

DIABETES MONITOR

DIABETE IN ITALIA: DATI, DISUGUAGLIANZE, AZIONI

A CURA:
IBDO FOUNDATION

IN COLLABORAZIONE CON:
**ISTAT, CORESEARCH; BHAVE, CREA SANITÀ,
UNIVERSITÀ DI ROMA TOR VERGATA,
INTERGRUPPO PARLAMENTARE OBESITÀ,
DIABETE E MALATTIE CRONICHE NON
TRASMISSIBILI**



IBDO FOUNDATION



Principiis Obstā

NON COMMUNICABLE DISEASES OBSERVATORY

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

EDITOR IN CHIEF

Giuseppe Novelli

CO-EDITORS IN CHIEF

Andrea Lenzi
Massimo Federici
Walter Ricciardi
Paolo Sbraccia
Federico Serra

EDITOR EMERITUS

Renato Lauro

EDITORS

Alfonso Bellia
Roberta Crialesi
Domenico Cucinotta
Davide Lauro
Antonio Nicolucci
Federico Spandonaro
Ketty Vaccaro

ASSOCIATE EDITORS

Angelo Avogaro
Raffaella Buzzetti
Riccardo Candido
Salvatore De Cosmo
Francesco Dotta
Stefano Del Prato
Sebastiano Filetti
Francesco Giorgino

EDITORIAL BOARD

Gianluca Aimaretti
Emanuela Baio
Stefano Balducci
Emanuela Bologna
Alessandra Burgio
Massimiliano Caprio
Valentino Cherubini
Annamaria Colao
Claudio Cricelli
Stefano da Empoli
Daniela d'Angela
Margherita d'Errico
Lina Delle Monache
Lidia Gargiulo
Andrea Giaccari
Valeria Guglielmi
Laura Iannucci
Frida Leonetti
Lelio Morviducci
Gerardo Medea
Angela Napoli
Nicola Napoli
Paola Pisanti
Dario Pitocco

Fabio Pagliara

Barbara Polistena

Giuseppe Pugliese

Alessandro Rossi

Maria Chiara Rossi

Chiara Spinato

Giacomo Vespasiani

Gianluca Vaccaro

MANAGING EDITORS

Lucio Corsaro

PROGETTO GRAFICO E STAMPA:

SP SERVIZI PUBBLICITARI SRL

Gruppo Creativa
Via Alberese, 9
00149 Roma
Cent. +39 3277808873
Fax +39 06233216117

SEGRETERIA LOGISTICA:

FASI S.r.l.
Via O. Tommasini 7
00162 Roma
Cent. +39 0697605610
info@fasieventi.com
www.fasieventi.com

DIABETES MONITOR

DIABETE
IN ITALIA:
DATI,
DISUGUAGLIANZE,
AZIONI





Autori:

G. Novelli
A. Avogaro
E. Baio
M. Bertaggia
E. Bologna
A. Burgio
R. Buzzetti
R. Candido
F. M. Chelli
V. Cherubini
L. Corsaro
E. Corsaro
R. Crialesi
D. Cucinotta
D. d'Angela
S. Del Prato
L. Delle Monache
M. Federici
L. Gargiulo
F. Grippo
L. Iannucci
S. Inglese
D. Lauro
A. Lenzi
N. Leviaidi Ghiron
G.Q. Liris
E. C. Masuccio
G. Medea
S. Nervo
A. Nicolucci
M. Pappagallo
R. Pella
T. Petrangolini
P. Pisanti
F. Pricci
W. Ricciardi
A. Rossi
M.C. Rossi
G. Satta
P. Sbraccia
D. Sbrollini
F. Serra
F. Spandonaro
L. Trivellato
G. Vaccaro
K. Vaccaro



Indice

EDITORIALE

Giuseppe Novelli, Renato Lauro, Andrea Lenzi, Paolo Sbraccia, Massimo Federici, Walter Ricciardi, Domenico Cucinotta, Davide Lauro, Federico Serra

RICORDO del PROF. AGOSTINO CONSOLI

CONTRIBUTI ISTITUZIONALI

Daniela Sbröllini
Roberto Pella
Guido Quintino Liris
Simona Loizzo
Giovanni Satta
Nathan Levialdi Ghiron
Francesco Maria Chelli
Massimo Federici

IL PUNTO DI VISTA DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Riccardo Candido - AMD
Salvatore De Cosmo - AMD
Raffaella Buzzetti - SID - FeSDI
Stefano Del Prato - EUDF
Angelo Avogaro - EUDF ITALY
Valentino Cherubini - SIEDP
Alessandro Rossi - SIMG
Gerardo Medea - SIMG
Emilia Chiara Masuccio - OSDI

OBIETTIVI E NOTA METODOLOGICA

Paolo Sbraccia, Domenico Cucinotta, Roberta Crialesi, Antonio Nicolucci, Lucio Corsaro, Federico Spandonaro, Federico Serra

MISURARE E CONDIVIDERE

IL DIABETE

Alfonso Bellia, Sebastiano Filetti, Davide Lauro, Paolo Sbraccia

LE SFIDE DI POLICY

Federico Serra

EXECUTIVE SUMMARY DEGLI STATI GENERALI 2025

Orazio Schillaci, Raffaella Buzzetti, Riccardo Candido

I DATI DEL DIABETE

IL DIABETE IN ITALIA

Laura Iannucci, Lidia Gargiulo, Alessandra Burgio, Roberta Crialesi

IL DIABETE NELLE REGIONI ITALIANE

Antonio Nicolucci, Maria Chiara Rossi

MORTALITÀ PER DIABETE PER PROVINCE
Roberta Crialesi, Francesco Grippo, Marilena Pappagallo

L'IMPATTO ECONOMICO DEL DIABETE
Daniela d'Angela, Barbara Polistena e Federico Spandonaro

COMPLICANZE DEL DIABETE

UN TRATTAMENTO EFFICACE PUO' RIDURRE IL COSTO DELLE COMPLICANZE
Domenico Cucinotta

PREVENZIONE ATTIVA

SPORT, ATTIVITA FISICA E SEDENTARIETÀ I DATI ISTAT
Emanuela Bologna

DATI PRELIMINARI DEL PROGETTO D1CE SCREEN

DIABETE IN ITALIA: "DATI, DISUGUAGLIANZE, AZIONI"
Flavia Pricci

DIABETE E SCUOLA

DIABETE E SCUOLA: INDICAZIONI PER LA PROMOZIONE
DELL'INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI STUDENTI
CON DIABETE DI TIPO1: STRATEGIE E AZIONI
Paola Pisanti

DIABETE E AMBIENTE

DALL'APPROCCIO ONE HEALTH A QUELLO PLANETARY HEALTH:
UNA NUOVA VISIONE PER AFFRONTARE LE MALATTIE CRONICHE
NON TRASMISSIBILI (NCDS)
Giuseppe Novelli, Walter Ricciardi e Federico Serra

LE ASPETTATIVE DELLA PERSONA CON DIABETE

ANALYSIS OF THE DIABETES IN ITALY
Lucio Corsaro, Emanuele Corsaro, Gianluca Vaccaro e Lorena Trivellato

COMMENTO DEGLI ISTITUTI DI RICERCA SOCIALE ED ADVOCACY CIVICA

UNO STRUMENTO DI CONOSCENZA E SVILUPPO DELL'AZIONE SOCIALE
E POLITICA SUL DIABETE IN ITALIA: L'APPORTO DI IBDO FOUNDATION
E DELL'ITALIAN DIABETES BAROMETER REPORT
Ketty Vaccaro

SCUOLA ALTEMS UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE
Teresa Petrangolini

TAVOLO LAVORO SOCIALE IBDO FOUNDATION
Lina Delle Monache

COMITATO PER I DIRITTI E I DOVERI DELLA PERSONA CON DIABETE
LA PREVENZIONE PER TUTTI: SCELTA VINCENTE DELLA DIABETOLOGIA ITALIANA
Emanuela Baio

COMMENTO DELLE ASSOCIAZIONI PAZIENTI

DIABETE ITALIA RETE ASSOCIATIVA ODV
Stefano Nervo

DIABETE IN ITALIA: NUMERI IN CRESCITA,
FORTI DISUGUAGLIANZE E CURE NON SEMPRE ACCESSIBILI
Manuela Bertaglia

COMMENTO DELLE ASSOCIAZIONI DI CITTADINANZATTIVA

Stefano A. Inglese

EDITORS E COAUTORI

PROMOTORI E PARTNERS

INFOGRAFICA DIABETE IN ITALIA

Editoriale

Editoriale a cura dell'Editor in chief e dei co-editors



Giuseppe Novelli
Editor in chief Diabetes
Monitor e Presidente del
Comitato editoriale di
IBDO Foundation



Domenico Cucinotta
Editor di IBDO Report 2025



Massimo Federici
Prorettore alla Ricerca
dell'Università Tor Vergata
di Roma e Presidente dello
Steering committee di
IBDO Foundation



Davide Lauro
Vice Presidente IBDO
Foundation



Renato Lauro
Presidente emerito
IBDO Foundation



Andrea Lenzi
Presidente CNR



Walter Ricciardi
Co-Editor di Diabetes
Monitor e Direttore
dell'Osservatorio nazionale
sulla salute nelle regioni



Paolo Sbraccia
Presidente IBDO Foundation



Federico Serra
Direttore Generale IBDO
Foundation, CEO & General
Manager EUDF Italia,
Responsabile relazioni
istituzionali FeSDI e Capo
segreteria tecnica
Intergruppo parlamentare
obesità, diabete e malattie
croniche non trasmissibili

Il diabete rappresenta una sfida clinico-economica e socio-sanitaria che tutti i sistemi sanitari sono chiamati ad affrontare, in maniera sinergica tra istituzioni, clinici e ricercatori. I dati sul diabete a livello globale e nazionale ci mostrano un quadro di crescente complessità clinica e sociale che necessita di precisi interventi politico-sanitari.

Il Diabetes Barometer Report, giunto alla sua 18ª edizione, si conferma come uno dei principali strumenti di analisi, riflessione e proposta sulle politiche sanitarie e sul burden of disease legato al diabete in Italia. Un appuntamento che, anno dopo anno, è diventato un riferimento stabile e riconosciuto a livello nazionale e internazionale, capace di coniugare rigore scientifico e capacità di stimolare il dibattito istituzionale.

Il diabete non è soltanto una malattia cronica ad alta prevalenza: è un fenomeno complesso che riflette trasformazioni profonde delle nostre società. L'invecchiamento della popolazione, l'urbanizzazione, l'aumento dell'obesità e della sedentarietà, insieme a fattori genetici e ambientali, disegnano uno scenario che rende la patologia una delle sfide più impegnative per i sistemi sanitari contemporanei. Non sorprende quindi che l'International Diabetes Federation continui a segnalare, anno dopo anno, proiezioni in crescita, delineando una vera e propria pandemia globale che coinvolge oltre 500 milioni di persone nel mondo e che, senza interventi decisi, è destinata a crescere ancora nei prossimi decenni.

In questo contesto, il lavoro dei ricercatori di IBDO Foundation, in stretta collaborazione con ISTAT, CREA Sanità, Coresearch e BhAve, assume un valore strategico. Grazie a un'attività di raccolta, analisi e interpretazione dei dati unica nel panorama italiano, il Report offre una fotografia dettagliata della diffusione del diabete, delle sue complicanze e delle differenze territoriali, permettendo di evidenziare criticità e opportunità di intervento. Ogni edizione diventa così uno strumento indispensabile per chi opera nel mondo della sanità, dai clinici agli amministratori, dai decisori politici ai rappresentanti delle associazioni di pazienti.

L'IBDO Foundation, spin-off dell'Università di Roma Tor Vergata, ha saputo negli anni distinguersi come una realtà di eccellenza, capace di unire la dimensione accademica con quella della ricerca applicata e della comunicazione istituzionale. Non si tratta soltanto di produrre numeri, ma di generare consapevolezza e stimolare l'adozione di politiche basate sull'evidenza, favorendo una sinergia tra scienza, istituzioni e società civile. È in questa prospettiva che il Barometer ha saputo contribuire in modo significativo alla crescita del dibattito pubblico sul diabete e sulle malattie croniche, offrendo dati, scenari e proposte che hanno trovato spazio nelle strategie nazionali e nelle agende politiche regionali.

La sfida che ci attende richiede però un passo ulteriore:

dalla conoscenza all'azione. Sappiamo che la prevenzione, la diagnosi precoce e la gestione integrata della malattia rappresentano gli strumenti più efficaci per ridurre il peso delle complicanze e migliorare la qualità e l'aspettativa di vita delle persone con diabete. Sappiamo che programmi educativi e di empowerment del paziente, insieme a modelli innovativi di disease management sostenuti anche dalla digitalizzazione sanitaria prevista dal PNRR, possono produrre un impatto concreto e misurabile. Ma sappiamo anche che, nel nostro Paese, ancora troppe persone non sono coinvolte in questi percorsi, e che le differenze territoriali pesano in modo significativo sulla possibilità di accesso equo a cure e servizi.

Per questo motivo, il Report 2025 intende ribadire con forza il valore della misurazione, della condivisione e del miglioramento come pilastri di una strategia di sistema. Senza misurazione non c'è consapevolezza, senza condivisione non c'è coesione, senza miglioramento non c'è futuro. Sono questi i tre cardini che guidano il lavoro dell'IBDO Foundation e che devono orientare le politiche sanitarie nazionali e regionali.

Il diabete, con il suo peso clinico, sociale ed economico, non è solo una sfida sanitaria: è un paradigma di tutte le malattie croniche. Affrontarlo significa non solo ridurre la sofferenza individuale e i costi collettivi, ma anche rafforzare la capacità del nostro sistema di rispondere alle grandi sfide di salute pubblica del XXI secolo.

Infine, il 18° Italian Barometer Diabetes Report vuole lanciare uno sguardo prospettico. La salute deve essere intesa sempre più come bene comune, un valore collettivo che richiede impegno condiviso e responsabilità diffusa. In questa visione, l'Italia ha l'opportunità di porsi come laboratorio avanzato di politiche sanitarie innovative, contribuendo attivamente anche al dibattito europeo e internazionale sulla gestione del diabete e delle malattie croniche. La costruzione di alleanze tra istituzioni, società scientifiche, comunità dei pazienti e industria, nel rispetto dell'evidenza e della sostenibilità, è la strada per trasformare la conoscenza in cambiamento e i dati in politiche.

Il futuro delle persone con diabete dipenderà dalla nostra capacità di fare questo passo. È una sfida che non possiamo rimandare, ma anche un'occasione straordinaria per rafforzare i fondamenti del nostro sistema sanitario e per riaffermare la centralità della salute come diritto, responsabilità e patrimonio comune.



Prof. Agostino Consoli, Maestro, clinico, ricercatore e amico

*L'edizione 2025 dell'Italia Barometer Diabetes Report è dedicata con profonda commo-
zione e sincera gratitudine al Prof. Agostino Consoli, clinico di fama internazionale, scien-
ziato appassionato e, per tutti noi, amico e ispiratore instancabile. La sua recente
scomparsa lascia un vuoto umano e scientifico che difficilmente potrà essere colmato,
ma la sua eredità continua a vivere in ogni pagina di questo report, nelle nostre iniziative
e nelle azioni quotidiane che portano avanti la missione dell'IBDO Foundation*

Agostino Consoli è stato uno dei fondatori della IBDO Foundation, contribuendo con la sua visione lungimirante a delinearne i principi e gli obiettivi. La sua passione per la diabetologia clinica e traslazionale, unita alla profonda attenzione per le politiche sanitarie e di prevenzione, ha guidato il nostro lavoro sin dalle origini. A lui si deve non solo la spinta a trasformare l'IBDO Foundation in un punto di riferimento per la lotta al diabete in Italia e in Europa, ma anche la sintesi di un approccio culturale e scientifico che oggi ci rappresenta.

Non a caso, il motto dell'IBDO Foundation – l'aveva proposto lui:

“Principiis obsta; sero medicina paratur Cum mala per longas convaluere moras.”

(Ovidio)

“Contrastare i mali quando sono agli inizi; tardi si prepara la medicina, quando il male, per lunghe esitazioni, ha preso forza.”

In queste parole, Agostino racchiudeva l'essenza della sua visione: la prevenzione come primo strumento di cura, la necessità di agire prima che il diabete e le sue complicanze diventino un peso irreversibile per le persone e per la società. Era una visione scientifica, ma anche profondamente umanistica, che ci invitava a non dimenticare mai che dietro ogni numero, dietro ogni grafico e dietro ogni policy ci sono persone, storie, famiglie.

Il Prof. Consoli è stato un clinico e ricercatore di fama internazionale, un collega prezioso, amico, un maestro e una guida per i giovani. Le sue idee hanno ispirato molte delle attività sul diabete in Italia: dalla presidenza della Società Italiana di Diabetologia, dalle campagne di sensibilizzazione ai progetti di prevenzione, dalle iniziative legislative ai programmi di ricerca e formazione. La sua capacità di ascoltare, dialogare e costruire ponti tra

mondi diversi – clinici, istituzioni, associazioni di pazienti, comunità scientifiche – ha reso possibile ciò che spesso sembrava impossibile.

Dedicare a lui questa edizione del Barometer 2025, del quale era Co-Editor in chief, significa non solo onorare la sua memoria, ma impegnarci a portare avanti il suo messaggio, a far vivere quel motto nella pratica quotidiana, a continuare a combattere il diabete con visione, coraggio e determinazione.

Oggi, ogni volta che ci troveremo davanti a una nuova sfida, ci ricorderemo delle sue parole, del suo sorriso pacato ma deciso, e della sua convinzione che la medicina migliore è quella che arriva prima, quando prevenire significa salvare vite e dare speranza.

Grazie, Agostino, per averci indicato la strada.

Paolo Sbraccia, *Presidente IBDO Foundation*

Contributi Istituzionali





Sen. Daniela Sbröllini
Presidente Intergruppo
parlamentare
"Obesità, diabete e malattie
croniche non trasmissibili"



On. Roberto Pella
Presidente Intergruppo
parlamentare
"Obesità, diabete e malattie
croniche non trasmissibili"

L'Italian Diabetes Barometer Report, giunto alla sua diciottesima edizione, si conferma come un tassello fondamentale nel mosaico delle politiche sanitarie del nostro Paese. Non si tratta soltanto di un documento di ricerca, ma di un punto di riferimento capace di unire comunità scientifica, decisori politici, associazioni di pazienti e opinione pubblica attorno a una delle sfide più complesse e trasversali della nostra epoca: il diabete.

In questo sta la visione formulata nel 2007 dal Prof. Renato Lauro, maestro e clinico di fama internazionale, che con lungimiranza individuò nella nascita di un Osservatorio sul diabete, l'IBDO Foundation - spin off dell'Università di Roma Tor Vergata, lo strumento per affrontare concretamente le politiche sul diabete.

Un lavoro che, in sinergia con ISTAT, oggi viene portato avanti dai suoi allievi: il Prof. Paolo Sbraccia, il Prof. Davide Lauro, il Prof. Massimo Federici, il Prof. Alfonso Bellia e il Prof. Giuseppe Novelli, già Rettore dell'Università di Roma Tor Vergata e genetista di fama internazionale, editor in chief del Report e del Summit annuale, fulcro della visione originaria formulata dal Prof. Renato Lauro.

La forza del Report sta nella sua capacità di fornire ogni anno dati solidi, comparabili e aggiornati, su impulso dell'IBDO Foundation e in collaborazione con ISTAT, CREA Sanità, Coresearch e BhAve. L'alleanza tra accademia, ricerca applicata e mondo istituzionale è un unicum nel panorama italiano e rappresenta una vera eccellenza anche a livello internazionale. I numeri, le analisi e le evidenze contenute nel Report non sono fini a loro stessi: costituiscono il presupposto essenziale per tradurre in politiche concrete la necessità di prevenire, diagnosticare e curare il diabete in tutte le sue forme, riducendo in mi-

sura crescente il peso delle complicanze e delle disuguaglianze territoriali.

Il Parlamento, in questa XIX Legislatura, ha voluto rispondere con atti concreti alla sfida posta dal diabete e dall'obesità. Come Intergruppo parlamentare "Obesità, Diabete e Malattie Croniche non trasmissibili", abbiamo fatto della collaborazione bipartisan e del dialogo con la comunità scientifica i pilastri della nostra azione.

I risultati di questo percorso corale e partecipato sono oggi resi evidenti: dalla Legge 130/2023, approvata all'unanimità, che ha introdotto lo screening nazionale per il diabete di tipo 1 e per la celiachia, rappresentando un passaggio storico che ha reso l'Italia il primo Paese al mondo ad adottare una misura di prevenzione così lungimirante. E dalla Legge sul riconoscimento dell'obesità come vera e propria malattia cronica, che apre la strada a percorsi di presa in carico e di cura in grado di porre al centro della riflessione politica e delle politiche pubbliche la dignità e i diritti delle persone.

Questi due provvedimenti non solo segnano un primato italiano a livello mondiale, bensì dimostrano che quando scienza, società civile e istituzioni camminano insieme, è possibile ottenere risultati che cambiano la vita delle persone. Sono la prova che la politica, quando è guidata da dati, evidenze e dialogo costruttivo, può essere motore di innovazione e di equità.

Il lavoro non si ferma qui. La sfida che ci attende è ancora grande. Il diabete e l'obesità, insieme ad altre malattie croniche non trasmissibili, sono patologie che si intrecciano con fattori sociali, ambientali ed economici. Di fronte a questa complessità serve una visione integrata,

capace di unire prevenzione, educazione sanitaria, promozione di stili di vita salutari, potenziamento della medicina territoriale, digitalizzazione dei servizi e valorizzazione della ricerca. È necessario costruire reti di prossimità che sappiano prendersi cura della persona in maniera continua, eque e uniforme in tutte le Regioni italiane, colmando le differenze che ancora oggi penalizzano molti territori e troppe persone che ne soffrono.

Il Diabetes Barometer Report 2025 offre a noi parlamentari e a tutti i decisori politici uno strumento prezioso per orientare questa visione. Senza dati non c'è conoscenza, senza conoscenza non c'è programmazione, senza programmazione non c'è futuro. Ecco perché riteniamo fondamentale che il Report continui a crescere, anno dopo anno, come patrimonio condiviso a disposizione delle istituzioni e della collettività.

L'Intergruppo, che oggi raccoglie quasi duecento colleghi tra Camera e Senato, continuerà a essere una piattaforma stabile e bipartisan per favorire questo dialogo. Il nostro impegno è quello di mantenere alta l'attenzione politica sul diabete e sull'obesità, di stimolare ulteriori mi-

sure legislative funzionali al perseguimento di obiettivi concertati, di dare concretezza alle istanze che emergono dal mondo della ricerca e dai pazienti.

In un tempo in cui le fragilità e le vulnerabilità sono sempre più acute, il ruolo delle istituzioni non può essere rinviato: diabete e obesità non sono solo un tema di politica sanitaria, ma veri e propri banchi di prova per una maggiore giustizia sociale, una migliore qualità della vita e aspettativa di vita e più sostenibilità dei nostri sistemi e delle nostre reti territoriali. Per questo motivo continueremo a considerare il Report e l'intero operato di IBDO Foundation un filo conduttore per accompagnare l'intera Legislatura, sotto il segno della salute come bene comune, da tutelare e promuovere con responsabilità.

Il nostro auspicio è che i dati e le evidenze presentati in questa nuova edizione possano contribuire a nuovi sviluppi, a nuove alleanze, a un rinnovato impegno collettivo. Solo così potremo costruire un Paese più equo, capace di prendersi cura dei suoi cittadini più fragili e di essere, ancora una volta, apripista in Europa e nel mondo nella lotta al diabete e all'obesità.



Sen. Guido Quintino Liris
Presidente Intergruppo Parlamentare sulle Aree Interne

L'Italian Barometer Diabetes Report 2025 rappresenta un punto di riferimento fondamentale per comprendere la diffusione e l'impatto del diabete nel nostro Paese. I dati presentati non solo mettono in evidenza l'ampiezza di questa sfida sanitaria, ma sottolineano anche le profonde disuguaglianze territoriali che ancora caratterizzano l'Italia.

Come Presidente dell'Intergruppo parlamentare sulla prevenzione della salute nelle aree interne, sento forte la responsabilità di portare all'attenzione delle istituzioni la condizione dei territori più fragili e periferici: aree montane, piccoli comuni, zone rurali e insulari, che spesso soffrono di una minore accessibilità ai servizi sanitari, di carenze infrastrutturali e di una ridotta disponibilità di presidi specialistici.

Il diabete, in questi contesti, assume un carattere ancora più complesso. La difficoltà a raggiungere centri di cura, la scarsità di reti assistenziali dedicate, la carenza di personale sanitario e la frammentazione dei percorsi di prevenzione e diagnosi incidono direttamente sulla qualità di vita delle persone. Non possiamo permettere che chi vive nelle aree interne abbia meno opportunità di salute rispetto a chi risiede nelle città metropolitane.

Gli Stati Generali sul Diabete e il Patto di Legislatura hanno fissato priorità chiare: equità di accesso, rafforzamento della prevenzione, valorizzazione delle reti diabetologiche regionali e diffusione delle innovazioni tecnologiche. Il nostro compito, come Parlamento e come Intergruppo, è quello di fare in modo che questi obiettivi vengano declinati anche con uno sguardo attento alle peculiarità delle aree interne.

Questo significa investire in telemedicina, per portare la cura a casa dei pazienti anche nelle zone più remote; promuovere la formazione e il rafforzamento della medicina territoriale, affinché i medici di medicina generale possano operare in stretta sinergia con i centri specialistici; garantire una rete di prevenzione e screening che raggiunga capillarmente le comunità periferiche; e sostenere politiche di mobilità sanitaria e infrastrutturale che rendano più semplice accedere ai servizi.

Il diabete non è solo una questione clinica: è anche una questione di giustizia sociale e di coesione territoriale. Rafforzare la prevenzione e la cura nelle aree interne significa non lasciare indietro nessuno, ridurre il divario di salute tra cittadini e contribuire a rendere più sostenibile l'intero Servizio Sanitario Nazionale.

Come Intergruppo continueremo a lavorare affinché la prevenzione del diabete e delle malattie croniche entri stabilmente nelle agende politiche, con misure concrete e con un'attenzione particolare ai territori che più rischiano di essere dimenticati. È qui che si gioca una sfida decisiva: portare salute e speranza laddove spesso prevalgono distanza e isolamento.

Il Rapporto di Ibdof Foundation, spinto off dell'Università di Roma Tor Vergata e di Istat, di quest'anno ci richiama alla responsabilità di trasformare i dati in azioni, e di fare della lotta al diabete una battaglia non solo sanitaria, ma anche di equità e coesione nazionale.



Sen. Simona Loizzo

Presidente Dell'Intergruppo Parlamentare
Sulla Sanità Digitale e sulle Terapie Digitali

Il diabete è una delle grandi sfide del nostro tempo: non solo un problema clinico, ma una questione di equità sociale, sostenibilità economica e qualità della vita per milioni di cittadini. La sua gestione quotidiana, la prevenzione delle complicanze e la continuità assistenziale richiedono oggi un salto di qualità che solo la trasformazione digitale della sanità può rendere possibile.

La telemedicina, i sistemi di monitoraggio in continuo della glicemia, le applicazioni di supporto comportamentale e le terapie digitali certificate non rappresentano più soluzioni sperimentali, ma strumenti concreti di cura. Ciò che ancora manca è un quadro normativo stabile e una governance istituzionale in grado di tradurre l'innovazione in accesso equo e garantito. È con questa visione che abbiamo promosso in Parlamento il progetto di legge sulle terapie digitali, che intende riconoscere formalmente il valore clinico di queste soluzioni, stabilire criteri di validazione scientifica, definire modelli di rimborso e consentire la loro inclusione nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Un passo decisivo in questa direzione è rappresentato dal lavoro dell'Italian Barometer Diabetes Observatory (IBDO) Foundation, in collaborazione con l'Università di Roma Tor Vergata, l'Istat e tutte le realtà coinvolte nella redazione di questo Rapporto. I dati, le analisi e le evidenze che il Report mette a disposizione sono una bussola indispensabile per chi, come noi nelle istituzioni, deve assumere decisioni che incidono direttamente sulla vita dei cittadini. Senza dati solidi e comparabili, non sarebbe possibile individuare le priorità, correggere le disuguaglianze territoriali e valutare l'efficacia degli interventi già messi in campo.

Per il diabete, più che per altre patologie croniche, i numeri parlano chiaro: milioni di persone coinvolte, costi

crescenti per il Servizio Sanitario Nazionale, disparità significative nell'accesso a cure e tecnologie. Ma grazie a questo lavoro corale, che unisce fondazioni, università, enti statistici, società scientifiche e associazioni di pazienti, disponiamo oggi di una base conoscitiva che ci consente di passare dalla consapevolezza all'azione.

Il compito della politica è quello di assumersi la responsabilità di tradurre questi dati in scelte concrete: investimenti mirati, norme innovative, modelli organizzativi più efficienti. Le terapie digitali, in questo contesto, rappresentano uno strumento strategico per coniugare equità e sostenibilità: possono ridurre le complicanze, migliorare l'aderenza terapeutica, portare la cura più vicino alle persone che vivono lontano dai grandi centri urbani.

Come Presidente dell'Intergruppo parlamentare sulla sanità digitale e sulle terapie digitali, ribadisco l'impegno a fare dell'Italia uno dei primi Paesi in Europa a dotarsi di una legislazione organica in questo ambito. Vogliamo che l'innovazione non resti confinata a sperimentazioni isolate, ma diventi parte integrante del sistema sanitario nazionale, garantendo pari opportunità a tutti i cittadini.

Il Rapporto 2025 ci ricorda che la sfida del diabete è enorme, ma ci dimostra anche che disponiamo degli strumenti per affrontarla. Grazie al lavoro scientifico e istituzionale coordinato da IBDO Foundation, dall'Università di Roma Tor Vergata, da Istat e da tutti i partner coinvolti, abbiamo oggi un patrimonio di conoscenza unico: sta a noi, nelle istituzioni, trasformarlo in politiche, leggi e percorsi di cura concreti.

Il diabete può e deve diventare il laboratorio di una nuova sanità digitale italiana: più vicina, più equa, più sostenibile. È una sfida che la politica non può rinviare, perché riguarda la salute presente e futura di milioni di cittadini.



Sen. Giovanni Satta

Presidente dell'Intergruppo parlamentare sulla prevenzione e cura delle malattie della vista

Il Rapporto Italiano sul Diabete 2025, realizzato da Ibd Foundation, spin off dell'Università di Roma Tor Vergata, da Istat, da Coresearch, Crea Sanità e Bhave, ci consegna una fotografia chiara della complessità del diabete e del suo impatto crescente sulla salute pubblica. Tra le tante dimensioni che questa patologia porta con sé, non possiamo trascurare quella della salute visiva. Le complicanze oculari del diabete – dalla retinopatia diabetica fino alla cecità evitabile – rappresentano una delle principali cause di disabilità visiva in Italia ed in Europa, con conseguenze drammatiche non solo sul piano clinico, ma anche sociale, lavorativo e familiare.

Come Presidente dell'Intergruppo parlamentare sulla prevenzione e cura delle malattie della vista, ritengo prioritario porre la massima attenzione su questo aspetto. La prevenzione della cecità e delle complicanze visive correlate al diabete deve entrare stabilmente tra gli obiettivi delle politiche sanitarie nazionali e regionali. È inaccettabile che ancora oggi migliaia di persone sviluppino gravi danni alla vista a causa di una diagnosi tardiva o della mancata adesione a programmi di screening e follow-up.

Gli Stati Generali sul Diabete e il Patto di Legislatura sul diabete hanno ribadito con forza l'importanza di garantire percorsi di cura multidisciplinari. In questo quadro, l'integrazione tra diabetologia e oftalmologia non è più rinviabile: occorre costruire reti cliniche in grado di offrire a tutti i pazienti con diabete screening regolari della vista, accesso rapido a trattamenti innovativi e continuità assistenziale.

La tecnologia ci offre strumenti straordinari: la tele-oftalmologia, i sistemi di intelligenza artificiale per la refertazione delle immagini retiniche, i dispositivi portatili per la diagnostica di primo livello. Ma perché queste opportunità diventino realtà per i cittadini, servono politiche mirate, investimenti e un impegno istituzionale costante.

Il nostro Intergruppo parlamentare si impegna a portare avanti questa battaglia di civiltà: inserire nei piani di prevenzione programmi di screening visivo per le persone con diabete; promuovere campagne di sensibilizzazione sulla retinopatia diabetica; sostenere la formazione di operatori sanitari sul territorio; e garantire che le innovazioni tecnologiche siano messe a disposizione di tutti, non solo di pochi centri di eccellenza.

La vista è un bene prezioso e la sua tutela è parte integrante della qualità della vita delle persone con diabete. Non possiamo parlare di reale equità di cura se non assicuriamo che ogni paziente, in ogni regione, abbia accesso tempestivo a percorsi di prevenzione e cura della salute visiva.

Il Rapporto di quest'anno ci richiama a un impegno collettivo: evitare che il diabete diventi la prima causa di cecità evitabile in Italia. È una sfida che possiamo vincere solo lavorando insieme – istituzioni, società scientifiche, professionisti e associazioni di pazienti – per rendere effettiva la promessa di una sanità equa e universale."



Nathan Levialdi Ghiron
 Rettore dell'Università di Roma Tor Vergata

Il diabete è oggi riconosciuto come una delle maggiori sfide sanitarie globali. Gli organismi internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la International Diabetes Federation (IDF) lo definiscono un problema di salute pubblica di proporzioni epidemiche, non solo per la sua diffusione crescente, ma anche per l'elevatissimo impatto a livello clinico, sociale ed economico. La prevalenza globale è aumentata in modo costante negli ultimi decenni, passando dal 7% nel 1990 a oltre il 14% nel 2022. Preoccupante è anche il fatto che quasi la metà dei casi rimanga non diagnosticata, con un picco nei Paesi a medio e basso reddito, con oltre l'80% di adulti colpiti nel mondo. Cresce soprattutto il diabete di tipo 2, che rappresenta circa il 90% dei casi in Italia, colpendo maggiormente le fasce più vulnerabili tra cui anziani, persone con obesità o sindrome metabolica, ma sempre più frequentemente anche adolescenti e giovani adulti.

Sebbene molto sia stato fatto negli ultimi anni, ad oggi, in Italia, si rileva ancora una forte disuguaglianza sociale. L'accesso alle cure o a all'utilizzo di nuove tecnologie, come, ad esempio, la telemedicina, i sistemi digitali per il monitoraggio del glucosio e i sistemi innovativi per la somministrazione dell'insulina in molte Regioni italiane resta limitato.

L'aumento della diffusione del diabete chiama in causa l'urgenza di azioni coordinate, capaci di affrontare le cause profonde e sistemiche di questa condizione, rafforzando la prevenzione, migliorando l'accesso alle cure e promuovendo ambienti favorevoli a stili di vita sani.

Con la pubblicazione della 18ª edizione del Diabetes Barometer Report la fondazione IBDO (Italian Barometer

Diabetes Observatory Foundation), spin-off accademico dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata, si pone l'obiettivo di fronteggiare la lotta contro il diabete.

IBDO ha l'ambizione di affrontare in modo concreto la sfida che una malattia in rapida espansione come il diabete pone all'Italia e al mondo intero: arrestarne la sua progressione "pandemica". All'interno della terza missione dell'Università di Roma Tor Vergata ed in collaborazione con ISTAT, Coresearch, Crea Sanità, BHAVE e Intergruppo parlamentare obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili, la Fondazione contribuisce in modo significativo alla diffusione della cultura scientifica e alla costruzione di strategie condivise, basate sull'evidenza, per affrontare le grandi sfide sanitarie e sociali del nostro tempo.

Negli anni il report è diventato punto di riferimento per comprendere il quadro epidemiologico, socio-sanitario ed economico per guidare le scelte politico sanitarie verso interventi di prevenzione e cura di questa importante malattia. Esso si conferma come un importante strumento per la valutazione e il costante monitoraggio, soprattutto del diabete di tipo II, attraverso azioni concrete volte a contrastarlo. L'attività della Fondazione IBDO, nata come primo osservatorio sul diabete a livello mondiale e realizzata da un team di esperti multidisciplinare con approccio olistico alla cura della malattia, sono solo alcuni degli aspetti chiave che ne contraddistinguono l'elevata importanza, acquisita e consolidata nel tempo.

Affrontare il diabete richiede dunque un intervento integrato: è necessario agire non solo dal punto di vista clinico-epidemiologico, ma anche dal punto di vista politico

e socio-sanitario. Servono politiche intersettoriali, che mettano in relazione sanità, istruzione, ambiente, alimentazione, trasporti e urbanistica. Serve uno sforzo condiviso per trasformare i contesti di vita e renderli favorevoli a scelte salutari. E serve, soprattutto, una costante attenzione alla lettura dei dati e all'ascolto delle evidenze, per orientare l'azione pubblica sulla base della realtà, con competenza e responsabilità.

Guardando al futuro, per fronteggiare la sfida contro questa patologia è pertanto necessario agire seguendo tre percorsi fondamentali: "Visione, conoscenza e alleanze". Nessun intervento isolato può risolvere un problema così complesso.

In conclusione, desidero esprimere un sentito plauso al Prof. Sbraccia e a tutti i ricercatori per un lavoro di eccellenza al servizio delle Istituzioni e della comunità scientifica per migliorare la qualità di vita delle persone con diabete.



Francesco Maria Chelli

Presidente Istat

Il diabete è una delle patologie croniche più diffuse e, al tempo stesso, più complesse da gestire. Il suo trattamento, infatti, richiede un approccio integrato che ha ricadute profonde non solo sul piano sanitario, ma anche su quello sociale ed economico. I numeri sono eloquenti: a livello mondiale ne sono affette oltre 537 milioni di persone e le previsioni indicano per il futuro una crescita costante anche tra i bambini e i giovani adulti.

L'Italia non si discosta da questa dinamica, come documentano le analisi presentate in questa nuova edizione dell'Italian Barometer Diabetes Report. Il Rapporto offre, infatti, un quadro dettagliato e aggiornato sulla situazione del diabete nel nostro Paese, restituendo la fotografia di una malattia che nel 2023 riguarda oltre 3,7 milioni di cittadini, pari al 6,3% della popolazione. Una cifra che negli ultimi vent'anni è aumentata in maniera significativa, con un incremento di oltre il 60% rispetto ai primi anni del 2000.

Non si tratta di un fenomeno attribuibile soltanto all'invecchiamento demografico: i tassi standardizzati, che eliminano gli effetti legati alla struttura della popolazione, mostrano un incremento significativo, a conferma di una patologia che si radica sempre più nella nostra società. La prevalenza cresce con l'età, soprattutto tra gli uomini, ma il fatto che negli ultimi anni il diabete inizi a manifestarsi già tra i giovani adulti costituisce un campanello d'allarme che richiama all'importanza della prevenzione e degli stili di vita salutari.

