguardano

innanzitutto l'esistenza di normative regionali specifiche, previste da Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, P.A. di Bolzano e di Trento, ma non ancora da Calabria, Campania, Marche, Sardegna e Sicilia. Ma anche la prescrivibilità, prevista in genere da parte del medico specialista, con l'eccezione della Campania, dove invece è affidata al medico di medicina generale, o del Lazio e della Sicilia, dove può essere prescritta tanto dal medico di medicina generale che dallo specialista. L'inserimento tra le prestazioni erogabili dal SSN aveva limitato negli anni scorsi il ricorso a questa modalità di svolgimento della visita, ma oggi non rappresenta più un problema, visto che la gran parte delle Regioni la assimilano alla visita di controllo svolta in presenza, anche dal punto di vista tariffario. Infine, la disponibilità del supporto informatico o di piattaforme dedicate per lo svolgimento della televisita. Umbria, Toscana, P.A. di Trento segnalano un utilizzo significativo della telemedicina all'interno delle strutture diabetologiche, dalle altre Regioni viene segnalato invece un ricorso più contenuto.

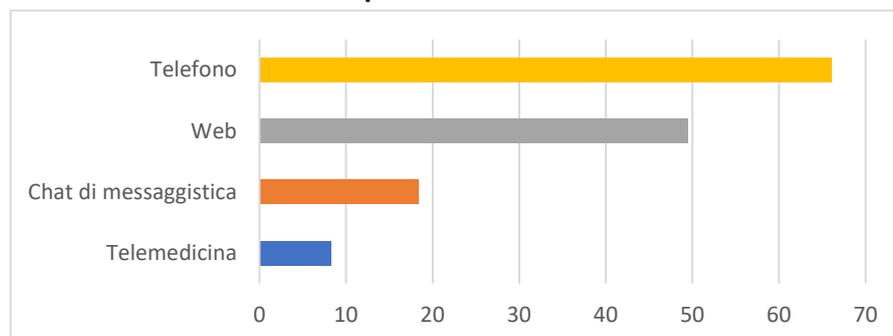
Il secondo elemento riguarda invece l'appropriatezza della scelta di ricorrere a questo strumento, al di là di quanto stabilito dalle indicazioni normative nazionali e regionali sui criteri di eleggibilità, e cioè la preoccupazione, avanzata da rappresentanti della componente scientifica e professionale, che questo strumento sostituisca le visite in presenza.

La pandemia sembra aver chiarito definitivamente, infatti, e imposto alla attenzione degli addetti ai lavori, le potenzialità dell'utilizzo delle piattaforme di telemedicina anche una volta superata l'emergenza pandemica. La conferma dell'interesse nei confronti dello strumento, ma anche della esistenza di preoccupazioni sul ricorso improprio ad esso, arriva non solo dai provvedimenti messi in campo dalle Regioni, sia pure con le solite

disomogeneità, ma anche dall'interesse delle rappresentanze più autorevoli della componente scientifica e professionale in ambito diabetologico che ha spinto, per esempio, AMD (Associazione Medici Diabetologi) e SIE (Società Italiana di Endocrinologia) a proporre un PDTA⁹ specifico. Comunque, su questo aspetto l'orientamento prevalente sembra chiaro, limitando il ricorso all'utilizzo delle visite a distanza per le visite di controllo.

Il 58,1% di quanti hanno risposto al questionario segnala la prosecuzione ancora oggi di modalità di controllo a distanza.

Graf. 28 – Gli strumenti utilizzati per i controlli a distanza



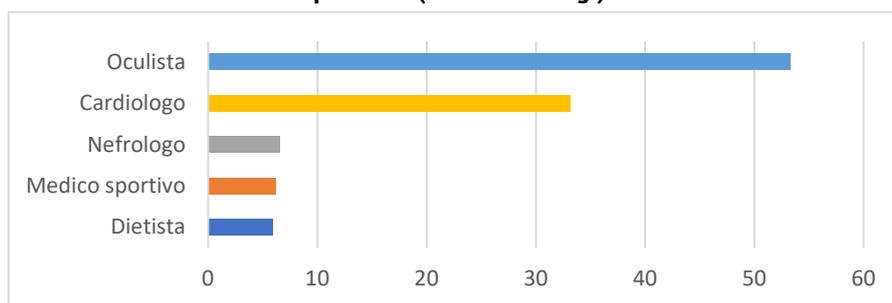
Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Quanto agli specialisti non diabetologi, il 20% di quanti hanno risposto ai questionari riferisce sospensioni anche per l'accesso a questi professionisti. Gli oculisti si confermano, anche in questa seconda *Indagine*, gli specialisti ai quali ci si è rivolti di più (53,3%), seguiti dai cardiologi (33,2%), anche se con una riduzione percentuale rispetto alla *Indagine* precedente (-18,12 per le visite oculistiche, -18,6% per quelle cardiologiche),

⁹ Cfr. AMD, SIE, Percorso visite ambulatoriali di controllo nei centri di Diabetologia che già seguono la persona con diabete, Caratteristiche tecniche dei prodotti attualmente disponibili per assistenza a distanza (e/o telemedicina) in diabetologia.

registrando per entrambe le specialità quasi una visita su cinque in meno. Anche il ricorso a tutti gli altri specialisti risulta compresso a causa della pandemia, con consulenze concentrate su nefrologi (6,6%, dato sovrapponibile a quello rilevato nella precedente *Indagine*), medici sportivi (6,2%) e dietisti (5,9%, con una riduzione in questo caso del 70%).

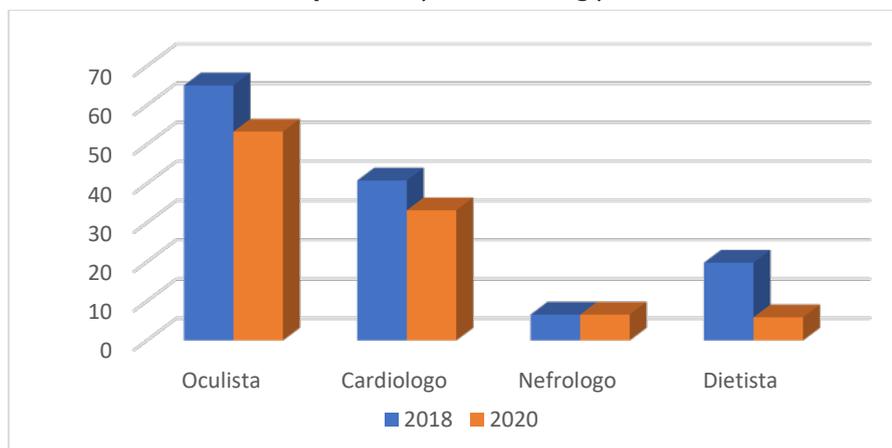
Graf. 29 – Consulti con altri specialisti (non diabetologi) nel corso del 2020



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Il grafico successivo mette a confronto il ricorso a consulti con oculisti, cardiologi, nefrologi e dietisti nel 2018 e nel 2020.

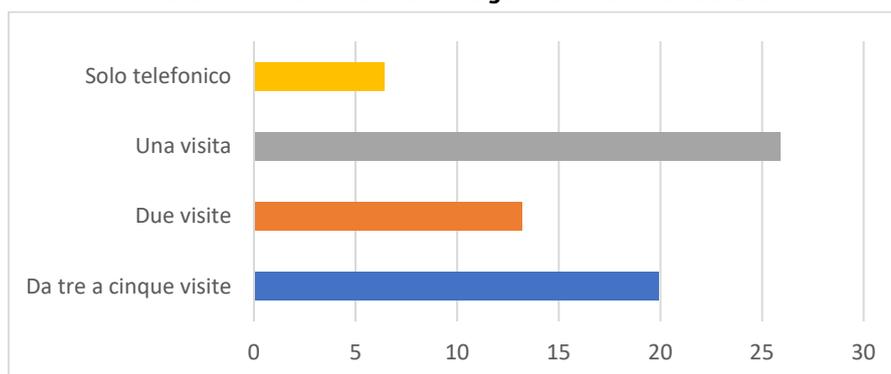
Graf. 30 – Consulti con altri specialisti (non diabetologi). Confronto 2018-2020



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Nel periodo preso in esame, la relazione con il medico di medicina generale è stata “solo telefonica, se necessaria” nel 6,4% dei casi, facendo registrare una visita l'anno nel 25,9% dei casi, due nel 13,2%, da tre a cinque nel 19,9%.

Graf. 31 – Contatti con il Medico di medicina generale nel corso del 2020



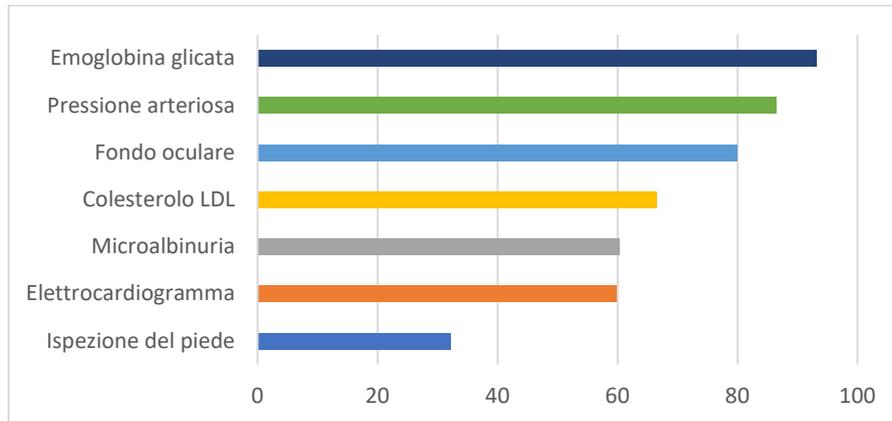
Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Prevenzione, qualità e stili di vita, accesso alla innovazione terapeutica, autogestione

L'attenzione delle persone con diabete nei confronti della propria condizione e della evoluzione della malattia si conferma elevata anche nei risultati di questa seconda *Indagine*.

Oltre al controllo della glicemia, nel periodo di riferimento, gli intervistati dichiarano di aver effettuato almeno una volta la misurazione dell'emoglobina glicata (HbA1c, 93,2%), l'esame del fondo oculare (80%), la misurazione di colesterolo LDL (66,%%) e microalbuminuria (60,3%), il controllo della pressione arteriosa (86,5%) e l'elettrocardiogramma (59,9%), mentre l'ispezione del piede fa registrare una percentuale più modesta (32,3%).

Graf. 32 – Esami e controlli eseguiti almeno una volta nel corso del 2020



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Il controllo e la verifica costante dell'andamento e della efficacia delle misure terapeutiche adottate comprende l'attenzione per eventuali complicanze legate alla gestione della patologia. Ciò si ottiene anche attraverso l'autocontrollo della glicemia, cioè il monitoraggio della glicemia attraverso strumenti appositi. Si tratta di un elemento fondamentale nel trattamento del diabete, perché coinvolge il paziente nel controllo attivo della patologia, gli consente di conoscerla meglio, con particolare attenzione per le conseguenze del suo stile di vita e dei suoi comportamenti, per esempio quello alimentare, garantendogli feed back oggettivi. Promuove, inoltre, l'autogestione per quanto riguarda i livelli glicemici da raggiungere e mantenere, ed è un supporto insostituibile per il medico per valutare costantemente i suoi orientamenti terapeutici. Infine, ma non in ordine di importanza, è uno strumento particolarmente prezioso per ridurre il rischio di complicanze, prime fra tutte le ipoglicemie, segnalate dal 46,5% degli intervistati (49,5% considerando solo le persone con DMT1), mentre complicanze da iperglicemie sono segnalate dal 26,5% (19,6% tra DM1).