Sono infatti i fattori sociali, territoriali e gli stili di vita che incidono in maniera decisiva sulla diffusione e sulla gestione della patologia. Le disuguaglianze educative ed economiche, così come i divari tra le diverse aree del Paese, delineano scenari complessi che richiedono interventi mirati e politiche pubbliche inclusive. Nel Mezzogiorno e nelle Isole, per esempio, i livelli di diffusione del diabete sono sensibilmente superiori a quelli del Nord,

con differenze che tra gli anziani raggiungono anche i dieci punti percentuali.

Accanto a questi numeri, emergono le conseguenze del diabete sulla salute complessiva, legate al frequente intreccio con altre malattie croniche, e il suo impatto sulla qualità della vita delle persone, sulla soddisfazione per il proprio benessere e sulla capacità di accedere ai servizi sanitari.

Oltre l'80% dei diabetici over45 dichiara infatti di convivere con altre patologie croniche. L'ipertensione colpisce più della metà delle persone con diabete (56%), il doppio rispetto al resto della popolazione. Anche le patologie osteoarticolari, come artrosi, artrite e osteoporosi, risultano più frequenti tra i diabetici, con prevalenze superiori del 40% rispetto al resto della popolazione non diabetica. Per altre patologie, anche se complessivamente meno diffuse, l'associazione con il diabete diventa elevatissima: il rischio di infarto è quasi 5 volte più elevato tra i diabetici mentre la prevalenza di cirrosi epatica risulta fino a 14 volte superiore. Questo quadro di notevole complessità si traduce in una maggiore domanda di cure e in un ricorso più frequente ai servizi sanitari, ma anche in maggiori difficoltà di accesso, legate sia alle liste di attesa sia a problemi economici, soprattutto tra gli adulti in età lavorativa.

Il peso della malattia non si limita alla sua diffusione. Il diabete è una causa importante di mortalità: nel 2022 quasi 25.000 decessi – oltre il 3% del totale – sono stati attribuiti a questa patologia; si osserva un aumento dell'11% in dieci anni e un livello di mortalità che rimane più elevato anche rispetto al periodo pre-pandemico (+7% in confronto al 2019).

L'importanza della prevenzione e dell'adozione di corretti stili di vita per la gestione del diabete induce a prestare una particolare attenzione alla mortalità evitabile, ossia

quella che colpisce prima dei 75 anni e che potrebbe essere ridotta con prevenzione, stili di vita e cure adeguati: anche in questo caso emergono squilibri territoriali significativi, con le regioni meridionali che presentano valori quasi doppi rispetto alla media nazionale.

A rendere ancora più evidente la natura sociale del diabete è il legame con il livello di istruzione: la mortalità è quasi doppia tra le persone meno istruite rispetto ai laureati, con differenze particolarmente marcate nelle età centrali della vita. È un segnale che invita a riflettere non solo sulla dimensione sanitaria, ma, ancora una volta, anche su quella sociale ed educativa della prevenzione.

Contrastare il diabete significa non limitarsi alla cura clinica, ma affrontare i determinanti sociali della salute, promuovere stili di vita sani, garantire pari opportunità di accesso ai servizi e rafforzare la consapevolezza collettiva. Con questo Rapporto, l'Istat rinnova il proprio impegno a sostenere con informazioni e analisi la comunità scientifica, le istituzioni e i cittadini, nella consapevolezza che il futuro della salute pubblica e della coesione sociale del nostro Paese passa anche dalla capacità di ridurre l'impatto del diabete.



Massimo Federici

Direttore dipartimento medicina dei sistemi
Università di Roma Tor Vergata

Il nuovo IBDO report 2025 sulla scia degli anni precedenti continua a fare il punto sul mondo diabete in Italia. La nuova analisi evidenzia che oltre 400 milioni di persone in tutto il mondo sono affette da diabete, sottolineandone la classificazione come pandemia. Il rapido aumento della prevalenza negli ultimi decenni sottolinea l'urgenza di interventi sanitari globali.

Ma è sul nostro paese che dobbiamo puntare un faro.

In Italia, circa il 50% della popolazione con diabete non è coinvolto in programmi educativi e di gestione, il che rappresenta una lacuna significativa che potrebbe essere affrontata per migliorare il controllo della malattia e ridurre le complicanze.

Un particolare focus viene speso nel report a risaltare l'obesità come fattore di rischio.

Il rapporto infatti afferma che 4-5 italiani su 10 sono sovrappeso o obesi, con tassi più elevati nelle regioni meridionali. Questi dati sono preoccupanti, dato il forte legame tra obesità e diabete di tipo 2.

La tendenza crescente dell'obesità tra i bambini suggerisce un futuro aumento dell'incidenza del diabete, sollevando allarmi sulla pianificazione sanitaria pubblica a lungo termine.

Non di minore rilevanza è il rapporto tra diabete e ambiente. Che le città o il modello di vita urbanizzato siano fattori di rischio per le malattie croniche non trasmissibili è ormai noto e l'associazione tra inquinamento atmosferico, in particolare PM2.5, e rischio di diabete è sostanziale. I dati di un'ampia coorte (oltre 1,7 milioni di veterani) mostrano oltre 3 milioni di casi legati all'inquinamento solo nel 2016, con un impatto notevole anche a livelli di inquinamento considerati "sicuri" secondo gli standard attuali.

Questi risultati mettono in discussione le attuali politiche ambientali, suggerendo che sono necessarie soglie più severe per la qualità dell'aria per proteggere la salute pubblica. Infatti, sebbene specifici percorsi biologici non siano completamente compresi, il documento discute meccani-

smi plausibili, ad esempio di come l'ingresso di nanoparticelle nel flusso sanguigno e la conseguente infiammazione e alterazioni metaboliche.

Ciò sottolinea la necessità di ulteriori ricerche per comprendere come l'esposizione ambientale si traduca in malattia. Ma il diabete non ha solo risvolti inerenti ai costi della salute, perché la salute ha un riflesso anche sulla società. Il nuovo Report mostra l'immenso costo sociale del diabete, non solo in termini di utilizzo delle risorse sanitarie, ma anche in termini di riduzione della qualità e dell'aspettativa di vita a causa delle complicanze.

Affrontare i determinanti sociali, come l'inquinamento ambientale e i fattori legati allo stile di vita, è dunque essenziale per un progresso significativo.

Quali le implicazioni politiche di chiusura del Report.

I dati motivano la richiesta di politiche più incisive sul controllo dell'inquinamento, sull'educazione alla salute pubblica e sulla gestione integrata delle malattie.

Il ruolo delle strategie di salute e prevenzione digitali, in linea con il Piano Nazionale di Recupero e Resilienza (PNRR), è fondamentale per un'assistenza completa.

Nel complesso, il Report sottolinea come il diabete sia un'epidemia multiforme, influenzata da fattori legati allo stile di vita, all'ambiente e alla società. Strategie efficaci richiedono un approccio coordinato che combini riforme politiche, formazione, gestione ambientale e intervento clinico.



Il punto
di vista delle
Società Scientifiche





Riccardo Candido
Presidente della Fondazione AMD
ETS



Salvatore De Cosmo
Presidente Eletto AMD

La pubblicazione annuale del Diabetes Barometer Report rappresenta un momento fondamentale di sintesi e confronto per la comunità scientifica, le Istituzioni e tutti gli attori impegnati nella lotta al diabete. Questo strumento, grazie alla qualità dei dati raccolti e alla capacità di interpretarli, contribuisce in modo significativo a orientare le politiche sanitarie, a sostenere la programmazione e a promuovere un dibattito qualificato sulle priorità da affrontare.

I numeri ci dicono che il diabete continua a crescere nel nostro Paese, interessando oggi quasi 4 milioni di persone, pari a circa l'8% della popolazione adulta. Una condizione che non solo impatta sulla salute, ma influisce in maniera sostanziale sulla qualità di vita dei cittadini e sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Il diabete si associa frequentemente a multicronicità, condizione che aumenta con l'età e in contesti caratterizzati da fragilità socio-economiche.

Le disuguaglianze sociali, culturali e territoriali restano tra le criticità più urgenti. Influiscono pesantemente sull'accesso a cure appropriate e tempestive. È nostro dovere garantire che ogni persona con diabete, ovunque viva e qualunque sia la sua condizione, possa accedere alle stesse opportunità di cura e alle innovazioni disponibili.

In questo scenario, le Società Scientifiche – tra cui AMD – hanno la responsabilità di stimolare un dibattito qualificato e di collaborare con le Istituzioni e con la società civile per tradurre in azioni concrete le evidenze che emergono dai dati epidemiologici. Solo attraverso un approccio integrato e multidisciplinare, che metta al centro il paziente e valorizzi il lavoro in team, possiamo realmente incidere sugli esiti di salute e ridurre l'impatto complessivo del diabete.

Il ruolo del diabetologo è, in questa prospettiva, cruciale: egli deve essere il regista di una rete multidisciplinare, capace di integrare competenze diverse e di accompagnare la persona con diabete in un percorso di cura personalizzato, evitando frammentazioni e ridondanze che minano efficacia e sostenibilità. A supporto di questo nuovo paradigma, gli strumenti della medicina digitale e dell'intelligenza artificiale aprono scenari nuovi e stimolanti: dall'analisi dei dati clinici alla possibilità di sviluppare modelli organizzativi innovativi, più vicini ai bisogni reali delle persone con diabete.

Il *Diabetes Barometer Report*, con il suo patrimonio di dati e analisi, si conferma quindi un alleato prezioso per chi, come noi, ha a cuore il futuro della diabetologia italiana. Solo partendo da evidenze solide, e lavorando insieme – società scientifiche, Istituzioni, professionisti sanitari e cittadini – sarà possibile affrontare la sfida del diabete con visione, responsabilità ed equità.



Raffaella Buzzetti
Presidente SID e della FeSDI ETS

Il Rapporto Italiano sul Diabete 2025, promosso da IBDO Foundation in collaborazione con Istat, rappresenta uno strumento di grande valore per misurare e comprendere l'evoluzione di una delle principali sfide di salute pubblica del nostro Paese. I dati che vengono qui presentati non sono semplicemente numeri: sono la fotografia delle persone, delle loro vite e del peso che il diabete continua ad avere sul sistema sanitario, sull'economia e sulla società.

Come comunità scientifica, con la SID e la FeSDI, sentiamo forte la responsabilità di dare continuità al percorso avviato con gli Stati Generali sul Diabete e di onorare gli impegni assunti con il Patto di Legislatura. Questi momenti hanno posto al centro del dibattito politico e istituzionale la necessità di una strategia organica, che garantisca a ogni persona con diabete pari opportunità di accesso a cure innovative, percorsi assistenziali multidisciplinari e strumenti di prevenzione efficaci.

Gli Stati Generali hanno evidenziato come sia oggi indispensabile un approccio integrato: prevenzione primaria fondata sugli stili di vita, diagnosi precoce per ridurre le complicanze, presa in carico strutturata attraverso reti regionali di diabetologia e un ruolo sempre più rilevante della medicina di prossimità. Il Patto di Legislatura ha consolidato queste priorità, trasformandole in un'agenda condivisa tra istituzioni, società scientifiche, associazioni di pazienti e mondo politico.

Come SID e FeSDI riteniamo che la sfida dei prossimi anni sarà quella di tradurre le raccomandazioni e gli impegni assunti in atti concreti e misurabili. Ciò significa garantire investimenti mirati, aggiornare costantemente i LEA, superare le disuguaglianze territoriali, favorire la diffusione delle terapie digitali e delle nuove tecnologie, promuovere la ricerca scientifica e sostenere l'innovazione organizzativa.

Il diabete, per la sua dimensione e complessità, è una patologia paradigmatica: affrontarlo in modo efficace significa rafforzare l'intero Servizio Sanitario Nazionale, costruendo un modello di presa in carico che può diventare riferimento anche per altre malattie croniche. È per questo che ribadiamo l'impegno della nostra comunità scientifica a lavorare in alleanza con le istituzioni, con le Regioni e con tutti gli attori coinvolti, affinché il Patto di Legislatura sul diabete non resti solo un documento programmatico, ma diventi un motore di cambiamento reale.

Siamo convinti che il futuro della diabetologia italiana debba essere orientato a tre parole chiave: equità, innovazione e prossimità. Equità, per garantire a tutti i cittadini le stesse opportunità di cura, a prescindere dal luogo di residenza. Innovazione, per valorizzare il contributo della ricerca e delle nuove tecnologie nella personalizzazione delle terapie. Prossimità, per portare la cura più vicina alle persone, nelle comunità e nei territori in cui vivono.

Il Rapporto di quest'anno ci richiama a una responsabilità collettiva: quella di trasformare la conoscenza in azione, e l'azione in cambiamento. La SID e la FeSDI continueranno a fare la propria parte, con la consapevolezza che solo attraverso un impegno condiviso e continuativo sarà possibile ridurre l'impatto del diabete e migliorare la qualità di vita delle persone che ne sono affette.



Angelo Avogaro
Coordinatore EUDF Italia



Stefano Del Prato
Presidente EUDF

*"Il Rapporto Italiano sul Diabete 2025, realizzato da IBDO Foundation e Istat, ci restituisce con chiarezza la dimensione e la complessità del diabete come grande sfida di salute pubblica. Ma ci invita anche a guardare oltre i confini nazionali, collocando questa sfida nel contesto europeo, dove si giocano partite decisive sul piano delle politiche sanitarie, dei finanziamenti e dell'innovazione.

In questo scenario, il ruolo dell'European Diabetes Forum (EUDF) è quello di favorire un dialogo costruttivo tra comunità scientifica, istituzioni, associazioni di pazienti e decisori politici. Come coordinatore di EUDF Italia, voglio richiamare l'attenzione sul Diabetes Community Pledge for the 2024 European Elections, il documento sottoscritto all'inizio dell'attuale legislatura europea, che chiede ai Membri del Parlamento Europeo un impegno esplicito e vincolante su quattro priorità strategiche:

Early Detection: potenziare programmi di diagnosi precoce e screening sistematici, per ridurre la quota ancora troppo alta di persone con diabete non diagnosticato;

Equitable High-Quality Care: garantire a tutti i cittadini europei pari accesso a cure innovative, terapie moderne e tecnologie digitali, superando le disuguaglianze territoriali e socio-economiche;

Empowering People: sostenere percorsi di educazione terapeutica, di responsabilizzazione e di lotta allo stigma, affinché le persone con diabete diventino protagoniste della propria gestione di salute;

Embracing Science & Technology: promuovere la ricerca, l'uso dei dati real-world, l'intelligenza artificiale e le nuove tecnologie come strumenti chiave per una presa in carico personalizzata e sostenibile.

Il Pledge rappresenta un patto morale e politico tra la comunità del diabete e le istituzioni europee. Non è un esercizio formale, ma un'agenda concreta che chiede ai parlamentari europei di tradurre i principi in azioni: programmi di finanziamento mirati, linee guida condivise, armonizzazione delle politiche sanitarie tra Paesi membri e sostegno ai piani nazionali sul diabete.

Per l'Italia questo è un passaggio cruciale. Gli obiettivi delineati dal Pledge si intrecciano direttamente con le priorità emerse dagli Stati Generali sul Diabete e dal Patto di Legislatura sul diabete: la necessità di percorsi uniformi in tutte le Regioni, l'aggiornamento dei LEA, l'accesso tempestivo ai farmaci e ai dispositivi, la valorizzazione della telemedicina e delle terapie digitali. Senza un quadro di sostegno europeo, molte di queste sfide rischiano di rimanere parziali o frammentate.

Il mio appello ai parlamentari italiani ed europei è chiaro: il Pledge deve restare vivo durante tutta la legislatura. È necessario trasformarlo in proposte legislative, risoluzioni, progetti pilota e strumenti finanziari che rafforzino la risposta al diabete. È urgente promuovere una visione europea del diabete come priorità di sanità pubblica, integrata nelle strategie contro le malattie croniche e collegata agli obiettivi di salute e benessere dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite.

In questo senso, EUDF Italia continuerà a svolgere un ruolo di ponte: tradurre le indicazioni provenienti dall'Europa in azioni concrete sul territorio nazionale, e allo stesso tempo portare in Europa le esigenze, le esperienze e le buone pratiche italiane. Solo così potremo evitare che il diabete sia gestito come una questione di nicchia e farlo diventare invece una priorità condivisa da tutti gli Stati membri.

Il Rapporto di quest'anno ci mostra con forza che i numeri del diabete continuano a crescere, che l'impatto sulle persone e sul sistema sanitario resta enorme, ma ci ricorda anche che abbiamo strumenti scientifici, terapeutici e organizzativi mai avuti prima. Ora è la politica che deve fare la sua parte.

La comunità diabetologica italiana ed europea chiede coerenza, coraggio e responsabilità. Coerenza, per trasformare gli impegni del Pledge in azioni legislative e programmi concreti. Coraggio, per abbattere barriere burocratiche e disuguaglianze di accesso. Responsabilità, per mettere la persona al centro e costruire un'Europa che sappia davvero prendersi cura dei suoi cittadini.

Come EUDF Italia ribadiamo il nostro impegno a lavorare insieme al Parlamento Italiano ed Europeo, Commissione, i governi nazionali e società civile affinché questo Pledge diventi una pietra miliare di una nuova stagione di politiche europee sul diabete. Solo così potremo garantire un futuro migliore alle persone con diabete, in Italia e in tutta l'Unione Europea.



Valentino Cherubini
Presidente SIEDP

La diabetologia pediatrica sta vivendo una vera e propria rivoluzione copernicana. Per molti anni è stata confinata alla cura dei bambini piccoli con diabete, mentre oggi si configura sempre più come una frontiera aperta alle nuove sfide tecnologiche, sia in ambito diagnostico sia terapeutico. Almeno cinque di queste sfide avranno un forte impatto nei prossimi anni: lo screening del diabete di tipo 1 e la prevenzione della chetoacidosi diabetica; il trattamento del diabete di tipo 1 nelle fasi presintomatiche con terapie capaci di modificare la storia naturale della malattia; la diffusione di tecnologie per l'automatizzazione della terapia insulinica; la terapia con cellule staminali; e, infine, le terapie per il diabete di tipo 2, sempre più frequente tra i bambini a causa dell'obesità.

Screening del diabete di tipo 1 – A conclusione dello studio pilota sullo screening del diabete di tipo 1, previsto dalla legge 130/2023, è stato verificato che la diffusione dello screening su tutto il territorio nazionale è fattibile grazie alla collaborazione allargata di tutti gli stakeholder coinvolti: in primis i pediatri di libera scelta, le società scientifiche SIEDP, SID e AMD, l'ISS e i laboratori regionali. I primi risultati dimostrano che la percentuale di soggetti positivi allo screening non è diversa da quella riscontrata in altri Paesi in cui il progetto è attivo da molti anni su coorti ben definite. Un'analisi condotta dalla SIEDP evidenzia che, se tutti i bambini italiani nelle fasce di età 2, 6 e 10 anni fossero sottoposti a screening, in un anno si individuerebbero oltre 3.200 casi con più di due autoanticorpi anti-insulina, ossia bambini che nel corso della vita svilupperanno il diabete di tipo 1. Tra questi, circa 360 avrebbero il diabete non ancora riconosciuto. Se invece lo screening fosse esteso al 10% della popolazione generale, ai familiari di primo grado di persone con diabete tipo 1 (20%) e a coloro che hanno altre malattie autoimmuni (come celiachia e tiroidite) nel 10% dei casi, si otterrebbero in un anno oltre 1.800 individui con due o più autoanticorpi anti-insulina.

Il diabete di tipo 1 presintomatico – La progressione delle persone con diabete presintomatico in stadio 2 verso la forma clinica è molto rapida, con un ritmo di oltre il 35% all'anno. Nel primo anno, il 44% degli individui in stadio 2 presenta già segni clinici. Dal novembre 2022, la Food and Drug Administration ha approvato per uso clinico il teplizumab, un anticorpo monoclonale anti-CD3 capace di modificare la storia naturale della malattia. È oggi disponibile in Italia per uso compassionevole, e si auspica che a breve entri nella pratica prescrittiva. Le prime persone trattate nel nostro Paese – meno di una ventina – hanno ottenuto risultati incoraggianti. L'autorizzazione del teplizumab ha aperto nuove frontiere nello sviluppo di farmaci in grado di modulare il sistema immunitario, riducendo gli effetti dei linfociti citotossici sulla cellula beta. Ci si aspetta che, in tempi medio-brevi, nuove molecole offrano ulteriori possibilità di trattamento non solo nello stadio 2, ma anche negli stadi 1 e 3, per preservare la funzionalità beta-cellulare.

Nuove tecnologie – La cura delle persone con diabete di tipo 1 si avvale oggi di tecnologie che permettono di ridurre gli effetti indesiderati di iper- e ipoglicemia. I sistemi automatizzati più avanzati, noti come "Automated Insulin Delivery systems" (AID), combinano un sensore per il monitoraggio continuo della glicemia (CGM), un microinfusore di insulina e un algoritmo che guida le scelte terapeutiche. Nella maggior parte dei casi è ancora necessario informare il sistema sui carboidrati ingeriti, ma a breve sarà sufficiente segnalare semplicemente che la persona sta mangiando, semplificando notevolmente la gestione quotidiana. Un altro grande vantaggio della tecnologia è il monitoraggio a distanza tramite telemedicina, che riduce la necessità di visite in presenza. Inoltre, le nuove tecnologie stanno diventando sempre più performanti grazie all'integrazione con l'intelligenza artificiale.

Sostituzione delle cellule beta – La sostituzione delle cellule beta sta vivendo un periodo di grande interesse, grazie ai progressi nella biologia dello sviluppo, nella biologia delle cellule staminali e nell'editing genomico, frutto di anni di esperienza nel trapianto di isole pancreatiche da donatori deceduti e di pancreas intero. La sfida più grande per le isole pancreatiche derivate da cellule staminali, una volta superati gli ostacoli tecnologici, sarà quella di essere considerate un trattamento tradizionale, e non più di nicchia, per il diabete di tipo 1. Negli ultimi anni sono stati sviluppati metodi che permettono di differenziare cellule staminali pluripotenti in cellule di tipo β attraverso una serie di passaggi con l'aggiunta di fattori di differenziazione. Grandi progressi si stanno compiendo anche nella protezione delle cellule trapiantate dal sistema immunitario, grazie alla generazione di cellule ipoimmuni mediante strumenti di editing genomico, come CRISPR, per eliminare geni che rendono le cellule riconoscibili come estranee. Nel settembre 2025 è stato pubblicato il primo caso di funzionamento di cellule trapiantate in assenza di terapia immunosoppressiva. Trattare su larga scala le persone con diabete di tipo 1 richiederà però un notevole aumento della produzione cellulare e un'ottimizzazione dei processi in vitro, per ridurre i costi e migliorare l'efficienza.

Diabete di tipo 2 nei bambini e prevenzione – Il diabete di tipo 2 in età pediatrica è in forte aumento, in parallelo con la crescita dell'eccesso ponderale e dell'obesità nei Paesi industrializzati. In Italia, i dati sull'obesità infantile restano allarmanti: circa il 30% dei bambini è in eccesso ponderale, di cui poco meno del 10% obeso, mentre l'obesità grave riguarda circa il 2,6%. È necessario affrontare con decisione queste problematiche per prevenire i danni che ne derivano, in particolare il rischio di diabete tipo 2, sempre più frequente anche nei bambini sotto i dieci anni. Le incretine, farmaci di nuova generazione, stanno iniziando a essere disponibili anche in età pediatrica per il trattamento dell'obesità e del diabete tipo 2. Tuttavia, non vi è dubbio che le strategie di prevenzione debbano assumere un ruolo centrale, poiché – a differenza del diabete di tipo 1 – il diabete di tipo 2 nei bambini è una patologia prevenibile.



Alessandro Rossi
Presidente SIMG



Gerardo Medea,
Responsabile Area
Metabolica SIMG

Il Barometer Report sul diabete rappresenta ormai un appuntamento consolidato e prezioso per il sistema salute del nostro Paese: la fotografia puntuale della malattia, delle sue disuguaglianze e delle risposte del sistema sanitario, diventa strumento indispensabile per orientare politiche e azioni concrete. La Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) considera questa iniziativa un momento di confronto essenziale per riaffermare con i rappresentanti delle Istituzioni e le altre Società Scientifiche la centralità del territorio e dei Medici di Famiglia nella presa in carico del paziente con diabete.

Condividiamo pienamente la missione prioritaria di IBDO: promuovere la raccolta dei dati necessari per dimostrare l'impatto di sforzi ed approcci diversi, finalizzati alla riduzione dell'incidenza del diabete tipo 2, alla diagnosi precoce della malattia e al suo trattamento efficace, in modo da ridurre l'incidenza delle complicanze e dei decessi prematuri. Siamo anche noi convinti che il dato resta al centro di ogni strategia: misurare, condividere e migliorare. I numeri non solo descrivono la realtà, ma orientano l'azione clinica e organizzativa. I sistemi di raccolta e monitoraggio in medicina generale possono contribuire a fotografare l'epidemiologia, valutare l'appropriatezza prescrittiva e individuare margini di miglioramento, rafforzando un approccio evidence-based.

Nella prospettiva della SIMG, la sfida del diabete si gioca su tre livelli di prevenzione. La prevenzione primaria con la promozione di stili di vita salutari: alimentazione equilibrata, attività fisica regolare, riduzione del fumo e contrasto alla sedentarietà. È un ambito nel quale il medico di medicina generale ha la possibilità di incidere in modo decisivo, grazie a un rapporto fiduciario quotidiano con milioni di cittadini.

La prevenzione secondaria si concretizza nella diagnosi precoce del diabete e delle sue complicanze. Qui il ruolo

del medico di famiglia è cruciale: screening mirati, uso di strumenti di stratificazione del rischio, attenzione a soggetti fragili e ad alto rischio, collaborazione con specialisti e servizi territoriali. Anticipare il momento della diagnosi significa ridurre in maniera significativa l'impatto clinico ed economico della malattia.

Nell'ambito della prevenzione terziaria della malattia registriamo quest'anno un evento di impatto clinico. L'introduzione della nuova Nota 100 AIFA segna, infatti, un passaggio storico: l'autonomia prescrittiva concessa ai medici di medicina generale per l'uso precoce delle glifozine e di altre molecole innovative consente di intervenire tempestivamente, di ridurre il rischio cardiovascolare e renale e di migliorare la prognosi. È un riconoscimento concreto della competenza clinica del MMG e della necessità di rafforzare la medicina di iniziativa, valorizzando la prossimità delle cure.

In questo quadro, la SIMG è impegnata nel promuovere formazione continua, audit clinici, utilizzo sistematico di indicatori di qualità e percorsi condivisi con le altre società scientifiche. L'obiettivo è duplice: da un lato garantire equità e appropriatezza delle cure sul territorio nazionale, dall'altro consolidare un modello integrato che faccia del medico di famiglia il primo presidio di prevenzione, diagnosi e gestione della cronicità.

Il diabete non è solo una malattia, ma un banco di prova per l'intero sistema salute. Solo attraverso la collaborazione fra istituzioni, specialisti, medici di medicina generale, associazioni dei pazienti e comunità scientifica sarà possibile affrontare questa pandemia silenziosa. La SIMG è pronta a fare la sua parte, consapevole che il futuro della cura del diabete passa da una medicina territoriale forte, capace di integrare dati, prevenzione e innovazione terapeutica al servizio delle persone



Emilia Chiara Masuccio
Presidente Nazionale OSDI

Il diabete rappresenta una delle principali sfide per il nostro sistema sanitario, con oltre 3,9 milioni di persone coinvolte in Italia. Si tratta di una patologia cronica ad alto impatto clinico, sociale ed economico, che aggrava le disuguaglianze già presenti, soprattutto nel Mezzogiorno e nelle aree interne, dove permangono criticità legate a reddito, accessibilità e prossimità dei servizi.

In questo scenario, OSDI – Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani conferma il proprio impegno verso un modello assistenziale evoluto, orientato a prossimità, multidisciplinarietà, continuità e equità.

Quattro sono le linee di intervento individuate per una presa in carico più efficace e sostenibile:

1. Digitalizzazione e telemedicina: strumenti ormai imprescindibili per garantire la continuità assistenziale, ridurre le disomogeneità territoriali e personalizzare i percorsi di cura. Il monitoraggio da remoto e l'educazione digitale supportano l'autogestione e rafforzano la relazione terapeutica.
2. Prevenzione attiva: promozione di sani stili di vita, educazione alimentare e attività fisica, con un focus specifico sui fattori di rischio modificabili per il diabete di tipo 2. L'intervento precoce è cruciale per ridurre incidenza e complicanze.
3. Assistenza territoriale integrata: attraverso l'attuazione del DM77 e il potenziamento delle Case della Comunità, si favorisce una gestione di prossimità, multidisciplinare e centrata sulla persona, grazie alla collaborazione tra medici, infermieri, dietisti, psicologi e altri professionisti sanitari.
4. Formazione e sensibilizzazione: attività educative rivolte a pazienti, caregiver e comunità per rafforzare la capacità di autogestione e favorire l'aderenza tera-

peutica. Le scuole e i canali digitali costituiscono strumenti strategici di promozione della salute.

Queste proposte si inseriscono nel percorso avviato con gli Stati Generali del Diabete 2025, dove OSDI ha contribuito alla redazione del documento "Le proposte di policy per una nuova diabetologia". Il documento propone il superamento del tradizionale paradigma del disease management, orientandosi verso un modello di health management centrato sulla persona, in un'ottica di salute globale.

In questo ambito, l'educazione terapeutica strutturata riveste un ruolo determinante per responsabilizzare le persone con diabete, rendendole parte attiva del proprio percorso assistenziale. Centrale è anche la figura dell'infermiere case manager, che garantisce il coordinamento della rete di cure, facilita l'accesso ai servizi e sostiene l'aderenza ai trattamenti.

L'introduzione di nuove terapie farmacologiche per l'obesità e le patologie metaboliche apre scenari innovativi, che richiedono non solo un inquadramento clinico attento ma anche un supporto personalizzato per favorire cambiamenti duraturi nello stile di vita.

Infine, OSDI sostiene il potenziamento degli ambulatori infermieristici di diabetologia, realtà già attive in molte Regioni. Questi ambulatori riducono i tempi di accesso, migliorano la presa in carico e offrono un supporto educativo concreto, soprattutto per le persone più fragili.

Il Diabetes Barometer Report si conferma uno strumento prezioso per monitorare criticità e orientare le politiche sanitarie. OSDI rinnova il proprio impegno per una diabetologia moderna, inclusiva, proattiva e realmente centrata sulla persona.



Obiettivi
e
nota metodologica



Pastafarianism expenses



mrcoll18

OBIETTIVI E NOTA METODOLOGICA

Prof. Paolo Sbraccia – Prof. Domenico Cucinotta – Dr.ssa Roberta Crialesi – Prof. Antonio Nicolucci
Dr. Lucio Corsaro – Prof. Federico Spandonaro – Dr. Federico Serra

L'Italian Barometer Diabetes Report, giunto alla sua diciottesima edizione, si fonda su un impianto metodologico che negli anni ha consolidato la sua credibilità scientifica e istituzionale. Il Report nasce con l'obiettivo di offrire una fotografia accurata e aggiornata del burden of disease legato al diabete in Italia, a livello sia nazionale sia regionale, mettendo a disposizione di decisori politici, comunità scientifica e opinione pubblica strumenti di conoscenza indispensabili per orientare le strategie di prevenzione, cura e gestione della patologia.

La forza di questo lavoro risiede nella capacità di integrare fonti istituzionali ufficiali e competenze di ricerca avanzata. Il contributo dei ricercatori di IBDO Foundation, in stretta collaborazione con ISTAT, CREA Sanità, Coresearch e BhAVE, consente di elaborare dati epidemiologici, clinici, economici e sociali che restituiscono un quadro multidimensionale della realtà italiana. Questo approccio integrato permette non solo di misurare la prevalenza e l'incidenza del diabete, ma anche di analizzare le sue conseguenze in termini di qualità della vita, disuguaglianze territoriali, impatto sui sistemi sanitari e costi economici diretti e indiretti.

Il Report si propone annualmente di:

misurare con rigore scientifico la diffusione del diabete e delle sue complicanze, valorizzando le informazioni disponibili a livello nazionale e regionale;

condividere dati e analisi con tutti gli attori coinvolti – istituzioni, società scientifiche, associazioni di pazienti, mondo accademico e media – favorendo un dibattito basato sull'evidenza;

migliorare la capacità di risposta del sistema sanitario e delle politiche pubbliche, indicando linee di intervento prioritarie e promuovendo strategie innovative di prevenzione e cura.

Il rigore metodologico e la trasparenza del percorso di raccolta ed elaborazione dei dati sono elementi centrali: ogni edizione del Report si caratterizza per la comparabilità temporale e geografica delle informazioni, rendendo possibile non solo un'analisi dello stato dell'arte, ma anche il monitoraggio delle tendenze e la valutazione dell'efficacia delle politiche sanitarie adottate.

Fonti e strumenti metodologici

L'elaborazione dei dati contenuti nel Diabetes Barometer Report 2025 si basa sull'integrazione di diverse fonti ufficiali e di ricerca:

ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica: indagini multiscopo sulle condizioni di salute, stili di vita e fattori di rischio della popolazione, oltre ai dati demografici e socio-economici territoriali.

Flussi informativi sanitari regionali: dati relativi alle prestazioni ospedaliere (SDO), farmaceutiche, ambulatoriali e di assistenza territoriale, che permettono di misurare il carico clinico ed economico del diabete e delle sue complicanze.

CREA Sanità: analisi economico-sanitarie e valutazioni di impatto sui costi diretti e indiretti delle malattie croniche, con particolare riferimento al diabete.

Coresearch: indagini di campo e studi osservazionali sulle pratiche cliniche e sull'organizzazione dei servizi sanitari.

BhAVE: ricerche sull'impatto del diabete in termini di qualità della vita, aderenza terapeutica e burden socio-economico sulle famiglie e sulla società.

Survey specifiche promosse da IBDO Foundation: raccolta di dati qualitativi e quantitativi presso pazienti, clinici e operatori sanitari, utili ad arricchire la prospettiva epidemiologica con elementi di percezione sociale e di esperienza diretta.

L'analisi dei dati segue criteri di:

comparabilità temporale, per valutare l'evoluzione del fenomeno negli anni;

comparabilità territoriale, per cogliere le differenze tra le diverse Regioni italiane;

integrazione multidimensionale, che combina aspetti clinici, epidemiologici, economici e sociali;

validazione scientifica, attraverso processi di revisione e confronto tra i ricercatori coinvolti.

L'ambizione del Diabetes Barometer Report 2025 è quella di continuare a rappresentare uno strumento di servizio al Paese, in grado di trasformare la conoscenza in consapevolezza e la consapevolezza in azione. La metodologia adottata, basata sull'integrazione di fonti ufficiali, competenze scientifiche e dialogo istituzionale, resta il cuore di un progetto che ha saputo negli anni rafforzare la sua autorevolezza e il suo impatto, consolidando un patrimonio unico di dati, analisi e prospettive al servizio della salute pubblica.

Misurare
e
condividere



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

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

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

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



Il circolo virtuoso di raccolta, condivisione e miglioramento degli outcome

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

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

Database e raccolta di dati sistematici sul diabete in Italia

I DATI ISTAT SUL DIABETE IN ITALIA

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

RAPPORTO ANNUALE SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO (DATI SDO) DEL MINISTERO DELLA SALUTE

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

schede è possibile avere l'informazione completa sull'identificativo del paziente al fine di poter approfondire la conoscenza sui profili ospedalieri della popolazione.

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI DEL CENTRO NAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA, SORVEGLIANZA E PROMOZIONE DELLA SALUTE (CNESPS) DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

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

IL RAPPORTO OSSERVASALUTE DELL'UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE

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

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

Il Rapporto Osservasalute fornisce annualmente i risultati del check-up della devolution in sanità, corredando dati

e indicatori con un'analisi critica sullo stato di salute degli italiani e sulla qualità dell'assistenza sanitaria a livello regionale.

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

GLI "ANNALI DELL'ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI-AMD"

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

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

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

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

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

L'OSSERVATORIO ARNO DIABETE-SOCIETA' ITALIANA DI DIABETOLOGIA - SID

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

Da molti anni i Rapporti ARNO (giunti al XXXI volume)

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

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

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

IL RAPPORTO HEALTH SEARCH/SISSI DELLA SIMG

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

della popolazione generale italiana in età adulta, come risulta dal confronto con i dati ISTAT.

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

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

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

DIABETES MONITOR DI MEDIPRAGMA, UNIVERSITÀ DI ROMA TORVERGATA E IBDO FOUNDATION

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

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

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

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

L'analisi intende evidenziare solo i temi centrali rispetto al ruolo attivo

che la Persona con Diabete assume nella gestione della propria condizione. L'approccio adottato ha consentito la definizione di un unico "ambiente di ricerca" in grado di monitorare il percorso compiuto dall'individuo.

RAPPORTO CREA SANITÀ

Il Rapporto Sanità è una iniziativa nata nel 2003 presso l'Università di Roma "Tor Vergata", con lo scopo di diffondere attività di ricerca intraprese nel campo dell'economia, politica e management sanitario e, allo stesso tempo, fornire elementi di valutazione sulle performance del sistema sanitario e sulle sue prospettive future, alimentando un dibattito fra gli addetti al settore, ivi compresi cittadini, professionisti e mondo industriale.

L'iniziativa si concretizza con la pubblicazione annuale di un Volume, reso disponibile anche on line.

I focus del Rapporto non si fermano alla spesa, ma analizzano gli aspetti oltre che di quella pubblica anche della privata, il finanziamento, la situazione del personale e del settore sociosanitario, di farmaceutica, tariffe per la specialistica, equità del sistema con l'impoverimento delle famiglie e molto altro. Analizza poi a livello di singole Regioni alcuni indicatori presentati nel rapporto, ma soprattutto fornisce un decalogo di "opportunità", azioni cioè che è urgente programmare per risolvere le sorti del Ssn.



Il diabete



Una sfida per la salute globale

Prof. Alfonso Bellia, Prof. Sebastiano Filetti, Prof. Davide Lauro, Prof. Paolo Sbraccia

IBDO FOUNDATION

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il termine diabete mellito (DM) rappresenta un insieme di disordini metabolici di varia origine, che influenzano il metabolismo dei carboidrati, dei lipidi e delle proteine.

Il diabete è una malattia cronica che si manifesta con livelli elevati di glucosio nel sangue (iperglicemia). Questa condizione è dovuta a una produzione insufficiente di insulina o a un malfunzionamento dell'insulina stessa. L'insulina è un ormone prodotto dal pancreas, la cui azione principale è quella di permettere l'ingresso del glucosio nelle cellule per essere utilizzato come fonte di energia. Quando questo meccanismo non funziona correttamente, le concentrazioni di glucosio aumentano a livello ematico.

Il diabete può portare a gravi complicanze, che coinvolgono cuore, vasi sanguigni, rene, occhi, nervi, cervello.

Per ridurre il rischio di queste complicanze invalidanti, è fondamentale prevenire la malattia attraverso uno stile di vita sano, e garantire una diagnosi e un trattamento tempestivi.