Negli ultimi quindici anni l'ipoglicemia si è imposta alla attenzione degli addetti ai lavori come un ostacolo importante per la ottimizzazione della terapia, specie insulinica, nel diabete mellito, tanto nel DMT1 che nel DMT2. Le ipoglicemie sono considerate anche un indicatore del rischio di gravi eventi clinici, quindi è diventato sempre più necessario essere in grado di diagnosticarle e, se possibile, di prevenirle. L'automonitoraggio delle glicemie, soprattutto quello in continuo, consente di intercettare ipoglicemie altrimenti difficili da documentare. Non a caso, gli Standard di Cura Italiani SID-AMD per il diabete, precisano che la misurazione strutturata della glicemia e la sua interpretazione contribuiscono al miglioramento del compenso glicometabolico e all'empowerment della persona con diabete, assicurano informazioni più dettagliate per la valutazione della adeguatezza della terapia in corso e del grado di *aderenza* alla stessa, tutti elementi indispensabili per eventuali modifiche della stessa terapia.

Ci si attenderebbe, quindi, una attenzione particolare da parte del SSN per il supporto a questo approccio alla gestione della malattia, in linea con le indicazioni fornite dalla quasi totalità degli indirizzi di policy e di quanto si sostiene nei corsi di educazione sanitaria per pazienti diabetici. Dobbiamo rilevare, invece, criticità significative. Il 53,3% degli intervistati segnala difficoltà ad ottenere terapie e/o dispositivi che il proprio specialista considera utili per la gestione della patologia. Le segnalazioni riguardano per lo più difficoltà di carattere burocratico, la quantità dei presidi offerta e ritardi nella loro consegna, la difficoltà di accesso ai dispositivi per il monitoraggio continuo della glicemia e la microinfusione di insulina.

In particolare, il 93,3% segnala limiti nella prescrizione di strisce reattive, riconducibili a tutte le Regioni, ma con marcate differenze tra Regione e Regione per quanto riguarda il tetto previsto per le differenti tipologie di pazienti. Pazienti con diabete di tipo 1

segnalano variazioni tra le 25 strisce mensili della Sicilia e le 250 di Abruzzo, Molise e Toscana, dove si arriva a garantirne 300 per i pazienti al di sotto dei 18 anni. Pazienti con diabete di tipo 2 in terapia insulinica basale segnalano limiti mensili di 25 strisce nelle Marche, in Friuli-Venezia Giulia, Sicilia, Veneto, Trentino-Alto Adige. Pazienti con diabete di tipo 2 in terapia insulinica multi-iniettiva o con microinfusore segnalano limiti che vanno dalle 25 strisce mensili in Sicilia alle 150 in Abruzzo, Calabria, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Toscana, Veneto, Trentino-Alto Adige, Umbria, sino alle 200 del Friuli-Venezia Giulia.

Utilizza i sensori per il monitoraggio in continuo del glucosio interstiziale il 27,7% degli intervistati, percentuale che sale al 58,2% se consideriamo solo le persone con DMT1. Si tratta di una tecnologia che riscuote un successo crescente tra i pazienti, soprattutto giovani, perché migliora la qualità della vita, assicurando il monitoraggio costante dei valori glicemici senza dover ricorrere alle numerose e fastidiose punture del polpastrello richieste dai glucometri nell'arco della giornata. I sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio (Continuous Glucose Monitoring, CGM) sono in grado di misurare la concentrazione di glucosio nel liquido interstiziale automaticamente centinaia di volte al giorno, per vari giorni. Hanno presentato, come tutte le tecnologie di misura indiretta della glicemia, una serie di problemi in termini di accuratezza e precisione delle rilevazioni nella fase di avvio della loro introduzione, ma i progressi registrati negli ultimi anni sono stati molto interessanti e consentono di disporre, oggi, di strumenti affidabili per il monitoraggio del glucosio. Sono dotati di sistemi di allarme per la predizione di imminente ipoglicemia e per la ipoglicemia in atto, e allo stesso modo segnalano le ipoglicemie notturne. Consentono ai pazienti, opportunamente istruiti, di consolidare ulteriormente il loro ruolo attivo nella gestione della malattia, e di aumentare la consapevolezza rispetto ai comportamenti quotidiani, per esempio quelli alimentari.

Permettono, inoltre, di disporre sul proprio computer, tablet o smartphone di tutti i dati riguardanti l'andamento del profilo glicemico in tempo reale e di poterlo trasmettere al proprio diabetologo. Un elemento non secondario, come testimoniato anche dalla percentuale degli intervistati che utilizza software per la gestione del diabete (53,3%), con un incremento percentuale del 20% rispetto al dato della indagine precedente (44,4%). Il dato cresce al 78,11% se consideriamo solo le persone con DMT1. Queste tecnologie, pur essendo a carico del SSN in tutte le Regioni, in genere con Piano terapeutico della durata di un anno, rinnovabile, prevedono molte limitazioni. In particolare, sono garantite a pazienti con diabete di tipo 1, ma solo se presentano elevata variabilità glicemica, rischio di ipoglicemie e scompenso glicemico, o a pazienti con diabete di tipo 2, ma solo se in terapia insulinica multi-iniettiva con elevato rischio di ipoglicemia, o ancora a pazienti con diabete di tipo 2 per i quali possono rendersi utili indagini retrospettive, garantendo in questo caso un numero limitato di sensori. In definitiva il ricorso a questi dispositivi per gestire la patologia diabetica è, ancora oggi, fatta eccezione per le fattispecie previste dai criteri di rimborsabilità, appannaggio di chi può permettersene la spesa.

Alcuni degli intervistati hanno segnalato un certo disappunto per la disponibilità di un unico o prevalente dispositivo per la rilevazione della glicemia capillare o interstiziale, soprattutto quando se ne utilizzava un altro, in precedenza, con un buon grado di soddisfazione, e si è stati costretti a cambiarlo. Queste segnalazioni fanno riferimento alla acquisizione di presidi a seguito di gare regionali con un unico aggiudicatario, nei confronti delle quali le Associazioni dei pazienti hanno preso posizione, tanto al livello nazionale che regionale, chiedendo che sia tutelato il diritto alla libera scelta delle persone con diabete.

Il 10,7% degli intervistati dichiara di utilizzare microinfusori insulinici con sensore, percentuale che sale al 33,9% tra le persone con DMT1. La terapia con microinfusore (Continuous Subcutaneous Insulin Infusion, CSII), è ormai una realtà tecnologica consolidata, in grado di simulare più fedelmente la secrezione insulinica fisiologica e di consentire aggiustamenti più precisi e accurati della dose rispetto alla terapia multi-iniettiva, dalla quale provengono praticamente tutti gli utilizzatori di questi sistemi. I potenziali benefici della CSII sono legati ad un miglior controllo dei livelli glicemici, alla riduzione della variabilità glicemica, alla minor frequenza di ipoglicemie severe, alla riduzione del fabbisogno insulinico giornaliero. Consentono, inoltre, il miglioramento della qualità della vita grazie alla riduzione del timore di ipoglicemie e una maggiore flessibilità nello stile di vita.

Questa tecnologia è prescrivibile in tutte le Regioni per il diabete di tipo 1 e per le pazienti diabetiche in gravidanza con una serie di indicazioni, che ne rappresentano altrettante limitazioni, e cioè la presenza di controllo glicemico inadeguato in corso di terapia insulinica multi-iniettiva, episodi ipoglicemici inavvertiti, notturni o severi, frequenza elevata di ricorso a visite ambulatoriali o a ricoveri ospedalieri per episodi di scompenso glicemico, sensibilità elevata per l'insulina, necessità di particolare flessibilità nello stile di vita (lavoro a turni, viaggi frequenti, attività fisica imprevedibile) che non consentono il raggiungimento degli obiettivi glicemici con terapia insulinica multi-iniettiva. Solo in casi particolari è prevista la rimborsabilità per persone con DMT2.

Insulina e farmaci orali (soprattutto metformina) si confermano le terapie più diffuse tra gli intervistati, prescritti nel 73,9% dei casi attraverso un piano terapeutico, il cui rinnovo viene considerato burocratico, frammentato e con troppe autorizzazioni dal 20% degli intervistati.

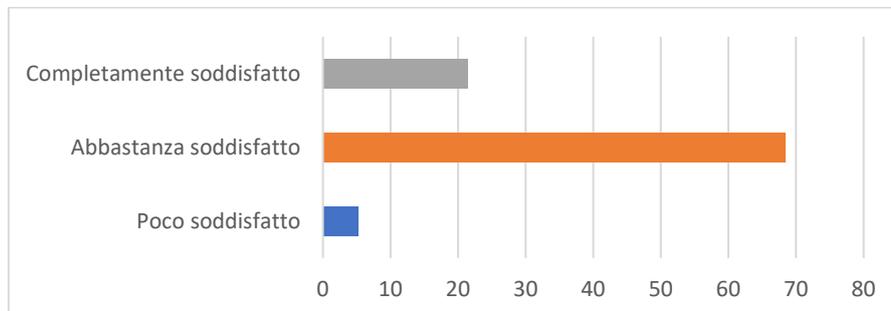
Poco prescritti ancora i farmaci appartenenti alle classi più innovative (inibitori di DPP-IV, agonisti recettoriali del GLP-1, inibitori di SGLT2 o nuovi analoghi dell'insulina) e, soprattutto, con grandi differenze da Regione a Regione.

In generale, anche per il diabete si conferma un dato comune ad altre patologie croniche, e cioè l'esistenza di differenze nelle modalità di prescrizione e distribuzione dei farmaci, che possono essere all'origine di disparità nell'accesso alle cure e di disuguaglianze.

Fatto salvo il richiamo all'appropriatezza prescrittiva e le riflessioni indispensabili sulla necessità di individuare le priorità in un contesto che deve comunque tenere conto di esigenze di sostenibilità complessiva del sistema, gli studiosi sembrano ormai concordi nel sottolineare la necessità, nella cura del diabete, di disporre di farmaci che garantiscano maggiore efficacia nella prevenzione delle complicanze della malattia e del suo peggioramento, elementi che condizionano significativamente qualità e aspettativa di vita della persona con diabete.

La valutazione complessiva sull'insieme delle terapie ricevute che emerge dalla lettura dei questionari è, comunque, positiva. Si dichiara completamente soddisfatto il 21,5% degli intervistati, abbastanza soddisfatto il 68,4%, un dato che sfiora nell'insieme il 90%, con uno scostamento positivo rispetto alla prima indagine (+2,4%). Sottolinea di essere poco soddisfatto, invece, il 5,2%.