Il diabete è una malattia cronica che ha un impatto globale crescente. Secondo le stime del Diabetes Atlas 2023 dell'IDF, nel mondo oltre 537 milioni di adulti vivono con diabete, un numero destinato a crescere fino a 643 milioni nel 2030 e a 783 milioni nel 2045. In Europa i casi sono circa 60 milioni, mentre in Italia le persone con diabete sono oltre 4 milioni (dati ISTAT 2023), con un andamento in aumento e una prevalenza più alta nelle Regioni meridionali."

Tipi di diabete

Diabete di tipo 1: malattia autoimmune caratterizzata dalla distruzione delle cellule β pancreatiche e dalla conseguente carenza assoluta di insulina. Colpisce soprattutto bambini e giovani adulti, ma può insorgere anche in età adulta. Le persone con diabete di tipo 1 necessitano di insulina per tutta la vita. La ricerca attuale indaga fattori genetici, ambientali e infettivi come possibili cause scatenanti.

Diabete di tipo 2: rappresenta circa il 90% dei casi. È caratterizzato da insulino-resistenza e carenza relativa di insulina. I principali fattori di rischio sono

sovrappeso/obesità, sedentarietà, familiarità e età superiore ai 40 anni, sebbene i casi a insorgenza precoce siano in crescita, soprattutto tra adolescenti e giovani adulti.

Diabete gestazionale (GDM): diagnosticato per la prima volta durante la gravidanza, riguarda circa il 10-15% delle gravidanze. Aumenta il rischio di complicanze neonatali e di sviluppare diabete di tipo 2 in futuro per madre e figlio.

Altre forme: includono il diabete autoimmune dell'adulto (LADA), il diabete monogenico (MODY) e forme secondarie legate a farmaci o altre malattie endocrine.

Complicanze

Il diabete, se non diagnosticato precocemente o mal controllato, determina complicanze acute e croniche che rappresentano il vero peso sociale ed economico della malattia:

Complicanze macrovascolari: infarto, ictus, arteriopatia periferica. La malattia cardiovascolare resta la principale causa di morte nelle persone con diabete.

Complicanze microvascolari: retinopatia (cecità), nefropatia (dialisi e trapianto), neuropatia (ulcere, amputazioni, dolore cronico).

Complicanze neurologiche e cognitive: il diabete è associato a un rischio aumentato di demenza e declino cognitivo.

Le persone con diabete hanno un rischio di morte prematura quasi doppio rispetto alla popolazione generale. Particolarmente preoccupante è l'aumento del diabete di tipo 2 a insorgenza precoce, che espone a complicanze più gravi e prolungate nel corso della vita.

Terapie e innovazioni

Negli ultimi anni, la terapia del diabete ha fatto enormi progressi:

Farmaci innovativi: analoghi del GLP-1, inibitori del SGLT2, e recentemente i doppi agonisti del GLP-1 e GIP non solo migliorano il controllo glicemico, ma riducono eventi cardiovascolari e proteggono la funzione renale.

Insulina settimanale: insulina icodec, cioè un'insulina umana ad azione prolungata utilizzata nel diabete (codice ATC: A10AE07). L'azione principale di questo tipo di insulina è regolare il metabolismo del glucosio. Il prodotto è disponibile come soluzione iniettabile sottocutanea da 700 U/ml in penna pre-riempita una volta a settimana.

Tecnologie digitali: sensori di monitoraggio continuo della glicemia (CGM), microinfusori e piattaforme digitali hanno trasformato la gestione quotidiana del diabete, consentendo cure personalizzate e telemonitoraggio.

Approccio integrato: linee guida internazionali (ADA, EASD) sottolineano la necessità di combinare terapia farmacologica, modifiche dello stile di vita e gestione dei fattori di rischio cardiovascolare.

Prevenzione

Non esiste al momento un metodo certo per prevenire il diabete di tipo 1. La ricerca su vaccini e immunoterapie è in corso. Lo screening sul diabete Tipo 1 permette di valutare la presenza dei marcatori di inizio della malattia: si tratta degli auto-anticorpi verso le cellule che producono l'insulina, la cui presenza, in numero superiore a 1, conferma il definitivo inizio della malattia diabetica, anche se in forma ancora asintomatica (stadio 1).

Tale indagine viene poi completata con lo studio della predisposizione genetica individuale con l'analisi del sistema HLA che ricerca la presenza dei più comuni determinanti genetici per lo sviluppo del DMT1.

Il diabete di tipo 2, invece, può essere in larga misura prevenuto o ritardato attraverso modifiche dello stile di vita:

attività fisica regolare (almeno 150 minuti a settimana);

alimentazione equilibrata ricca di fibre, frutta, verdura, cereali integrali;

riduzione del sovrappeso e della sedentarietà.

Studi come il Da Qing Study in Cina, il Diabetes Prevention Program (DPP) negli Stati Uniti e il Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) hanno dimostrato che interventi intensivi sullo stile di vita riducono fino al 58% il rischio di sviluppare diabete di tipo 2 in persone ad alto rischio.

Una sfida di salute pubblica

Il diabete non è soltanto una malattia clinica, ma un fenomeno sociale ed economico che incide sulla sostenibilità dei sistemi sanitari. In Italia, il costo diretto del diabete è stimato in oltre 9 miliardi di euro l'anno, senza contare i costi indiretti legati a perdita di produttività, assenze dal lavoro e assistenza familiare.

Il Diabetes Barometer Report mostra come le disuguaglianze regionali incidano su diagnosi, accesso alle cure e prevenzione. Ridurre queste differenze è un obiettivo prioritario per garantire equità di trattamento.

Le recenti leggi approvate in Italia – la Legge 130/2023 sullo screening per diabete tipo 1 e celiachia e la Legge sull'obesità – rappresentano un unicum a livello mondiale e confermano la crescente attenzione politica verso queste patologie. Allo stesso tempo, il PNRR e i programmi europei di digital health offrono strumenti nuovi per rafforzare la prevenzione e il disease management.

Conclusione

Il diabete è oggi una sfida globale e nazionale. Affrontarlo significa intervenire non solo sul piano clinico, ma anche su quello culturale, sociale ed economico. Solo attraverso politiche integrate – che uniscano prevenzione, diagnosi precoce, innovazione terapeutica e riduzione delle disuguaglianze – sarà possibile contenere l'impatto del diabete e garantire alle persone una vita più lunga e di qualità.

Il Diabetes Barometer Report 2025 intende contribuire a questo percorso, offrendo dati, analisi e prospettive per trasformare la conoscenza in politiche e la ricerca in azioni concrete.

Le sfide di policy



Federico Serra

Direttore Generale IBDO Foundation, CEO & General Manager EUDF Italia, Responsabile relazioni istituzionali FeSDI e Capo segreteria tecnica Intergruppo parlamentare obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili

Il diabete rappresenta oggi una delle principali sfide di salute pubblica, con un impatto crescente non solo sul piano clinico, ma anche sociale, economico e politico. In Italia oltre 4 milioni di persone convivono con la malattia e un milione ne è affetto senza saperlo. Affrontare il diabete significa quindi andare oltre la dimensione sanitaria, costruendo politiche integrate, strumenti legislativi efficaci e una governance capace di tradurre le evidenze scientifiche in azioni concrete a beneficio dei cittadini.

All'inizio della XIX Legislatura, tutte le società scientifiche insieme all'Intergruppo parlamentare Obesità, Diabete e Malattie Croniche non trasmissibili hanno sottoscritto un atto parlamentare che chiedeva a Governo, Parlamento e a tutte le Forze politiche di garantire al diabete un posto stabile e prioritario nell'agenda sanitaria e sociale del Paese. Non si è trattato di un gesto formale, ma di un atto politico e istituzionale che ha riconosciuto in modo chiaro come il diabete non sia solo una patologia cronica ad alta prevalenza, ma un tema strategico di salute pubblica, giustizia sociale ed equità. Un appello che è stato recentemente rinnovato come atto di metà legislatura.

Il diabete, infatti, è una delle condizioni croniche più diffuse in Italia: oltre 4 milioni di persone hanno una diagnosi, a cui si aggiunge circa un milione di casi sommersi, cioè mai diagnosticati. È una patologia che, se non identificata precocemente o non trattata in modo appropriato, porta a complicanze severe – cardiovascolari, renali, oculari, neurologiche – con un impatto pesante sulla qualità e sulla quantità di vita. Le persone con diabete vivono in media 6 anni in meno rispetto alla popolazione generale e presentano un rischio quasi doppio di mortalità prematura.

Questi dati non rappresentano soltanto un problema clinico, ma soprattutto una sfida di policy: la capacità o meno del sistema sanitario e politico di dare risposte efficaci a un fenomeno complesso e in continua espansione. Già la Legge 115/1987, che resta una pietra miliare nella tutela delle persone con diabete, ha introdotto principi fondamentali per la prevenzione e la cura della patologia. Tuttavia, a distanza di quasi quarant'anni, quella legge non è mai stata pienamente applicata e aggiornata, lasciando ancora troppi spazi di disomogeneità e disuguaglianza territoriale.

Un cambio di passo si è visto con la recente approvazione della Legge 130/2023, che ha introdotto lo screening nazionale per il diabete di tipo 1 e la celiachia nella popolazione pediatrica. Un provvedimento di portata storica, che consente di predire la malattia, identificare i casi clinicamente asintomatici ed effettuare diagnosi precoci con un netto miglioramento della prognosi. In Italia, infatti, si stimano oltre 300mila persone con diabete tipo 1 e circa 250mila con celiachia diagnosticata, a fronte di una quota molto più ampia di casi silenti. La legge prevede anche la creazione di un Osservatorio nazionale e lo sviluppo di campagne di informazione e sensibilizzazione, segnando un punto di svolta nella prevenzione delle malattie croniche.

Altrettanto significativa è stata l'approvazione della Legge sull'obesità, che ha riconosciuto per la prima volta questa condizione come malattia cronica. Si tratta di un atto legislativo unico a livello mondiale, che testimonia come la sinergia tra Parlamento, società scientifiche e associazioni di pazienti possa generare risultati concreti, capaci di incidere sul presente e sul futuro delle persone.

Questi fatti dimostrano che quando scienza, politica e società civile lavorano insieme, le dichiarazioni si trasformano in azioni concrete. Ne sono esempio anche:

- La lettera aperta di FeSDI per un Patto parlamentare sul diabete;
- il documento finale degli Stati Generali del Diabete, di FeSDI, sottoscritto da 25 società scientifiche e associazioni, che ha posto le basi per una roadmap nazionale sul diabete;
- il pledge di EUDF (European Diabetes Forum), che chiede un impegno politico chiaro a livello europeo;

- Il lavoro dei sette tavoli di lavoro di EUDF Italia;
- la partecipazione dell'Italia, quale coordinatore, a JACARDI (Joint Action on Cardiovascular Diseases and Diabetes), iniziativa della Commissione europea per condividere buone pratiche, ridurre le disuguaglianze e rafforzare la prevenzione delle NCD.

Le sfide di policy non riguardano soltanto l'adozione di nuove leggi, ma la costruzione di una governance integrata e la capacità di mettere in rete le risorse disponibili. Il PNRR, con la Missione 6 dedicata alla salute, rappresenta un'occasione irripetibile per riorganizzare la medicina territoriale, rafforzare la prossimità e sviluppare strumenti digitali per la gestione del diabete. Digitalizzazione, telemedicina e piattaforme interoperabili sono condizioni indispensabili per garantire equità di accesso e continuità di cura in tutto il Paese.

Il diabete deve essere quindi affrontato come una questione sistemica, che attraversa settori diversi: sanità, educazione, lavoro, ambiente urbano, welfare. Solo con politiche trasversali sarà possibile incidere davvero sui determinanti sociali della salute e ridurre le disparità.

In definitiva, la "battaglia sul diabete" non può vivere di protagonismi individuali né di azioni isolate, ma deve fondarsi su sinergie, corresponsabilità e strategie condivise. Le esperienze più recenti - dalle leggi approvate alla costruzione di roadmap nazionali ed europee - dimostrano che il cambiamento è possibile. Ora la sfida è tradurre questa nuova consapevolezza in un impegno duraturo, capace di rendere il diabete una priorità costante delle politiche sanitarie e sociali italiane ed europee.

LETTERA APERTA PER UN "PATTO PARLAMENTARE SUL DIABETE"

La Lettera Aperta per un Patto Parlamentare sul Diabete, promossa dalla FeSDI - Federazione delle Società di Diabetologia (SID e AMD), rappresenta un appello formale rivolto a Governo, Parlamento, Regioni, ISS, AIFA e AGENAS affinché il diabete sia riconosciuto come una priorità politica e sanitaria nella XIX Legislatura e nelle successive.

Perché è importante

In Italia vivono circa 4 milioni di persone con diabete, a cui si aggiunge oltre 1 milione di casi non diagnosticati.

Il diabete, se non diagnosticato o trattato correttamente, porta a complicanze severe e riduce in media di 6 anni la speranza di vita.

Il peso clinico e socio-economico della patologia richiede azioni legislative e istituzionali forti e continuative.

Le richieste principali della FeSDI

Potenziare e razionalizzare l'assistenza: sviluppare strutture specialistiche integrate con il territorio.

Aumentare i fondi per la ricerca su diabete e malattie endocrino-metaboliche.

Incrementare i posti di formazione specialistica in endocrinologia e malattie del metabolismo.

Tutela dei diritti delle persone con diabete in ambito lavorativo, scolastico e sportivo.

Campagne di sensibilizzazione sulla prevenzione del diabete e dell'obesità, con focus su corretti stili di vita.

Equità di accesso alle cure e ai trattamenti innovativi, incluse le tecnologie digitali per la gestione del diabete.

Semplificazione burocratica per migliorare l'assistenza e ridurre i vincoli amministrativi.

Risorse adeguate per implementare su tutto il territorio lo screening del diabete tipo 1 in età pediatrica, previsto dalla Legge 130/2023.

Ruolo istituzionale e precedenti

- Il Patto si collega a strumenti già esistenti: Legge 115/1987, Piano Nazionale sulla Malattia Diabetica e Missione 6 del PNRR.
- Rappresenta un rilancio politico a metà legislatura, per consolidare i risultati già raggiunti (Legge 130/2023 sullo screening, Legge sull'obesità) e proiettare il diabete al centro dell'agenda sanitaria.

Prospettive

L'appello FeSDI mira a costruire un ampio consenso parlamentare bipartisan e un impegno duraturo delle istituzioni, a garanzia di milioni di cittadini italiani con diabete e delle loro famiglie. La finalità è dare stabilità a un vero e proprio Patto sociale e politico che renda il diabete una priorità costante delle politiche pubbliche in Italia.

STATI GENERALI SUL DIABETE

Gli Stati Generali sul Diabete sono un'iniziativa promossa da FeSDI, di confronto e programmazione strategica che riunisce società scientifiche, istituzioni, associazioni di pazienti, mondo accademico e settore privato per definire una roadmap condivisa sulle politiche di prevenzione, diagnosi, cura e gestione del diabete in Italia.

Obiettivi

- Fare il punto sull'impatto epidemiologico, clinico, sociale ed economico del diabete.
- Identificare le criticità nell'accesso a cure e servizi, con attenzione alle disuguaglianze territoriali.
- Elaborare proposte concrete da sottoporre a Governo e Parlamento.
- Costruire alleanze tra attori diversi per rafforzare il ruolo del diabete nell'agenda sanitaria nazionale ed europea.

Le tappe recenti

2024-2025: convocazione e organizzazione di incontri tematici con la partecipazione di oltre 25 società scientifiche e associazioni di pazienti.

Documento conclusivo: redazione di un testo unitario con raccomandazioni su prevenzione, percorsi di cura, innovazione digitale, ricerca e diritti dei pazienti.

Dialogo istituzionale: trasmissione del documento a Parlamento e Governo, a supporto delle iniziative legislative sulla salute.

Risultati

- Rafforzamento del ruolo delle Società Scientifiche di diabetologia, dell'Intergruppo Parlamentare Obesità, Diabete e Malattie Croniche non trasmissibili.
- Contributo alla definizione della Legge 130/2023 sullo screening pediatrico per diabete tipo 1 e celiachia.
- Supporto culturale e scientifico all'approvazione della Legge sull'obesità, un unicum a livello mondiale.
- Inserimento del diabete tra i temi prioritari della roadmap europea sulle malattie croniche (JACARDI, EUDF pledge).
- Riduzione dell'impatto burocratico-assistenziale (es. eliminazione nota 100 AIFA)

Prospettive

Gli Stati Generali intendono trasformarsi in una piattaforma permanente di monitoraggio e proposta, capace di seguire l'attuazione delle leggi, promuovere l'innovazione tecnologica, valorizzare la ricerca clinica ed epidemiologica e garantire l'integrazione tra sanità e welfare.

PROGRAMMA D1S DIAB-1-SCREEN

Il Programma D1S – DIAB-1-SCREEN, coordinato dall'ISS, è il progetto nazionale di screening pediatrico per il diabete di tipo 1 e la celiachia, introdotto in Italia con la Legge 130/2023. Si tratta di un'iniziativa unica a livello mondiale, che mira a identificare precocemente i soggetti a rischio e a favorire diagnosi tempestive, migliorando la prognosi e riducendo le complicità.

Obiettivi

- Individuare i bambini e gli adolescenti a rischio di diabete tipo 1 e celiachia attraverso test mirati.
- Predire la malattia in fase preclinica, riconoscendo i casi silenti o asintomatici.
- Favorire diagnosi precoci, con conseguente miglioramento della qualità della vita e riduzione delle emergenze cliniche (es. chetoacidosi diabetica).
- Creare consapevolezza nelle famiglie e nella società attraverso campagne di informazione e sensibilizzazione.

Le tappe recenti

2023: approvazione della Legge 130/2023, che istituisce lo screening pediatrico.

2024: avvio delle prime fasi organizzative e della definizione dei protocolli operativi.

2025: implementazione progressiva del programma su scala nazionale, con la partecipazione di Regioni, pediatri di libera scelta, centri diabetologici e associazioni di pazienti.

Strumenti previsti

- Osservatorio nazionale composto da medici e scienziati esperti di diabete e celiachia, con compiti di monitoraggio e indirizzo scientifico.
- Campagne di informazione rivolte a famiglie, scuole e comunità, per aumentare la consapevolezza e favorire l'adesione allo screening.
- Raccolta e analisi dei dati per valutare l'efficacia del programma e integrarlo nelle strategie nazionali di prevenzione delle malattie croniche.

Risultati attesi

- Miglioramento della prognosi delle persone con diabete tipo 1 e celiachia grazie a diagnosi più precoci.

- Riduzione delle complicanze acute al momento della diagnosi, come la chetoacidosi.
- Aumento della consapevolezza sociale sul diabete tipo 1 e sulla celiachia.
- Creazione di un modello internazionale: l'Italia si conferma apripista mondiale per lo screening integrato di queste due patologie.

Prospettive

Il Programma D1S rappresenta un pilastro innovativo di prevenzione e sanità pubblica. L'obiettivo per i prossimi anni è consolidarne l'attuazione su tutto il territorio nazionale, integrarlo nei programmi di prevenzione primaria e secondaria e renderlo un modello replicabile anche in altri Paesi europei.

JACARDI (Joint Action on Cardiovascular Diseases and Diabetes)

JACARDI – Joint Action on Cardiovascular Diseases and Diabetes è un'iniziativa della Commissione Europea, avviata nel 2023 nell'ambito del programma EU4Health, finalizzata a rafforzare la prevenzione, la diagnosi precoce, la gestione integrata e l'equità di accesso alle cure per malattie cardiovascolari e diabete, principali cause di mortalità e morbilità in Europa.

Obiettivi

- Ridurre il peso delle malattie cardiovascolari e del diabete nella popolazione europea attraverso strategie comuni di prevenzione e cura.
- Condividere buone pratiche tra Stati membri e costruire modelli di riferimento trasferibili nei diversi contesti sanitari.
- Promuovere l'innovazione in termini di digital health, medicina personalizzata, approcci multidisciplinari e reti di prossimità.
- Rafforzare la raccolta dati e la comparabilità tra Paesi, al fine di monitorare le politiche e valutare i risultati.

Il ruolo dell'Italia

- L'Italia ha un ruolo di leadership strategica, con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) designato come coordinatore europeo del progetto.
- L'ISS garantisce la governance complessiva dell'iniziativa, coordina le attività dei partner e supervisiona i work package dedicati alla prevenzione, alla

gestione clinica e alla riduzione delle disuguaglianze.

- L'Italia contribuisce con le proprie esperienze normative e di ricerca, come la Legge 130/2023 sullo screening pediatrico per diabete tipo 1 e celiachia e la Legge sull'obesità, entrambe riconosciute a livello internazionale come buone pratiche.

Le tappe

2023: avvio ufficiale di JACARDI con la partecipazione di oltre 20 Stati membri e decine di istituzioni partner.

2024: definizione delle linee operative e avvio dei work package tematici.

2025: implementazione delle prime azioni pilota nei Paesi partecipanti, con monitoraggio coordinato dall'ISS.

Risultati attesi

- Creazione di una roadmap europea condivisa per la prevenzione e gestione di diabete e malattie cardiovascolari.
- Riduzione delle disuguaglianze di accesso alle cure e ai programmi di prevenzione tra diversi Paesi e all'interno delle stesse nazioni.
- Valorizzazione dell'Italia come best practice internazionale, in grado di mettere a disposizione esperienze legislative, organizzative e di ricerca.

Prospettive

JACARDI rappresenta un'occasione senza precedenti per armonizzare le politiche sanitarie europee su diabete e malattie cardiovascolari. Grazie al coordinamento dell'ISS, l'Italia ha la possibilità di assumere un ruolo guida nella definizione di standard comuni e nella diffusione di modelli innovativi, contribuendo a rafforzare l'integrazione tra salute nazionale ed europea.

EUDF PLADGE (European Diabetes Forum)

L'EUDF Pledge è l'impegno promosso dall'European Diabetes Forum (EUDF) e rivolto ai parlamentari europei affinché il diabete diventi una priorità nell'agenda politica dell'Unione Europea. Lanciato in occasione delle ultime elezioni europee, rappresenta un appello a costruire un'azione comune e coerente contro il diabete e le altre malattie croniche non trasmissibili, rafforzando il ruolo del Parlamento europeo come attore di cambiamento.

Obiettivi

- Porre il diabete al vertice dell'agenda politica europea, riconoscendolo come una delle principali sfide di salute pubblica.
- Assicurare risorse e investimenti mirati alla prevenzione, diagnosi precoce, gestione integrata e innovazione terapeutica.
- Ridurre le disuguaglianze tra gli Stati membri in termini di accesso a cure, tecnologie e servizi sanitari.
- Promuovere ricerca e digitalizzazione come strumenti chiave per migliorare la qualità di vita delle persone con diabete.

Il ruolo dell'Italia

- I parlamentari italiani sono stati tra i primi sottoscrittori del Pledge, confermando la volontà del nostro Paese di guidare il dibattito europeo sul diabete.
- L'Italia, attraverso l'Intergruppo parlamentare Obesità, Diabete e Malattie Croniche non trasmissibili, ha portato in Europa l'esperienza maturata con le recenti leggi nazionali (screening per diabete tipo 1 e celiachia, legge sull'obesità).
- L'adesione italiana rafforza il coordinamento con l'ISS e con le istituzioni sanitarie europee già coinvolte in programmi come JACARDI.

Le tappe

2023: lancio ufficiale dell'EUDF Pledge in vista delle elezioni europee.

2024: adesione di numerosi parlamentari italiani ed europei, con la creazione di un network parlamentare trasversale.

2025: inserimento del diabete tra i temi centrali della nuova legislatura europea, con iniziative dedicate in seno alle commissioni parlamentari.

Risultati attesi

- Maggiore attenzione politica e istituzionale sul diabete a livello UE.
- Creazione di una rete di parlamentari europei impegnati a sostenere azioni legislative e finanziarie concrete.
- Riconoscimento del diabete come modello paradigmatico per le politiche sulle malattie croniche non trasmissibili.

Prospettive

Il Pledge dell'EUDF si propone di trasformare un impegno politico in azioni concrete a livello legislativo e programmatico europeo. Grazie all'adesione trasversale di parlamentari italiani ed europei, potrà contribuire a una strategia comune, capace di ridurre il peso del diabete e di rendere l'Europa leader mondiale nella prevenzione e gestione delle malattie croniche.

TAVOLI TEMATICI DI EUDF ITALIA

I Tavoli Tematici di EUDF Italia sono gruppi di lavoro strategici che riuniscono esperti, società scientifiche, istituzioni, associazioni di pazienti e stakeholder per affrontare in modo multidimensionale le sfide legate al diabete e all'obesità. Ogni tavolo elabora documenti di indirizzo e proposte operative finalizzate a influenzare le politiche sanitarie, migliorare la qualità delle cure e rafforzare l'equità di accesso ai servizi.

Obiettivi

- Definire strategie condivise su aree prioritarie per la prevenzione e la gestione del diabete.
- Promuovere un linguaggio comune e non stigmatizzante, in linea con le evidenze scientifiche.
- Sostenere la creazione di modelli innovativi di cura e governance sanitaria.
- Allineare le politiche nazionali italiane agli indirizzi europei e alle azioni del forum EUDF.

I sette tavoli tematici

- Obesity & Lifestyle Strategies – promozione della tassonomia EASO e strategie di prevenzione integrate.
- Data & Register – sviluppo di registri clinici ed epidemiologici basati su real world data.
- Self-care, Technology & Digitalization – modelli di Ospedale Virtuale e presa in carico digitale.
- Disease Modifying Therapies (DMTs) – terapie innovative per modificare la storia naturale del diabete tipo 2.
- Type 1 Diabetes – implementazione della Legge 130/2023 e supporto psicologico ai neodiagnosticati.
- Diabetes & Ageing – gestione integrata diabete-neurodegenerazione nella popolazione anziana.

-
- Integrated Care – modelli di prossimità per le aree interne e territori fragili.

Il ruolo dell'Italia

- L'Italia, attraverso EUDF Italia, ha un ruolo di leadership europea nella definizione di modelli innovativi di cura e prevenzione.
- I tavoli tematici sono coordinati da esperti di primo piano e hanno prodotto documenti riconosciuti come buone pratiche a livello internazionale.
- Forte sinergia con ISS, Ministero della Salute, PNRR e DM 77/2022, per integrare le proposte nei percorsi istituzionali.

Risultati attesi

- Standardizzazione delle pratiche cliniche e dei linguaggi.
- Maggiore equità territoriale nell'accesso a cure e tecnologie.
- Innovazione organizzativa e digitale nei percorsi di cura.
- Riduzione del burden of disease legato a diabete e obesità, con benefici per cittadini e sostenibilità del SSN.

Prospettive

I Tavoli Tematici rappresentano una piattaforma permanente di confronto e proposta. Nei prossimi anni saranno strumenti cruciali per:

- Monitorare l'applicazione delle nuove leggi (screening, obesità).
- Integrare le esperienze italiane nei programmi europei come JACARDI ed EUDF Pledge.
- Favorire un modello sanitario sempre più centrato sulla persona, digitale ed equo.

EXECUTIVE SUMMARY

STATI GENERALI SUL DIABETE 2025

STATI GENERALI
SUL DIABETE
2025

OSPITI

Verso una
strategia nazionale
equa, innovativa
e integrata
nella cura e
prevenzione
del diabete

INTRODUZIONE DELLA
PRESIDENTE FeSDI E DELLA SID
PROF.SSA RAFFAELLA BUZZETTI





“Prevenzione ruolo cruciale”

La seconda edizione degli Stati Generali sul Diabete ha rappresentato un momento fondamentale per la diabetologia italiana. Un’opportunità unica per ascoltare, dialogare, proporre. Come Federazione delle Società Diabetologiche Italiane (FeSDI) abbiamo costruito una piattaforma partecipativa, aperta e autorevole, nella quale si sono incontrate le voci delle istituzioni, della scienza, dei professionisti sanitari, delle società scientifiche, delle associazioni pazienti e dei cittadini.

Abbiamo raccolto dati, esperienze, idee e urgenze. Ne è nato un documento unitario, che rappresenta oggi una base condivisa per ridisegnare, con concretezza e visione, l’assistenza diabetologica del futuro. Questo Executive Summary è lo specchio di un impegno corale, per una medicina più giusta, più vicina, più efficace. L’obiettivo è rafforzare un sistema di cura capace di rispondere in modo tempestivo e personalizzato alle sfide della multi-cronicità, riconoscendo nel diabetologo una figura centrale nella gestione integrata della salute.

Il nostro approccio è stato guidato dalla consapevolezza che solo attraverso un’alleanza concreta tra istituzioni, società scientifiche e cittadini sarà possibile affrontare l’emergenza crescente del diabete in Italia. È necessario trasformare la cura da episodica a continua, da frammentata a integrata, da burocratica a centrata sui bisogni di salute del paziente. La diabetologia è pronta a guidare questa transizione, grazie alla sua esperienza, alla forza dei team multidisciplinari e all’impegno costante nella formazione, nella ricerca e nella prossimità.

Questo documento raccoglie il frutto del confronto, delle proposte operative e delle visioni condivise emerse durante gli Stati Generali:

non solo un’analisi, ma un’agenda concreta per l’innovazione, l’equità e la sostenibilità dell’assistenza diabetologica.

MESSAGGIO DEL MINISTRO DELLA SALUTE – PROF. ORAZIO SCHILLACI

“Desidero rivolgere il mio saluto ai promotori di questa importante giornata e a tutti i partecipanti.

Gli Stati Generali sul Diabete rappresentano un’occasione importante di confronto tra istituzioni, parti sociali, società scientifiche, associazioni ed esperti per rafforzare la strategia di prevenzione e cura di questa patologia.

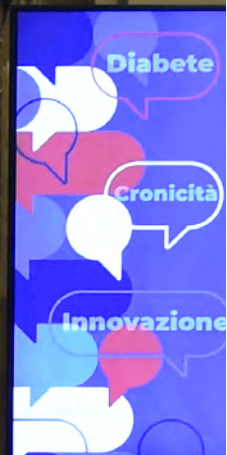
Il diabete è una delle principali sfide sanitarie globali e per fronteggiarla è fondamentale consolidare sempre di più un approccio integrato, basato su prevenzione, diagnosi precoce, equità nelle cure e innovazione tecnologica.

La prevenzione gioca un ruolo cruciale: la promozione di stili di vita sani, il contrasto ai fattori di rischio – come obesità e sedentarietà – e l’accesso tempestivo alla diagnosi sono strumenti essenziali per ridurre l’incidenza della malattia e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

A questo si affiancano gli investimenti nell’assistenza territoriale e in telemedicina, che contribuiranno a rendere le cure più accessibili ed efficaci. Ricordo inoltre l’approvazione della legge sullo screening del diabete di tipo 1 nella popolazione pediatrica, che ci pone all’avanguardia nella tutela della salute a partire dai più piccoli.

È un impegno che prosegue, con il contributo di tutti gli attori coinvolti. Lavorando insieme possiamo garantire un sistema di assistenza più efficiente, accessibile e sostenibile.”

VICTORI EMMANVELI III ITALIAE REGI
OB. PROVIDISSIMVM. CONSILIVM. MAGNO. ANIMO. SVSCEPTVM
REI. AGRARIAE. MVTV. CIVILIVM. NATIONVM. OPERA. CONLATA
VBIQVE. TERRARVM. CVRANDAE. PROVEHENDAE
ET. EXIMIAM. EIVS. IN. ID. INSTITVTVM. MVNIFICENTIAM
VNIVERSVS. LEGATORVM. COETVS. TANTI. BENEFICII. MEMOR
OBSEQVII. ET. GRATI. ANIMI. TESTIMONIVM
PONENDVM. DECREVIT. A. D. III. KAL. DECEMBRES. ANN. MCMVIII



Quadro tematico delle quattro aree degli Stati Generali 2025

Le quattro aree tematiche degli Stati Generali sul Diabete 2025 hanno affrontato, con approccio complementare e trasversale, le principali dimensioni su cui si gioca il futuro della presa in carico della persona con diabete:

- il **territorio** e l'organizzazione dell'assistenza sanitaria,
- la **prevenzione precoce**, con particolare attenzione al diabete tipo 1 in età pediatrica,
- la **gestione integrata delle comorbidità e della multi-cronicità**,
- l'**innovazione tecnologica e digitale**, l'abbattimento della burocrazia, e l'introduzione delle terapie digitali.

Ognuna di queste aree rappresenta un tassello fondamentale per costruire un sistema sanitario realmente centrato sulla persona, integrato nei suoi percorsi, orientato agli esiti e capace di garantire equità, sostenibilità e prossimità.

Il territorio e la prossimità: il diabete come cartina di tornasole della riforma sanitaria

La piena implementazione del DM77/2022 e delle riforme territoriali rappresenta la base per ridefinire in profondità la presa in carico del paziente con diabete. Il modello di medicina di prossimità delineato nel nuovo assetto del SSN richiede un'integrazione strutturale tra figure professionali, servizi sanitari e contesto comunitario, con il diabetologo che deve essere parte integrante dei team territoriali multidisciplinari. Il modello deve includere anche servizi diagnostici fondamentali come l'oculistica e l'ecocolordoppler, essenziali per l'identificazione precoce delle complicanze microvascolari e macrovascolari del diabete. Tali prestazioni dovrebbero essere rese disponibili in modo programmato e sistematico all'interno dei percorsi di follow-up, evitando ritardi e disomogeneità territoriali.

Le Case della Comunità non devono essere semplici contenitori, ma presidi dinamici dove la diabetologia operativa possa agire sinergicamente con medicina generale, altri specialisti, assistenza infermieristica, consultori, servizi sociali e professionisti della prevenzione. Questi presidi devono essere dotati non solo di spazi e strumentazione adeguata, ma anche di

assetto organizzativi che favoriscano la gestione proattiva della cronicità, con una programmazione stabile delle visite diabetologiche, il monitoraggio continuo dei pazienti e l'integrazione dei dati clinici in tempo reale.

Una particolare attenzione deve essere rivolta alle aree interne, montane e insulari, dove la presenza dello specialista è spesso discontinua. Qui l'innovazione organizzativa deve accompagnarsi alla flessibilità dei modelli assistenziali, introducendo strumenti come le équipe mobili diabetologiche, le tecnologie di telemedicina, i percorsi di presa in carico domiciliare, e la cooperazione attiva con i presidi della medicina generale e della farmacia dei servizi.

Il diabete può e deve rappresentare un indicatore della maturità e dell'equità dei modelli di medicina territoriale. Dove la rete diabetologica è integrata, efficace e accessibile, tutto il sistema sanitario funziona meglio. Al contrario, una carente presa in carico della persona con diabete segnala criticità sistemiche, disegualianze e frammentazioni che investono anche le altre cronicità.

Azioni prioritarie:

- Includere la visita diabetologica tra i LEA con tariffa dedicata
- Assicurare team diabetologici nelle Case della Comunità e negli Ospedali di Comunità
- Estendere l'assistenza specialistica alle aree interne e fragili con modelli digitali e mobili
- Integrare percorsi di prevenzione e di presa in carico precoce nei PRP regionali

Diabete Tipo 1 e legge 130/2023: la prevenzione come diritto garantito

Il diabete di tipo 1, con incidenza in crescita tra bambini e adolescenti, rappresenta una sfida crescente per il sistema sanitario nazionale. L'introduzione della Legge 130/2023, che istituisce su scala nazionale programmi di screening genetico e immunologico per l'individuazione precoce del DT1, costituisce un risultato normativo di grande rilievo, ma la sua attuazione necessita di un coordinamento centrale, risorse adeguate e una rete territoriale preparata ad accogliere e seguire precocemente i soggetti a rischio o neo-diagnosticati.

Il percorso di diagnosi precoce deve essere af-



fiancato da un modello di presa in carico che coinvolga in modo integrato pediatri, diabetologi pediatrici, psicologi, infermieri specializzati, dietisti e personale scolastico, per garantire un approccio globale alla salute e alla qualità della vita del bambino. Inoltre, la transizione dalla diabetologia pediatrica all'assistenza per l'adulto rimane una delle fasi più critiche, con un rischio elevato di perdita di aderenza e complicanze a lungo termine: occorre prevedere protocolli dedicati, continuità di relazione, coinvolgimento attivo della famiglia e dei servizi territoriali.

Accanto alla dimensione sanitaria, emerge l'esigenza di estendere il sostegno e i diritti della persona con diabete tipo 1 anche al contesto scolastico e formativo, promuovendo inclusione, tutela della privacy, accesso facilitato agli strumenti terapeutici e programmi educativi mirati. Il diabete tipo 1 non può essere trattato solo come una condizione clinica: è una condizione di vita che impatta sul benessere psicologico, sociale, relazionale del minore e della sua famiglia.

Azioni prioritarie:

- Avviare su scala nazionale il programma di screening per il DT1
- Riconoscere i centri pediatrici specializzati come hub di riferimento regionale
- Strutturare percorsi di transizione tra assistenza pediatrica e dell'adulto
- Estendere i benefici della legge anche al contesto scolastico, formativo e sociale

Multi-cronicità e reti integrate: il diabetologo come manager della salute

La gestione efficace delle comorbidità nel paziente diabetico rappresenta una delle principali sfide organizzative per la sanità pubblica. La presenza simultanea di patologie cardiovascolari, renali, metaboliche, oculari, neurolo-

giche, polmonari e osteoarticolari richiede un modello di cura integrato, in grado di superare l'approccio per compartimenti e garantire una presa in carico continua e personalizzata.

In questo contesto, il diabetologo assume il ruolo di manager clinico della salute della persona, coordinando gli interventi sanitari e socio-sanitari e fungendo da punto di riferimento stabile all'interno di un sistema multi-attore. Le reti clinico-assistenziali devono essere formalizzate e rese operative attraverso la costruzione di Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) condivisi, non settoriali, costantemente aggiornati e supportati da strumenti digitali interoperabili.

È indispensabile potenziare i team multidisciplinari attraverso una chiara definizione dei ruoli professionali e un adeguato finanziamento delle prestazioni integrate, così da garantire interventi coordinati tra diabetologi, MMG, nefrologi, cardiologi, oculisti, neurologi, pneumologi, podologi, dietisti, infermieri specializzati e psicologi. Allo stesso tempo, è necessario valorizzare il lavoro di rete tra i servizi sanitari e i servizi sociali territoriali, per assicurare la presa in carico delle dimensioni psicosociali della cronicità.

L'integrazione tra i diversi livelli di assistenza (ospedale-territorio) deve essere assicurata da piattaforme digitali che permettano la condivisione delle informazioni cliniche, l'aggiornamento in tempo reale delle terapie e la programmazione condivisa degli interventi. Il diabete, per la sua complessità e trasversalità, rappresenta un ideale modello di riferimento per la costruzione di una sanità fondata sulla continuità, sull'interdisciplinarietà e sulla personalizzazione delle cure.

Azioni prioritarie:

- Creare PDTA della multi-cronicità condivisi e aggiornati a livello regionale e nazionale



- Integrare MMG, specialisti e servizi socio-sanitari attraverso cartelle digitali interoperabili
- Valorizzare l'attività dei team multidisciplinari (infermieri, dietisti, psicologi, podologi)
- Inserire il diabete come modello di riferimento nella strategia per la cronicità

Innovazione, digitalizzazione e terapie digitali: costruire l'accesso universale

Il disegno di legge sulle terapie digitali (PdL 1208), attualmente in discussione in Parlamento, prevede l'istituzione di un Registro Nazionale delle Terapie Digitali Rimborsabili, un fondo triennale da 150 milioni di euro per ricerca e diffusione delle DTx, e percorsi formativi per gli operatori sanitari. È essenziale che queste misure siano implementate rapidamente e coordinate con la programmazione sanitaria nazionale e regionale con il pieno coinvolgimento delle società scientifiche.