Graf. 33 – Grado di soddisfazione rispetto alle terapie



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

L'*Indagine* segnala una battuta d'arresto nell'attenzione per l'attività fisica, con il 54,2% degli intervistati che dichiara di non svolgerne alcuna con regolarità. Un dato peggiore rispetto alla indagine precedente (43,4%), anche in considerazione del fatto che più della metà di quanti non svolgono attività fisica con regolarità si concentra nella fascia di età tra 20 e 39 anni (14,2%) e tra 40 e 64 anni (42,8%), stagioni che andrebbero sfruttate al massimo per gli effetti benefici della attività fisica a fini preventivi. Le Società scientifiche Diabetologiche raccomandano 3-4 sessioni settimanali di 30-45 minuti di attività fisica aerobica, alle quali aggiungere, in assenza di controindicazioni, 2 sessioni di attività fisica di potenziamento muscolare (attività anaerobica). Ma stime recenti valutano che la stragrande maggioranza dei pazienti con DMT2 sono sedentari (oltre 10 h al giorno seduti) e fisicamente inattivi, ben lontani quindi dai 150 min a settimana di attività fisica consigliati.

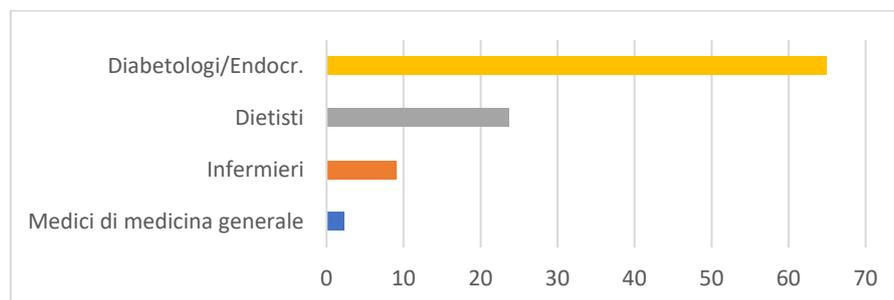
Questi elementi sono una ulteriore conferma della necessità di mantenere alta la guardia sul terreno della educazione terapeutica. Anche in questo caso, tuttavia, l'*Indagine* segnala dati poco confortanti. Dichiara di aver partecipato a corsi di formazione sulla gestione della terapia solo il 19,8% degli intervistati. I corsi sono stati tenuti tanto in presenza che a distanza, e hanno coinvolto

prevalentemente diabetologi ed endocrinologi (64,9%), dietisti (23,7%), infermieri (9,1%), medici di medicina generale (2,3%).

Certamente avrà influito sulla performance non particolarmente brillante l'emergenza pandemica, che ha assorbito energie e distolto da tutto ciò che non fosse collegato al contrasto della pandemia. Ma anche il dato della precedente *Indagine* (20,3%) non era poi così distante da quello rilevato per il 2020.

Il responsabile principale delle attività di educazione terapeutica e di diagnosi educativa al paziente rimane il diabetologo, ma figure come quella del dietista o dell'infermiere, così come lo psicologo, potrebbero giocare un ruolo non secondario. Sullo sfondo anche la necessità di innovare le metodologie di formazione, puntando anche sulle nuove risorse e strumenti messi a disposizione dalle tecnologie digitali.

Graf. 34 - Chi ha tenuto i corsi di formazione sulla gestione della terapia nel corso del 2020

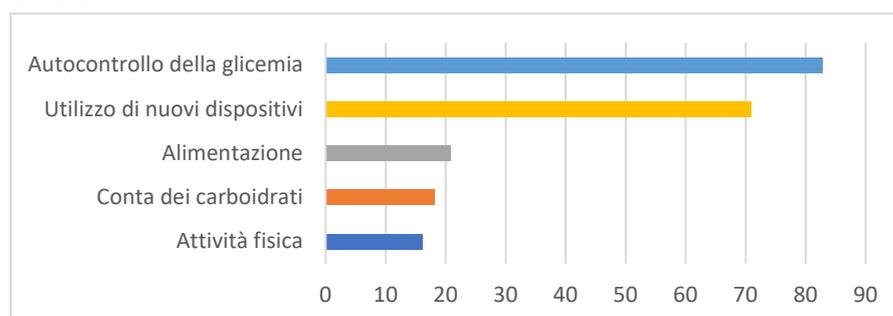


Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Le questioni più affrontate sono l'autocontrollo della glicemia (82,9%) e l'utilizzo di nuovi dispositivi (70,9%), seguono l'alimentazione (20,9%), la conta dei carboidrati (18,09%), l'attività fisica (16,2%). Le attività di formazione sono state promosse per lo più dalle Associazioni dei pazienti in

collaborazione con i professionisti, il 26,9% è stata realizzata da Aziende produttrici di presidi per il diabete.

Graf. 35 – Argomenti dei corsi di formazione sulla gestione della terapia nel corso del 2020



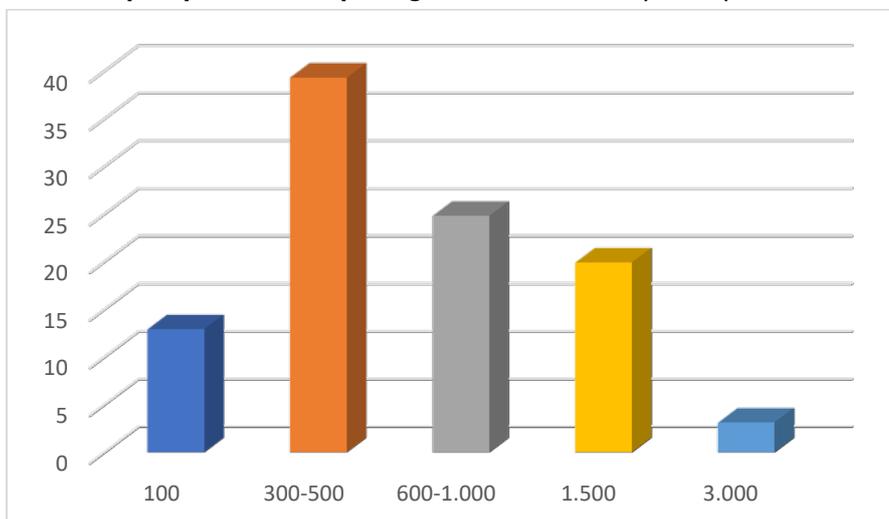
Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

I costi

L'86,5% di quanti hanno risposto al questionario segnala di dover fare ricorso a proprie spese alla integrazione di quanto garantito dal SSN. La spesa privata riguarda prevalentemente strisce reattive, lancette pungidito, gel glucosio convertito (segnalazioni da Sardegna, Sicilia, Calabria, Campania, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Lazio), cerotti e sensori per il monitoraggio continuo della glicemia (segnalazioni da Sardegna, Sicilia, Calabria, Campania, Umbria, Marche, Basilicata), ed esami di laboratorio e visite specialistiche effettuate privatamente (segnalazioni da Abruzzo, Molise, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna).

Il 12,9% segnala una spesa di 100 euro l'anno, il 39,3% tra 300 e 500 euro per anno, il 24,8% tra 600 e 1.000 euro per anno, il 19,9% di 1.500 euro per anno, con punte sino a 3.000 euro per anno (3,1%).

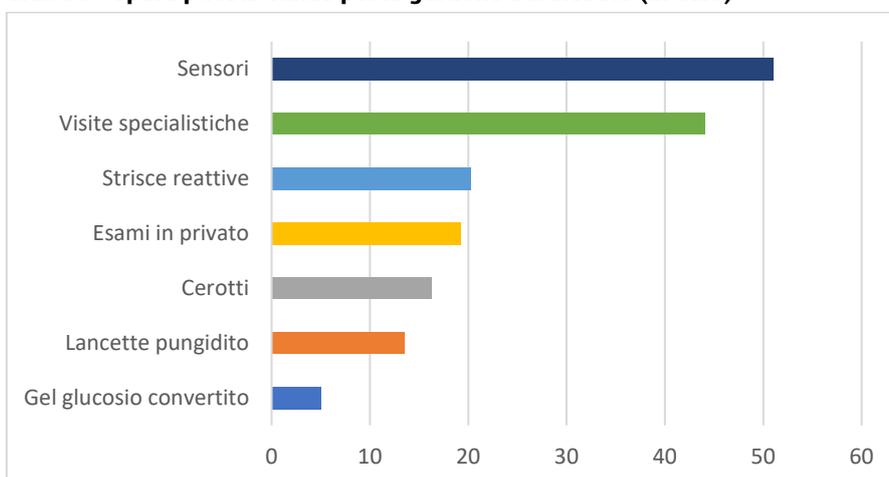
Graf. 36 – Spesa privata annua per la gestione del diabete (in euro)



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

La spesa di maggior rilievo riguarda i sensori e i dispositivi per il monitoraggio in continuo della glicemia, perché non prescritti o forniti in numero insufficiente, o in ritardo, e acquistati a proprie spese.

Graf. 37 – Spesa privata annua per la gestione del diabete (in euro)



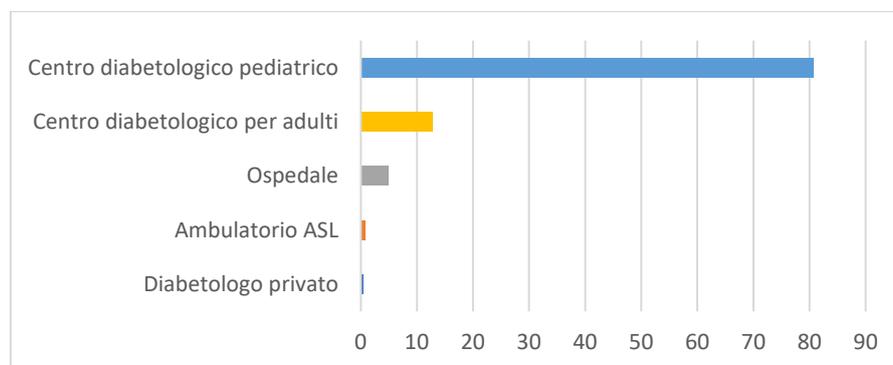
Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Il 13,1% degli intervistati dichiara di pagare un ticket per i farmaci assunti per la cura del diabete (da 1 a 2 euro per confezione), il 4,4% di pagare una differenza di prezzo per ottenere il farmaco di marca anziché quello equivalente.

Il bambino diabetico

I genitori che hanno risposto al questionario sono il 15,7%. Anche questa seconda *Indagine* conferma che la gran parte di bambini e ragazzi con diabete è in carico presso Centri pediatrici (80,8%), mentre diminuiscono quanti segnalano di fare riferimento ad un centro per adulti (12,9%, erano il 15,0%). È seguito presso un ospedale il 4,9% degli intervistati, il resto dichiara di essere in cura presso un ambulatorio della Azienda sanitaria (0,8%) o un diabetologo privato (0,4%).

Graf. 38 – Centro di riferimento



Fonte: *Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete*

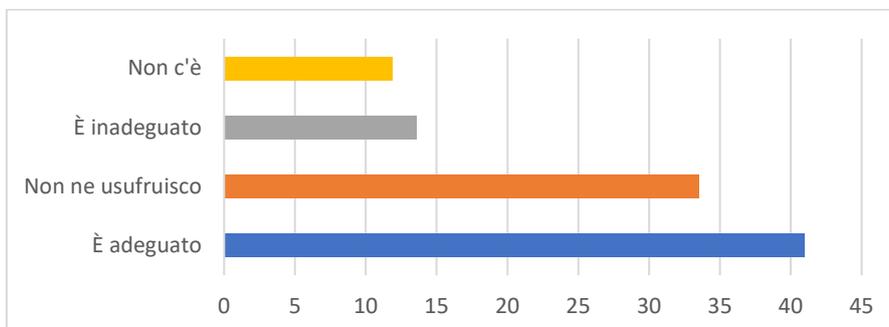
Anche questa seconda *Indagine* conferma tutte le difficoltà alle quali va incontro una famiglia quando scopre il diabete di un figlio. La misurazione della glicemia e la somministrazione di insulina a

scuola continua ad essere un problema dei genitori, e il 53,8% degli intervistati segnala la mancanza di formazione del personale scolastico, che ha ricevuto informazioni sulla gestione delle ipoglicemie (72% dei casi) spesso a cura degli stessi genitori, ma non formazione sulla misurazione della glicemia e sulla somministrazione di insulina. L'assistenza infermieristica per la somministrazione di insulina è segnalata presente solo nel 6,3% delle scuole.

La situazione della scuola si conferma, quindi, molto difficile, ed è fonte di preoccupazione per i genitori, che spesso sono costretti a perdere giorni di lavoro e talvolta devono smettere di lavorare per fornire assistenza al bambino a scuola. Una richiesta che arriva da più parti riguarda la reintroduzione della figura dell'infermiere a scuola, proprio allo scopo di gestire tutte le situazioni non solo legate al diabete, ma a tutte le disabilità. Potrebbe essere coinvolto, peraltro, nella stesura degli orari curricolari, in maniera da tener conto delle necessità di cura ed assistenza dei bambini, e partecipare alle gite scolastiche per garantire, anche in quella occasione, l'assistenza necessaria. Infine, ma non in ordine di importanza, potrebbe occuparsi della formazione per il personale scolastico.

Il 13,6% dei genitori intervistati ritiene la mensa scolastica inadeguata per la gestione della patologia, il 33,5% sceglie di non usufruirne, l'11,9% ne segnala l'assenza. In sostanza, quasi la metà delle famiglie (45,4%) non utilizza la mensa scolastica, quasi il 60% nel complesso esprime una valutazione negativa.

Graf. 39 - Il servizio di mensa scolastico

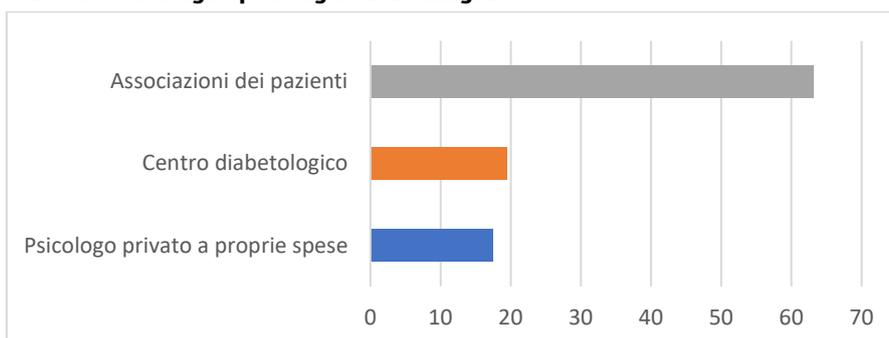


Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Solo il 15,6% dichiara di aver partecipato ad iniziative di informazione/formazione o eventi per la promozione della attività fisica a fini di prevenzione. Ancora una volta dobbiamo rilevare che senza dubbio il 2020 è stato un anno particolare per via della emergenza pandemica, ma anche, al tempo stesso, che il dato è così modesto da sembrare assai più legato ad una condizione strutturale.

Quasi una famiglia su quattro (24,1%) riferisce di aver ricevuto sostegno psicologico, per il 19,5% attraverso i centri diabetologici o altre strutture delle ASL, in gran parte ad opera delle Associazioni dei pazienti (63,1%) o ricorrendo a proprie spese ad uno psicologo privato (17,4%).

Graf. 40 - Il sostegno psicologico alla famiglia



Fonte: Cittadinanzattiva, Seconda Indagine civica sul diabete

Diversità, disomogeneità, diseguaglianze. Il quadro regionale

Sinora abbiamo esaminato il quadro della situazione attraverso il punto di vista delle persone con diabete e dei professionisti sanitari che si occupano della loro cura ed assistenza. È opportuno, ora, dare un'occhiata alle modalità attraverso le quali i territori organizzano la presa in carico delle persone con diabete, tenendo conto delle peculiarità di quegli stessi territori, a partire dai dati epidemiologici.

Le Regioni sono state interpellate attraverso l'invio di un questionario nello stesso periodo di svolgimento della ricognizione rivolta a cittadini con diabete e professionisti, 22 marzo-21 giugno 2021. Le risposte pervenute sono state parziali e incomplete, e rinviavano ad ulteriori comunicazioni successive. È evidente che il periodo particolarmente oneroso per il SSN, in relazione all'impegno nel contrasto alla pandemia, non ha consentito di garantire una informazione completa. I dati e le informazioni successive sono frutto quindi, per lo più dell'incrocio tra dati e informazioni ufficiali e pubbliche. Una parte di esse è stata utilizzata per il confronto con i dati provenienti da altre fonti ed è già stata inserita nel testo, pertanto, in precedenza.

Le Regioni mostrano diversità significative dal punto di vista epidemiologico, ma anche per quanto riguarda il quadro normativo di riferimento, i modelli organizzativi adottati e consolidati nel corso degli anni, i comportamenti di professionisti e pazienti nella gestione della malattia che finiscono per avere ricadute anche sulle scelte di policy. E queste scelte sono evocate continuamente per analizzare e discutere le disomogeneità e, spesso, le diseguaglianze che ne derivano.

È noto che la prima questione con la quale ci confrontiamo è la crescita costante del numero dei soggetti diabetici. Gli studiosi

mettono in relazione questo elemento, almeno in parte, con l'aumento della popolazione anziana, più a rischio di malattie croniche. C'è da considerare, ancora, l'aumento della aspettativa di vita. Il ritmo di crescita di questo fattore è, negli ultimi anni, più basso rispetto ad alcuni anni fa, e bisognerà verificare la situazione, come in parte si sta già cominciando a fare, quando saremo finalmente usciti dalla emergenza pandemica. Ma l'Italia si attesta, comunque, tra i Paesi con la speranza di vita più elevata al mondo, pur con le differenze e disomogeneità tra Regioni del Nord e del Sud.

Queste differenze riguardano anche le persone con diabete. Sappiamo che le stime ufficiali parlano, al momento, di 3,5 milioni di diabetici in Italia. Ma la loro presenza è piuttosto diversificata e ci viene restituita dagli indici di prevalenza. Il dato nazionale è stimato al 5,8% della popolazione¹⁰, ma nelle singole Regioni assistiamo ad oscillazioni anche importanti, con una prevalenza mediamente più bassa al Nord rispetto al Centro e, ancora di più, al Sud e nelle Isole. Liguria, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna presentano prevalenze superiori a quella del Paese. Da notare che una sola regione è collocata al Nord, e ben sei su dieci sono Regioni del Sud e Isole.

Obesità e sedentarietà sono un fattore di rischio particolarmente importante per la patologia diabetica, correlato agli stili di vita e alle abitudini alimentari. Si stima che in Italia il 35,0% della popolazione pratichi sport, ma anche in questo caso si rilevano differenze tra le diverse aree del Paese, con una quota piuttosto bassa di persone che praticano sport nelle Regioni meridionali e, in particolare, in Campania e in Sicilia.

¹⁰ Istat, Aspetti della vita quotidiana, 2021.

Lo stile di vita, ovviamente, comporta conseguenze sullo stato di salute anche nei soggetti più giovani, e nonostante il divario tra Nord e Sud su questo terreno tenda a ridursi, le Regioni meridionali continuano a registrare prevalenze di obesità infantile ancora significative.

I tassi di ospedalizzazione per diabete non controllato, diabete con complicanze e amputazioni degli arti inferiori sono all'attenzione degli addetti ai lavori non solo come tali, ma anche perché messi in relazione con l'efficienza dei servizi sanitari. I dati segnalano complessivamente un miglioramento per i tassi di ospedalizzazione per diabete non controllato, con 10,79 dimissioni (x 100.000 abitanti) rispetto alle 14,61 (x 100.000 abitanti) del 2014. Diminuisce rispetto al 2014 anche il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze (passando da 31,33 a 28,96 dimissioni per 100.000 abitanti). Tuttavia, i valori riscontrati in metà delle Regioni sono ancora importanti, e per tutti e tre gli indicatori, tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato e per diabete con complicanze, e amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici, si registrano valori al di sopra del dato medio nazionale, con una differente connotazione delle diverse macro aree del Paese e alcune Regioni del Nord sorprendentemente ben rappresentate all'interno del gruppo (Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, con l'aggiunta della Valle d'Aosta per l'indicatore riguardante le amputazioni).

Nonostante gli indicatori sulle ospedalizzazioni in miglioramento e i progressi della ricerca medica, più di 20.000 persone muoiono ogni anno in Italia ancora a causa del diabete. L'aumento del tasso di mortalità nei maschi tra il 2000 ed il 2017 è considerato un effetto dell'invecchiamento della popolazione (da 32,8 a 35,2 anni ogni 100.000 abitanti). La mortalità mostra valori più elevati nel Centro-Sud e nelle Isole, con sei Regioni che registrano valori al di sopra di quelli medi nazionali tanto per gli uomini che per le donne

(Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia) e due, ugualmente al di sopra del dato medio nazionale ma solo per gli uomini (Abruzzo e Molise). Il valore di riferimento è quello della P.A. di Bolzano (con un tasso standardizzato di 18,3 e 12,2 ogni 100.000, rispettivamente per maschi e femmine).