Allo stesso tempo, la revisione della Nota 100 – attualmente percepita come un ostacolo burocratico all'accesso tempestivo alle terapie più efficaci – deve avvenire con criteri clinici aggiornati, allineati alle linee guida internazionali e centrati sugli obiettivi terapeutici del paziente.

Infine, occorre investire nell'alfabetizzazione digitale della popolazione e nella formazione continua del personale sanitario, per garantire l'uso appropriato e consapevole delle tecnologie e delle terapie digitali.

Azioni prioritarie:

- Riformare la Nota 100 eliminando vincoli burocratici e obsoleti
- Riconoscere le terapie digitali nei LEA e

istituire un registro nazionale delle DTx

- Destinare fondi alla diffusione e formazione sulle DTx, come da PdL 1208 in corso
- Promuovere l'alfabetizzazione digitale per pazienti e operatori sanitari

Proposte operative trasversali

Le proposte operative trasversali emerse dagli Stati Generali rappresentano l'ossatura strategica di una nuova governance diabetologica nazionale. Si tratta di azioni prioritarie che, per la loro trasversalità, impattano sull'intero sistema di cura e prevenzione, e che devono essere recepite nei piani nazionali e regionali per la cronicità, nella programmazione sanitaria e nella legislazione di settore.

- **Istituire un sistema nazionale di raccolta dati clinici ed epidemiologici sul diabete**, interoperabile con le piattaforme regionali, in grado di supportare il monitoraggio degli esiti di salute, la programmazione dei servizi, l'analisi dei costi e la valutazione delle politiche pubbliche basate su evidenze reali (real-world data)
- **Promuovere campagne permanenti di prevenzione, educazione alimentare e attività fisica**, con il coinvolgimento attivo delle scuole, dei comuni, delle farmacie dei servizi, delle associazioni civiche e sportive e della rete degli ambulatori territoriali
- **Inserire l'attività fisica come terapia prescrivibile**, con accesso facilitato a strutture convenzionate e possibilità di detrazione fiscale per le spese sostenute, integrando l'esercizio fisico nei PDTA diabetologici
- **Aumentare i fondi per la ricerca clinica, epidemiologica, digitale e organizza-**



STATI GENERALI DIABETE

...visa per costruire
...nazionale su una
...impatto sociale,
...politico-sanitario:
2025-2030

Marzo
19

STATI GENERALI
SUL DIABETE
2025
FACULTY



tiva sul diabete, promuovendo progetti multidisciplinari e multi-istituzionali, reti clinico-scientifiche e partnership pubblico-private

- **Valorizzare la partecipazione delle società scientifiche e delle associazioni pazienti nei processi decisionali**, sia a livello centrale che periferico, attraverso tavoli permanenti, consultazioni periodiche e strumenti di co-programmazione
- **Rafforzare il ruolo dell'Italia in Europa**, anche attraverso la leadership scientifica e operativa nel progetto JACARDI, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, che rappresenta una piattaforma strategica per armonizzare le politiche europee sulla prevenzione e la gestione integrata delle patologie croniche non trasmissibili

Gli Stati Generali hanno evidenziato la necessità di una cabina di regia istituzionale che accompagni le trasformazioni in atto e garantisca coerenza tra normative, percorsi regionali e innovazioni.

È emersa la volontà condivisa di elaborare un nuovo "Patto di Legislatura per il Diabete", aggiornato rispetto alla versione 2022, che recepisca i contenuti emersi nelle sessioni degli Stati Generali 2025 e che possa orientare le politiche pubbliche sanitarie, regionali e nazionali, nei prossimi cinque anni.

UNA ROADMAP PER IL FUTURO: VERSO UNA GOVERNANCE DIABETOLOGICA NAZIONALE INTEGRATA

- Istituzione di un **tavolo interministeriale permanente sul diabete**, con rappresentanza di Ministero della Salute, MEF, Regioni, società scientifiche e associazioni di pazienti
- Inserimento della **visita diabetologica tra le prestazioni LEA da monitorare** con indicatori di performance
- Attivazione di un **sistema nazionale di raccolta dati e outcome del diabete**, interoperabile con le piattaforme regionali
- Valorizzazione delle **buone pratiche regionali**, da rendere replicabili tramite un database nazionale di modelli innovativi

Commento conclusivo del Presidente AMD – Prof. Riccardo Candido

Gli Stati Generali sul Diabete 2025 hanno rappresentato non solo un momento di confronto, ma un'opportunità concreta per definire una visione condivisa della diabetologia del futuro. Hanno dimostrato che la comunità diabetologica italiana è matura, responsabile e pronta ad assumere un ruolo guida nella transizione del sistema sanitario verso modelli più vicini alle persone, più sostenibili e più orientati agli esiti.

La presa in cura della persona con diabete non può più essere limitata alla singola prestazione o all'atto medico isolato: deve diventare un processo continuo, multidisciplinare, personalizzato, incentrato sugli obiettivi clinici e di vita. Il diabetologo, grazie alla sua esperienza nell'integrazione delle cure, nella gestione delle tecnologie e nel lavoro d'équipe, rappresenta oggi una figura strategica per il rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Il nostro impegno è quello di costruire un nuovo patto tra medicina, cittadinanza e istituzioni: un'alleanza fondata sulla partecipazione attiva, sull'innovazione responsabile e sulla tutela della dignità di ogni persona con diabete. Vogliamo una sanità che non si limiti a curare, ma che accompagni, ascolti, prevenga, protegga. Una sanità in cui nessuno venga lasciato indietro, e dove il diabete diventi paradigma di una medicina moderna, giusta e vicina.

Documento a cura di FeSDI – Federazione delle Società Diabetologiche Italiane (SID e AMD) – aprile 2025

Dichiarazione congiunta dei rappresentanti delle Società Scientifiche e delle Associazioni Pazienti partecipanti agli Stati Generali sul Diabete 2025

Gli Stati Generali sono stati uno spazio aperto di dialogo, accessibile a tutti i portatori di interessi collettivi sociali, economici, politici e sanitari sul diabete, che ha riunito tutte le parti sociali, le società scientifiche, le associazioni di categoria e gli esperti, per trovare una strategia comune per portare il diabete al vertice dell'agenda politica del nostro Paese.

Nel 2022 all'inizio della XIX Legislatura è stato

siglato un "PATTO DI LEGISLATURA SUL DIABETE", evidenziando come il diabete sia una delle più diffuse malattie croniche non trasmissibili e rappresenti una patologia complessa, che, per il suo forte impatto socioeconomico-sanitario, necessita di una forte attenzione istituzionale. In Italia le persone con diabete sono circa 4 milioni, e si stima che un ulteriore milione sia affetto dalla malattia senza che essa sia mai stata diagnosticata.

Se non diagnosticato, diagnosticato tardivamente o non trattato appropriatamente il diabete può causare complicanze severe, che coinvolgono diversi organi e apparati, incidendo negativamente sul benessere della persona, condizionandone pesantemente la qualità e la durata di vita e gravando in termini di costi sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.

Il "PATTO DI LEGISLATURA SUL DIABETE", presentato nel 2022, impegnava il Governo, il Parlamento e tutte le Forze Politiche a far sì che questa patologia trovi un posto rilevante nell'agenda politica, governativa e parlamentare di questa legislatura.

Da questo impegno comune nascono gli STATI GENERALI SUL DIABETE 2025, organizzati presso il CNEL il 19 Marzo, iniziativa che ha coinvolto, trentacinque presidenti, o loro delegati, delle società scientifiche dell'area diabetologica e delle associazioni delle persone con diabete, le componenti sociali, gli esperti e che ha portato alla stesura di questo documento che sarà consegnato al Ministro della Salute e ai rappresentanti delle Istituzioni.

Il documento include spunti programmatici in tema di prevenzione, diagnosi precoce, monitoraggio, cura e organizzazione dell'assistenza erogata alle persone con diabete in Italia, ribadendo il ruolo chiave delle strutture diabetologiche, che tanto bene hanno operato e stanno operando in Italia. Inoltre, esso sottolinea l'irrinunciabilità dell'accesso all'innovazione tecnologica, diagnostica, terapeutica, nella cura e nel monitoraggio, e la necessità di liberare risorse per garantire la piena accessibilità equa sul tutto il territorio nazionale.

Il diabete è responsabile di una spesa diretta di 14 miliardi annui e rappresenta una delle principali cause di complicanze cardiovascolari, renali, oculari e agli arti inferiori.

Nel contesto del DM77 e delle riforme del ter-

ritorio, il diabete diventa **indicatore chiave della capacità del SSN di gestire la cronicità e la prossimità, ponendo il diabetologo come figura cardine della medicina di iniziativa** della presa in carico multidimensionale e nella prevenzione cardiovascolare.

La **diabetologia italiana**, grazie alla presenza di team multidisciplinari, rappresenta un modello di **health management centrato sulla persona che va tutelato e valorizzato**. Questo approccio, che va rafforzato e replicato su tutto il territorio nazionale, serve a garantire standard clinico-assistenziali di qualità ed esiti clinici in grado di ritardare la comparsa delle complicanze.

In tal senso bisogna sburocratizzare l'assistenza diabetologica eliminando inutili cavilli prescrittivi assistenziali. **La Nota 100**, nata per ampliare l'accesso ai farmaci antidiabetici, si è trasformata in un ostacolo burocratico. **La sua semplificazione è urgente, così come il passaggio a un sistema di prescrizione fondato su obiettivi clinici personalizzati, basato su indicatori di appropriatezza e responsabilità professionale, che valorizzi il ruolo dello specialista e metta al centro i bisogni reali della persona con diabete.**

Il coinvolgimento di **35 società scientifiche e associazioni pazienti** ha evidenziato la forza di una governance partecipata. Le organizzazioni civiche e scientifiche sono **co-protagoniste** nell'elaborazione delle politiche, nella valutazione delle prestazioni e nella programmazione territoriale.

Con il **coordinamento del progetto europeo JACARDI**, da parte dell'ISS, e la legge 133 del 2023, l'Italia assume un ruolo guida a livello internazionale nello sviluppo di strategie integrate per il diabete e le malattie cardiovascolari e nello screening sul diabete tipo 1. Questo posizionamento rafforza la necessità di **armonizzare i modelli italiani ai framework europei**, promuovendo la diffusione delle buone pratiche nazionali.

Siamo consapevoli però che la mancanza di un sistema dati nazionale di raccolta dati clinici ed epidemiologici, superando i vincoli dettati dal garante della privacy impedisce una corretta valutazione dell'assistenza. È prioritario istituire una **piattaforma interoperabile nazionale** per i dati clinici sul diabete, integrata con le reti regionali e con indicatori di esito e

qualità della vita.

Sappiamo che il diabete tipo 2 è **largamente prevenibile**. Per questo la promozione di corretti stili di vita deve diventare parte integrante dei percorsi sanitari, scolastici e urbani.

L'accesso a **tecnologie avanzate**, come sensori, microinfusori e CGM, è ancora disomogeneo. A questo si affianca la nuova frontiera delle **terapie digitali (DTx)**: software terapeutici clinicamente validati, integrabili nei percorsi di cura e rimborsabili dal SSN che vedono nel diabete una possibile fonte di utilizzo.

Il diabete richiede **investimenti stabili nella ricerca clinica, digitale ed epidemiologica**. Serve rafforzare la formazione specialistica, colmare i vuoti nelle aree fragili e sostenere le reti di ricerca interdisciplinare.

Conclusioni e impegni per la legislatura 2025–2030

Gli Stati Generali hanno lanciato le basi per un nuovo Patto di Legislatura per il Diabete, aggiornato al 2025. Il diabete non è solo una malattia, ma una sfida sistemica: sanitaria, sociale ed economica. Affrontarla significa:

- Valorizzare **la centralità della persona con diabete e del team diabetologico**
- Garantire **equità** e accesso universale alle cure
- Puntare su **innovazione, prevenzione e prossimità**
- Superare la frammentazione, unendo i diversi livelli di governo e i saperi del Paese

“Il diabete è la sfida che unisce tutti. Non possiamo più permetterci un sistema che rallenta davanti all'innovazione o che lascia indietro chi ha più bisogno. Dalla prossimità alla digitalizzazione, dalla ricerca alla prevenzione, abbiamo oggi gli strumenti per cambiare davvero.”

A nome delle Associazioni, società scientifiche, associazioni pazineti, Fondazioni, Federazioni, Comitati scientifici partecipanti agli Stati Generali sul diabete 2025





00:05:00

UNIVERSITÀ
CONSIGLIO
100
100

VICTORI EMMANVELI III. ITALIAE REGI
DE PROVIDISSIMVM. CONSILIVM. MAGNO ANIMO. SVSCEPTVM
REI AGRARIAE. MVTV. CIVILIVM. NATIONVM. OPERA. CONLATA
VBIQVE. TERRARVM. CVRANDAE. PROVEHENDAE
ET. EXIMIAM. EIVS. IN. ID. INSTITVTVM. MVNIFICENTIAM
VNIVERSVS. LEGATORVM. COETVS. TANTI. BENEFICII. MEMOR
OBSEQVII. ET. GRATI. ANIMI. TESTIMONIVM
PONENDVM. DECREVIT. A. D. III. KAL. DECEMBRES. ANN. MCMVIII

PAOLO
DI BERARDINO

ALESSANDRO
NAVAZIO

FRANCESCO
ATA

RAFFAEL
FIORNTINO

I FIRMATARI

Federazione delle Società di Diabetologiche Italiane - FeSDI

Intergruppo Parlamentare Obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili

Associazione Italiana di dietetica e nutrizione clinica - ADI

Associazione Medici Diabetologi - AMD

Associazione Medici Endocrinologi - AME

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO

Diabete Italia

European Diabetes Forum Italia - EUDF Italia

Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti Medicina Interna - FADOI

Associazione Italiana Diabetici - FAND

Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere – FIASO

Federazione Italiana Medici Di Medicina Generale - FIMMG

Federazione Italiana Medici Pediatri - FIMP

Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche - FISM

FEDERFARMA

FEDERSANITA'

Italian Barometer Diabetes Observatory - IBDO

Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani - OSDI

Società Italiana di Diabetologia - SID

Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica - SIEDP

Società Italiana di Endocrinologia - SIE

Società Italiana di Medicina Generale - SIMG

Società Italiana di Medicina Interna - SIMI

Società Italiana Nefrologia - SIN

Società Italiana di Pediatria - SIP

Società Italiana Obesità - SIO

Società Italiana di Scienze Oftalmologiche – S.I.S.O.

I dati del diabete



Il Diabete in Italia

Alessandra Burgio, Lidia Gargiulo, Laura Iannucci, Roberta Crialesi
Istat

Il numero di persone colpite dal diabete nel mondo ammonta a circa 537 milioni e sta aumentando rapidamente con tendenze allarmanti nei bambini e nei giovani adulti (fino ai 40 anni)¹. Secondo gli esperti, la diagnosi precoce e la gestione proattiva sono fondamentali per prevenire e ridurre le complicanze microvascolari e macrovascolari, oltre che per diminuire il rischio di mortalità. Inoltre, l'accesso alle terapie innovative e l'impiego della medicina di precisione promettono ulteriori miglioramenti nella cura rispetto al solo controllo glicemico.

In Italia si stima che le persone affette da diabete siano circa 3,7 milioni (dato 2023), pari al 6,3% dell'intera popolazione e al 7,7% della popolazione adulta (18 anni e più). La distribuzione di questa patologia è, come noto, fortemente crescente per età: la prevalenza è molto contenuta tra le persone fino ai 44 anni (1,0%), triplica tra i 45-54enni (3,1%), raggiunge le due cifre dopo i 60 anni (nei 65-74enni il tasso è pari al 15,5%), mentre il valore modale si attesta tra gli over85 a 20,7% (Prospetto 1). Tale struttura per età è legata soprattutto al tipo di diabete più diffuso: diabete mellito di tipo 2, che rappresenta oltre il 90% dei casi ed è noto anche come "il diabete degli adulti".

La stima riportata deriva da indagini di popolazione, in cui un ampio campione rappresentativo dell'intera popolazione riferisce di essere affetto da questa patologia. Ciò determina un rischio di lieve sottostima, dovuta al fatto che una parte della popolazione non ha consapevolezza di avere il diabete e quindi non lo riporta tra le patologie autoriferite, come già noto in letteratura².

Rispetto all'inizio del 2000, la diffusione del diabete è aumentata e non solo per l'invecchiamento della popolazione. Come già osservato nelle altre edizioni del report, mentre le prevalenze grezze mostrano incrementi di oltre il 60% (dal 3,9% del 2003 al 6,3% del 2023) nell'intera popolazione, al netto del fattore invecchiamento l'incremento si dimezza (+27%) ma non si annulla: infatti anche

Prospetto 1. Persone che dichiarano di essere affette da diabete per genere e classe di età. Anni 2003 e 2023. Tassi per 100 persone, composizioni percentuali e valori assoluti

CLASSI DI ETÀ	2003			2023		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
TASSI PER 100 PERSONE						
Fino a 44	0,4	0,3	0,4	1,1	0,9	1,0
45-54	2,8	1,6	2,2	3,8	2,4	3,1
55-64	7,1	6,8	6,9	8,5	5,7	7,1
65-74	12,2	12,2	12,2	19,0	12,2	15,5
75-84	14,5	17,8	16,5	21,5	18,4	19,7
85 e oltre	14,4	18,6	17,4	24,1	18,7	17,8
Totale	13,1	14,9	14,2	20,5	15,6	17,8
Totale standardizzato (a)	3,5	4,3	3,9	6,9	5,7	6,3
Totale standardizzato (a)	4,1	4,2	4,2	6,2	4,4	5,3
COMPOSIZIONI PERCENTUALI						
Fino a 44	7,0	3,8	5,2	7,6	6,4	7,0
45-54	10,9	5,0	7,6	8,9	6,4	7,7
55-64	24,4	18,8	21,3	18,8	15,4	17,2
65-74	33,0	31,4	32,1	32,3	25,8	29,2
75-84	20,8	30,7	26,4	23,2	31,0	26,8
85 e oltre	4,0	10,2	7,5	9,3	15,0	11,9
Totale	57,7	72,4	66,0	64,7	71,8	68,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
VALORI ASSOLUTI (IN MIGLIAIA)						
Fino a 44	90	88	116	149	109	258
45-54	106	63	169	175	109	284
55-64	238	237	476	370	261	631
65-74	322	396	718	634	438	1.072
75-84	203	387	589	456	528	984
85 e oltre	39	123	168	183	255	438
Totale	564	912	1.475	1.272	1.222	2.494
Totale	976	1.259	2.236	1.966	1.702	3.668

Fonte: Istat, Indagine sugli Aspetti della vita quotidiana

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

i tassi standardizzati per età incrementano dal 4,2% al 5,3%.

Il prospetto 1 evidenzia che più recentemente le differenze di genere vedono penalizzati gli uomini, con una prevalenza complessiva di 6,9% contro 5,7% nel 2023: i tassi grezzi di diabete sono sempre più elevati rispetto alle donne in tutte le fasce di età a partire dai 45 anni, con un gap di circa 7 punti percentuali a 65-74 anni (19,0% tra gli uomini contro 12,2% tra le donne). In passato, al contrario, la malattia diabetica risultava maggiormente diffusa tra le donne anziane rispetto ai loro coetanei: nel 2003 il tasso di diabete degli over65 era pari

¹ Ehtasham Ahmad, Soo Lim, Roberta Lamptey, David R Webb, Melanie J Davies, Type 2 diabetes, The Lancet, Volume 400, Issue 10365, 2022, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01655-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01655-5).

² Tra i vari studi su questo tema il seguente attesta che la sottostima può anche raggiungere il 20%: Hanna Tolonen et al. for the European Health Examination Survey Pilot Project. Under-estimation of obesity, hypertension and high cholesterol by self-reported data: comparison of self-reported information and objective measures from health examination survey. European Journal of Public Health, Volume 24, Issue 6, 1 December 2014, Pages 941-948, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku074>, June 2014 <https://academic.oup.com/eurpub/article/24/6/941/609852>.

a 13,1% tra gli uomini e 14,9% tra le donne e a distanza di 20 anni si attesta a 20,5% per i primi e 15,6% tra le seconde. I fattori che possono aver contribuito ai maggiori incrementi nella diffusione del diabete tra gli uomini possono risiedere, da un lato, negli incrementi di obesità e sovrappeso nel genere maschile rispetto a quelli delle donne³, nonché nei maggiori guadagni di longevità, che negli ultimi 20 anni hanno interessato in misura maggiore gli uomini: in particolare la speranza di vita alla nascita è aumentata di 3,8 anni per gli uomini e 2,3 anni per le donne.

L'impatto delle disuguaglianze sociali nella diffusione del diabete nel tempo

Il diabete spesso è definito come una "patologia sociale" per la maggiore diffusione tra le persone con status socio-economico più svantaggiato. Utilizzando il titolo di studio come variabile *proxy* dello status socio-economico della popolazione, si rileva che le disuguaglianze sociali del diabete si manifestano in misura maggiore a 45-64 anni. In questo segmento di popolazione, infatti, nel 2023 la prevalenza della malattia per le persone con basso titolo di studio (al massimo scuola dell'obbligo) si attesta al 7,4%, mentre il valore si dimezza (3,6%) per quelle della stessa età con almeno il diploma (Figura 1). Tale divario sociale si osserva per entrambi i generi, infatti passando dai meno istruiti ai più istruiti le preva-

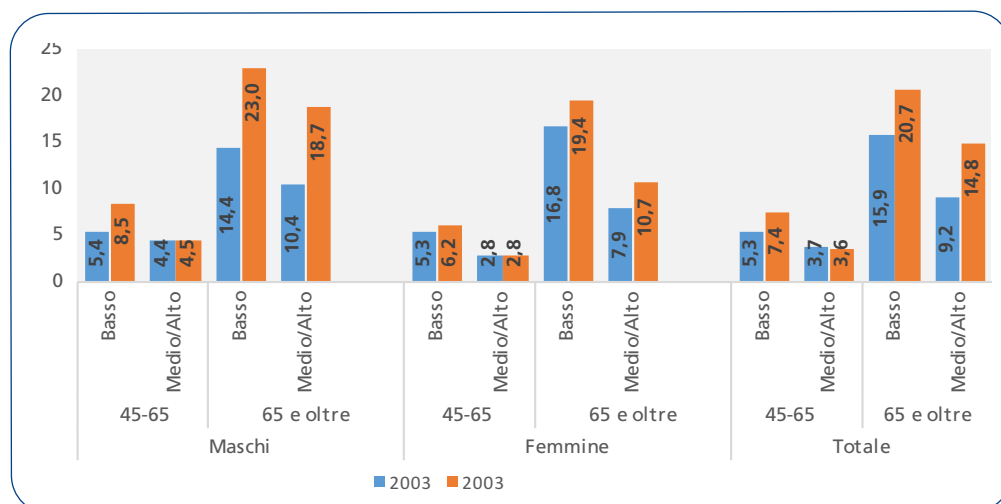
lenze si dimezzano sia per gli uomini (8,5% se titolo basso, 4,5% se titolo medio-alto) sia per le donne (6,2% se titolo basso e 2,8% se titolo medio-alto).

Tra gli anziani le disuguaglianze sociali sono più contenute rispetto agli adulti: è affetto da diabete il 20,7% delle persone con basso titolo di studio a fronte del 14,8% dei più istruiti. Tra gli over 65, le disuguaglianze sociali sono nettamente più ampie per le donne: il gap è di quasi +9 pp (19,4% se titolo basso e 10,7% e titolo medio-alto) a fronte di circa +4 pp per gli uomini (23,0% se titolo basso e 18,7% se titolo è medio-alto).

Rispetto a 20 anni fa le disuguaglianze sociali aumentano nella popolazione di 45-64 anni dove il diabete cresce di +2 pp tra chi ha un basso titolo di studio (da 5,3% a 7,4%) mentre rimane stabile tra i più istruiti (3,6% nel 2003 e 3,7% nel 2023). Nella popolazione anziana invece il divario sociale del diabete rimane stabile perché la patologia aumenta in egual misura sia per chi ha un basso titolo di studio (da 15,9% a 20,7%) sia per i più istruiti (da 9,2% a 14,8%).

L'analisi delle disuguaglianze sociali del diabete, in una prospettiva territoriale, evidenzia come la patologia sia maggiormente diffusa nel Mezzogiorno rispetto al Nord, sia per chi ha un titolo di studio basso (nel 2023 15,6% rispetto a 12,3% nel Nord), sia tra chi è più istruito (9,3% rispetto a 7,4%) (Figura 2). Il divario sociale nel Mezzogiorno permane più ampio rispetto al Nord, nel 2023 è pari a +6,3 pp mentre al Nord si ferma a +4,9 pp sebbene in confronto al 2003 si sia ridimensionato (nel 2003 era +7,5 pp nel Mezzogiorno rispetto a +4,2 pp nel Nord). Interessante notare, infatti, che negli ultimi 20 anni analizzati, l'aumento della prevalenza nel Mezzogiorno ha riguardato in misura maggiore le persone con un livello di istruzione più elevato (+2,5 pp) mentre tra chi ha un titolo di studio basso la crescita è stata meno accentuata (+1,3 pp).

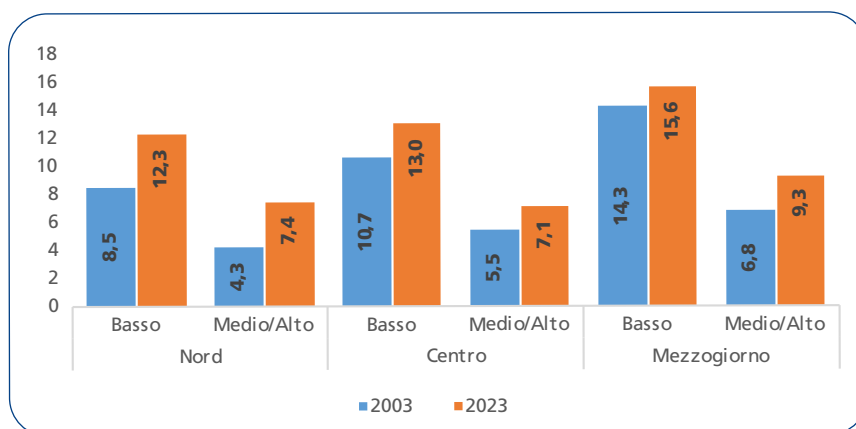
Figura 1. Persone di 45 anni e più che dichiarano di essere affette da diabete per titolo di studio, classe di età e genere. Anni 2003 e 2023. Tassi per 100 persone



Fonte: Istat, Indagine sugli Aspetti della vita quotidiana

³ Cfr. IBDO, Obesity Monitor by health care monitor, 2025 https://issuu.com/raffaelecreativagroupcom/docs/obesity_barometer_report_2025_web?fr=xKAE9_zMzMw

Figura 2. Persone di 45 anni e più che dichiarano di essere affette da diabete per titolo di studio e ripartizione geografica. Anni 2003 e 2023. Tassi standardizzati per 100 persone (a)



Fonte: Istat, Indagine sugli Aspetti della vita quotidiana

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

La geografia del diabete

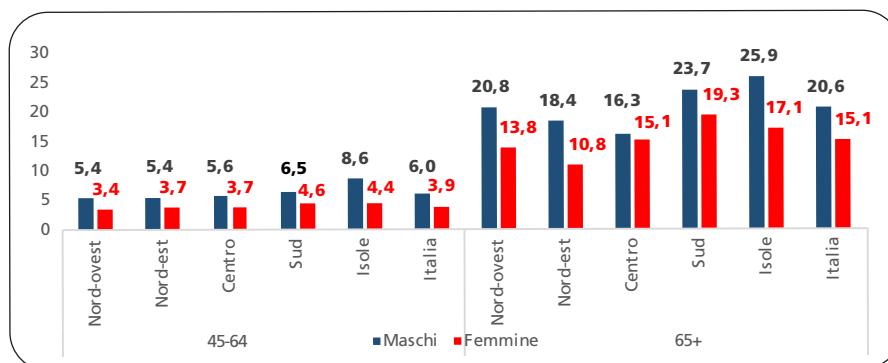
Nel 2023, al netto della diversa struttura per età, il diabete risulta essere più diffuso tra le persone residenti al Sud (6,2% vs 5,3% della media Italia) e nelle Isole (6,4%), a fronte di una prevalenza più bassa nel Nord-est (4,6%) e nel Nord-ovest (4,8%) e prossima alla media al Centro (5,0%).

Il divario tra le aree geografiche si accentua con l'avanzare dell'età: sale a 4 pp tra le persone di 45 anni e più (tasso standardizzato pari a 8,8% nel Nord-est e 12,8%

nelle Isole) e aumenta a quasi 7 pp tra gli anziani di 65 anni e più (tasso standardizzato pari a 14,5% nel Nord-est e a 21,4% al Sud e nelle Isole).

I dati per età e genere evidenziano divari territoriali più ampi per gli uomini: tra le persone di 45-64 anni la differenza tra Nord e Isole è di 3,2 pp (considerando i tassi standardizzati); tra gli ultrasessantacinquenni invece, il gap arriva a quasi 10 pp: dal minimo del 16,3% al Centro fino al massimo del 25,9% nelle Isole. Anche tra le donne anziane si osserva una differenza rilevante tra il valore più basso del Nord-est (10,8%) e il valore più alto del Sud (19,3%), con uno scarto di 8,5 pp (Figura 3).

Figura 3. Persone di 45-64 anni e 65 anni e più che dichiarano di essere affette da diabete per ripartizione geografica e genere. Anno 2023. Tassi standardizzati per 100 persone (a)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

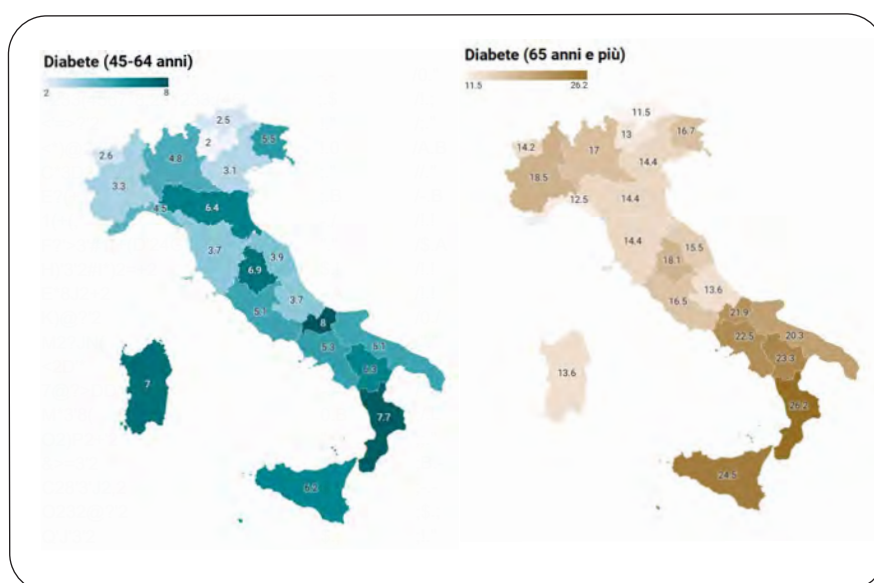
(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto, la popolazione di riferimento è la popolazione europea (Eurostat 2013).

Lo svantaggio maschile caratterizza tutte le aree del Paese, ma nella classe 45-64 anni risulta particolarmente accentuato tra i residenti nelle Isole, con una prevalenza di diabete quasi doppia rispetto alle donne coetanee (8,6% vs 4,4%). Tra gli over65, invece, la distanza maggiore è nel Nord-est, in cui gli uomini presentano una prevalenza 1,7 volte più elevata di quella delle donne (18,4% vs 10,8%).

Nel 2023 il divario tra le regioni della prevalenza del diabete (al netto della diversa struttura per età) nella popolazione di 45-64 anni arriva a 6 pp: dal minimo di 2,0%

nella provincia autonoma di Trento al massimo dell'8,0% in Molise. Valori elevati si registrano anche in Emilia Romagna (6,4%), Umbria (6,9%) e in quattro regioni meridionali (Basilicata 6,3%, Calabria 7,7%, Sicilia 6,2%, Sardegna 7,0%). Nella popolazione anziana le differenze diventano ancora più nette: il *range* sale a quasi 15 pp, dal minimo dell'11,5% nella provincia autonoma di Bolzano al massimo del 26,2% in Calabria. In generale, prevalenze superiori al 20% si osservano in tutte le regioni del Mezzogiorno, con l'eccezione di Abruzzo e Sardegna (Figura 4).

Figura 4. Persone di 45-64 anni e 65 anni e più che dichiarano di essere affette da diabete per regione. Anno 2023. Tassi standardizzati per 100 persone (a)

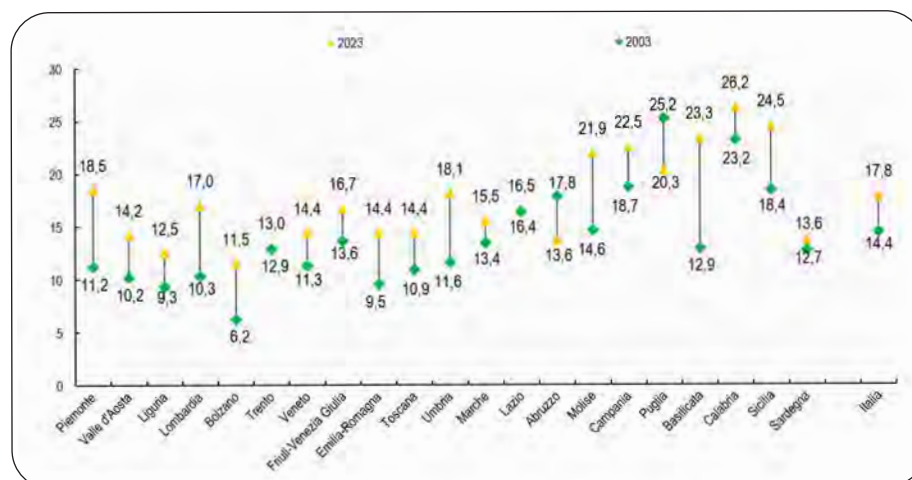


Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana
 (a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto, la popolazione di riferimento è la popolazione europea (Eurostat 2013).

Rispetto a 20 anni prima, nel 2023 nella popolazione di 65 anni e più si osserva una diminuzione della variabilità regionale della prevalenza del diabete. Questo perché molte regioni che presentavano valori bassi ad inizio periodo – come Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna e Umbria hanno registrato incrementi dei tassi standardizzati. Al contrario in regioni che partivano da valori supe-

riori alla media Italia – come Lazio, Abruzzo e Puglia i valori sono rimasti stabili o in diminuzione (Figura 5). Alcune regioni continuano a trovarsi in una posizione di svantaggio: Campania, Calabria e Sicilia presentano ancora oggi come nel passato i valori più elevati. A queste si aggiungono Molise e Basilicata in conseguenza degli elevati incrementi registrati tra 2003 e 2023.

Figura 5. Persone di 65 anni e più che dichiarano di essere affette da diabete per regione. Anni 2003 e 2023. Tassi standardizzati per 100 persone (a)



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

Il diabete in associazione con altre patologie e con alcuni fattori di rischio

Il diabete è associato a gravi patologie croniche, principalmente legate al danno causato dall'iperglicemia (alti livelli di zucchero nel sangue) a lungo termine. Secondo la letteratura scientifica, queste includono malattie cardiovascolari (infarti, ictus, arteriopatie), malattie renali (nefropatia diabetica, insufficienza renale), danni ai nervi (neuropatia diabetica, con dolore, formicolii e problemi agli arti inferiori), danni oculari (retinopatia, glaucoma, cataratta) e malattie epatiche (fegato grasso).

Le prevalenze sulla cronicità dell'Indagine annuale dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", confermano che le persone con diabete sono sempre più esposte al rischio di sviluppare altre patologie, rispetto a chi non soffre di diabete, con un'entità del divario che può differire per tipo di patologia.

Dalla figura 6 si evince che l'ipertensione, la patologia più diffusa nella popolazione, ha una prevalenza più che doppia tra i diabetici: il 56,3% contro il 27,7% dei non diabetici di 45 anni e più, considerando le prevalenze stan-

dardizzate, ossia calcolate depurando l'effetto della diversa distribuzione per età dei due gruppi di popolazione. Anche le patologie osteoarticolari (artrosi, artrite e osteoporosi) risultano più frequenti tra i diabetici con prevalenze superiori del 40% rispetto al resto della popolazione non diabetica.

Per alcune patologie, inoltre, si segnala che, sebbene complessivamente siano meno diffuse, l'associazione con il diabete diventa elevatissima (Figura 7). Utilizzando infatti i rapporti di prevalenza standardizzati (SPR - *Standardized Prevalence Ratio*)⁴, emerge che tra i diabetici la prevalenza standardizzata per età di cirrosi epatica (pari a 5,9%) risulta 14 volte più elevata rispetto ai non diabetici (SPR =13,7); quella dell'infarto del miocardio è superiore di 5 volte (SPR =4,8), la calcolosi del fegato e delle vie biliari aumenta di quasi 4 volte (SPR =3,7); triplica per i disturbi del sistema nervoso (SPR =3,3) o per le altre malattie del cuore, come angina pectoris e altre (SPR =2,9).

⁴Il rapporto di prevalenza standardizzata (Standardized Prevalence Ratio - SPR), utilizzato in studi epidemiologici di tipo trasversale, confronta in questa analisi la prevalenza di una patologia in due gruppi di persone caratterizzati dalla presenza o meno del diabete. Il rapporto di prevalenza standardizzato si calcola dividendo la prevalenza standardizzata di una patologia nei due gruppi. Un SPR superiore a 1 indica l'esistenza di associazione positiva nel gruppo dei diabetici, ovvero questi ultimi presentano una prevalenza più alta della malattia rispetto ai non diabetici, un valore pari a 1 indica nessuna associazione e un valore inferiore a 1 suggerisce una prevalenza più alta tra i non diabetici.