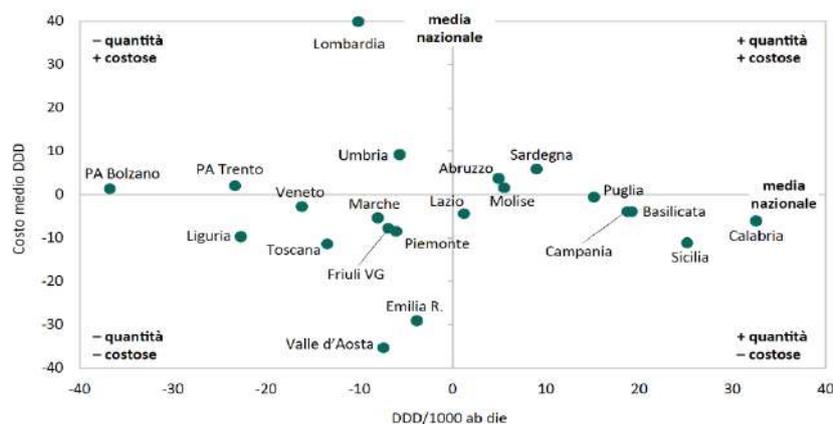
L'utilizzo di farmaci antidiabetici è un indicatore interessante, perché ripropone differenze tra le diverse Regioni e macroaree del Paese. Si tratta di un dato caratterizzato da una distribuzione sovrapponibile alla epidemiologia del diabete di tipo 2, con una estesa variabilità regionale. È più elevato negli uomini rispetto alle donne, presenta un gradiente geografico Nord-Sud, con consumi più elevati al Sud, ed un gradiente sociale che penalizza le fasce di popolazione a maggior indice di deprivazione, più accentuato per le donne. Le Regioni meridionali presentano consumi più elevati, mediamente, del 40% rispetto alle aree del Paese con i consumi più bassi¹¹.

È interessante notare che l'aggiustamento per indice di deprivazione riduce il valore dei tassi di consumo nelle Regioni meridionali, riallineandole per la gran parte delle aree territoriali ai tassi del resto del Paese. Ma anche queste correzioni non annullano le ampie variazioni nell'utilizzo di farmaci tra le diverse Regioni, segno che queste differenze vanno ricondotte anche ad altri elementi, come i comportamenti prescrittivi dei medici, i diversi profili clinici delle persone con diabete, la quota di diagnosi effettuate e quella di diabete non conosciuto che può variare, ancora una volta, in relazione alla condizione socio-economica nelle differenti aree territoriali. Il grafico successivo fornisce una

¹¹ OSSERVATORIO NAZIONALE SULL'IMPIEGO DEI MEDICINALI. L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2020. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021.

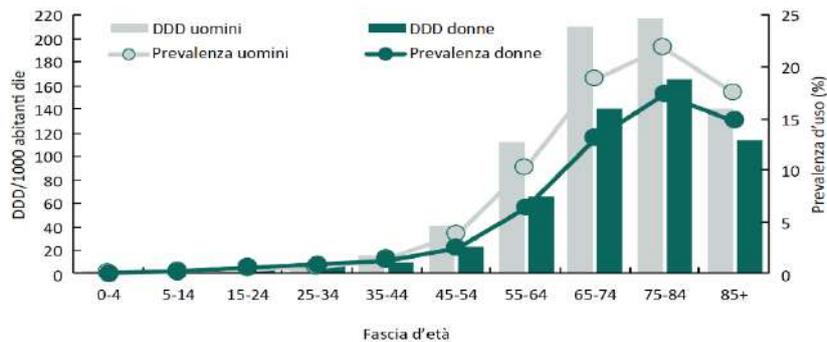
indicazione chiara del posizionamento delle diverse Regioni rispetto alla utilizzazione di farmaci antidiabetici.

Graf. 41 – Farmaci antidiabetici, variabilità regionale nell’utilizzo. 2020



Fonte: Osservatorio Nazionale sull’impiego dei Medicinali. L’uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2020. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021

Nel grafico che segue, invece, la prevalenza nell’uso dei farmaci antidiabetici, per uomini e donne, e per fascia di età.



Fonte: Osservatorio Nazionale sull’impiego dei Medicinali. L’uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2020. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021

Per completare questo quadro, è interessante prendere in considerazione due dati particolarmente significativi, relativi alla *aderenza* alle terapie e alla *persistenza*. La prima fa riferimento al “conformarsi del paziente alle raccomandazioni del medico riguardo ai tempi, alle dosi e alla frequenza nell’assunzione del farmaco”¹², la seconda riguarda il mantenimento nel tempo di una terapia farmacologica. Entrambi gli indicatori risultano piuttosto bassi. Per l’aderenza alle terapie, ad un anno dal loro inizio, si registrano valori di 37,6% negli uomini e 31,6% nelle donne. In generale, si riscontrano dati migliori per le Regioni del Nord e la Sardegna, e per i residenti nei comuni con più bassi indici di deprivazione, peggiori nelle aree territoriali con condizioni socio-economiche più problematiche, anche se non è definitivamente accertato un rapporto di causa-effetto tra aderenza più bassa e indici di deprivazione più elevati. Se andiamo a verificare i dati relativi alla *persistenza*, anche in questo caso riscontriamo un comportamento più virtuoso degli uomini (43,2%) rispetto alle donne (36,8%). La variabilità geografica è meno marcata, e la relazione con la deprivazione meno significativa rispetto a quanto si verifica per l’aderenza.

Questi dati confermano, quindi, la presenza di fasce significative di trattamenti farmacologici non ottimali. In particolare, tra i pazienti al di sopra dei 65 anni di età si rileva una non aderenza che oscilla tra il 13 e il 64% per i farmaci ipoglicemizzanti orali e tra il 19 e il 46% per la terapia insulinica. La percentuale più alta di soggetti con bassa aderenza si presenta per i residenti al Sud con almeno 85 anni di età.

Tra gli elementi riconosciuti all’origine di questi comportamenti, le comorbidità, la presenza di deficit cognitivi e/o sensoriali, la

¹² OSSERVATORIO NAZIONALE SULL’IMPIEGO DEI MEDICINALI. L’uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2020, cit.

depressione, ma anche la complessità del regime terapeutico e la polifarmacoterapia, oltre che la qualità della relazione con il medico curante, in particolare per quanto riguarda l'interazione e l'informazione.

Il quadro normativo

Prima di addentrarci nell'esame dei tratti generali dei modelli organizzativi adottati dalle Regioni, soffermiamoci sul quadro normativo di riferimento. Anche sotto il profilo normativo si devono registrare diversità nell'approccio delle diverse Regioni alla patologia diabetica. La maggior parte di esse ha recepito la Legge Nazionale 115/87, alcune, come Marche, Lombardia, Campania e Friuli-Venezia Giulia sono ritornate più volte in sede legislativa per modificare o integrare atti precedenti.

Il Piano Nazionale sulla malattia Diabetica, approvato nel 2013, è stato recepito da tutte le Regioni e Province Autonome, con l'unica eccezione della Valle d'Aosta, tra il 2013 e il 2015. Il Piano definisce obiettivi, strategie, priorità di azione, concentrando l'attenzione su prevenzione, diagnosi precoce, controllo delle complicanze, e punta sulla gestione integrata della malattia. Non altrettanto si deve dire per l'adozione di Piani Attuativi Regionali del Piano Nazionale Diabete, approvati in 9 fra Regioni e Province Autonome, Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Marche, Piemonte, Sardegna, Toscana, Provincia Autonoma di Trento, Veneto.

Quasi tutte le Regioni si sono date di organismi formali, come, per l'appunto, gli Organismi o le Commissioni regionali per il diabete. Fatte salve rare eccezioni, si riuniscono poco quanto niente, in qualche Regione mai. In realtà, programmazioni e verifiche sono assai più appannaggio di tavoli tecnici e gruppi di lavoro ad hoc,

almeno nei territori che riconoscono a queste funzioni un ruolo nella gestione della risposta alla patologia diabetica.

Alcune Regioni, Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Sardegna, Sicilia, P.A. di Trento, Toscana, Umbria e Veneto, si sono date PDTA regionali.

Tutti si ispirano nella matrice del modello organizzativo, pur nelle differenze che si rilevano, ovviamente, tra Regione e Regione, alla gestione integrata e, in particolare, al Chronic Care Model. Il modello organizzativo del PDTA della regione Umbria prevede, inoltre, una articolazione per Centri Hub & Spoke. Tutti prevedono per la gestione integrata un ruolo tanto degli Ambulatori dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che dei Centri di diabetologia, tanto per la diagnosi che per la prescrizione e per il follow up e l'eventuale ospedalizzazione. Il PDTA della Regione Umbria distingue tra Centri di diabetologia Hub e Centri di diabetologia Spoke.

Sono coinvolti nella diagnosi, oltre che il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta, il diabetologo/endocrinologo. Basilicata e P.A. di Trento prevedono un ruolo anche per il ginecologo. La rosa dei professionisti coinvolti nel follow up è più ampia, e alle figure già citate per la diagnosi si aggiungono dietisti, infermieri, psicologi e podologi. Presenti solo nei PDTA di alcune Regioni, e a geometria variabile, oftalmologi, internisti, neurologi, nefrologi, ortopedici, urologi, medici di medicina fisica e riabilitativa, cardiocirurghi, farmacisti, tecnici ortopedici, ostetriche, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, esperti in scienze motorie, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, assistenti domiciliari, counselor.

Sono coinvolti nella prescrizione dei farmaci solo il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta e il diabetologo/endocrinologo.

Alle Associazioni dei pazienti viene riconosciuto quasi unanimemente un ruolo attivo, in partnership con il team diabetologico, nei percorsi di corretta informazione, educazione terapeutica, supporto e accompagnamento ai pazienti, con particolare attenzione per l'educazione all'autocontrollo e alla autogestione della malattia. In qualche caso (Marche) si è previsto un ruolo in iniziative di sostegno psicologico per minori, giovani e adulti con diabete e per le loro famiglie, in altri nella informazione e sensibilizzazione della opinione pubblica sul diabete. Alle Associazioni è affidato, inoltre, anche l'intervento diretto nelle scuole per la formazione del personale scolastico, e la collaborazione per la organizzazione e realizzazione di campi scuola per bambini e adolescenti con diabete.

Particolarmente ricco il menù di interventi previsti in Sardegna, con la possibilità di contribuire alla programmazione di campagne di sensibilizzazione per favorire il cambiamento culturale sul diabete e lo sviluppo della Gestione Integrata del paziente diabetico, la programmazione di campagne di prevenzione, la definizione di programmi di formazione, l'organizzazione di giornate a tema sul territorio, dedicate alla attività fisica, all'alimentazione e alla autogestione. Ma è auspicato un ruolo delle Associazioni dei pazienti anche nella produzione di materiale didattico/formativo, nella conduzione di attività ludico-ricreative che concorrano alla diffusione della cultura della prevenzione delle malattie metaboliche, sino alla realizzazione di interventi per ridurre la pubblicità ingannevole da parte delle ditte che producono alimenti per i bambini e dei fast food che operano sul territorio regionale.

L'organizzazione del sistema di cure

I Centri di terzo Livello, di alta specializzazione, sono presenti in 10 Regioni, Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Toscana e Veneto. Il numero dei centri varia, con Regioni come Basilicata e Friuli-Venezia Giulia che ne hanno uno, e Regioni come Piemonte, Veneto, Abruzzo, Toscana e Lazio per le quali si passa dai 6 del Piemonte ai 16 del Lazio. Le équipes di questa tipologia di Centri contano, di solito, oltre che sul diabetologo/endocrinologo, sull'infermiere specializzato, sul dietista, sullo psicologo, sul podologo e, in taluni casi, sull'oculista e sul cardiologo. Ma ci sono Centri che prevedono anche la collaborazione con il neurologo, l'ortopedico e il chirurgo. La presa in carico specialistica da parte di questi Centri è, generalmente, completa, e in grado di affrontare le questioni più complesse. In Veneto questi Centri si occupano anche di ricerca e formazione.