Figura 6. Persone di 45 anni e più, con e senza diabete, per patologie croniche ordinate secondo il livello di associazione con il diabete. Tassi standardizzati per 100 persone (a)

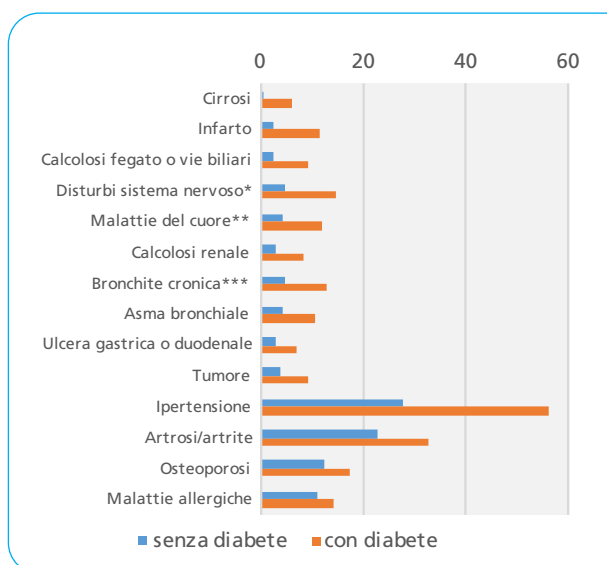
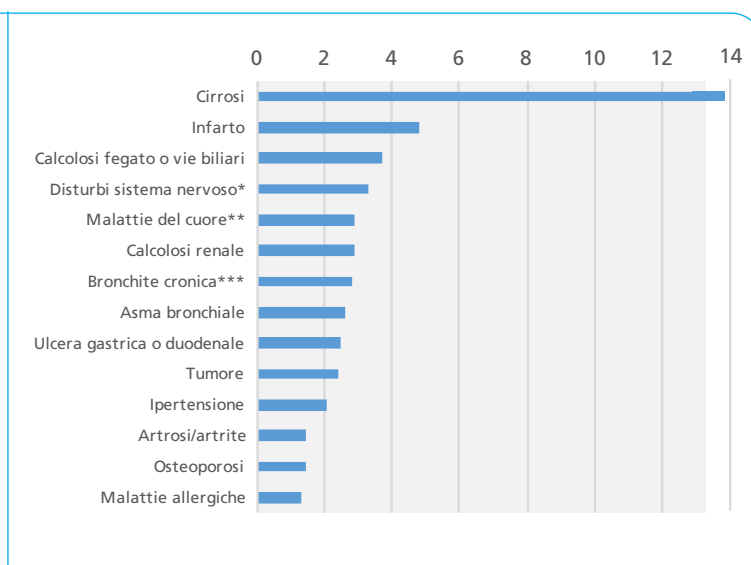


Figura 7. Rapporti di prevalenza standardizzati (b) delle patologie associate al diabete (45 anni e più)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto, la popolazione di riferimento è la popolazione europea (Eurostat 2013).
 (b) Rapporto tra il tasso di prevalenza standardizzato nella popolazione con diabete e il tasso di prevalenza standardizzato nella popolazione senza diabete.

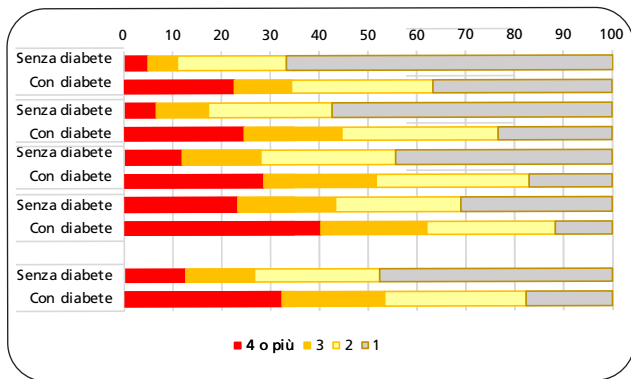
Le persone con diabete, come già osservato, presentano spesso un quadro morboso complesso, per la presenza di più patologie che colpiscono la stessa persona. La multimorbilità (definita dall'OMS con almeno due malattie croniche)⁵ è molto più diffusa tra i soggetti diabetici, rispetto alle persone che non soffrono di questa patologia, anche comparando le due popolazioni a parità di età.

Selezionando la popolazione di 45 anni e più affetta da cronicità, declinata per numero di patologie croniche, si osserva che oltre l'80% dei diabetici ha dichiarato altre patologie, mentre tra i non diabetici questa quota scende a circa il 50% (Figura 8). Con l'età aumenta anche il numero di patologie che si cumulano in uno stesso soggetto e ciò avviene in misura maggiore tra le persone con

diabete: tra gli adulti con cronicità dai 45 ai 64 anni la quota di chi soffre di polimorbilità con almeno 4 patologie croniche si aggira intorno al 24% tra i diabetici e al 6% tra i non diabetici; nella popolazione anziana tale divario si riduce. Tra i giovani anziani di 65-74 anni affetti da malattie croniche e con almeno 4 patologie croniche le quote sono rispettivamente 28,7% e 12,0%, mentre tra gli over75 sono 40,2% e 23,2%.

⁵ L'indicatore di multimorbilità è quello condiviso anche a livello internazionale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ed è definito come la coesistenza di due o più condizioni croniche nello stesso individuo. Tuttavia, la comparabilità tra i paesi è condizionata dal numero e dalla tipologia delle patologie croniche considerate. Le malattie croniche incluse nell'indicatore di multimorbilità utilizzato in questa analisi sono quelle autoriferite annualmente nell'indagine Istat "Aspetti della vita quotidiana": ipertensione, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (artrosi/artrite e osteoporosi), malattie respiratorie (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale), diabete, malattie cardiache (infarto, angina pectoris e altre malattie del cuore), disturbi nervosi (disturbi psichici, insufficienza mentale, epilessia, parkinsonismo, demenze senili, ecc.), malattie dell'apparato digerente e urinario (cirrosi epatica, calcolosi del fegato e delle vie biliari, calcolosi renale, ulcera gastrica e duodenale), tumore (incluso linfoma o leucemia).

Figura 8. Persone di 45 anni e più con problemi di cronicità, per numero di patologie e presenza di diabete per classe di età. Anno 2023. Tassi per 100 persone



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

È noto che il rischio di sviluppare il diabete aumenta in presenza di obesità e che le due patologie sono spesso correlate tra loro, al punto che questa condizione è stata declinata come “diabesità”. Anche la scarsa attività fisica o sedentarietà influenza l’insorgenza di diabete. Sebbene la fonte dei dati utilizzata, di tipo trasversale, non consenta di quantificare con precisione il rischio di insorgenza del diabete associato alla sedentarietà e al-

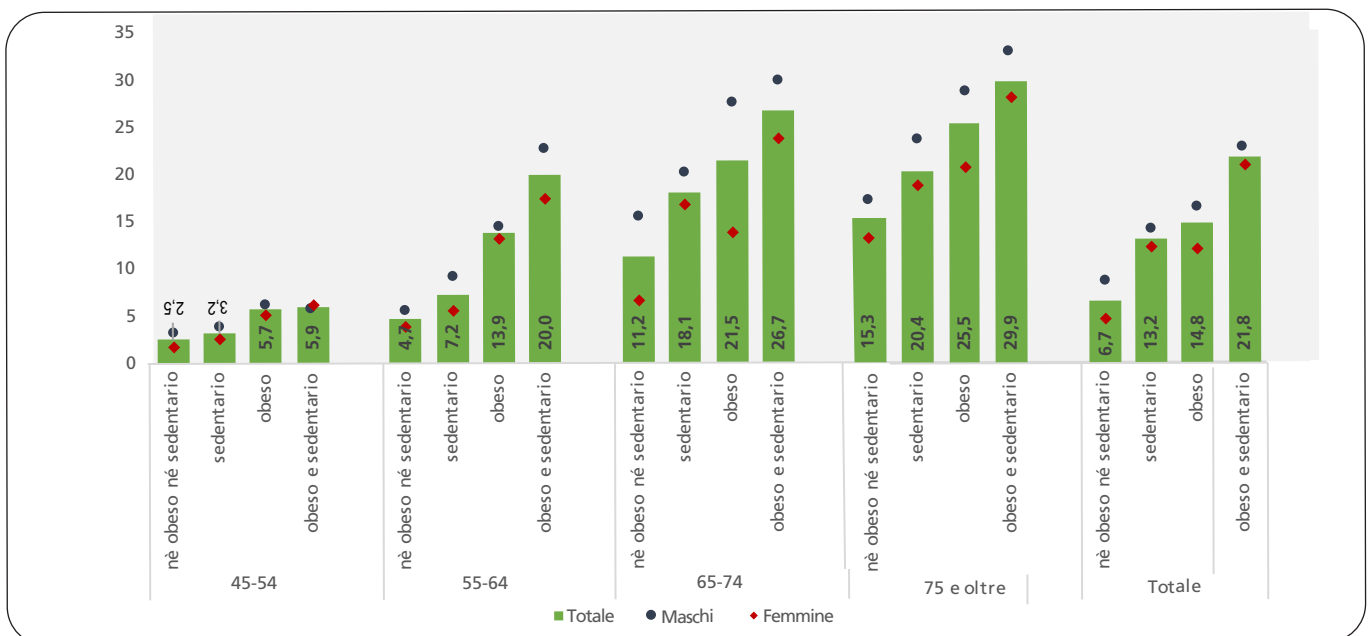
l’obesità, come dagli studi longitudinali, l’analisi della prevalenza nei diversi sottogruppi di popolazione evidenzia comunque nel tempo una forte correlazione.

In particolare, la prevalenza del diabete risulta più elevata tra le persone sedentarie: 12,5% contro il 7,7% delle persone 45 anni e più che conducono una vita più attiva (tassi standardizzati), nonché tra le persone con problemi di obesità dove si attesta al 17,4% contro il 9,3% delle persone senza obesità di 45 anni e più (tassi standardizzati). Il quadro più critico riguarda coloro che presentano entrambe le condizioni – obesità e sedentarietà – dove la quota di persone con diabete raggiunge il valore massimo (21,8%).

Questa tendenza si osserva analizzando i tassi grezzi di tutte le classi di età, ma risulta particolarmente marcata nella fascia 55-64 anni, dove la prevalenza del diabete quadruplica tra i soggetti sedentari e con obesità (20%) rispetto a chi non presenta nessuno dei due fattori di rischio del diabete (4,7%) (Figura 9).

Anche l’analisi per genere conferma tale pattern: tra le donne, in presenza di obesità e sedentarietà, la prevalenza del diabete passa dal 4,8% al 21%, con un incremento di oltre quattro volte. Negli uomini, invece, l’aumento è più contenuto, ma comunque rilevante, dall’8,7% al 22,8%

Figura 9. Persone di 45 anni e più con diabete per genere, classe di età e presenza di obesità e/o sedentarietà. Anno 2023. Tassi per 100 persone



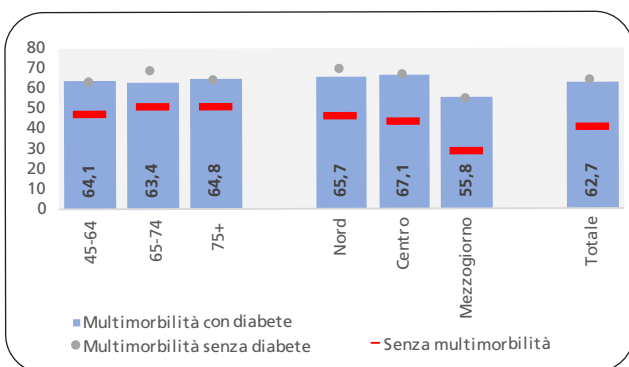
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Ricorso ai servizi sanitari e rinuncia a prestazioni sanitarie

Nel 2023, il 45,5% delle persone ha fatto ricorso ai servizi sanitari ambulatoriali o di diagnostica almeno una volta negli ultimi 12 mesi. L'indicatore sale al 62,7% tra le persone con multimorbilità⁶ inclusa la patologia diabetica ed è pari al 41,1% nella popolazione che non dichiara malattie croniche o ne ha una sola. Il divario nei consumi sanitari di questi due gruppi di individui si conferma nelle diverse classi di età e non cambia in maniera significativa se tra le malattie croniche vi è il diabete (Figura 10). Pertanto è la compresenza di più malattie croniche ad influenzare l'intensità del ricorso ai servizi sanitari.

Nel territorio si osserva una minore propensione a ricorrere ai servizi sanitari nel Mezzogiorno (33,3% vs 49,9% al Nord e 47,0% al Centro, tassi standardizzati). Tuttavia, in questa area geografica in presenza di multimorbilità (con e senza diabete) la quota di persone che effettua visite o accertamenti, al netto della diversa struttura per età, raddoppia rispetto a chi non si trova in questa condizione (55,8% tra le persone con multimorbilità con diabete e 54,1% tra quelli con multimorbilità senza diabete vs 28,4% nella popolazione che non dichiara malattie croniche o ne ha una sola) e si riducono i divari territoriali (Figura 10).

Figura 10. Persone affette da multimorbilità con e senza diabete e persone senza multimorbilità che negli ultimi 12 mesi hanno fatto ricorso ai servizi ambulatoriali o di diagnostica per classe di età e per ripartizione geografica. Anno 2023. Tassi specifici per età e tassi standardizzati (a) per ripartizione per 100 persone



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

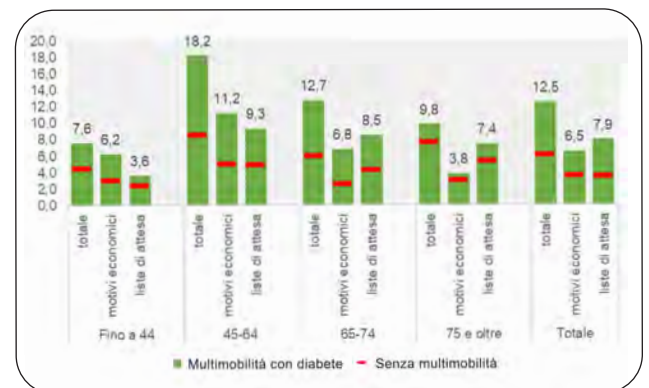
⁶ Per l'indicatore di multimorbilità e le malattie croniche considerate si rimanda alla nota 5.

⁷ L'indicatore di rinuncia misura le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie per motivi economici, lunghe liste di attesa o scomodità della struttura.

La fruizione dei servizi sanitari, oltre a dipendere dall'età e dalle condizioni di salute delle persone, è influenzata dal grado di accessibilità delle prestazioni sanitarie.

Nel 2023, il 7,5% delle persone ha riferito di aver rinunciato negli ultimi 12 mesi a visite mediche (escluse quelle odontoiatriche) o esami specialistici, maggiormente per la presenza di lunghe liste di attesa (4,5%) e per difficoltà a pagare le prestazioni sanitarie (4,2%)⁷. Per le persone affette da multimorbilità con diabete i problemi di equità sono ancora più diffusi riguardando il 12,5% degli individui e ben il 18,2% tra gli adulti di 45-64 anni (Figura 11). In questa classe di età è massima anche la rinuncia per motivi economici (11,2%) e per la presenza di lunghe liste di attesa (9,3%). I valori dell'indicatore si riducono tra i diabetici con multimorbilità di 65-74 anni e soprattutto tra gli ultra settantacinquenni, con una rinuncia complessiva pari al 9,8%, dovuta principalmente a problemi di liste di attesa (7,4%).

Figura 11. Persone affette da multimorbilità con diabete e persone senza multimorbilità che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone bisogno per classe di età e motivo della rinuncia. Anno 2023. Tassi per 100 persone



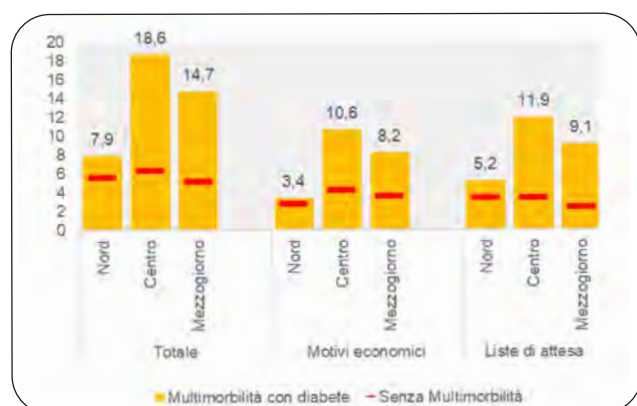
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Per i pazienti diabetici con multimorbilità può fare la differenza l'area di residenza, in considerazione degli ampi divari territoriali che si osservano nel 2023 nella rinuncia a prestazioni sanitarie: quasi 11 pp separano il Nord (7,9%) dal Centro (18,6%) e quasi 7 pp dal Mezzogiorno (14,7%), al netto della diversa struttura per età (Figura 12). Al contrario risultano trascurabili le differenze geografiche tra le persone che non soffrono di malattie croniche o ne hanno dichiarata solo una.

Le difficoltà legate alle lunghe liste di attesa costitui-

scono il motivo più rilevante in tutte le aree geografiche per le persone affette da multimorbilità con diabete: sono riportate dal 11,9% dei residenti al Centro (tassi standardizzati), dal 9,1% dei residenti nel Mezzogiorno e dal 5,2% dei residenti al Nord. I tassi di rinuncia per motivi economici sono poco più bassi al Centro-Sud e sono riferiti solo dal 3,4% dei residenti nelle aree settentrionali del paese.

Figura 12. Persone affette da multimorbilità con diabete e persone senza multimorbilità che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone bisogno per ripartizione geografica e motivo della rinuncia. Anno 2023. Tassi standardizzati per 100 persone (a)



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

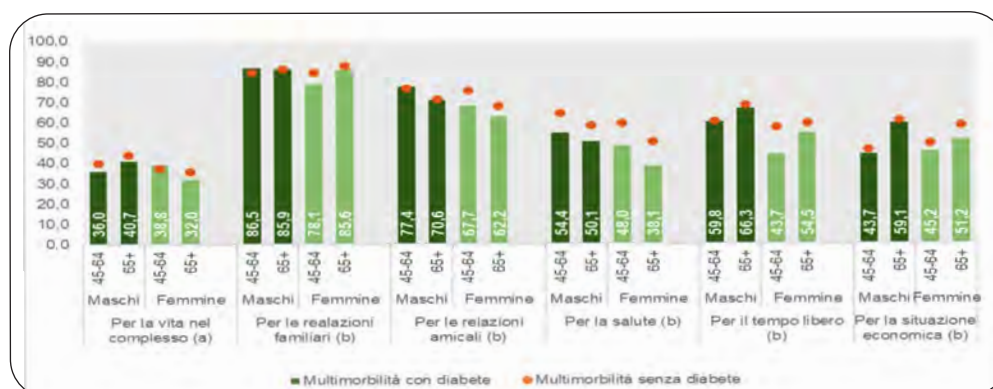
La soddisfazione per la vita tra le persone con multimorbilità e diabete

Le condizioni di salute hanno un impatto sulla qualità della vita, difatti l'insorgenza della malattia diabetica, soprattutto quando combinata con altre patologie croniche, ha conseguenze sulla soddisfazione per la vita nel complesso e per i diversi ambiti del vivere quotidiano.

Nel 2023, il 36,5% delle persone diabetiche con multimorbilità di 45 anni e più ha espresso un giudizio elevato di soddisfazione per la propria vita nel suo complesso⁸, 8 pp in meno rispetto alla media generale (44,6%) e quasi 2 pp in meno rispetto ai coetanei con multimorbilità ma senza diabete (38,4%). In relazione ai diversi ambiti indagati⁹, solo il 45,8% delle persone affette da multimorbilità con diabete dichiara di essere molto o abbastanza soddisfatto per la salute, 10 pp in meno rispetto alle persone che pur soffrendo di due o più malattie croniche non hanno tra queste il diabete (55,7%). Anche la soddisfazione per la situazione economica risulta piuttosto compromessa, con una soddisfazione elevata dichiarata dal 52,5% rispetto al 55,3%. Migliore la soddisfazione per il tempo libero (58,6%), le relazioni amicali (67,9%) e familiari (85,1%).

Un divario di 6 pp separa gli uomini diabetici con multimorbilità di 45 anni e più, che nel 39,4% assegnano un punteggio elevato di soddisfazione per la vita nel complesso contro il 33,4% delle donne coetanee. Il divario aumenta a quasi 9 pp tra uomini e donne over65 (40,7% vs

Figura 13. Persone di 45 anni e più che si dichiarano soddisfatte per la vita nel complesso e per alcuni ambiti, in presenza di multimorbilità con e senza diabete, per genere e classe di età. Anno 2023. Tassi per 100 persone



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana
(a) Punteggio compreso tra 8 e 10 su una scala da 0 a 10.
(b) "molto o abbastanza soddisfatto".

⁸ Il livello di soddisfazione "elevato" è calcolato, in base ai punteggi assegnati in una scala di valutazione da 0 a 10 (dove 0 indica "per niente soddisfatto" e 10 "molto soddisfatto"), considerando i punteggi da 8 a 10.

⁹ Salute, tempo libero, situazione economica, relazioni amicali e relazioni familiari: quota di persone che dichiara di essere "molto o abbastanza soddisfatto".

32,0%). Anche nei diversi ambiti del vivere quotidiano, a parità di età, le donne diabetiche con multimorbilità dichiarano in misura inferiore rispetto agli uomini di essere molto o abbastanza soddisfatte. Fanno eccezione solo le relazioni familiari a 65 anni e più e la soddisfazione per la situazione economica nella classe 45-64 anni con tassi femminili simili a quelli maschili (Figura 13).

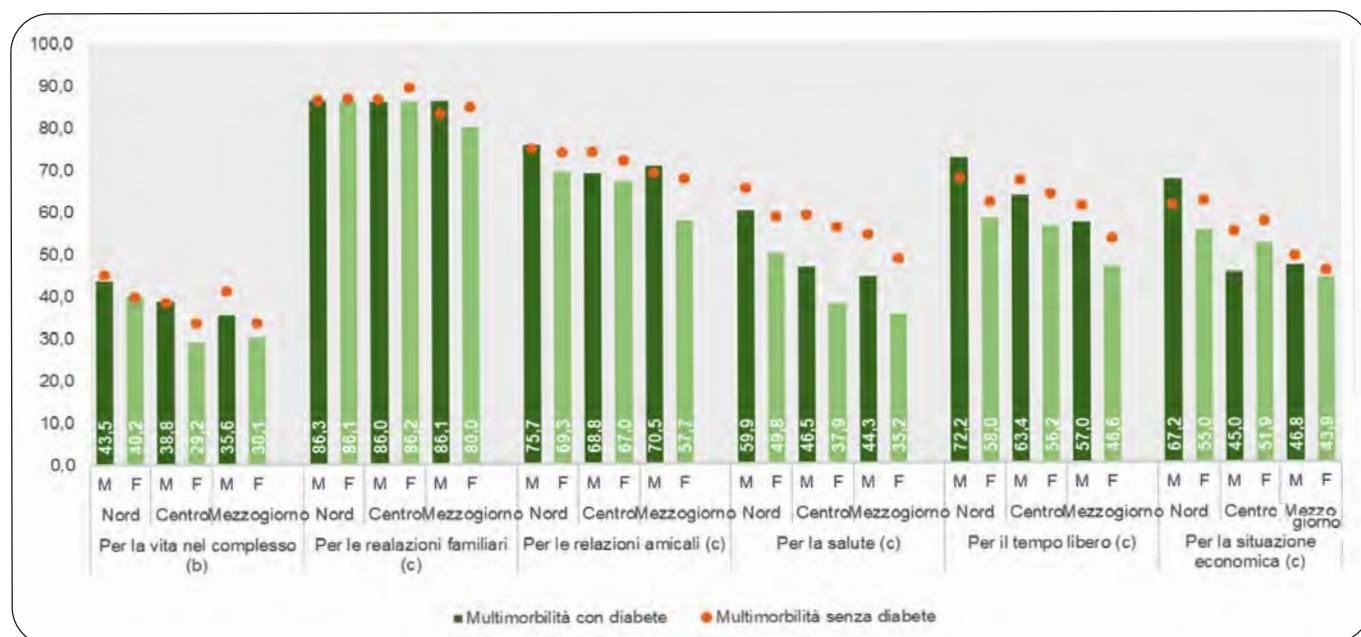
La presenza del diabete nelle persone con multimorbilità riduce in maniera significativa la quota di persone soddisfatte per la salute rispetto a coloro che non sono diabetici pur soffrendo di almeno due patologie croniche, indipendentemente dal genere e dall'età. Per gli altri ambiti della vita (relazioni familiari, relazioni amicali e tempo libero) differenze significative si osservano solo per le donne di 45-64 anni e per la situazione economica per le donne anziane di 65 anni e più (Figura 13).

La minore soddisfazione per la propria vita delle donne diabetiche con multimorbilità, al netto della diversa distribuzione per età, accomuna tutte le aree del paese ed il divario rispetto agli uomini è massimo tra i residenti al Centro (29,2% vs 38,8%), dove la presenza del diabete

nelle donne con almeno due patologie croniche riduce di 4,5 pp la quota di persone soddisfatte per la vita nel complesso rispetto alle coetanee non diabetiche con multimorbilità (33,7%). Una differenza significativa si osserva anche per gli uomini residenti nel Mezzogiorno (35,6% con diabete vs 41,3% senza diabete) (Figura 14).

In tutti i diversi ambiti della vita quotidiana indagati, i tassi standardizzati di soddisfazione dei diabetici con multimorbilità sono massimi per gli uomini residenti al Nord e minimi per le donne residenti nel Mezzogiorno (Figura 14). Per quest'ultime, l'impatto del diabete sulle diverse dimensioni della qualità della vita risulta significativo: le quote di donne con multimorbilità incluso il diabete che dichiarano di essere molto o abbastanza soddisfatte sono molto più basse rispetto alle coetanee residenti nel Mezzogiorno con problemi di comorbilità ma senza diabete, con l'unica eccezione della soddisfazione per la situazione economica che presenta valori simili nei due gruppi di popolazione (43,9% con diabete vs 45,5% senza diabete).

Figura 14. Persone di 45 anni e più che si dichiarano soddisfatte per la vita nel complesso e per alcuni ambiti, in presenza di multimorbilità con e senza diabete, per genere e ripartizione geografica. Anno 2023. Tassi standardizzati per 100 persone (a)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

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

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

(c) "molto o abbastanza soddisfatto".



Il diabete nelle regioni italiane

Roberta Crialesi

Istat

Antonio Nicolucci,

Maria Chiara Rossi,

CORESEARCH

Federico Serra

IBDO Foundation

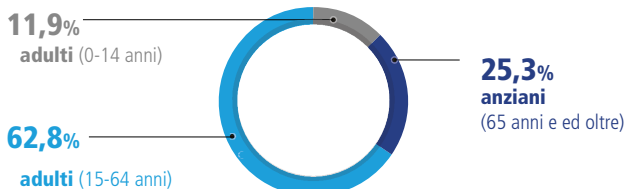
L'impatto del diabete in Abruzzo

In Abruzzo il 6,4% delle persone si dichiara affetto da diabete. L'Abruzzo è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile superiore alla media nazionale (sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). Il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze e per amputazione dell'arto inferiore è peggiore rispetto alla media nazionale. Nel 2020 il tasso standardizzato di mortalità nei maschi è lievemente più alto del dato medio nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE **81.000**

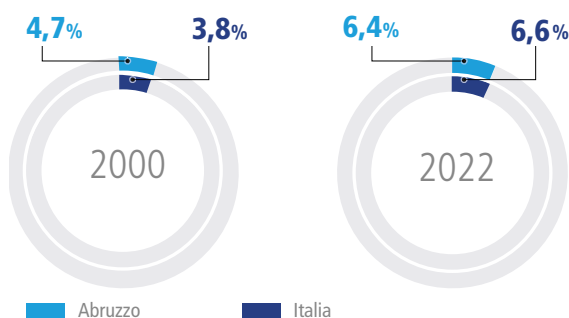
ABRUZZO 1.272.627 abitanti
Provincia dell'Aquila (AQ) 313.110 abitanti
L'AQUILA 69.659 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023



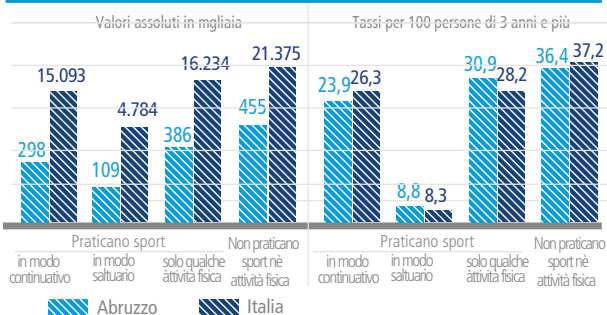
L'età media in Abruzzo (47,2) è superiore alla media nazionale (46,4). La speranza di vita è leggermente inferiore per i maschi (80,3) contro 80,6) e leggermente superiore per le femmine (85,0 contro 84,8).

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

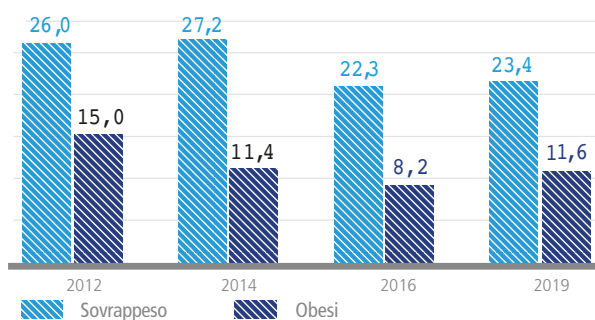


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

Fonte AVQ (ISTAT)



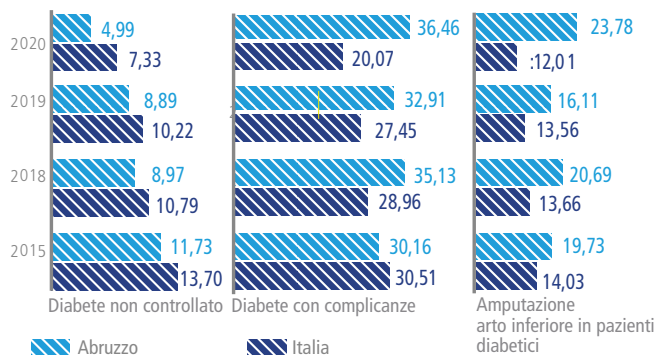
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



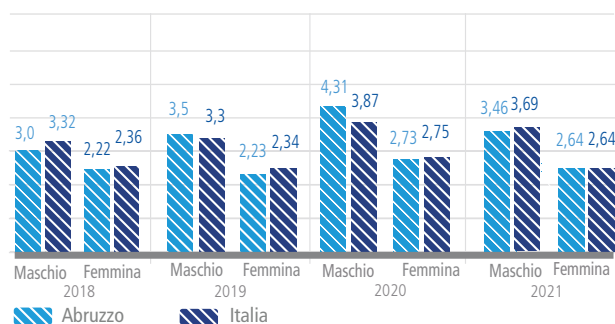
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE ABRUZZO ATTINENTE AL DIABETE

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

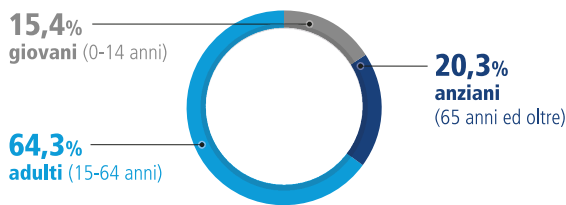
L'impatto del diabete in Alto Adige Provincia Autonoma Bolzano

Il 3,5% delle persone che vive nella P.A. di Bolzano si dichiara diabetico: una tra le prevalenze più basse riscontrate in Italia. Anche per l'obesità infantile si riscontra il dato di prevalenza più basso d'Italia (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). Il consumo di farmaci per il diabete è il più basso in Italia: 39,1 DDD /1000 abitanti / die. Il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato è molto alto rispetto al dato italiano, mentre il tasso di ricovero per diabete con complicanze e per amputazione è più basso della media italiana.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE **19.000**

P.A. di BOLZANO (BZ)
BOLZANO **534.147** abitanti
106.410 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023

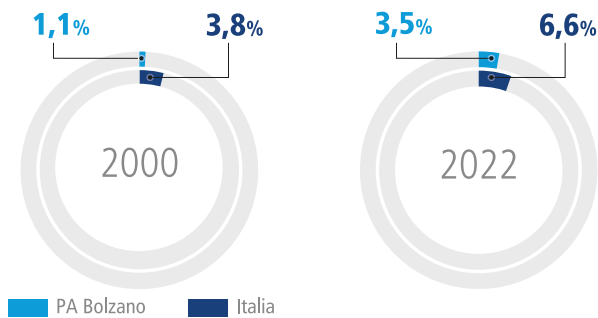


L'età media della Provincia Autonoma di Bolzano/Bolzen è di (43,5) anni. I tassi di mortalità sono i più bassi d'Italia, sia per i maschi che per le femmine.

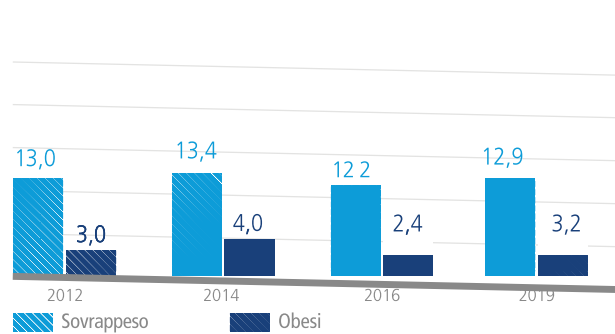
La % di soggetti che pratica sport in maniera continuativa è la più alta d'Italia.

L'aspettativa di vita alla nascita è maggiore della media nazionale sia per i maschi (81,2 contro 80,6 anni) che per le femmine (85,7 contro 84,8 anni).

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

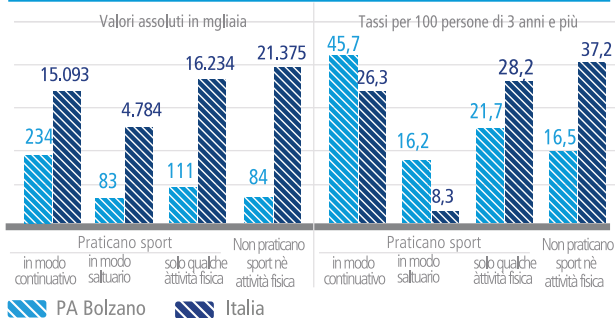


BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)

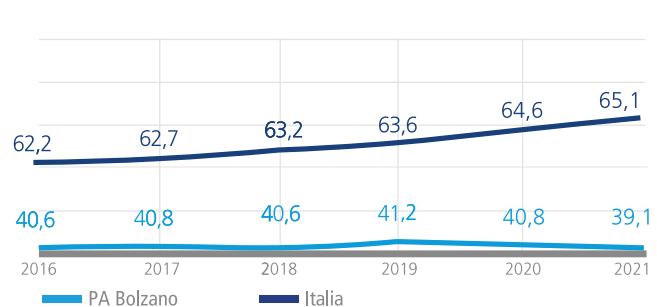


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

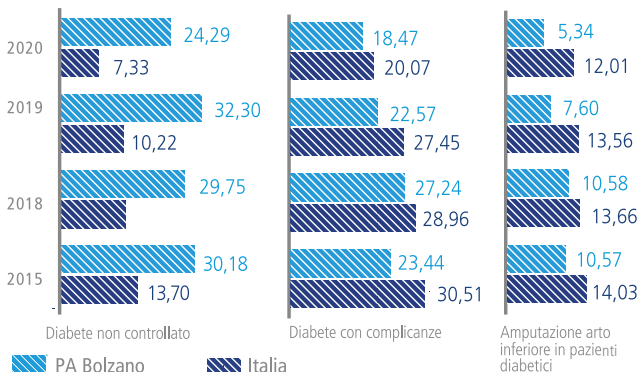
Fonte AVQ (ISTAT)



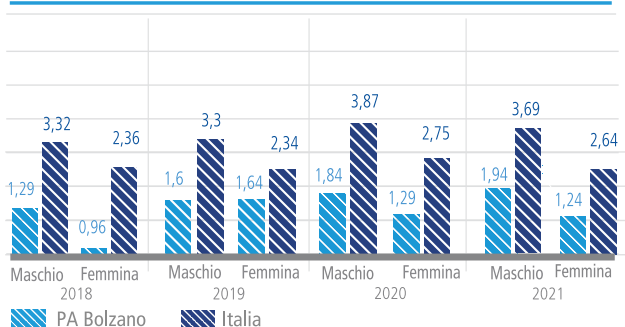
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

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

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

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

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

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

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

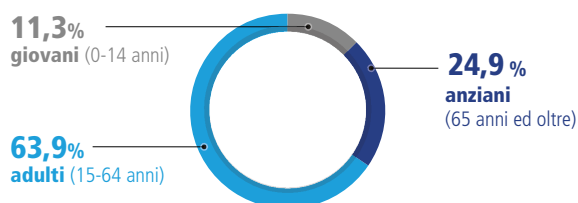
L'impatto del diabete in Basilicata

Il 7,6% dei lucani è colpito da diabete. La prevalenza del diabete e dell'obesità infantile nella regione sono superiori alla (media nazionale): sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). Il consumo di farmaci antidiabetici è aumentato dal 2015 al 2020. Il tasso di ospedalizzazioni per diabete controllato e diabete con complicanze è inferiore alla media italiana. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è superiore alla media nazionale in entrambi i sessi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 41.000

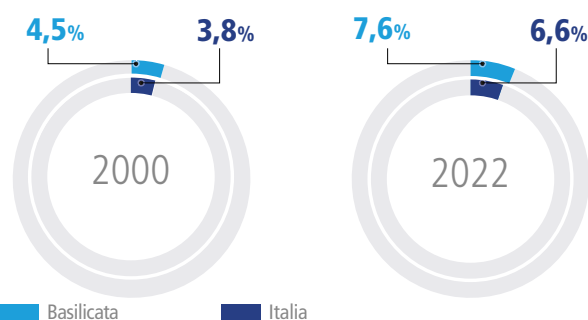
BASILICATA 537.577 abitanti
Provincia di Potenza (PZ) 346.475 abitanti
POTENZA 64.470 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023

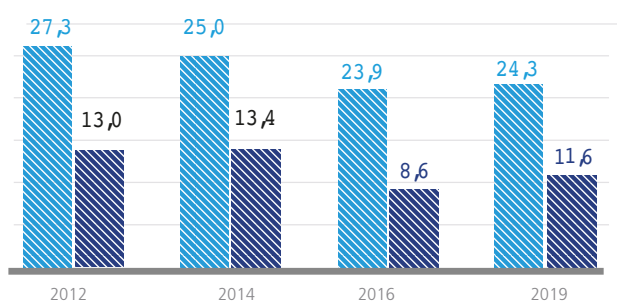


In Basilicata l'età media della popolazione è di 47,0 anni, un valore poco superiore alla media nazionale (46,4). La speranza di vita alla nascita è lievemente più bassa alla media italiana sia per i maschi (79,9 contro 80,6 anni) che per le femmine (84,4 contro 84,8 anni).

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

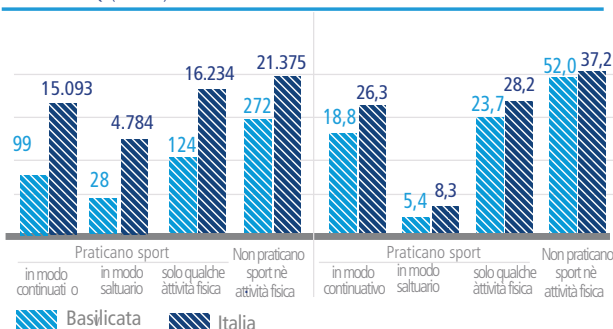


BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)

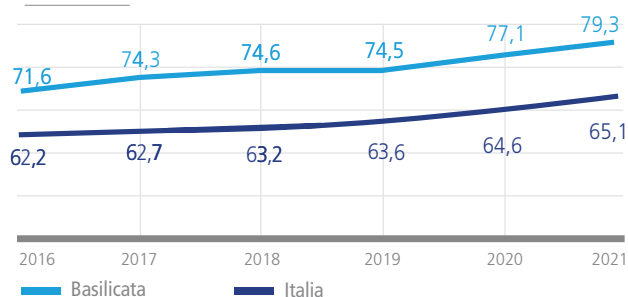


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

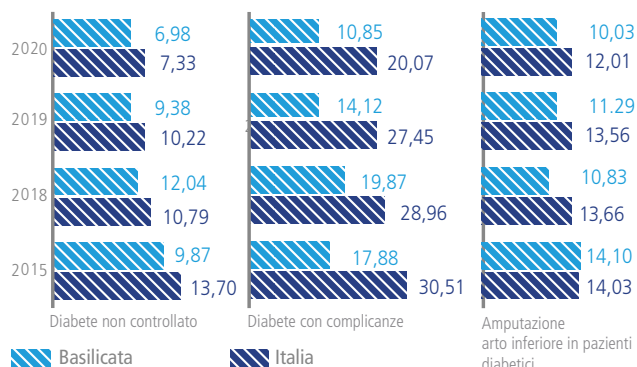
Fonte AVQ (ISTAT)



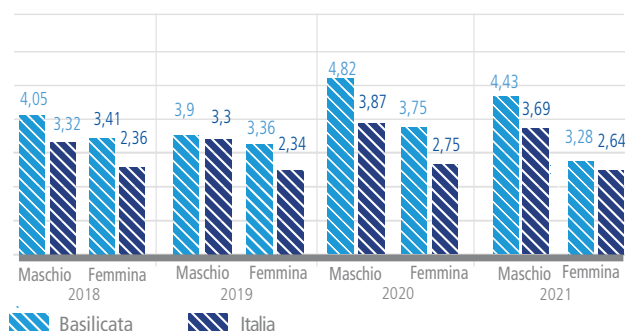
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

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

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE BASILICATA ATTINENTE AL DIABETE

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

Il Manifesto dei Diritti della Persona con Diabete è stato recepito in Basilicata.

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

L'impatto del diabete in Calabria

In Calabria l'8,5% della popolazione si dichiara affetto da diabete, uno fra i dati più elevati in Italia.

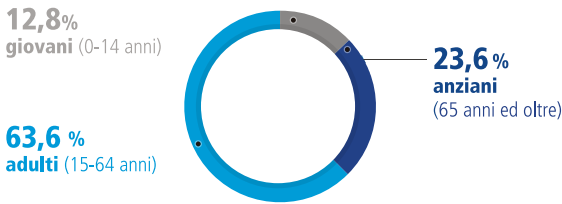
La prevalenza di obesità infantile è più elevata della media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%).

Il consumo di farmaci per il diabete è il più elevato in Italia 87,4% DDD /1000 abitanti/die. Il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato è inferiore rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete mostra un andamento in aumento per le femmine, restando in entrambi i casi tra i più elevati in Italia.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 155.000

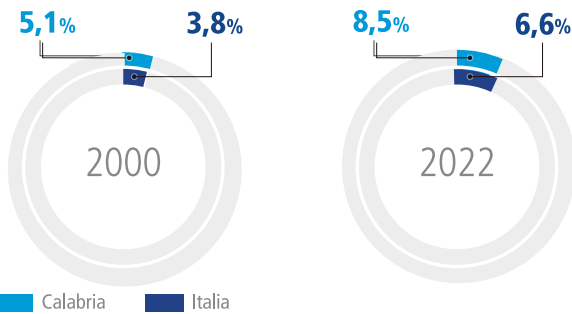
CALABRIA 1.846.610 abitanti
Provincia di Catanzaro (CZ) 342.021 abitanti
CATANZARO 84.849 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023

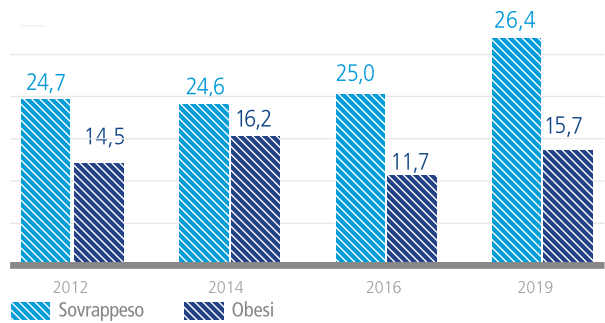


In Calabria l'età media della popolazione è di 45,7 anni, più bassa della media nazionale di 46,2 anni. L'aspettativa di vita alla nascita è più bassa della media nazionale sia fra i maschi (79,6 contro 80,6 anni) che fra le femmine (83,9 contro 84,8 anni). In Calabria il 58,4% della popolazione non pratica alcuna attività sportiva, un dato superiore alla media nazionale (37,2%). Solo il 17,8% della popolazione dichiara di praticare sport in modo continuativo (media nazionale 26,3%).

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

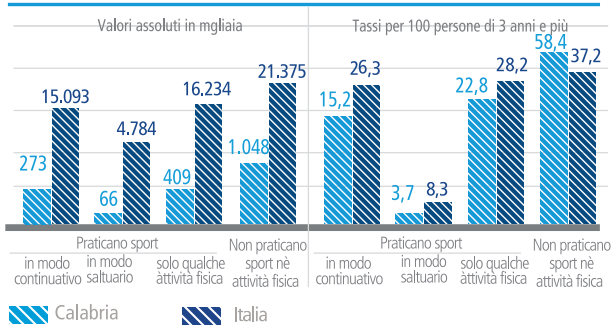


BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)

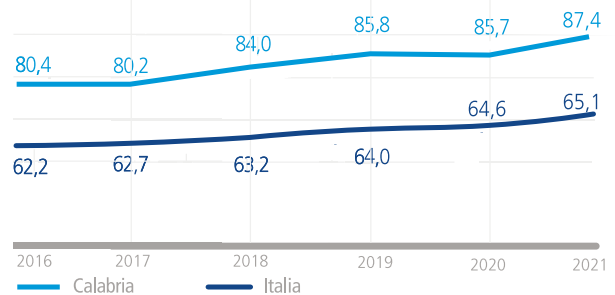


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

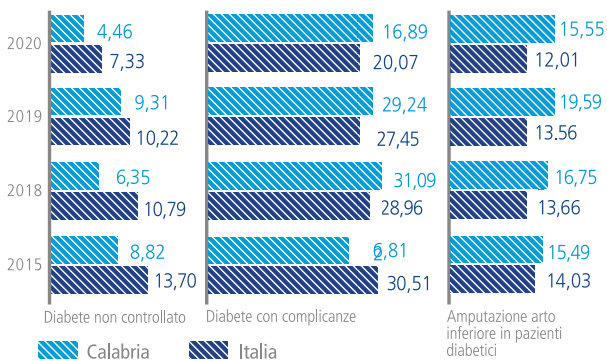
Fonte AVQ (ISTAT)



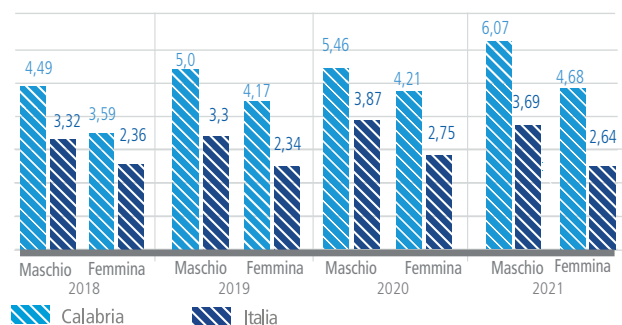
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE CALABRIA ATTINENTE AL DIABETE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

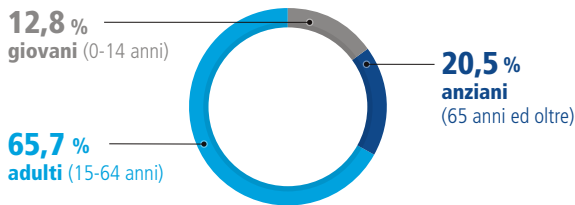
L'impatto del diabete in Campania

La Campania detiene il primato della prevalenza di sovrappeso/obesità infantile in Italia (44,2% contro una media nazionale del 20,4% per il sovrappeso e del 9,4% per l'obesità). **La prevalenza delle persone che dichiarano di essere diabetiche (8,3%)** è la seconda più alta d'Italia dopo la Calabria (8,5%). È leggermente migliore rispetto ai dati nazionali il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete in Campania è marcatamente più alto rispetto alla media nazionale sia per i maschi che per le femmine, sebbene nel 2019 si sia registrato un calo rispetto agli anni precedenti.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 460.000

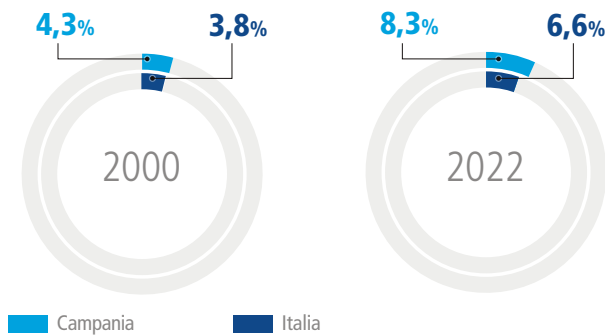
CAMPANIA 5.609.536 abitanti
Provincia di Napoli (NA) 2.980.338 abitanti
NAPOLI 917.510 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023

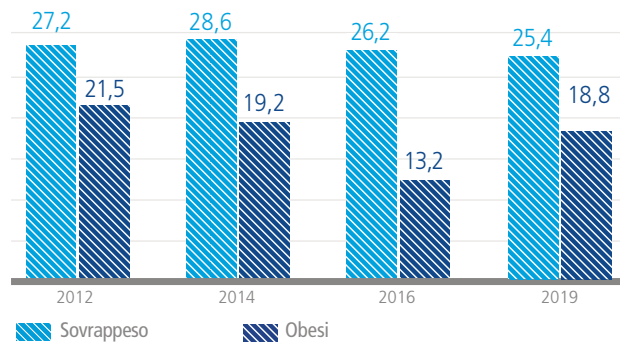


La Campania è la regione più "giovane" con un'età media di 43,9 anni (46,4 la media nazionale), ma è anche il territorio dove la speranza di vita è minore (per i maschi: 79,0 anni, contro una media nazionale di 80,6 anni e per le femmine: 83,1 anni, contro una media nazionale di 84,8 anni).

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

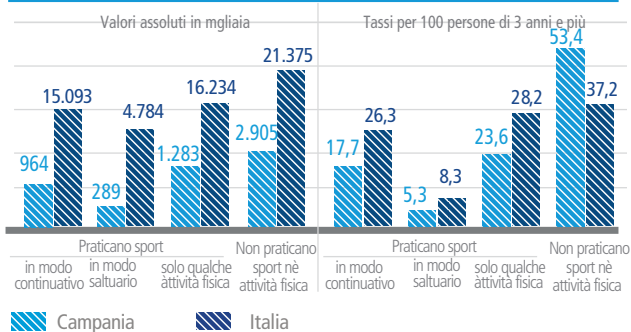


BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)

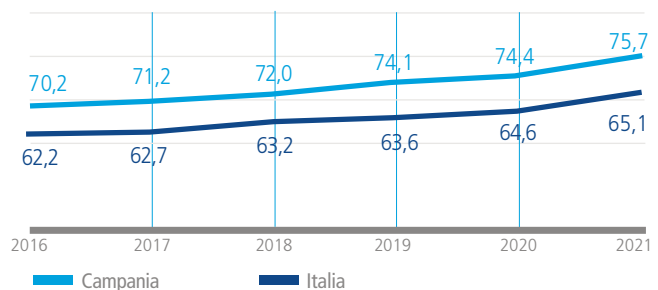


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

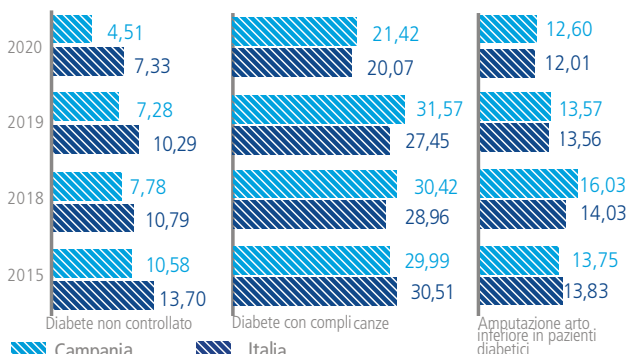
Fonte AVQ (ISTAT)



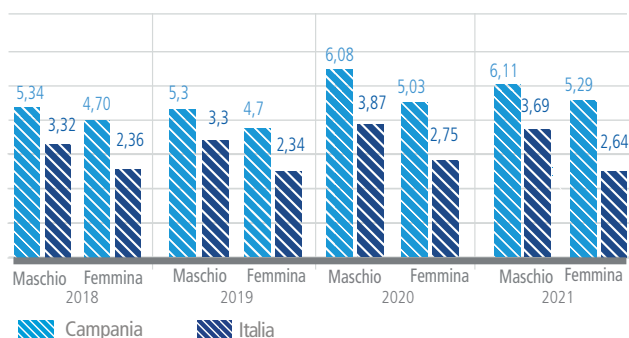
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

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

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE CAMPANIA ATTINENTE AL DIABETE

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

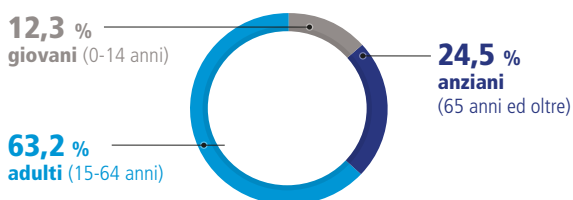
L'impatto del diabete in Emilia Romagna

In Emilia Romagna la prevalenza di persone che dichiarano di essere diabetiche è del **5,4%**. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete resta al di sotto della media nazionale per entrambi i sessi. Tuttavia bisogna segnalare tassi di ospedalizzazione per diabete non controllato e diabete con complicanze molto più elevati rispetto alla media italiana. L'Emilia Romagna è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile inferiore alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%).

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 240.000

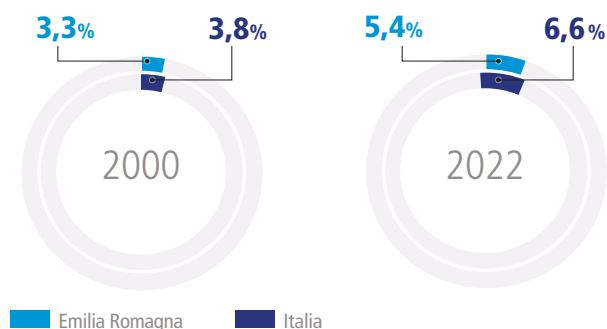
EMILIA ROMAGNA 4.437.366 abitanti
Provincia di Bologna (BO) 1.014.124 abitanti
BOLOGNA 389.200 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023



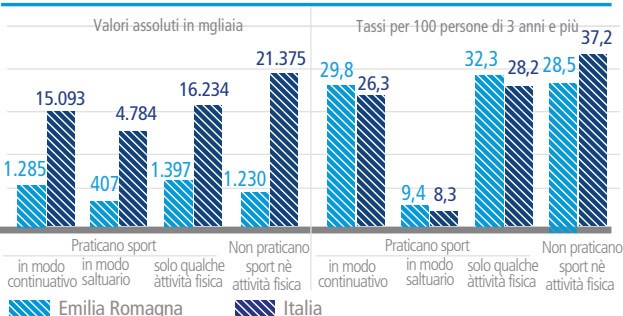
In Emilia-Romagna il 39,2% della popolazione dichiara di praticare sport continuativamente o saltuariamente (media nazionale 34,6%) mentre il 28,5% non pratica alcuna attività fisica (media nazionale 37,2%). La speranza di vita per i maschi (81,4) e per le femmine (85,2) risulta poco più elevata rispetto alla media nazionale. L'età media (46,8) risulta anche essa superiore rispetto alla media nazionale (46,4).

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

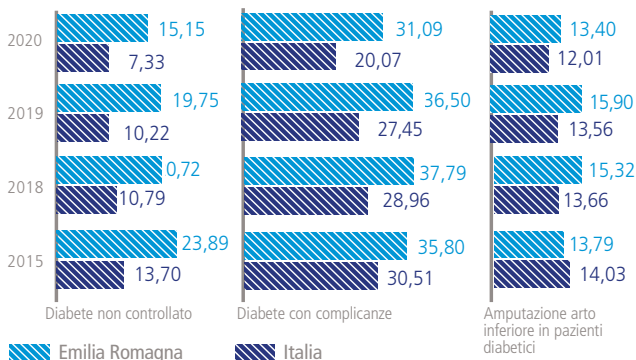


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

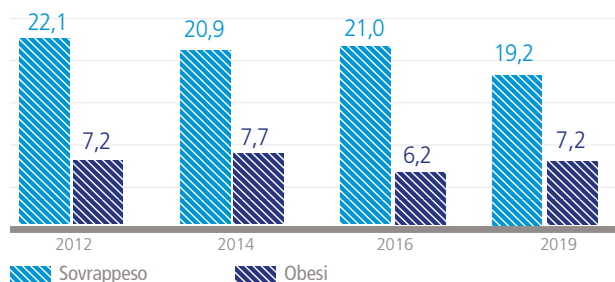
Fonte AVQ (ISTAT)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



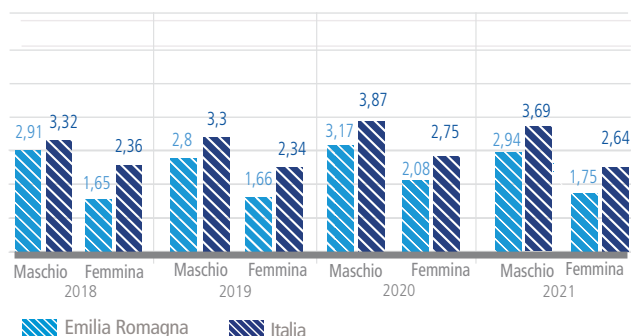
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



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



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (NDP) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale. In EMILIA ROMAGNA il Piano Nazionale è stato recepito con D.G.R. n.540 del 23 aprile 2014.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA ATTINENTE AL DIABETE

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale. In **Emilia Romagna** ci sono restrizioni per il rimborso

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

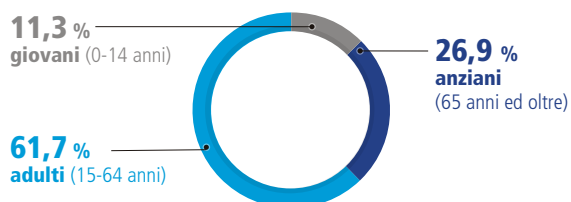
L'impatto del diabete in Friuli Venezia Giulia

In Friuli Venezia Giulia il **5,8%** della popolazione dichiara di essere colpito dal diabete. La regione ha una prevalenza dell'obesità infantile e del diabete inferiori alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%) Il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze è migliore rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è più basso nelle femmine ma si mantiene al di sotto della media nazionale in entrambi i sessi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 69.000

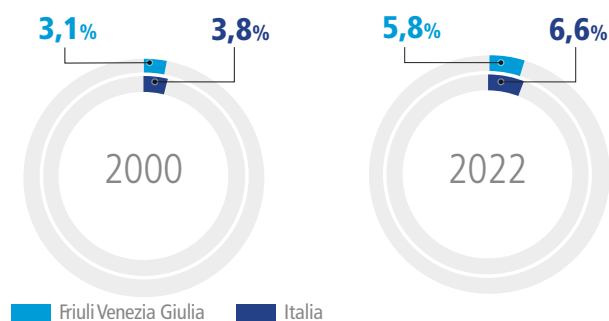
FRIULI VENEZIA GIULIA 1.194.248 abitanti
Provincia di Trieste (TS) 228.705 abitanti
TRIESTE 199.032 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023



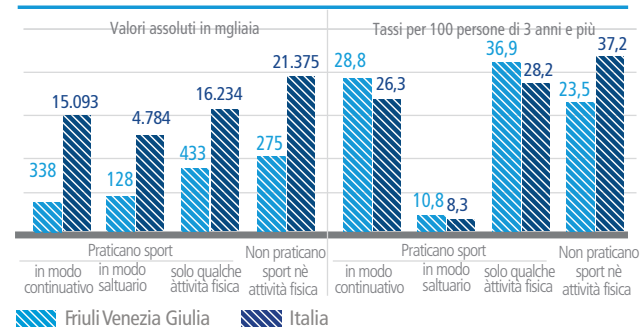
In Friuli Venezia Giulia l'età media della popolazione è di 48,3 anni, un valore sostanzialmente superiore alla media nazionale (46,4). La speranza di vita alla nascita per i maschi (80,7) è di poco superiore alla media italiana (80,6); analogamente, per le femmine si registra un valore superiore alla media nazionale (85,4 verso 84,8)*

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

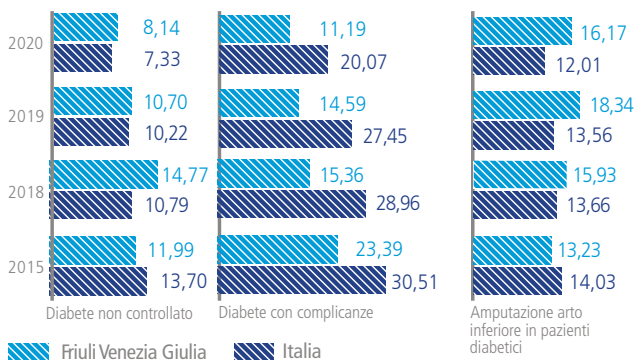


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

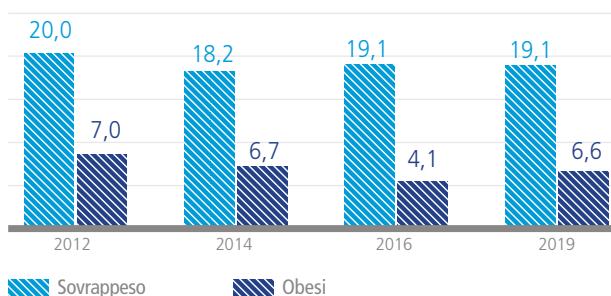
Fonte AVQ (ISTAT)



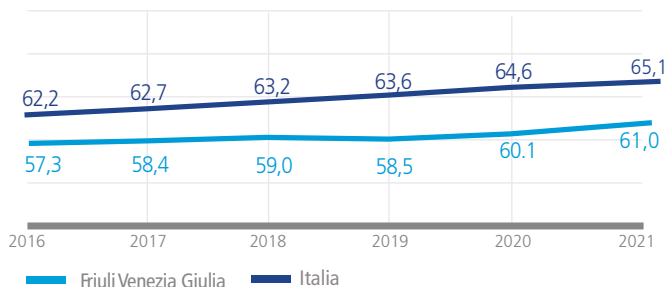
TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



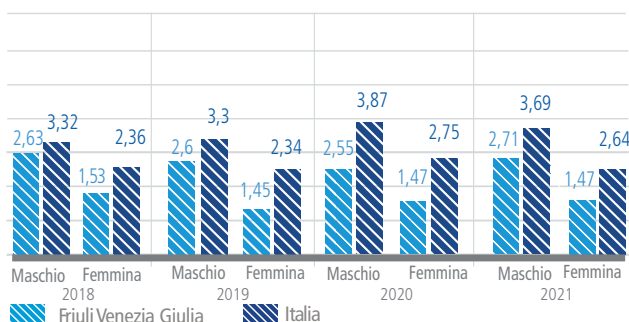
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



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



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale.
In FRIULI VENEZIA GIULIA il Piano Nazionale sulla malattia è stato recepito con la delibera di giunta n.1676 del 28 agosto 2015 è stato recepito con la delibera di giunta n.1676 del 28 agosto 2015.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA ATTINENTE AL DIABETE

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

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

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

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

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

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

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

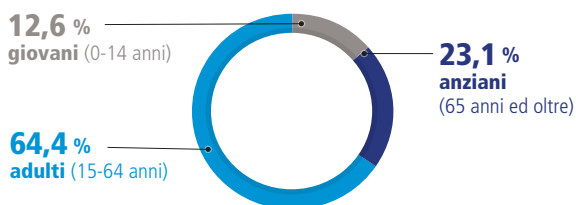
L'impatto del diabete nel Lazio

Nel Lazio il 6,9% della popolazione si dichiara affetto da diabete. Il Lazio è una regione con una prevalenza dell'obesità superiore alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). Il tasso di ospedalizzazione per amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici è tra i più bassi in Italia. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete, che nel 2000 era superiore alla media nazionale per entrambi i sessi, è diminuito negli ultimi anni, e nel 2020 è sceso lievemente al di sotto della media nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 391.000

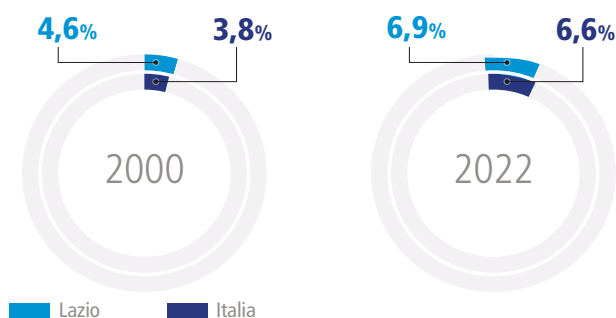
LAZIO 5.720.536 abitanti
Provincia di Roma (RM) 4.227.059 abitanti
ROMA 2.755.309 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023

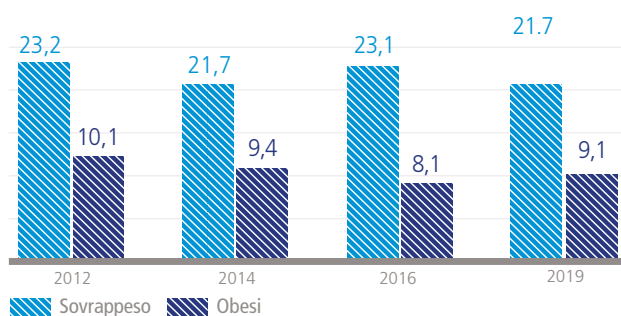


Il dato dell'età media del Lazio (46,2) ricalca approssimativamente quello nazionale (46,4). La speranza di vita alla nascita per maschi e femmine è analoga alla media nazionale.

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

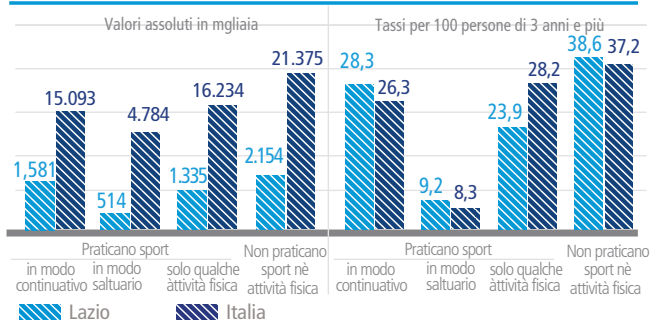


BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

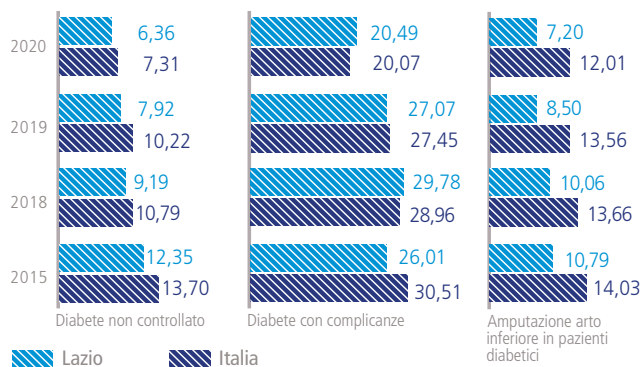
Fonte AVQ (ISTAT)



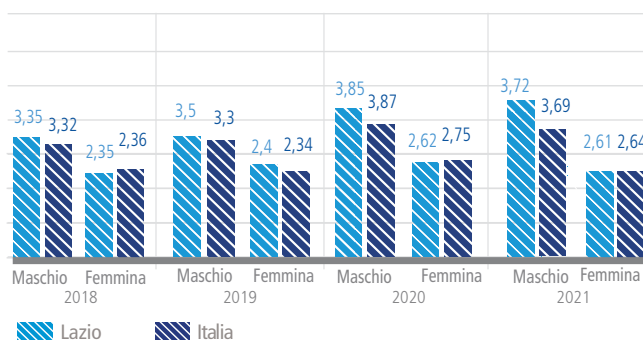
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE LAZIO ATTINENTE AL DIABETE

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

ACCESSO ALLE CURE

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

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

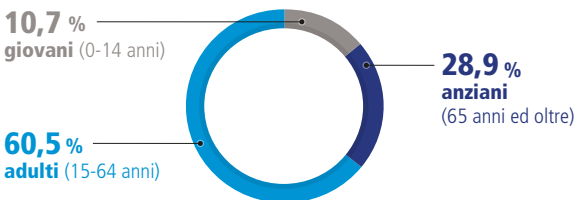
L'impatto del diabete in Liguria

In Liguria il **7,2%** dei cittadini si dichiara colpito dal diabete. La Liguria presenta una prevalenza di obesità infantile inferiore alla media italiana (sovrappeso: 20,4%, obesità: 9,4%). Il tasso di ospedalizzazione per amputazione dell'arto inferiore è peggiore rispetto alla media nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE **108.000**

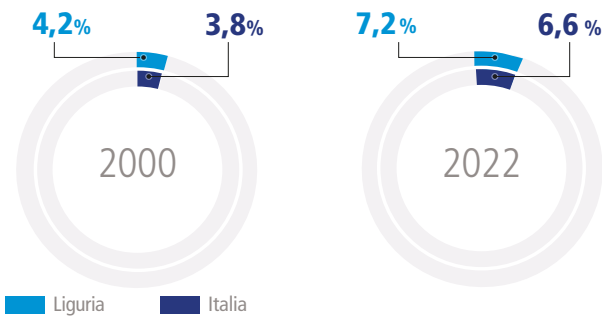
LIGURIA **1.507.636** abitanti
Provincia di Genova (GE) **816.606** abitanti
GENOVA **561.191** abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023

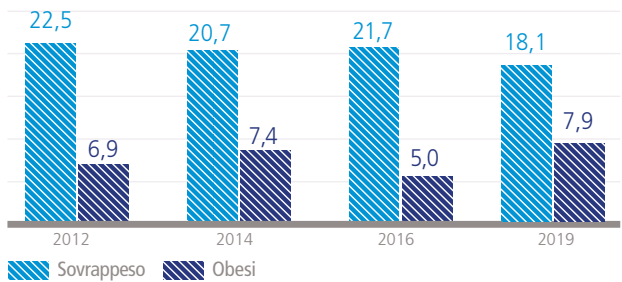


Il dato dell'età media della Liguria (49,5) è superiore a quello nazionale (46,4). La speranza di vita alla nascita per i maschi (80,4) e per le femmine (84,7) risulta quasi in linea con la media italiana.

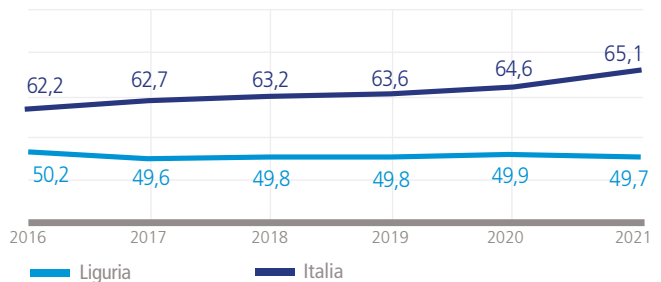
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



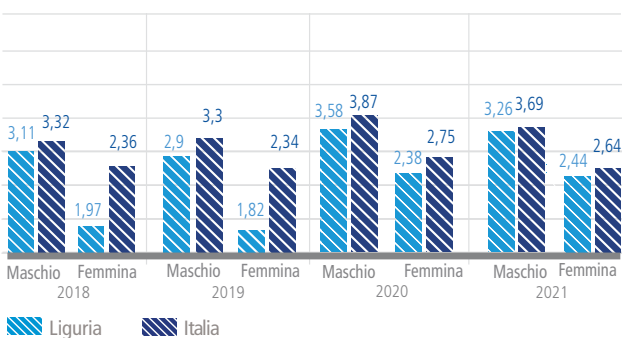
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



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

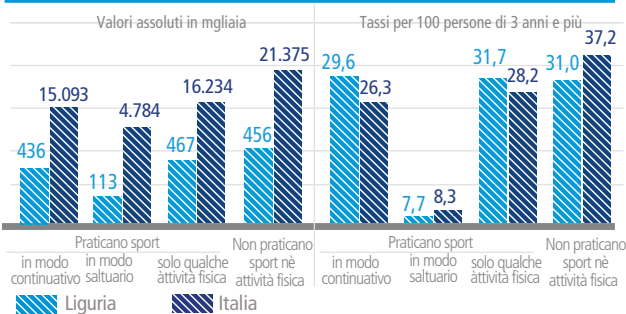


TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)

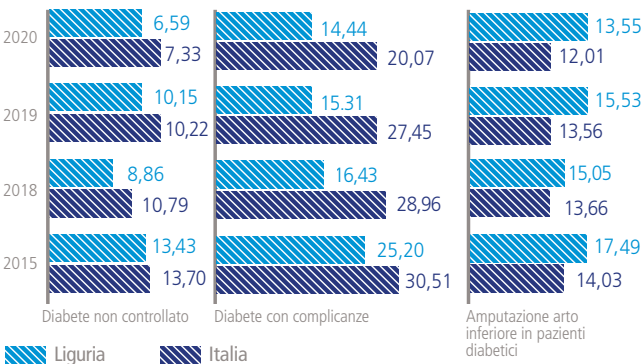


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

Fonte AVQ (ISTAT)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI





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

La Liguria ha recepito il Piano Nazionale sulla malattia diabete con la Legge regionale n. 27 del 9 agosto 2013.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE LIGURIA ATTINENTE AL DIABETE

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

I pazienti hanno **libero accesso** al rimborso della spesa grazie al quadro legislativo nazionale.

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

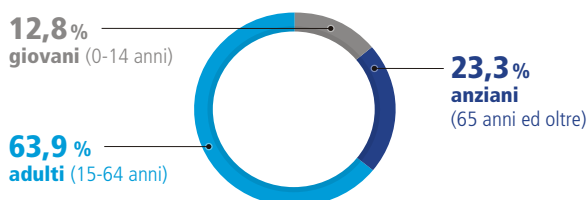
L'impatto del diabete in Lombardia

In Lombardia il 5,9% della popolazione si dichiara affetto da diabete. La Lombardia è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile inferiore alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). Il consumo di farmaci antidiabetici è leggermente in crescita dal 2016 al 2020. Tutti gli indicatori di ospedalizzazione specifici sono peggiori rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è saldamente al di sotto della media nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 587.000

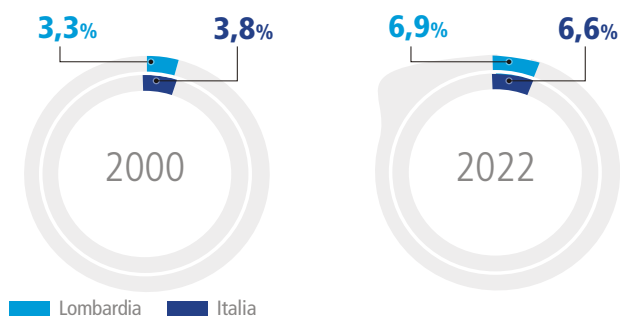
LOMBARDIA 9.976.509 abitanti
Provincia di Milano (MI) 3.228.006 abitanti
MILANO 1.358.420 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023



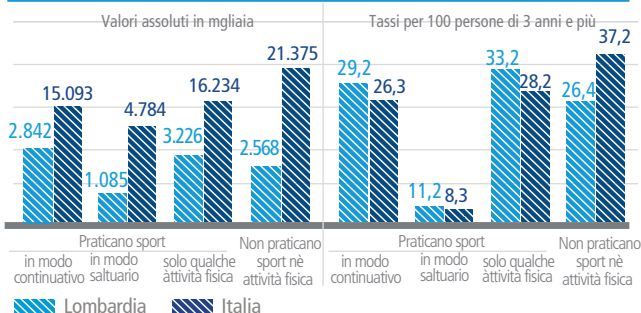
Il dato dell'età media della Lombardia (46,0) è lievemente inferiore a quello medio nazionale (46,4%). La speranza di vita alla nascita per i maschi (81,1) e per le femmine (85,3) è leggermente superiore alla media italiana.