I Centri di secondo Livello sono presenti un po' in tutte le Regioni, con compiti di inquadramento diagnostico e presa in carico dei casi di maggiore complessità di cura ed assistenza, prima prescrizione dei piani terapeutici, monitoraggio delle complicanze, sviluppo dei percorsi previsti dai PDTA. Non è infrequente che il grosso delle attività veda protagonisti il diabetologo e l'infermiere specializzato, ma questi Centri possono contare, se necessario, su dietisti, psicologi e podologi, e in alcuni casi anche su oculisti e cardiologi.

I Centri di primo livello sono presenti sul territorio di tutte le Regioni e sono, di solito, quelli più vicini ai luoghi di residenza. Svolgono prevalentemente attività di diagnosi, inquadramento della terapia e follow up, con ruoli a geometria variabile in relazione al coordinamento con altre strutture specialistiche nell'ambito di quanto previsto dai PDTA.

Diabetologo/endocrinologo ed infermiere rappresentano, di solito, il binomio professionale al quale è affidata la loro conduzione, ma con le solite differenze che i diversi modelli organizzativi sviluppano sul territorio anche in considerazione delle specificità di determinate realtà.

L'Italia è stata uno dei primi Paesi ad aver previsto sino dal 1987 l'istituzione di Strutture di Diabetologia Pediatrica (SDP) in ogni Regione, dirette dal diabetologo pediatra, che articola il modello d'assistenza al bambino e adolescente con diabete su tre livelli. Il primo è quello di base, con un ruolo per i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale. Il secondo è costituito da Strutture Specialistiche Pediatriche di Diabetologia (SSPD) che operano nell'ambito di Unità Operative di Pediatria. Il terzo livello è rappresentato dai Centri Regionali di Riferimento per la Diabetologia Pediatrica (CRRDP). La qualità delle cure erogate dai Diabetologi Pediatri italiani si è andata evolvendo rapidamente nel corso degli ultimi anni e ha raggiunto elevati standard di efficienza e di risultati.

Problematica, invece, la transizione strutturata dalla gestione del centro pediatrico a quello dell'adulto e dal PLS al MMG. La transizione non viene effettuata in maniera omogenea nei vari centri, e solo alcune aziende sanitarie si sono dotate di percorsi ufficializzati. Non a caso, la transizione rientra tra le aree di miglioramento previste dal Piano Nazionale per la malattia diabetica, che riconosce che su questo terreno si rilevano numerose criticità. Si rilevano, in particolare, scarse risorse di tempo e di personale, soprattutto infermieristico. Inoltre, si registra una distanza non indifferente con approcci terapeutici, come quelli per adulti, che utilizzano meno le nuove tecnologie (microinfusori, rilevatori di glicemia). I diversi schemi di terapia insulinica proposti dai pediatri rispetto ai diabetologi dell'adulto possono creare disagi nel passaggio. L'impostazione del trattamento dietetico non

sempre utilizza tecniche di calcolo dei carboidrati. A tutto ciò si deve aggiungere, spesso, la difficoltà del giovane a lasciare il centro diabetologico pediatrico.

Considerazioni conclusive

Abbiamo avviato l'illustrazione dei dati e delle informazioni che questa *Seconda Indagine* civica sul diabete ha messo a nostra disposizione partendo dal contesto epidemiologico. Volevamo sottolineare, una volta di più, i numeri importanti che caratterizzano questa malattia, anche nel nostro Paese, perché ci sembra che si tratti del dato di partenza ineludibile per qualunque riflessione, anche in considerazione dell'impatto sul SSN, così come su altre politiche pubbliche.

Ma, soprattutto, volevamo soffermarci sui dati relativi alle differenze significative tra Nord e Sud del Paese che riguardano la prevalenza, quindi la presenza del diabete. Su dieci Regioni che si collocano al di sopra del valore medio nazionale (5,8%), solo una è al Nord, la Liguria, tre sono al centro (Umbria, Abruzzo e Molise), le restanti sono Regioni meridionali (Campania, Puglia, Basilicata, Calabria) e isole, Sicilia e Sardegna. Questi dati trovano conferma anche se esaminiamo la mortalità, significativamente più alta al Sud e nelle Isole rispetto al Centro e al Nord. Campania, Sicilia e Calabria registrano i dati di mortalità per diabete più alti, Lombardia e P.A. di Bolzano e di Trento quelli più bassi.

È ormai consolidato, inoltre, il legame tra insorgenza del diabete e appartenenza a classi di popolazione in condizioni socio-economiche più disagiate. Se esaminiamo, per esempio, il livello di istruzione, in tutte le fasce di età il gradiente tra basso e alto titolo di studio conseguito, prevalenza e mortalità della malattia è evidente.

Se queste premesse sono vere, e dati alla mano non c'è ragione di metterle in dubbio, le politiche sanitarie non possono essere certamente le uniche ad essere chiamate in causa, ma neanche ignorate o sottovalutate nei loro effetti.

L'*Indagine* ci restituisce una presa in carico delle persone con diabete, da parte del SSN, fortemente sbilanciata sui centri diabetologici, di ottimo livello, ma con un ruolo ancora residuale della dimensione territoriale. L'integrazione tra centri specialistici e cure primarie, così fortemente promossa dal Piano nazionale sulla malattia diabetica, è ancora tutta da costruire. Tra le tante informazioni che l'*Indagine* restituisce su questo tema, val la pena citare i progressi ancora troppo lenti e incerti dei PDTA, che scontano le solite disomogeneità territoriali. Quando funzionano sono molto apprezzati dalle persone con diabete, anche se chi ha partecipato alla *Indagine* per la gran parte non ne percepisce l'esistenza e sostiene di non essere inserito in alcun percorso.

Rispetto alla integrazione, quindi, non emergono passi avanti significativi, mentre si vedono con chiarezza tutte le difficoltà della dimensione territoriale del SSN, con le quali peraltro ci siamo misurati anche nel corso della pandemia e che, non a caso, sono al centro di tentativi di riorganizzazione, anche nel contesto delle risorse messe a disposizione dal PNRR.

Risultati analoghi emergono dalla *Indagine* per quanto attiene alla multidisciplinarietà, altro elemento cardine del Piano nazionale sulla malattia diabetica. Risulta ancora decisamente poco praticata, e diabetologo e infermiere, insieme a dietisti e psicologi, sono le figure professionali sulle quali ricade l'onere di costruire i team, che rappresentano al momento l'elemento di punta della presa in carico della persona con diabete. Nella gran parte dei casi, in realtà, l'équipe si conferma costituita solo dal diabetologo e dall'infermiere.

Anche i progressi sul terreno della prevenzione appaiono ancora troppo lenti e, spesso, intervallati a vere e proprie battute d'arresto. Investiamo ancora poco nel rafforzamento della capacità di autogestione della malattia, eppure dovrebbe rappresentare un elemento di forza nella gestione del diabete. Non promuoviamo

adeguatamente l'attività fisica e facciamo meno educazione terapeutica di ciò che servirebbe, anche se il dato emerso con l'*Indagine* è stato certamente condizionato dalla emergenza pandemica.

Il contributo che le tecnologie potrebbero darci sul terreno della prevenzione è ampiamente sottoutilizzato. La percentuale di persone con diabete che fa uso di dispositivi di ultima generazione per il controllo continuo della glicemia, per esempio, è ancora bassa, con differenze ancora una volta tra Regioni e Regioni, nonostante circa il 25% delle persone con diabete sia in trattamento insulinico e che un altro 30% assuma farmaci che comportano il rischio di ipoglicemia. Eppure un automonitoraggio glicemico domiciliare ben strutturato concorrerebbe non solo al controllo delle ipoglicemie, ma anche a comprendere l'efficacia dei trattamenti, l'impatto degli alimenti, dell'attività fisica, di eventuali malattie intercorrenti, ecc. È paradossale, poi, che non si intervenga su questo terreno nella stagione nella quale si teorizza, correttamente, dopo le esperienze di successo in corso di pandemia, l'utilizzo della innovazione tecnologica per il controllo da remoto delle patologie croniche.

Anche a scuola ci occupiamo poco di prevenzione e un bambino o una ragazza con diabete restano un problema della famiglia. Non facciamo formazione al personale scolastico e, nella stragrande maggioranza degli istituti, in assenza di un infermiere, la misurazione della glicemia e la somministrazione di insulina sono a carico dei genitori.

Più in generale, il filo rosso di questa seconda *Indagine* si conferma, come già per la prima, l'esistenza di differenze significative tra Regioni e Regioni, nei modelli organizzativi, negli indirizzi che regolano l'accesso a farmaci e dispositivi e, in particolare, alla innovazione, nelle pratiche prescrittive, nelle politiche di prevenzione. Differenze che sono all'origine di disparità

e disuguaglianze nell'accesso alle cure, e che certamente non intaccano il quadro epidemiologico dal quale eravamo partiti e ci restituiscono l'immagine di un'Italia divisa in due, tra Nord e Sud del Paese, alla quale sembriamo non reagire.

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è ancora lì, a quasi dieci anni dalla sua approvazione. Le Regioni si sono impegnate ad attuarlo, anche se con le modalità organizzative che ritengono più adeguate, esercitando l'autonomia decisionale riconosciuta loro. Alcune di esse hanno fatto decisamente bene, e i dati lo documentano, altre continuano a far male. Il valore del Piano non risiede solo nelle indicazioni sul terreno della integrazione, della multidisciplinarietà nella presa in carico delle persone con diabete, della attenzione per la prevenzione, ma anche nella proposta di una impostazione comune su tutto il territorio nazionale, che dovrebbe contribuire ad assicurare maggiore omogeneità e garantire eguale diritto di accesso, qualità e sicurezza alle cure e all'assistenza alle persone con diabete. È il momento di rispolverare quel documento, riattualizzando e confermando con politiche concrete gli impegni assunti ormai quasi un decennio fa.

C'è poi l'occasione straordinaria rappresentata dalla riflessione sulla riorganizzazione dell'assistenza sul territorio, dopo l'esperienza con la pandemia da COVID-19. Il diabete, e le sue esigenze di presa in carico integrata e multidisciplinare rappresentano concretamente quella necessità, sottolineata da più parti, che accanto agli investimenti sulle strutture, Case ed Ospedali di comunità, piuttosto che Centrali Operative Territoriali di coordinamento, si dedichino tempo, attenzione, competenze ed energie ai processi, senza i quali anche gli investimenti strutturali rischiano di lasciare il tempo che trovano. La gestione delle persone con diabete dovrebbe diventare un esempio concreto del lavoro di riorganizzazione dei modelli di assistenza sul territorio. Ciò garantirebbe maggiore concretezza alla riflessione sui modelli

organizzativi territoriali e, al tempo stesso, rappresenterebbe una opportunità per dare finalmente una accelerazione ai percorsi di integrazione che riguardano la gestione del diabete.

Occorre mettere in cantiere strategie ed azioni per la promozione della aderenza ai trattamenti. L'*Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci* dell'AIFA valuta poco soddisfacenti i livelli medi di aderenza e persistenza al trattamento farmacologico per il diabete, con un gradiente decrescente tra Nord e Sud del Paese e risultati migliori, ancora una volta, nelle aree meno deprivate. I dati e le informazioni disponibili, ormai sufficientemente esaustivi, non riescono a portare il tema in superficie, né a proporlo all'attenzione del dibattito sulle priorità per il SSN. La questione sembra, al momento, appannaggio pressoché esclusivo della cerchia ristretta degli addetti ai lavori. Va posta, invece, con determinazione, alla attenzione dei decisori ai diversi livelli. Non si tratta di promuovere buone pratiche ed esperienze in singole realtà, che già esistono, ma di prendere contatto con la dimensione di governo del problema. In altre parole, è necessario che i decisori acquistino consapevolezza della rilevanza del tema e dell'impatto sul sistema della mancanza attuale di strategie. Non ha senso rendere accessibili le terapie, anche quelle più innovative, se poi non siamo in grado di promuovere una adeguata aderenza alle stesse.

È necessario riaprire la riflessione sull'accesso alla innovazione. Disponiamo ormai di metodi e prassi ampiamente collaudati per rispondere alle garanzie di accesso ai LEA in una cornice di sostenibilità. Eppure non sempre riusciamo a garantire ai cittadini, nel loro interesse esclusivo, l'innovazione messa a disposizione a ritmo sostenuto dalla ricerca scientifica e tecnologica. Nessuno vuole mettere in discussione l'attenzione per l'appropriatezza e per una scrupolosa verifica della qualità effettiva di ciò che viene proposto come innovativo e utile, per esempio attraverso il sistema di valutazioni di HTA, ma forse siamo di fronte ad una discussione

che merita di essere riaperta, prendendosi la libertà di capire quali soluzioni si possano mettere in campo per garantire l'accesso alla innovazione in tempi più consoni e a platee più ampie, quando utile e necessario.

Anche semplificazione e sburocratizzazione delle procedure, che dovrebbero rappresentare un punto fisso nella agenda delle politiche per la gestione del diabete, così come delle cronicità in genere, richiedono una accelerazione significativa. Le persone con diabete intrattengono, per ovvie ragioni, una relazione intensa con i servizi sanitari. Semplificare e sburocratizzare le procedure, eliminando tutti i passaggi inutili e ridondanti, aumenterebbe non poco la qualità della loro vita. La digitalizzazione della PA, che sarà oggetto di investimenti attraverso le risorse del PNRR, dovrebbe rappresentare una preziosa opportunità anche a questo scopo.

Non possiamo più continuare a lasciare sulle spalle delle famiglie l'onere di gestire la presenza in sicurezza a scuola di un figlio con diabete. L'*Indagine* conferma che la situazione della scuola da questo punto di vista è molto difficile, ed è fonte di preoccupazione per i genitori, che spesso sono costretti a perdere giorni di lavoro e talvolta devono smettere di lavorare per fornire assistenza al bambino a scuola. Una richiesta che arriva da più parti, e che forse meriterebbe di essere valutata, riguarda la reintroduzione della figura dell'infermiere all'interno degli istituti scolastici, proprio allo scopo di gestire situazioni di questo genere, legate al diabete ma anche a tutte le disabilità.

Più in generale, è venuto probabilmente il momento di recuperare la centralità del diabete nell'ambito delle cronicità, a partire dal contesto epidemiologico e dalla sua evoluzione, ma non solo. Esigenze di integrazione e multidisciplinarietà, ruolo evidente della prevenzione, valore della autogestione della malattia e della personalizzazione dei percorsi di cura ed assistenza, rapporto evoluto con le tecnologie, ne fanno un vero e proprio paradigma,

che può contribuire a mettere a fuoco strategie efficaci per contrastare disparità e disuguaglianze. E per superare quella inerzia che da troppo tempo sembra essere il tratto distintivo delle politiche sul diabete.

Indicatori regionali

Di seguito abbiamo raggruppato alcuni indicatori, dei quali si è dato conto nel corso della trattazione, in maniera da facilitarne la lettura integrata per singola Regione.

Abruzzo

Prevalenza: **6,8%** (5,8%);

Sovrappeso in età pediatrica: **22,3%**;

Obesi in età pediatrica: **8,2%**;

Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **8,97** x 100.000 (10,79);

Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **35,13** x 100.000 (28,96);

Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **20,69** x 100.000 (13,66);

Tasso di mortalità per diabete: M **34,0** x 100.000 (35,2); F **26,3** x 100.000 (25,4);

Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M **18,99** (21,80); F. **14,36** (15,09);

Aderenza: M **40,9%** (37,6%); F **36,6%** (31,6%);

Persistenza: M **47,7%** (43,2%); F **44,2%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R. n. 609 del 19 agosto 2013).

Esiste un PDTA regionale Diabete (Decreto n. 75 del 5 luglio 2016).

Basilicata

Prevalenza: **6,7%** (5,8%);

Sovrappeso in età pediatrica: **23,9%**;

Obesi in età pediatrica: **8,6%**;

Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **12,04**
x100.000 (10,79);

Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **19,86**
x100.000 (28,96);

Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **10,83**
x100.000 (13,66);

Tasso di mortalità per diabete: M **40,6** x100.000 (35,2);

F **36,3** x100.000 (25,4);

Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M
24,58 (21,80); F **18,76** (15,09);

Aderenza: M **36,5%** (37,6%); F **29,0%** (31,6%);

Persistenza: M **48,9%** (43,2%); F **41,7%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R.
n. 136 del 14 febbraio 2013).

P.A. di Bolzano

Prevalenza: **3,4%** (5,8%);

Sovrappeso in età pediatrica: **12,2%**;

Obesi in età pediatrica: **2,4%**;

Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **29,75**
x100.000 (10,79);

Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **27,24**
x100.000 (28,96);

Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **10,58**
x100.000 (13,66);

Tasso di mortalità per diabete: M **18,3** x100.000 (35,2); F **12,2** x100.000 (25,4);

Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M **15,96** (21,80) F. **10,23** (15,09)

Aderenza: M **41,3%** (37,6%); F **38,4%** (31,6%)

Persistenza: M **43,9%** (43,2%); F **40,3%** (36,8%)

Il Piano Nazionale sulla malattia diabete è stato recepito (D.G.R. n. 609 del 19 agosto 2013).

Calabria

Prevalenza: **8,0%** (5,8%);

Sovrappeso in età pediatrica: **25,0%**;

Obesi in età pediatrica: **11,7%**;

Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **6,35** x 100.000 (10,79);

Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **31,09** x 100.000 (28,96);

Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **16,75** x 100.000 (13,66);

Tasso di mortalità per diabete: M **49,8** x 100.000 (35,2); F **39,5** x 100.000 (25,4);

Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M **25,65** (21,80) F. **18,76** (20,43);

Aderenza: M **33,2%** (37,6%); F **26,1** (31,6%);

Persistenza: M **39,5%** (43,2%); F **32,2** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R. n. 89 del 19 giugno 2013).

Esiste un PDTA regionale Diabete (Decreto n. 13 del 2 aprile 2015).

Campania

Prevalenza: **6,2%** (5,8%);
Sovrappeso in età pediatrica: **26,2%**;
Obesi in età pediatrica: **13,2%**;
Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **7,78**
x100.000 (10,79);
Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **30,42**
x100.000 (28,96);
Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **15,62**
x100.000 (13,66);
Tasso di mortalità per diabete: M **58,8** x100.000 (35,2); F **51,9**
x100.000 (25,4);
Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M
23,48 (21,80) F. **18,76** (17,73);
Aderenza: M **35,9%** (37,6%); F **30,9%** (31,6%);
Persistenza: M **42,3%** (43,2%); F **37,6%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.C.A.
n. 26 del 3 giugno 2014).

Emilia-Romagna

Prevalenza: **5,2%** (5,8%);
Sovrappeso in età pediatrica: **21,0%**;
Obesi in età pediatrica: **6,2%**;
Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **20,72**
x100.000 (10,79);
Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **37,79**
x100.000 (28,96);
Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **15,32**
x100.000 (13,66);
Tasso di mortalità per diabete: M **29,0** x100.000 (35,2); F **18,0**
x100.000 (25,4);

Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): dato non disponibile (21,80) F. dato non disponibile (15,09);

Aderenza: M dato non disponibile (37,6%); F dato non disponibile (31,6%);

Persistenza: M dato non disponibile (43,2%); F dato non disponibile (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R. n. 540 del 23 aprile 2014).

Friuli-Venezia Giulia

Prevalenza: **5,1%** (5,8%);

Sovrappeso in età pediatrica: **19,1%**;

Obesi in età pediatrica: **4,1%**;

Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **14,77** x100.000 (10,79);

Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **15,36** x100.000 (28,96);

Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **15,93** x100.000 (13,66);

Tasso di mortalità per diabete: M **27,0** x100.000 (35,2); F **14,8** x100.000 (25,4);

Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M **23,96** (21,80); F. **13,28** (15,09);

Aderenza: M **41,8%** (37,6%); F **39,2%** (31,6%);

Persistenza: M **47,9%** (43,2%); F **44,2%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R. n. 1676 del 28 agosto 2015).

Esiste un PDTA regionale Diabete (D.G.R. n. 1676 del 28 agosto 2015).

Lazio

Prevalenza: **5,6%** (5,8%);
Sovrappeso in età pediatrica: **23,1%**;
Obesi in età pediatrica: **8,1%**;
Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **9,19**
x100.000 (10,79);
Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **29,78**
x100.000 (28,96);
Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **10,06**
x100.000 (13,66);
Tasso di mortalità per diabete: M **35,9** x100.000 (35,2); F **25,6**
x100.000 (25,4);
Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M
22,99 (21,80) F. **16,27** (15,09);
Aderenza: M **35,9%** (37,6%); F **26,7%** (31,6%);
Persistenza: M **40,1%** (43,2%); F **30,4%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.C.A.
n. 0001221/2013).

Esiste un PDTA regionale Diabete (D.C.A. del 14 dicembre 2015).

Liguria

Prevalenza: **6,6%** (5,8%);
Sovrappeso in età pediatrica: **21,7%**;
Obesi in età pediatrica: **5,0%**;
Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **8,86**
x100.000 (10,79);
Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **16,43**
x100.000 (28,96);
Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **15,05**
x100.000 (13,66);

Tasso di mortalità per diabete: M **33,3** x100.000 (35,2); F **22,5** x100.000 (25,4);

Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M **15,21** (21,80) F. **10,20** (15,09);

Aderenza: M **45,1%** (37,6%); F **40,2%** (31,6%);

Persistenza: M **47,6%** (43,2%); F **43,4%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (L.R. n. 27 del 9 agosto 2013).

Esiste un PDTA regionale Diabete (Determinazione dell'11 maggio 2015).

Lombardia

Prevalenza: **5,1%** (5,8%);

Sovrappeso in età pediatrica: **19,2%**;

Obesi in età pediatrica: **4,5%**;

Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **12,63** x100.000 (10,79);

Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **40,22** x100.000 (28,96);

Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **14,49** x100.000 (13,66);

Tasso di mortalità per diabete: M **24,5** x100.000 (35,2); F **16,0** x100.000 (25,4);

Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M **20,71** (21,80) F. **12,49** (15,09);

Aderenza: M **43,9%** (37,6%); F **40,1%** (31,6%);

Persistenza: M **42,3%** (43,2%); F **36,9%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R. n. 2565 del 31 ottobre 2014).