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

Fonte AVQ (ISTAT)



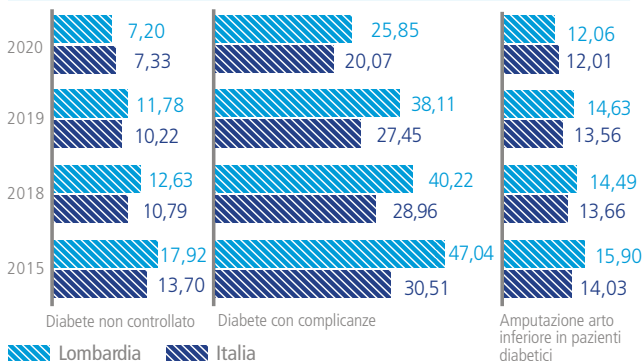
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



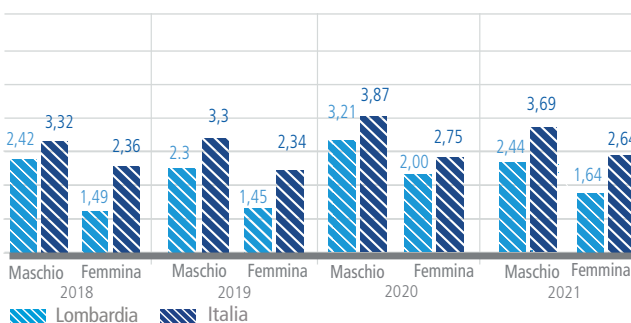
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

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

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE LOMBARDIA ATTINENTE AL DIABETE

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

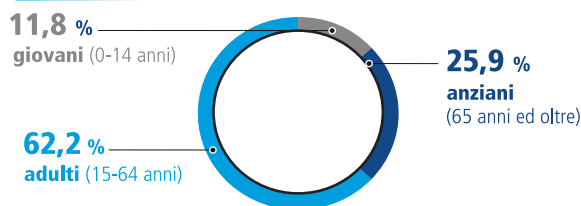
L'impatto del diabete nelle Marche

Il 5,5% della popolazione si dichiara affetto da diabete nelle Marche. La prevalenza del diabete è più bassa della media nazionale, mentre i numeri dell'obesità infantile sono leggermente più alti della media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). Pur in presenza di un consumo di farmaci nettamente inferiore rispetto alla media nazionale, negli ultimi anni si assiste ad un aumento progressivo del dato. I tassi di ospedalizzazione per diabete non controllato e per diabete con complicanze sono molto più bassi rispetto al dato nazionale mentre il tasso di amputazione degli arti inferiori è superiore della media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità risulta in diminuzione per le femmine dal 2017, comunque inferiore rispetto al dato nazionale per entrambi i sessi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 82.000

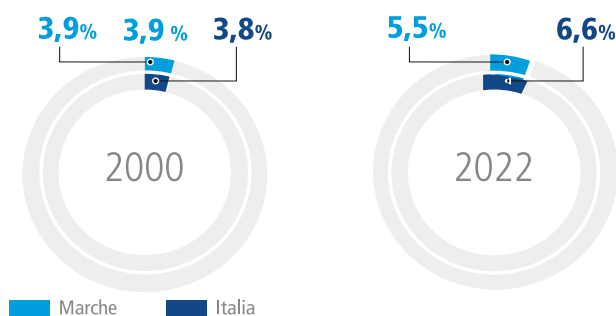
MARCHE 1.484.298 abitanti
Provincia di Ancona (AN) 461.655 abitanti
ANCONA 98.950 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023

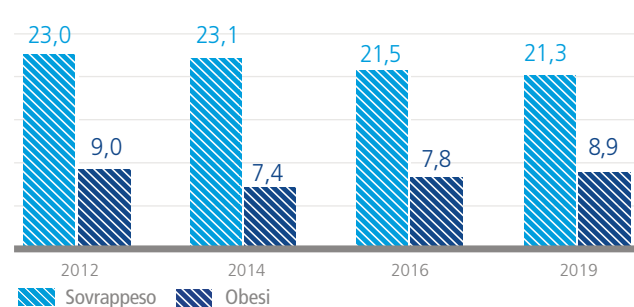


Le Marche presentano una età media (47,5) più alta di quella nazionale (46,4). La speranza di vita alla nascita per i maschi (81,2) e per le femmine (85,4) risultano entrambi i casi più alta della media nazionale, rispettivamente 80,6 e 84,8.

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

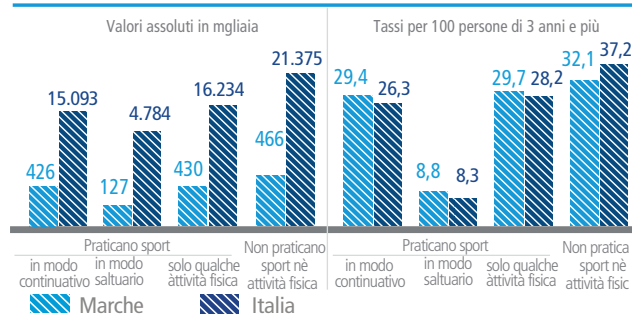


BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

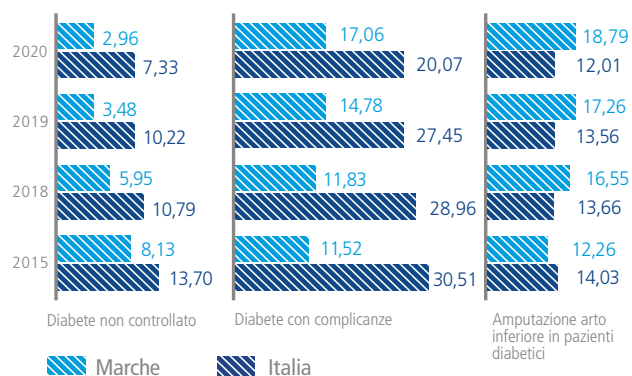
Fonte AVQ (ISTAT)



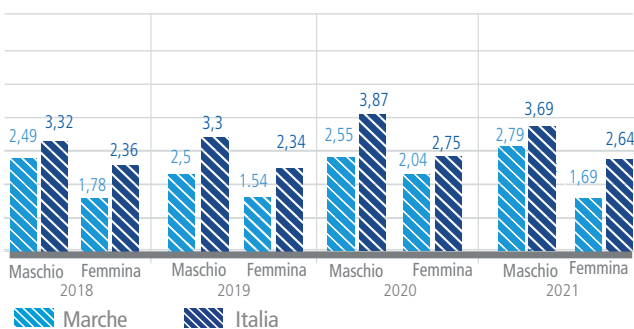
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE MARCHE ATTINENTE AL DIABETE

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

- **DGR 1480 del 28.10.2013** Recepimento PND

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

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

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

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

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

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

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

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

L'impatto del diabete in Molise

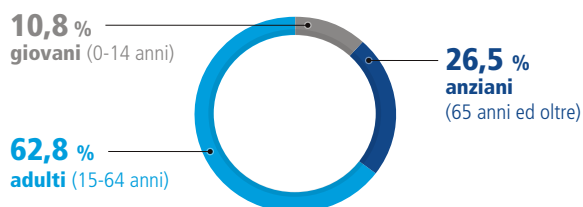
In Molise il 7,5% delle persone si dichiara colpito dal diabete. Il Molise è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile e del diabete superiori alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). Il dato più recente relativo all'ospedalizzazione per amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici si colloca ancora sopra la media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è più basso della media italiana per le femmine, ma più elevato per i maschi. La percentuale delle persone che non praticano sport né attività fisica in Molise è ampiamente al di sopra della media nazionale

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 22.000

MOLISE
Provincia di Campobasso (CB)
CAMPOBASSO

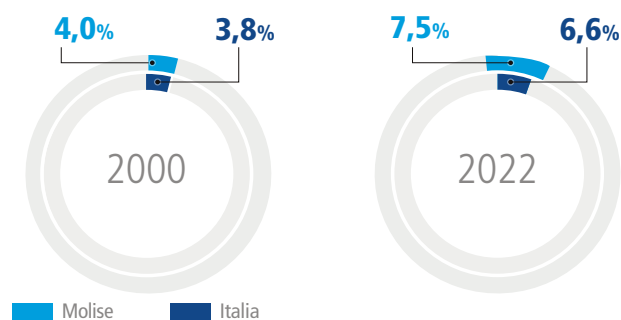
290.636 abitanti
210.724 abitanti
47.313 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023

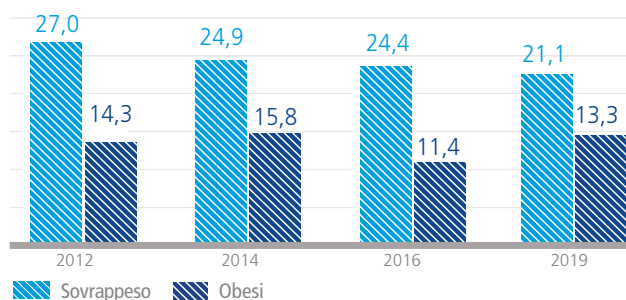


Il Molise presenta una età media (48,0) più alta di quella nazionale (46,4). La speranza di vita alla nascita per i maschi (79,6) e per le femmine (84,4) sono lievemente inferiori alla media italiana.

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

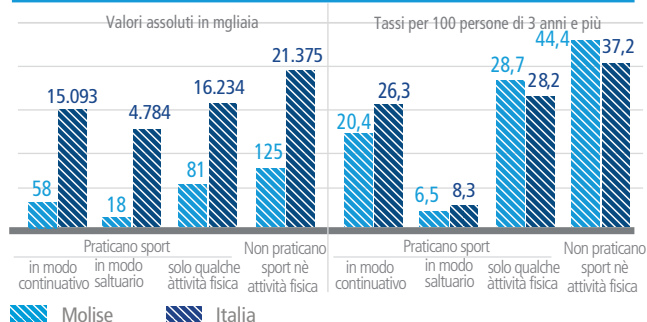


BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

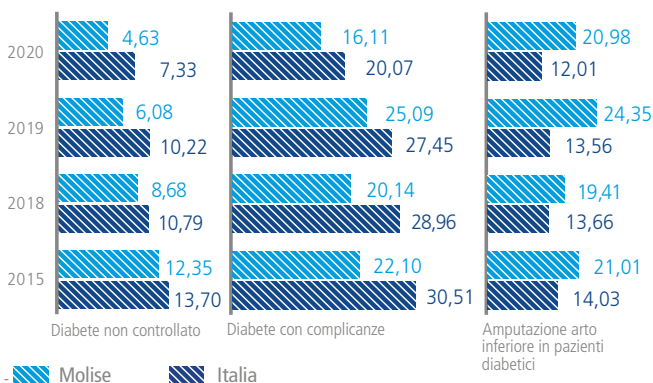
Fonte AVQ (ISTAT)



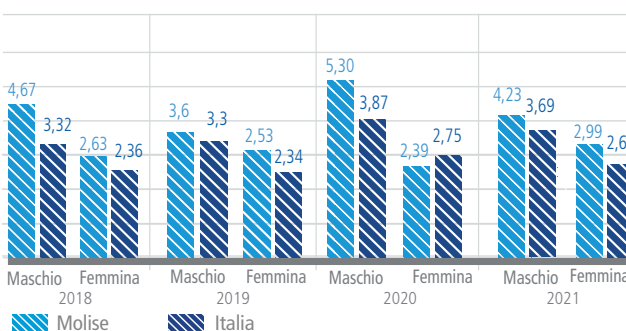
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE MOLISE ATTINENTE AL DIABETE

→ **LR 20 dicembre 1989 n. 25 Norme per l'istituzione e la disciplina dei servizi regionali di diabetologia**

DGR n. 220 10 marzo 2009 Rinnovo comitato regionale diabetologia ai sensi della LR 20.12.1989 n.25

→ **Decreto n.75 del 30 dicembre 2016**

"Attivazione e gestione dei PDTAE. Approvazione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) "Diabete tipo 2"

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

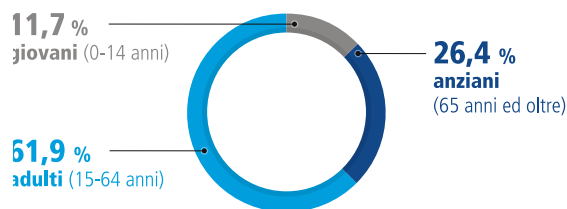
L'impatto del diabete nel Piemonte

7,1 cittadini su 100 si dichiarano affetti da diabete in Piemonte. Il Piemonte è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile inferiore rispetto alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). La prevalenza del diabete nel 2022 è risultata superiore alla media nazionale. Il tasso di ospedalizzazione per diabete non complicato e diabete con complicanze è nettamente inferiore in confronto al dato nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è inferiore al dato nazionale

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 297.000

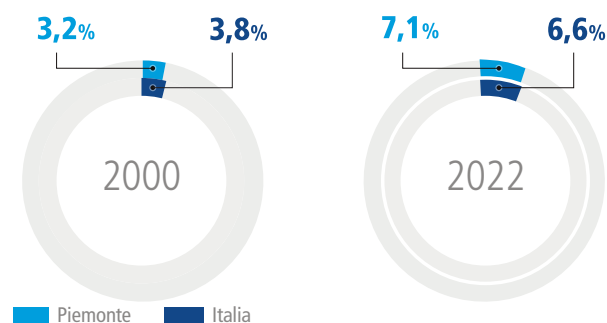
PIEMONTE 4.251.351 abitanti
Provincia di TORINO (TO) 2.204.632 abitanti
TORINO 847.398 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023



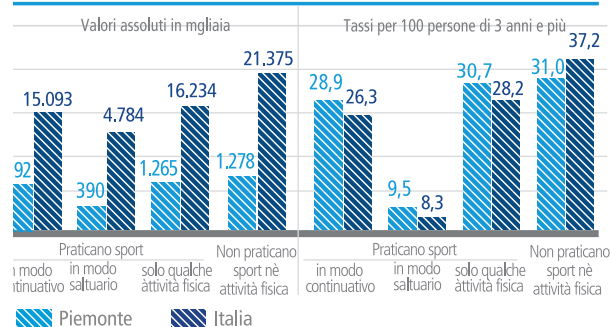
Il Piemonte presenta una età media (47,8) più alta di quella nazionale (46,4), così come la % di soggetti con 65 anni ed oltre. La speranza di vita alla nascita per i maschi (80,4) e le femmine (84,7) è analoga della media italiana (rispettivamente 80,6 e 84,8).

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

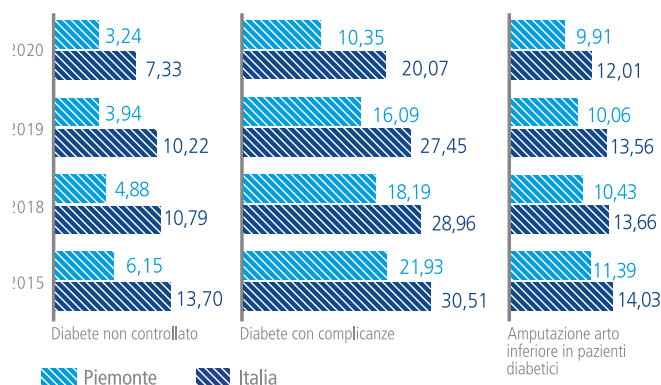


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

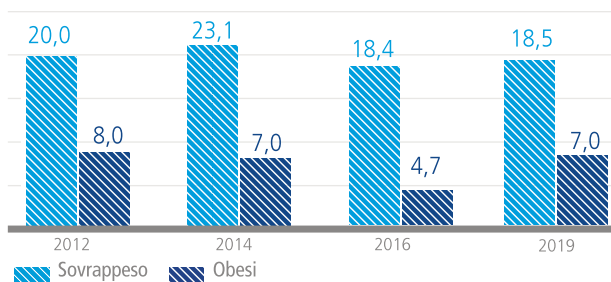
Fonte AVQ (ISTAT)



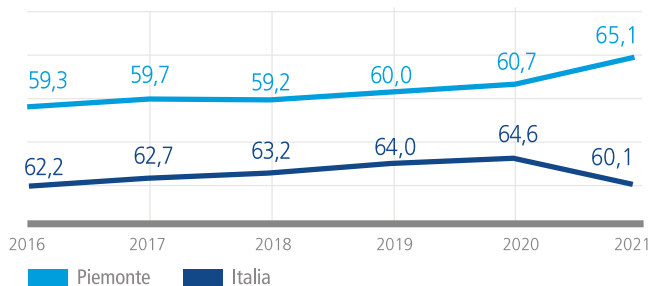
TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



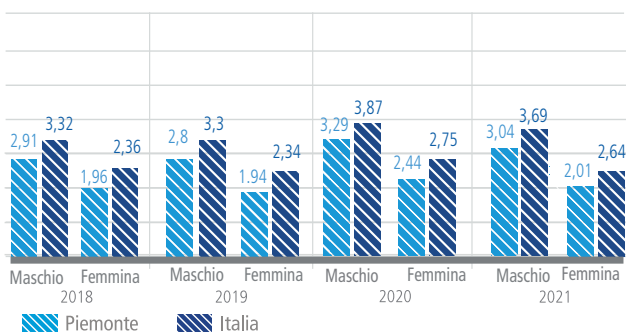
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



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



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE PIEMONTE ATTINENTE AL DIABETE

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

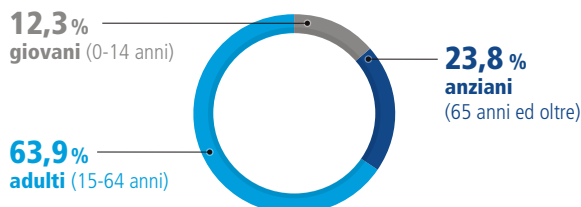
L'impatto del diabete in Puglia

La prevalenza del diabete in Puglia è del 7,6% ed è superiore alla media italiana. La prevalenza di obesità infantile è superiore alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%) Il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze si è ridotto significativamente negli ultimi anni. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete risulta superiore al dato medio nazionale sia per i maschi che per le femmine.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 296.000

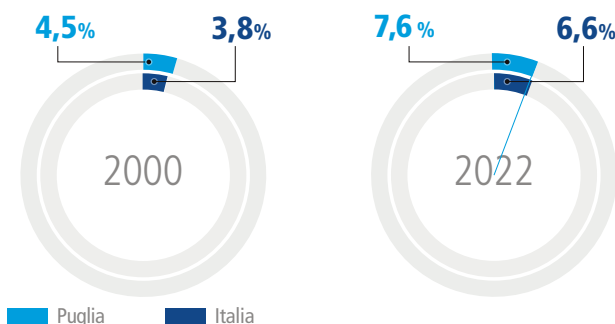
PUGLIA 3.907.683 abitanti
Provincia di Bari (BA) 1.225.048 abitanti
BARI 316.736 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023

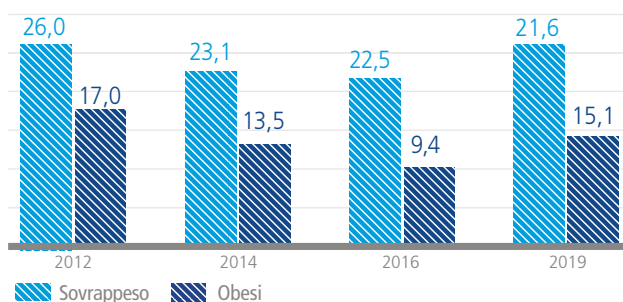


La stima dell'età media in Puglia (46,0) è inferiore a quella nazionale (46,4). La speranza di vita alla nascita per i maschi è pari a 80,6 (contro 80,6 della media nazionale) e per le femmine 84,6 in linea con la media nazionale (84,8). L'aspettativa di vita alla nascita per i maschi è pari a 80,3 anni (contro 80,5 della media nazionale)

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

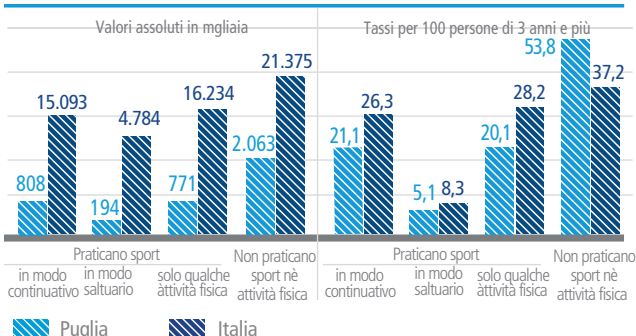


BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)

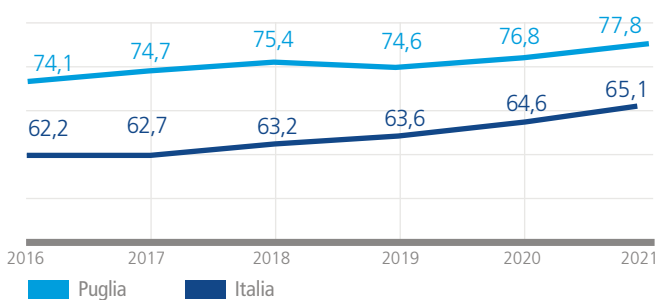


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

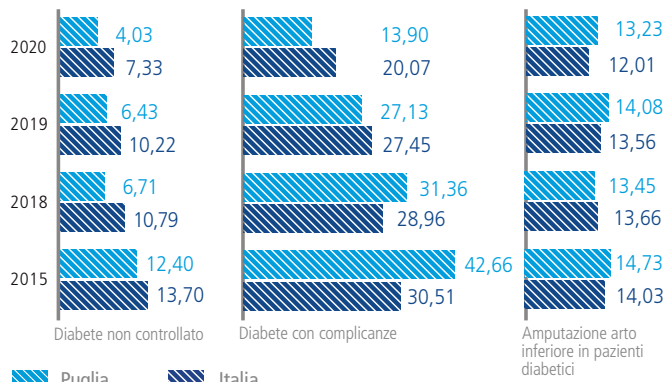
Fonte AVQ (ISTAT)



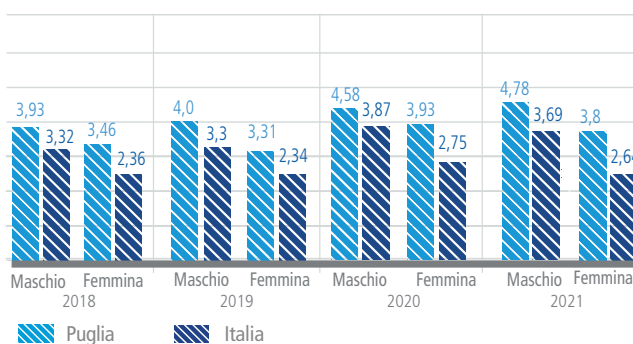
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE PUGLIA ATTINENTE AL DIABETE

- **Deliberazione della Giunta Regionale 10 marzo 2011, n.433** Nuovo modello organizzativo "Day Service" (DGR n. 35 del 27.01.2009 e smi) - Definizione percorsi assistenziali: chirurgia ambulatoriale cataratta e tunnel carpale, follow-up diabete ed ipertensione
- **Deliberazione della Giunta Regionale n.1198 del 6/08/2005** Esenzione dalla spesa farmaceutica
- **Deliberazione della Giunta Regionale n.4623 del 16/05/1988**
- **Piano regionale di Salute 2008-2010 del 30 luglio 2008**
- **DGR 10 marzo 2011 n.433** Nuovo modello organizzativo Day Service
- **Circolare n.AOO/152/2269 del 15 febbraio 2012** Progetto Diabete – modalità operative
- **Delibera del 16 maggio 1988 per l'assistenza ai cittadini affetti da diabete mellito**
- **DGR 31 ottobre 2007 n.44/12** Aumento del numero massimo di strisce per autocontrollo della glicemia concedibili gratuitamente ai pazienti diabetici in età pediatrica e adolescenziale
- **DGR n. 1714/2011 del 25.10.2011** Modalità prescrittive ausili per diabetici
- **Circolare n. AOO/152/2276 del 15 febbraio 2012/2276** Modalità prescrittive ausili per diabetici – Linee guida integrazione
- **D.D. n.319 del 30/11/2018** Approvazione delle linee di indirizzo regionali per la prescrizione di tecnologie per il diabete . Individuazione Centri autorizzati dalla regione alla prescrizione di Tecnologie Complesse per il Diabete .Integrazione determina dirigenziale N.291 del 13/11/2018
- **DRG N° 38 DEL 2018** Linee di indirizzo regionale per la prescrizione di tecnologie per il Diabete

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

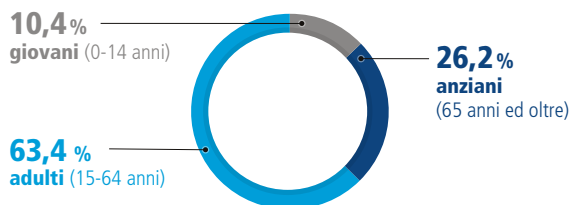
L'impatto del diabete in Sardegna

In Sardegna 6,5 cittadini su 100 si dichiarano diabetici. La Sardegna è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile inferiore alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). Il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato mostra un riscontro di gran lunga superiore rispetto alla media nazionale, mentre è nettamente più bassa l'ospedalizzazione per diabete con complicanze. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete risulta più basso della media nazionale sia per i maschi che per le femmine.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 102.000

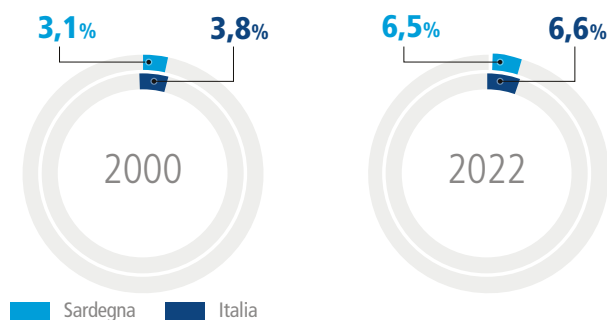
SARDEGNA 1.578.146 abitanti
Provincia di Cagliari (CA) 420.364 abitanti
CAGLIARI 148.296 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023



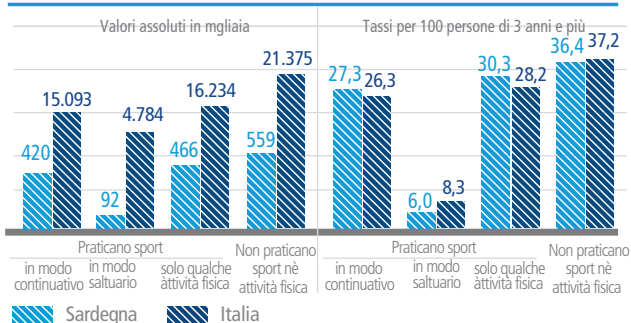
L'età media in Sardegna (48,4) è superiore a quella nazionale (46,4). La speranza di vita alla nascita risulta elevata per le donne (84,6 anni), mentre quella degli uomini si attesta ai 79,6 anni.

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

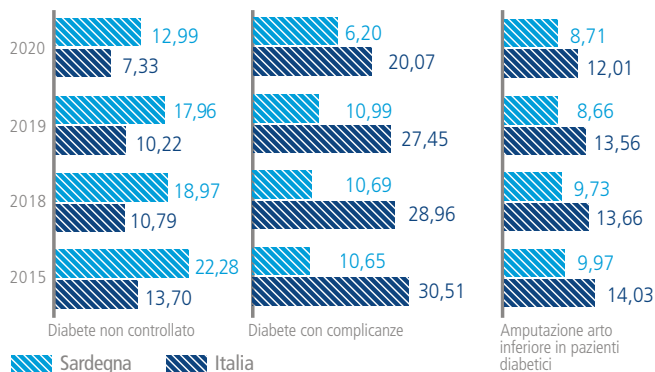


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

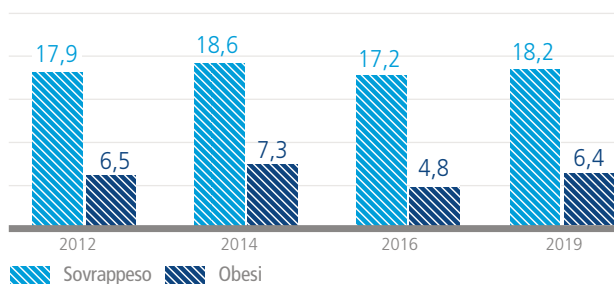
Fonte AVQ (ISTAT)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



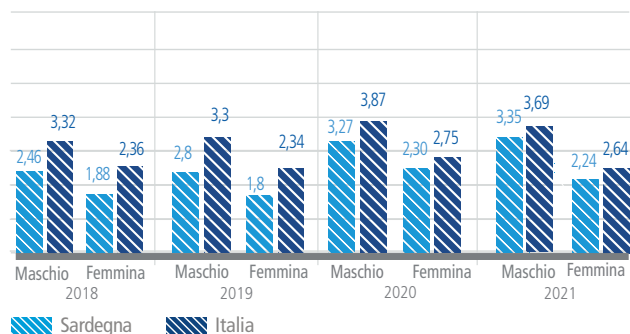
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



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



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE SARDEGNA ATTINENTE AL DIABETE

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

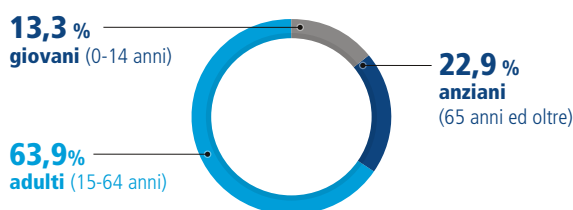
L'impatto del diabete in Sicilia

Il 7,6% della popolazione si dichiara diabetico in Sicilia. La Sicilia è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile e del diabete superiori rispetto alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). Nel 2000 era l'unica regione del Sud con una prevalenza grezza al di sotto della media nazionale il che indica una velocità di crescita della patologia nel successivo decennio particolarmente marcata. La Sicilia conferma di essere tra le regioni con il maggior consumo di farmaci per il diabete, sia pure dopo la Calabria: 85,0 DDD / 1000 abitanti / die. Il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze è inferiore al dato italiano. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è marcatamente superiore al dato nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 365.000

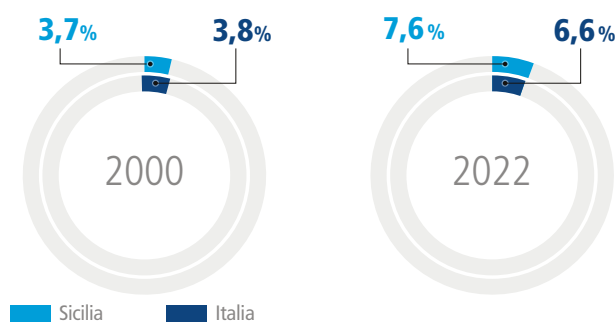
SICILIA 4.814.016 abitanti
Provincia di Palermo (PA) 1.204.189 abitanti
PALERMO 632.499 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023

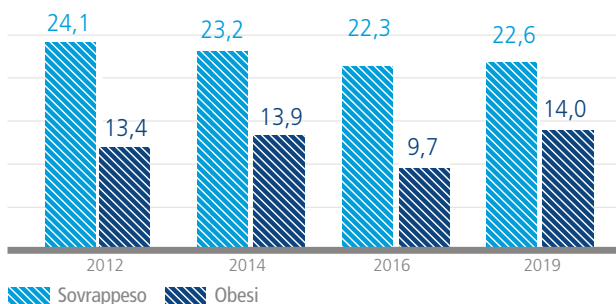


La Sicilia è tra le regioni più giovani d'Italia, con una età media di 45,2 anni (46,4 anni la media nazionale). La speranza di vita alla nascita è di 79,4 anni contro gli 80,6 della media nazionale per i maschi e 83,4 contro 84,8 per le femmine. Il 58,8% dei residenti in Sicilia risulta completamente sedentario, contro un dato medio nazionale del 37,2%.

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

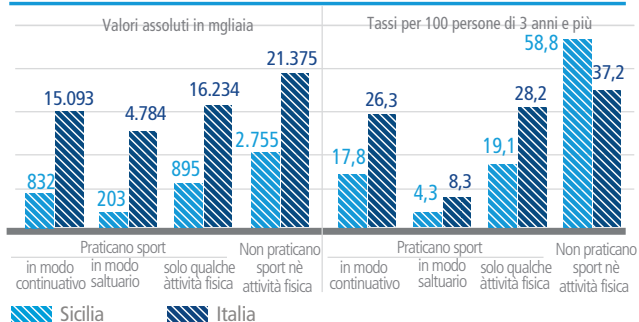


BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)

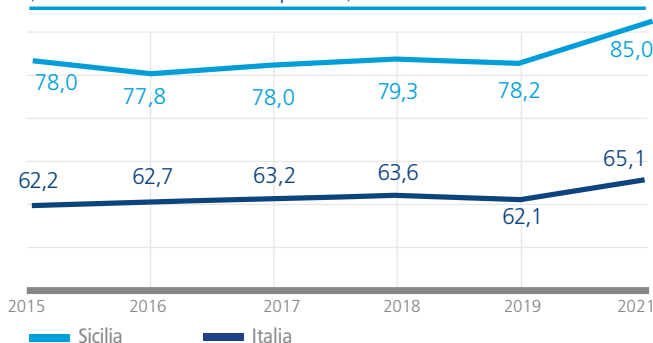


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

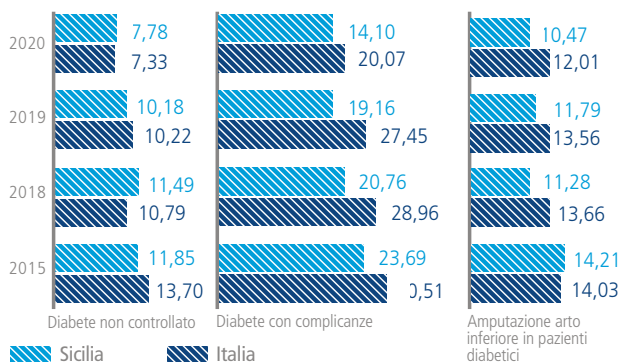
Fonte AVQ (ISTAT)



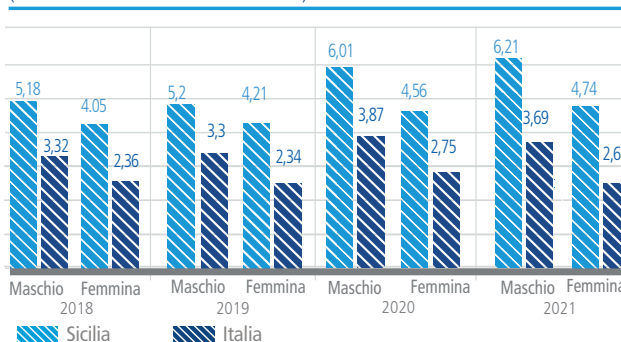
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale. In SICILIA il Piano Nazionale sulla malattia diabete è stato implementato con Decreto dell'assessorato della Salute n°1112 del 10 giugno 2013.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE SICILIA ATTINENTE AL DIABETE

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

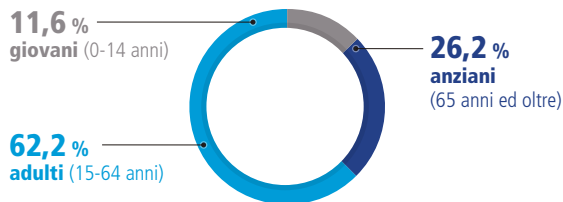
L'impatto del diabete in Toscana

5,6 cittadini su 100 dichiarano di avere il diabete in Toscana. La Toscana è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile inferiore alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). I tassi di ospedalizzazione per diabete non controllato, diabete con complicanze ed amputazione risultano nettamente migliori rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete risulta più basso della media nazionale sia nei maschi che nelle femmine

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 203.000

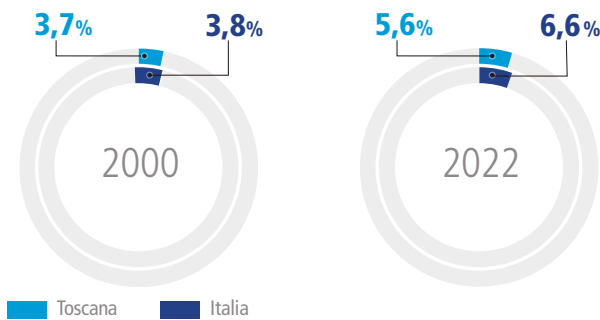
TOSCANA 3.661.981 abitanti
Provincia di Firenze (FI) 988.194 abitanti
FIRENZE 362.742 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023

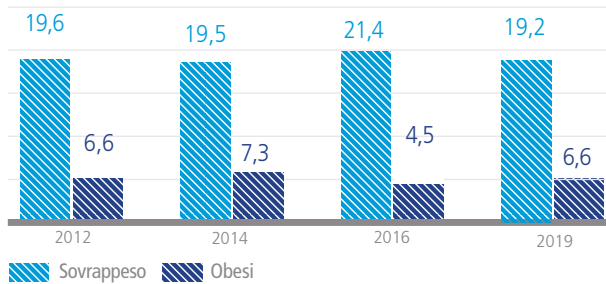


L'età media in Toscana (47,9) è superiore a quella nazionale (46,4). La speranza di vita alla nascita per i maschi (81,3) e per le femmine (85,4) è più alta della media nazionale (80,6 anni per i maschi e 84,8 anni per le femmine).

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

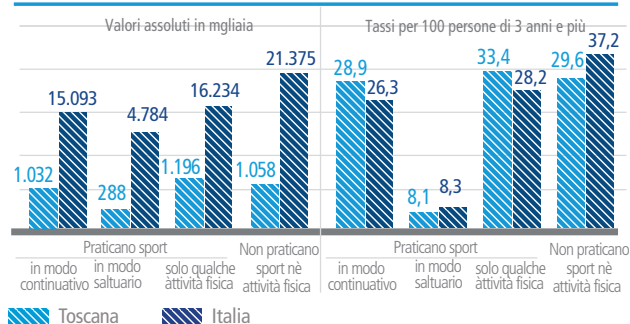


BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

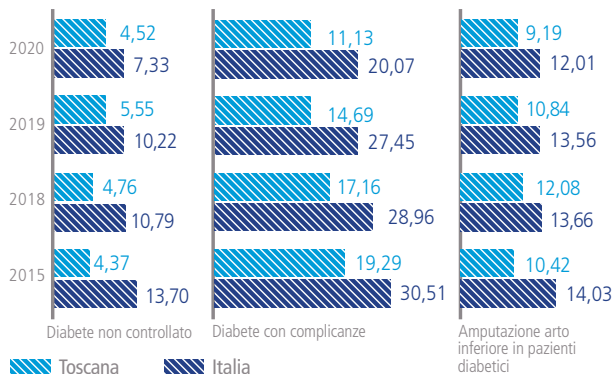
Fonte AVQ (ISTAT)



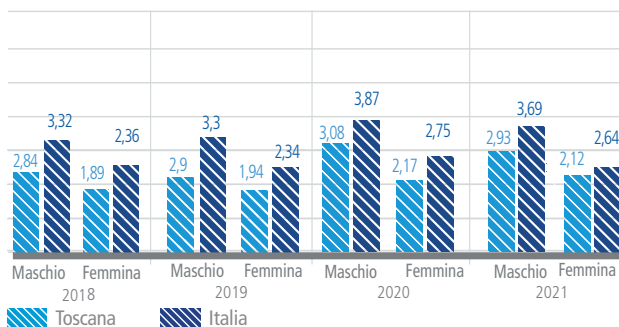
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





Nel 2013 il governo ha approvato un Piano Nazionale sulla malattia diabete (PND) che definisce obiettivi, strategie, linee guida e priorità. Il Piano Nazionale si concentra sulla prevenzione, la diagnosi precoce, la patologia e la gestione delle complicanze, e il miglioramento dei risultati, attraverso l'adozione di programmi di gestione integrata delle malattie a livello regionale.
In TOSCANA il Piano Nazionale è stato recepito il 29 settembre 2014 dalla Giunta Regionale.