Marche

Prevalenza: **5,8%** (5,8%);
Sovrappeso in età pediatrica: **21,5%**;
Obesi in età pediatrica: **7,8%**;
Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **5,95**
x100.000 (10,79);
Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **11,83**
x100.000 (28,96);
Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **16,55**
x100.000 (13,66);
Tasso di mortalità per diabete: M **25,5** x100.000 (35,2); F **17,6**
x100.000 (25,4);
Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M
20,35 (21,80) F. **13,05** (15,09);
Aderenza: M **34,0%** (37,6%); F **31,8%** (31,6%);
Persistenza: M **48,0%** (43,2%); F **41,1%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R.
n. 1480 del 28 ottobre 2013).
Esiste un PDTA regionale Diabete (L.R. n. 9 del 24 marzo 2015).

Molise

Prevalenza: **7,6%** (5,8%);
Sovrappeso in età pediatrica: **24,4%**;
Obesi in età pediatrica: **11,4%**;
Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **8,68**
x100.000 (10,79);
Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **20,14**
x100.000 (28,96);

Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **19,41** x100.000 (13,66);
Tasso di mortalità per diabete: M **38,3** x100.000 (35,2); F **25,4** x100.000 (25,4);
Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M **23,19** (21,80) F. **16,18** (15,09);
Aderenza: M **34,5%** (37,6%); F **29,0%** (31,6%);
Persistenza: M **43,8%** (43,2%); F **37,2%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R. n. 914 del gennaio 2014).
Esiste un PDTA regionale Diabete (Decreto n. 75 del 30 dicembre 2016).

Piemonte

Prevalenza: **5,4%** (5,8%);
Sovrappeso in età pediatrica: **18,4%**;
Obesi in età pediatrica: **4,7%**;
Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **4,88** x100.000 (10,79);
Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **18,19** x100.000 (28,96);
Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **10,43** x100.000 (13,66);
Tasso di mortalità per diabete: M **29,5** x100.000 (35,2); F **20,9** x100.000 (25,4);
Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M **20,69** (21,80) F. **13,70** (15,09);
Aderenza: M **37,9%** (37,6%); F **31,8%** (31,6%);
Persistenza: M **45,6%** (43,2%); F **39,0%** (36,8%).
Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R. del 30 dicembre 2013).

Puglia

Prevalenza: **6,8%** (5,8%);

Sovrappeso in età pediatrica: **22,5%**;

Obesi in età pediatrica: **9,4%**;

Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **6,71**
x100.000 (10,79);

Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **31,36**
x100.000 (28,96);

Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **13,45**
x100.000 (13,66);

Tasso di mortalità per diabete: M **44,7** x100.000 (35,2); F **35,9**
x100.000 (25,4);

Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M
27,19 (21,80) F. **21,46** (15,09);

Aderenza: M **33,6%** (37,6%); F **27,4%** (31,6%);

Persistenza: M **42,8%** (43,2%); F **34,5%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R.
n. del 19 febbraio 2014).

Sardegna

Prevalenza: **6,1%** (5,8%);

Sovrappeso in età pediatrica: **17,2%**;

Obesi in età pediatrica: **4,8%**;

Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **18,97**
x100.000 (10,79);

Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **10,69**
x100.000 (28,96);

Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **9,73**
x100.000 (13,66);

Tasso di mortalità per diabete: M **30,8** x100.000 (35,2); F **18,8**
x100.000 (25,4);

Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M **19,92** (21,80) F. **13,94** (15,09)
Aderenza: M **46,2%** (37,6%); F **40,1%** (31,6%)
Persistenza: M **52,7%** (43,2%); F **46,4%** (36,8%)

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R. n. 39/23 del 26 settembre 2013).
Esiste un PDTA regionale Diabete (Decreto n. 13 del 2 aprile 2015).

Sicilia

Prevalenza: **7,3%** (5,8%);
Sovrappeso in età pediatrica: **22,3%**;
Obesi in età pediatrica: **9,7%**;
Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **11,49**
x100.000 (10,79);
Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **20,76**
x100.000 (28,96);
Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **11,28**
x100.000 (13,66);
Tasso di mortalità per diabete: M **56,9** x100.000 (35,2); F **44,1**
x100.000 (25,4);
Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M **27,32** (21,80) F. **18,76** (20,39);
Aderenza: M **32,9%** (37,6%); F **26,0%** (31,6%)
Persistenza: M **42,7%** (43,2%); F **37,3%** (36,8%)

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (Decreto dell'Assessorato della Salute n. 1112 del gennaio 2013).
Esiste un PDTA regionale Diabete (D.A. n. 602 del 16 aprile 2018).

Toscana

Prevalenza: **5,8%** (5,8%);

Sovrappeso in età pediatrica: **21,4%**;

Obesi in età pediatrica: **4,5%**;

Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **4,76**
x100.000 (10,79);

Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **17,16**
x100.000 (28,96);

Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **12,08**
x100.000 (13,66);

Tasso di mortalità per diabete: M **29,2** x100.000 (35,2); F **19,2**
x100.000 (25,4);

Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M
18,04 (21,80) F. **12,87** (20,39);

Aderenza: M **31,0%** (37,6%); F **26,9%** (31,6%);

Persistenza: M **37,5%** (43,2%); F **31,9%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R. n. 799 del 29 settembre 2014).

Esiste un PDTA regionale Diabete (Decisione n. 23 del 29 ottobre 2019 del Comitato Tecnico Scientifico dell'Organismo Toscano di Governo Clinico).

Trentino-Alto Adige

Prevalenza: **4,2%** (5,8%);

Sovrappeso in età pediatrica: **18,1%**;

Obesi in età pediatrica: **4,7%**;

Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **12,14**
x100.000 (10,79);

Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **31,85** x100.000 (28,96);
Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **10,83** x100.000 (13,66);
Tasso di mortalità per diabete: M **19,8** x100.000 (35,2); F **14,7** x100.000 (25,4);
Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M **15,96** (21,80) F. **10,23** (20,39);
Aderenza: M **41,3%** (37,6%); F **38,4%** (31,6%);
Persistenza: M **43,9%** (43,2%); F **40,3%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R. del 22 febbraio 2015).

Esiste un PDTA della APSS della P.A. di Trento (approvato il 2 marzo 2015).

Umbria

Prevalenza: **6,8%** (5,8%);
Sovrappeso in età pediatrica: **20,4%**;
Obesi in età pediatrica: **7,1%**;
Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **15,61** x100.000 (10,79);
Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **17,34** x100.000 (28,96);
Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **11,52** x100.000 (13,66);
Tasso di mortalità per diabete: M **27,9** x100.000 (35,2); F **22,3** x100.000 (25,4);
Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M **19,77** (21,80) F. **13,52** (20,39);
Aderenza: M **34,7%** (37,6%); F **32,8%** (31,6%);

Persistenza: M **47,9%** (43,2%); F **41,4%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R. n. 631 del 19 giugno 2013).

Esiste un PDTA regionale Diabete (D.G.R. n. 933 del 28 luglio 2014).

Valle d'Aosta

Prevalenza: **5,2%** (5,8%);

Sovrappeso in età pediatrica: **15,6%**;

Obesi in età pediatrica: **3,5%**;

Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **2,84**
x100.000 (10,79);

Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **4,57**
x100.000 (28,96);

Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **17,38**
x100.000 (13,66);

Tasso di mortalità per diabete: M **30,0** x100.000 (35,2); F **14,0**
x100.000 (25,4);

Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M
20,78 (21,80) F. **13,09** (20,39);

Aderenza: M **37,6%** (37,6%); F **35,7%** (31,6%);

Persistenza: M **38,2%** (43,2%); F **41,1%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica non è stato ancora recepito.

Veneto

Prevalenza: **4,9%** (5,8%);

Sovrappeso in età pediatrica: **19,3%**;

Obesi in età pediatrica: **4,7%**;

Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato: **13,86**
x100.000 (10,79);

Tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze: **41,40**
x100.000 (28,96);

Amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici: **16,40**
x100.000 (13,66);

Tasso di mortalità per diabete: M **29,5** x100.000 (35,2); F **18,2**
x100.000 (25,4);

Tasso di consumo di farmaci antidiabetici (DDD pro capite): M
18,60 (21,80) F. **11,27** (20,39);

Aderenza: M **43,1%** (37,6%); F **39,3%** (31,6%);

Persistenza: M **46,1%** (43,2%); F **41,2%** (36,8%).

Il Piano nazionale sulla malattia diabetica è stato recepito (D.G.R. del 9 gennaio 2013).

Esiste un PDTA regionale Diabete (D.G.R. n. 759 del 14 maggio 2015).

Ringraziamenti

La realizzazione del Rapporto è stata possibile grazie ai preziosi contributi forniti dalle seguenti Organizzazioni di rappresentanza della componente scientifica e professionale e delle Associazioni dei pazienti:

AGD Italia, Coordinamento tra le Associazioni Italiane Giovani con Diabete;

AMD, Associazione Medici Diabetologi;

AME, Associazione Medici Endocrinologi;

ANIAD, Associazione Nazionale Italiana Atleti Diabetici;

CARD, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto;

Diabete Forum;

Diabete Italia;

FAND, Associazione Italiana Diabetici;

F.A.R.E., Federazione delle Associazioni Regionali degli Economi e dei Provveditori della Sanità;

FDG, Federazione Diabete Giovanile;

FIMMG, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale;

F.I.M.P., Federazione Italiana Medici Pediatri;

FNOPI, Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche;

S.I.M.D.O., Società Italiana Metabolismo Diabete Obesità;

SID, Società Italiana di Diabetologia;

SIEDP, Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica;

SIFO, Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie;

SIMG, Società Italiana di Medicina Generale;

OSDI, Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani.

Per Cittadinanzattiva un ringraziamento particolare a:

Anna Lisa Mandorino, Segretaria Generale;

Francesca Moccia, Vice Segretaria Generale;

Antonio Gaudio, Presidente;

Valeria Fava, Responsabile del Coordinamento delle Politiche della salute;

Tiziana Nicoletti, Responsabile Nazionale del Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici e rari (CnAMC);

Isabella Mori, Angela Masi, Daria Ferrari, Graziano Duma, per il PiT;

Cinzia Dottori, Responsabile Networking;

Alessandro Cossu, Lorenzo Blasina, Giacomo D'Orazio, Luana Scialanca, per la Comunicazione;

Aurora Avenoso e Salvatore Zuccarello, per l'Ufficio stampa;

Valentina Condò, Carla Berliri e Cristiano Tempesta, per le Relazioni istituzionali;

Elisa Blasucci, Linda Cocciolo, Alessandro Capudi, Giuliana Gubbiotti, per l'Organizzazione;

Andrea Antognozzi, Cristiana Montani Natalucci, per la Raccolta fondi.

Infine, grazie a Medtronic, che con il suo contributo non condizionato ha reso possibile la realizzazione di questo progetto.



Con il contributo non condizionato di

Medtronic