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE TOSCANA ATTINENTE AL DIABETE

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

segue →

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

ACCESSO ALLE CURE

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

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020



L'impatto del diabete nel Trentino

Provincia Autonoma
Trento

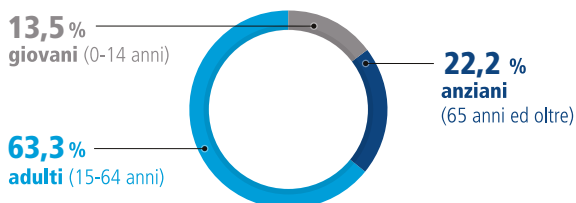
Nella P.A. di Trento il 5,9% della popolazione è affetto da diabete. I dati sulla prevalenza del diabete e dell'obesità infantile in questa Provincia Autonoma sono entrambi significativamente più bassi della media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). I tassi di ospedalizzazione per diabete non controllato e diabete con complicanze sono superiori al dato nazionale. I tassi standardizzati di mortalità per diabete sono marcatamente più bassi del dato medio nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 32.000

**P. A. TRENTO (TN)
TRENTO**

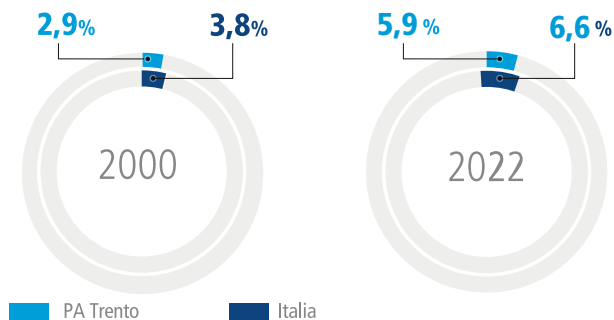
**542.996 abitanti
118.277 abitanti**

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023



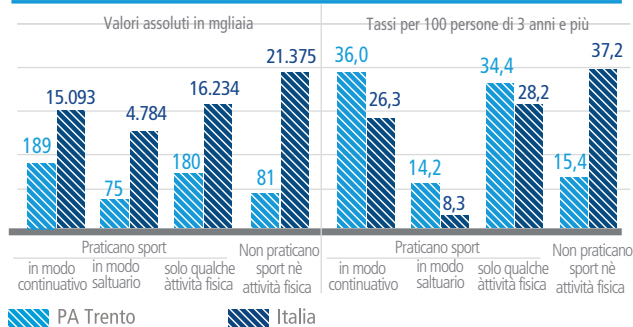
La % di soggetti che pratica sport in maniera continuativa o saltuaria è più alta della media nazionale. La mortalità per diabete è tra le più basse d'Italia, sia per i maschi che per le femmine. La speranza di vita alla nascita per le donne è la più elevata in Italia (86,3) e anche per gli uomini si attesta a valori elevati (82,1).

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

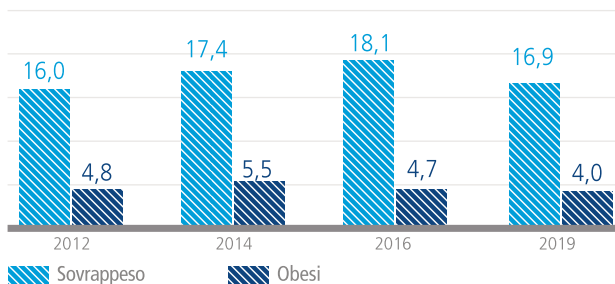


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

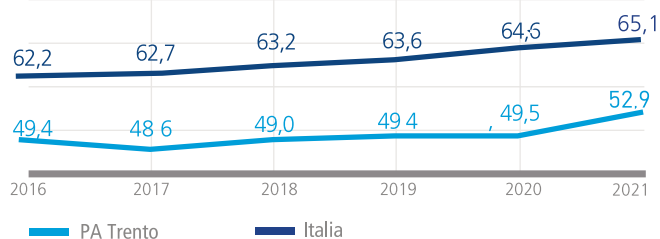
Fonte AVQ (ISTAT)



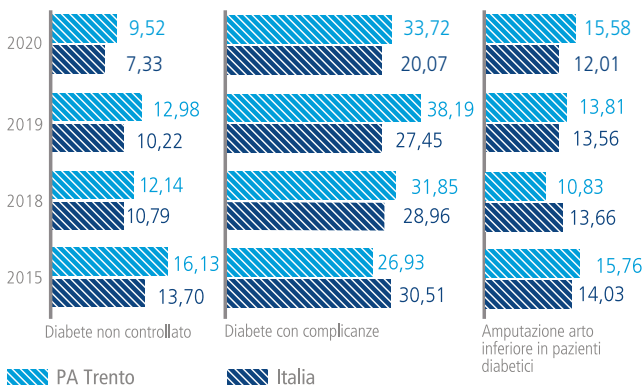
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



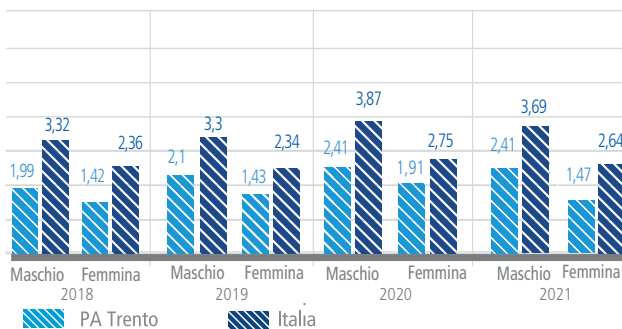
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

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

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

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

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

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

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

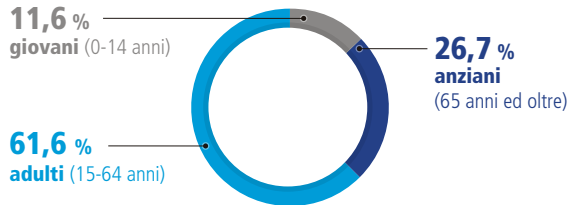
L'impatto del diabete in Umbria

Il 7,0% degli umbri si dichiara affetto da diabete. La prevalenza dell'obesità infantile è superiore alla media nazionale. I tassi di ricovero per amputazione e per complicanze da diabete sono migliori rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è in crescita dal 2016 fra maschi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 60.000

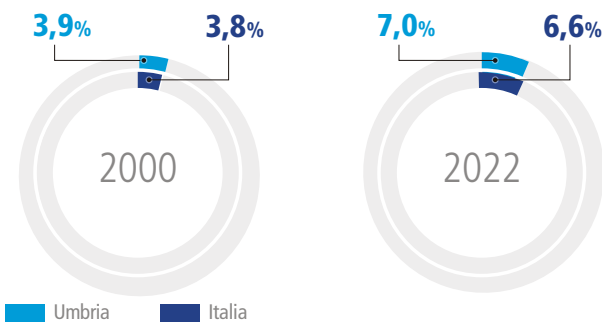
UMBRIA 856.407 abitanti
Provincia di Perugia (PG) 639.224 abitanti
PERUGIA 162.367 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023

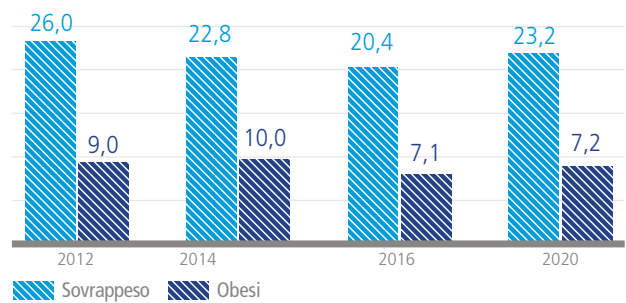


L'Umbria presenta un'età media superiore alla media nazionale (48 contro il 46,4). Sia la speranza di vita dei maschi che quella delle femmine sono superiori alla media italiana (rispettivamente per i maschi 81,2 contro 80,6 e per le femmine è pari a 85,4 contro 84,8).

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

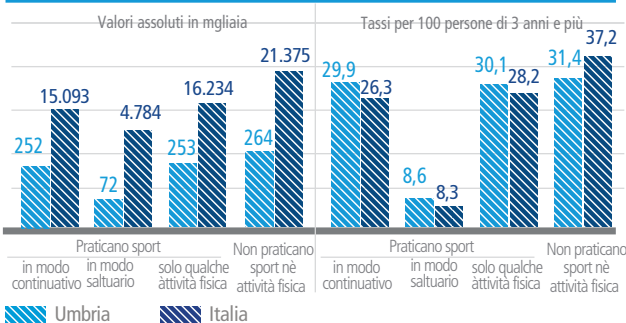


BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)

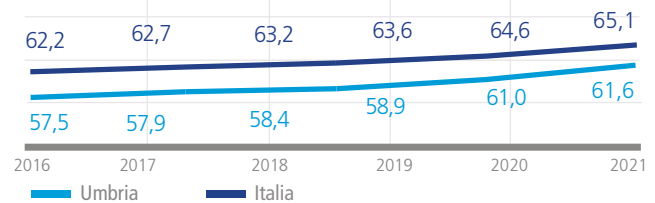


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

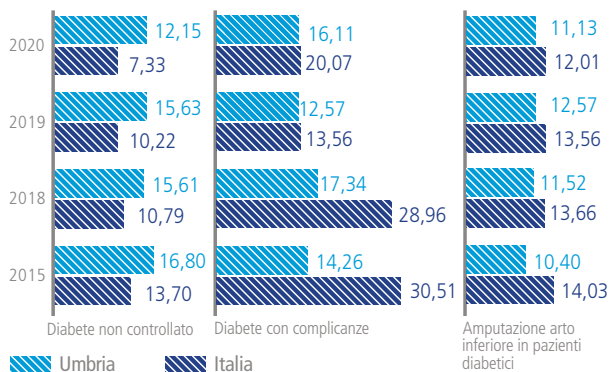
Fonte AVQ (ISTAT)



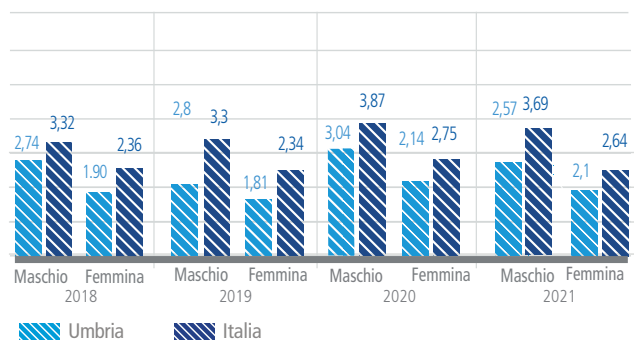
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1.000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE UMBRIA ATTINENTE AL DIABETE

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

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

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

L'impatto del diabete in Valle d'Aosta

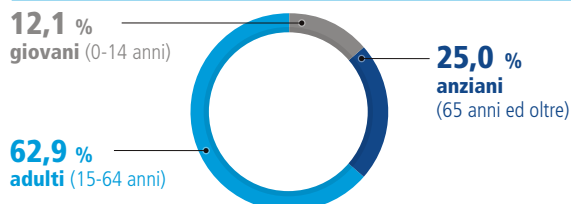
4,8 cittadini su 100 si dichiarano affetti da diabete in Valle d'Aosta. La Valle d'Aosta è una regione con una prevalenza dell'obesità e del diabete inferiori alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è migliore nelle femmine, ma in entrambi i sessi i valori sono ben al di sotto della media nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 6.000

Provincia di Aosta (AO) AOSTA

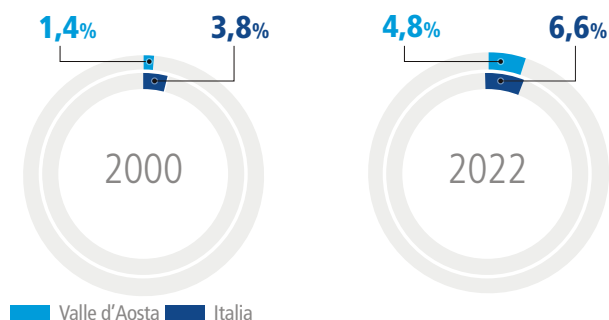
123.130 abitanti
33.154 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023

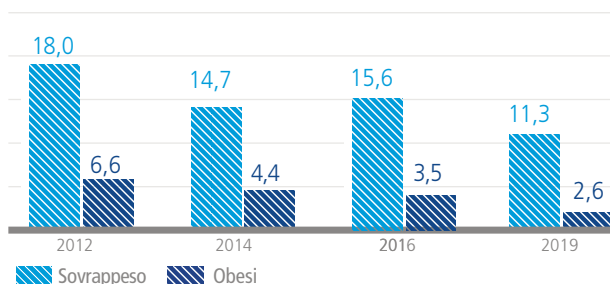


La Valle d'Aosta presenta un'età media superiore alla media nazionale (47,1 contro 46,4). La speranza di vita dei maschi è inferiore alla media italiana (80,5 contro 80,6), mentre per le femmine è pari a 84,2 contro 84,8. Solo il 21,1% della popolazione risulta sedentaria, contro una media nazionale del 37,2%.

PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE

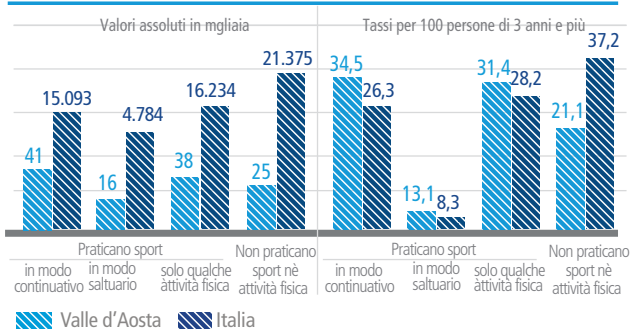


BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

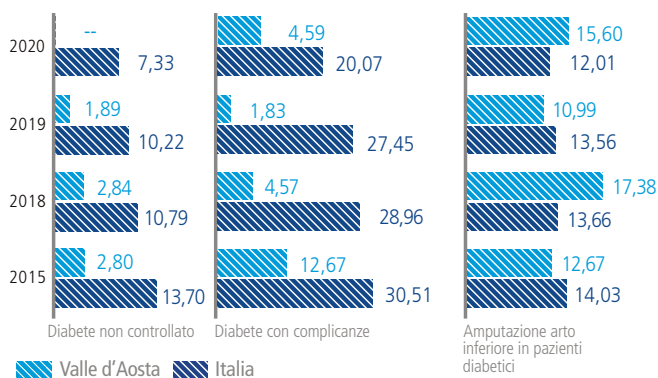
Fonte AVQ (ISTAT)



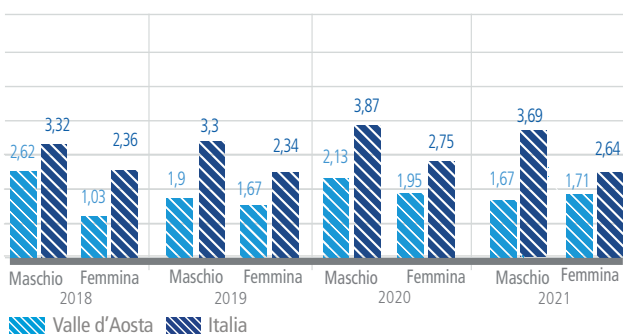
CONSUMO DI FARMACI ANTIDIABETICI (DDD/1000 abitanti/die pesate)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE VALLE D'AOSTA ATTINENTE AL DIABETE

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

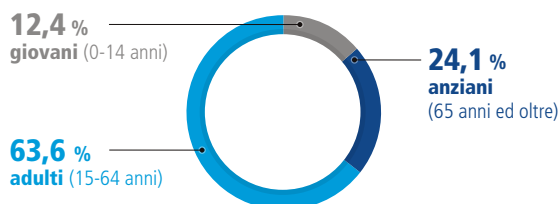
L'impatto del diabete nel Veneto

In Veneto il 5,7% della popolazione si dichiara affetto da diabete. Il Veneto è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile e del diabete inferiori alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). I tassi di ospedalizzazione per diabete non controllato e per diabete con complicanze, così come i ricoveri per amputazione, mostrano dati peggiori rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è inferiore alla media nazionale per entrambi i sessi.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 273.000

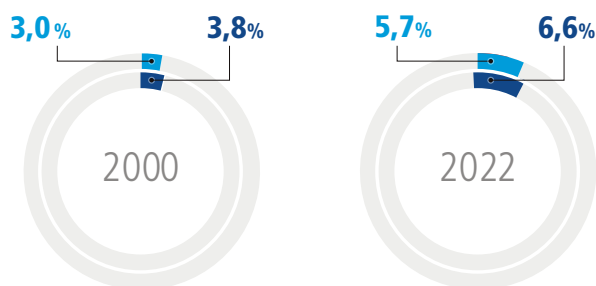
VENETO 4.849.553 abitanti
Provincia di Venezia (VE) 835.895 abitanti
VENEZIA 250.913 abitanti

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE 2023



L'età media in Veneto (46,6) è leggermente superiore a quella nazionale (46,4). La speranza di vita per i maschi (81,3) e le femmine (85,6) è anch'essa superiore alla media italiana (rispettivamente 80,5, e 84,8).

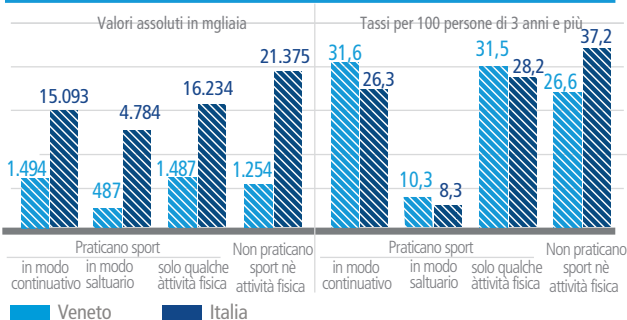
PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE



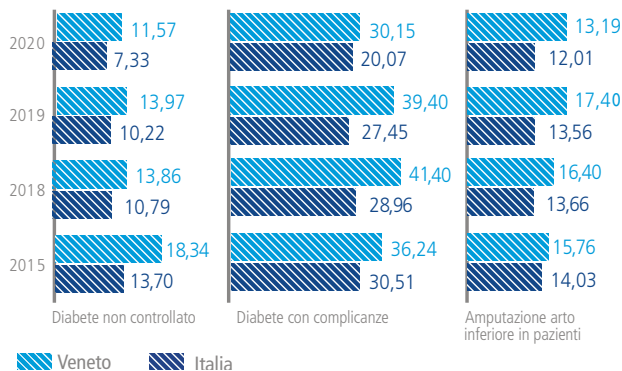
■ Veneto ■ Italia

PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

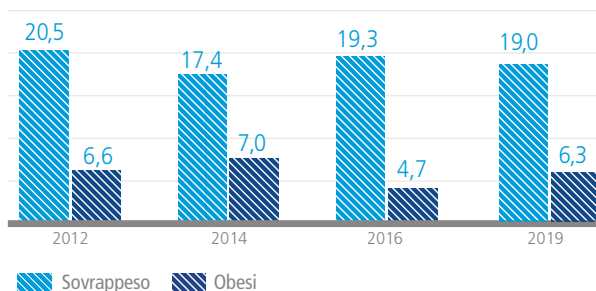
FonTE AVQ (ISTAT)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



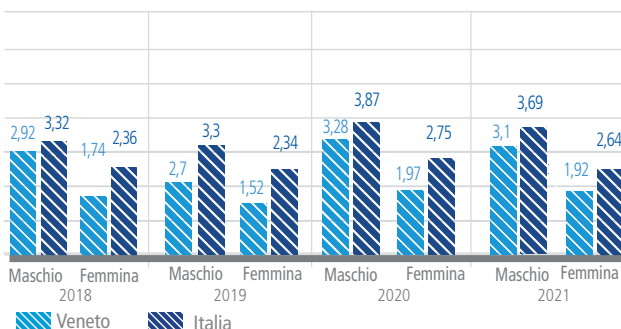
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)



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



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)





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

LEGISLAZIONE DELLA REGIONE VENETO ATTINENTE AL DIABETE

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

ASSOCIAZIONI E MANIFESTO DEI DIRITTI DELLA PERSONA CON DIABETE

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

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

ACCESSO ALLE CURE

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

Fonti:

ISTAT annuario statistico 2023
ISTAT indicatori demografici 2022-2023
ISTAT attività fisica 2022
Okkio alla salute Report regionali 2019
Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2020
L'uso dei farmaci in Italia OSMED 2020
Italian Barometer Diabetes Observatory 2013
Il Manifesto dei diritti e dei doveri della persona con diabete - collana UTI 2020

La mortalità per diabete per province

Roberta Crialesi, Francesco Grippo, Marilena Pappagallo
Istat

Il diabete, responsabile di oltre il 3% dei decessi in Italia, è una delle principali cause di morte soprattutto nella popolazione più anziana. Infatti, quasi l'80% dei decessi si verificano al di sopra dei 75 anni di età. La mortalità per questa causa è caratterizzata da importanti differenze di genere, territoriali e socioeconomiche che si sono accentuate durante la pandemia di COVID-19.

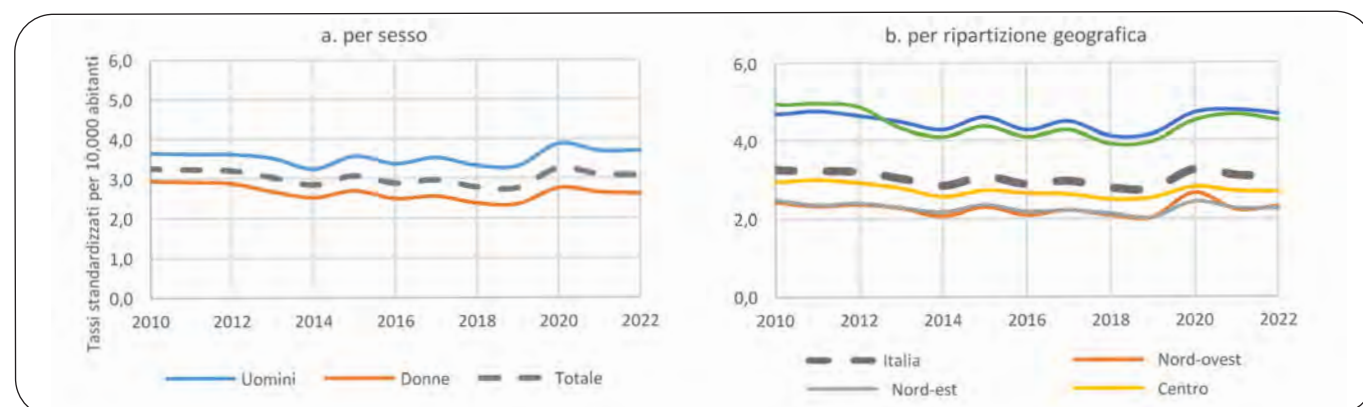
Negli ultimi dieci anni i decessi per diabete¹ sono aumentati, passando dai 21.536 registrati nel 2012 a 24.969 del 2022 (+11,3%). L'aumento dei decessi è in gran parte un effetto dell'invecchiamento della popolazione; infatti, il tasso standardizzato, che consente di analizzare le differenze di mortalità al netto delle variazioni di età delle popolazioni², mostra nel 2022 un valore di 3,1 decessi per 10.000 abitanti, molto simile a 3,2 osservato nel 2012. Tuttavia, in questo periodo i livelli di mortalità non si sono mantenuti costanti: tra il 2012 e il 2014 si assiste ad un calo seguito da incrementi in alcuni anni, in particolare nel 2015 e nel 2017, anni particolarmente critici per le ondate di calore eccessivo (2015) e le epidemie influenzali particolarmente virulente (2015 e 2017). Nel 2019 si raggiunge un valore di 2,8 decessi per 10.000, ma nel 2020 si ha un deciso aumento che solo in minima parte è stato

recuperato negli anni successivi, lasciando i livelli di mortalità per diabete del 2022 più elevati di quelli precedenti la pandemia (+7% nel 2022 rispetto al 2019).

Le donne mostrano livelli di mortalità per diabete sempre inferiori a quelli degli uomini e, tra il 2012 e il 2022, il divario di genere è aumentato in quanto la mortalità si è ridotta nelle donne ma non negli uomini (Figura 1a). Il tasso femminile è passato, infatti, da 2,9 decessi per 10.000 nel 2012 a 2,6 nel 2022 (-9,3%), mentre nello stesso periodo quello degli uomini è lievemente aumentato passando 3,6 a 3,7.

È rimasto invece sostanzialmente invariato nel tempo il gradiente territoriale, con tassi di mortalità standardizzati più elevati al Sud (4,7 per 10.000 nel 2022) e nelle Isole (4,5) e più bassi al Centro (2,7), nel Nord-est (2,2) e nel Nord-ovest (2,3) (Figura 1b). Nel 2020 si sono osservati aumenti di mortalità in tutte le ripartizioni territoriali, particolarmente nel Nord-ovest, area colpita violentemente dalla pandemia. Nel 2021 la mortalità per diabete scende notevolmente nel Centro-nord, mentre continua ad aumentare nel Sud e nelle Isole. Nel 2022 non ci sono variazioni rispetto all'anno precedente in nessuna ripartizione.

Figura 1. Mortalità per diabete in Italia. Anni 2010-2022, tassi standardizzati per 10.000 residenti



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

¹ Qui ci si riferisce ai decessi in cui il diabete è la causa iniziale di morte, ovvero la causa direttamente responsabile del decesso; secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità la causa iniziale di morte "è la malattia o l'evento esterno che ha avviato la sequenza di eventi che ha condotto direttamente a morte".

² I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione europea (Eurostat 2013).

Mortalità evitabile per diabete: divari regionali e il confronto con l'Europa

Per i confronti tra le regioni e i Paesi europei, in questo paragrafo si farà riferimento al tasso di mortalità evitabile per diabete, un indicatore che considera i decessi per diabete che si verificano prima dei 75 anni. Questi decessi sono considerati evitabili in quanto avvengono prematuramente e perché il diabete è una malattia prevenibile adottando una corretta alimentazione e uno stile di vita sano (nel caso del diabete di tipo 2) e trattabile con gli attuali interventi sanitari. Il tasso di mortalità evitabile per diabete ha un valore, nel 2022, di 0,75 decessi per 10.000 abitanti con meno di 75 anni e negli uomini è il doppio di quello delle donne (1,04 contro 0,50).

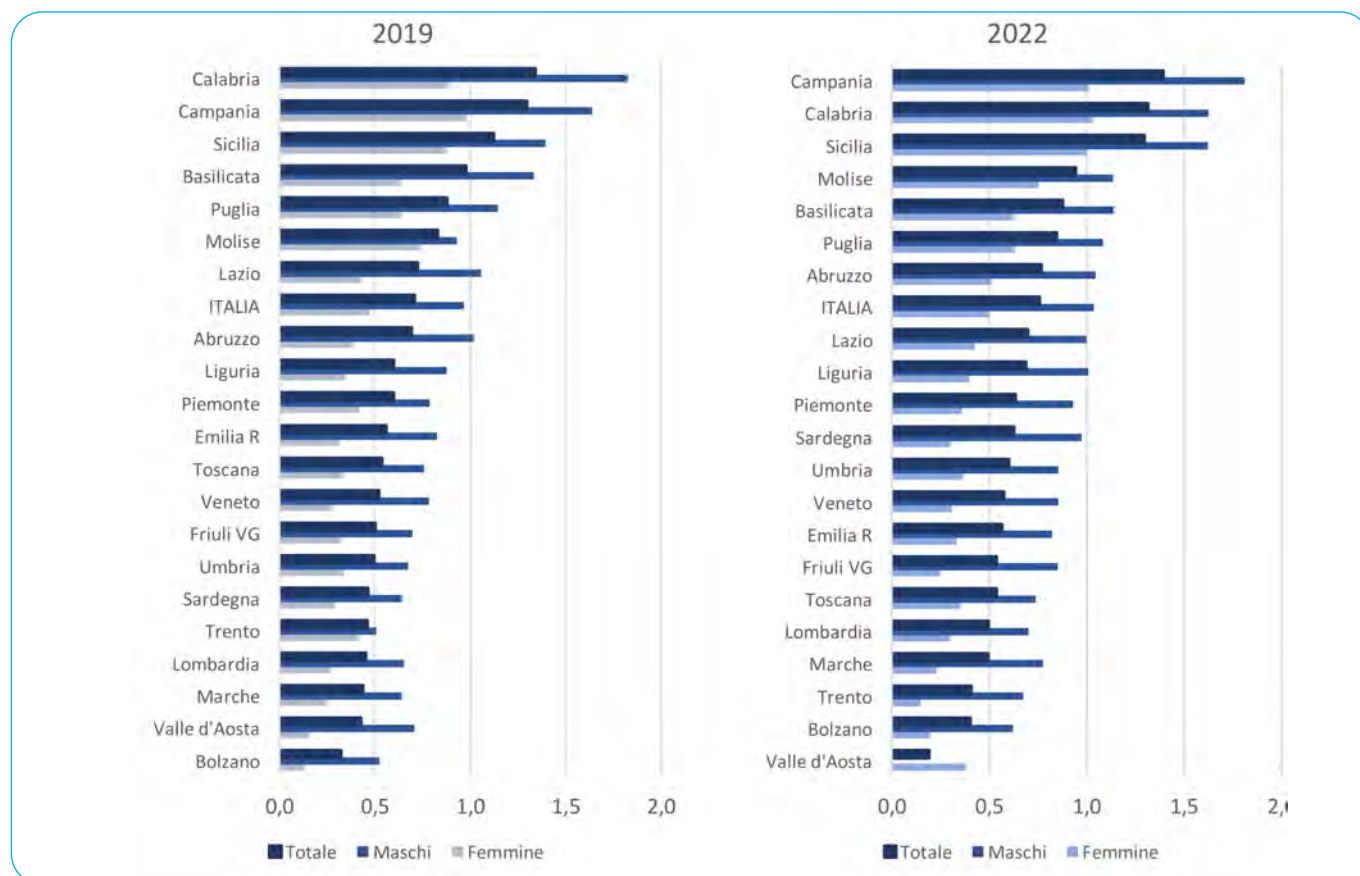
Considerando uomini e donne insieme, Campania (1,39), Calabria (1,31) e Sicilia (1,29) presentano i valori dei tassi più elevati, quasi doppi rispetto a quelli nazionali, mentre quelli più bassi si osservano in Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento, Mar-

che e Lombardia con valori inferiori a 0,5 decessi per 10.000.

I tassi del 2022 risultano più elevati di quelli pre-pandemici in molte regioni italiane: per gli uomini, si registrano aumenti nelle regioni del Nord, mentre tra le donne gli aumenti si osservano in quasi tutto il Centro-sud, con l'eccezione di Sardegna Puglia e Basilicata (Figura 2).

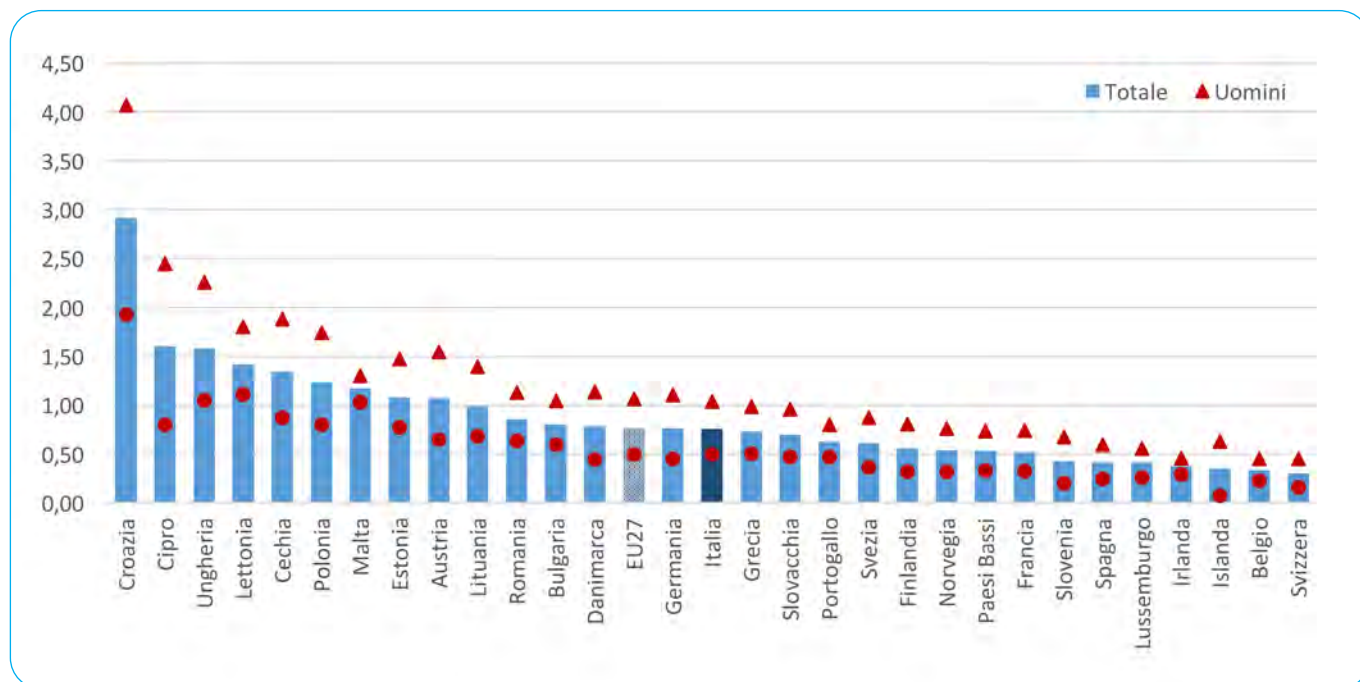
Il confronto del tasso di mortalità evitabile per diabete italiano con quello degli altri Paesi Europei (Figura 3), mostra che gli under-75 italiani hanno un valore del tasso molto simile a quello medio europeo, lievemente al di sopra della media per gli uomini e lievemente al di sotto per le donne. Tra i Paesi a più bassa mortalità compaiono Slovenia, Spagna, Lussemburgo, Irlanda, Islanda, Belgio, e Svizzera con tassi inferiori a 0,5 decessi per 10.000 che si raggiungono in Italia solo in Lombardia, Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige. All'opposto, i Paesi con i livelli più elevati sono Croazia, Cipro, Ungheria con tassi superiori a 1,5 per 10.000, superati, in Italia, da Campania, Calabria e Sicilia.

Figura 2. Mortalità per diabete al di sotto di 75 anni di età (mortalità evitabile per diabete) per regione di residenza e 2019 e 2022, tassi standardizzati per 10.000 residenti



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

Figura 3. Mortalità per diabete al di sotto di 75 anni di età (mortalità evitabile per diabete) per i Paesi Europei e per l'EU27. Anno 2022, tassi standardizzati per 10.000 residenti



Fonte: Eurostat

Mortalità per diabete nelle province

L'analisi dei dati di mortalità per diabete a livello provinciale evidenzia una spiccata variabilità nel territorio sia per incidenza dei decessi per diabete rispetto a quelli per tutte le cause, sia per numero rispetto alla popolazione residente (tasso grezzo per 10.000 riferito a tutta la popolazione residente, Prospetto 1).

In generale, entrambi gli indicatori presi in considerazione mostrano una tendenza a crescere passando dalle aree settentrionali a quelle meridionali del Paese, ma si rilevano delle specificità in corrispondenza di alcune province. Nelle regioni del Centro-nord si riscontra una maggiore eterogeneità intra-regionale dei tassi, viceversa le regioni del Meridione, dove si hanno tassi più elevati, sono caratterizzate da una maggiore omogeneità. In Veneto, ad esempio, dove il tasso medio è di 3,2 decessi per 10.000, inferiore a quello medio italiano di 4,2, si passa dal valore di 2,6 riscontrato in provincia di Treviso a 5,9 di Rovigo. Grande variabilità si ha anche in Liguria dove si passa da 4,1 di La Spezia a 7,7 di Imperia. Per le regioni Centro-meridionali, si riscontrano variazioni intra-regio-

nali nel Lazio, soprattutto per gli uomini, per i quali il tasso oscilla tra 3,4 di Roma e 7,7 di Rieti. La minore variazione intra-regionale si riscontra, invece in Campania, dove il tasso medio è di 6,0 con un piccolo intervallo di variazione, si passa, infatti, da 5,7 a Napoli a 6,4 di Avelino, le altre province della Regione si collocano su un livello di 6,3.

Complessivamente, le donne hanno un tasso grezzo mediamente più elevato (4,2 per 10.000 vs. 3,9 per il totale Italia) di quello maschile. Questo si verifica su tutto il territorio nazionale, in particolare nelle province e regioni del Centro-nord. Tuttavia questa differenza dipende in gran parte dalla diversa struttura per età della popolazione maschile rispetto a quella femminile, quest'ultima mediamente più anziana grazie alla maggiore sopravvivenza delle donne.

Prospetto 1. Mortalità per diabete per provincia di residenza e sesso. Anno 2022 (a)

	Uomini			Donne			Totale		
	decessi	% sul totale dei decessi	tasso grezzo per 10.000 residenti	decessi	% sul totale dei decessi	tasso grezzo per 10.000 residenti	decessi	% sul totale dei decessi	tasso grezzo per 10.000 residenti
Italia	11.541	3,4	4,0	13.331	3,6	4,4	24.872	3,5	4,2
Nord-ovest	2.502	2,7	3,2	2.726	2,6	3,4	5.228	2,7	3,3
Piemonte	770	2,7	3,7	829	2,7	3,8	1.599	2,7	3,8
Torino	359	2,5	3,4	369	2,4	3,3	728	2,5	3,3
Vercelli	36	3,1	4,4	33	2,4	3,9	69	2,7	4,2
Novara	82	3,7	4,6	62	2,5	3,3	144	3,1	4,0
Cuneo	99	2,7	3,4	133	3,4	4,5	232	3,1	4,0
Asti	41	2,8	4,0	47	2,9	4,4	88	2,8	4,2
Alessandria	77	2,4	3,9	93	2,7	4,5	170	2,6	4,2
Biella	37	3,0	4,5	51	3,6	5,8	88	3,3	5,2
Verbano-Cusio-Ossola	39	3,7	5,2	41	3,4	5,2	80	3,6	5,2
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	12	1,7	2,0	17	2,1	2,7	29	1,9	2,4
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	12	1,7	2,0	17	2,1	2,7	29	1,9	2,4
Liguria	347	3,1	4,8	407	3,2	5,2	754	3,2	5,0
Imperia	77	4,8	7,6	83	4,7	7,7	160	4,7	7,7
Savona	53	2,7	4,1	75	3,2	5,4	128	3,0	4,8
Genova	178	3,0	4,6	200	2,8	4,7	378	2,9	4,6
La Spezia	39	2,5	3,7	49	2,9	4,4	88	2,7	4,1
Lombardia	1.373	2,6	2,8	1.473	2,5	2,9	2.846	2,6	2,9
Varese	125	2,5	2,9	154	2,9	3,4	279	2,7	3,2
Como	94	2,9	3,2	108	3,1	3,6	202	3,0	3,4
Sondrio	34	3,3	3,9	31	2,8	3,4	65	3,0	3,6
Milano	438	2,6	2,8	440	2,4	2,7	878	2,5	2,7
Bergamo	147	2,7	2,7	149	2,5	2,7	296	2,6	2,7
Brescia	135	2,2	2,2	159	2,3	2,5	294	2,3	2,3
Pavia	93	2,7	3,5	108	2,6	4,0	201	2,7	3,8
Cremona	55	2,6	3,2	53	2,3	3,0	108	2,4	3,1
Mantova	76	3,2	3,8	79	2,9	3,9	155	3,1	3,8
Lecco	52	2,8	3,2	47	2,4	2,8	99	2,6	3,0
Lodi	30	2,6	2,7	24	1,8	2,1	54	2,2	2,4
Monza e della Brianza	94	2,2	2,2	121	2,5	2,7	215	2,3	2,5
Nord-est	1.782	2,7	3,2	1.913	2,7	3,3	3.695	2,7	3,2
Trentino Alto Adige / Südtirol	117	2,3	2,2	118	2,2	2,2	235	2,2	2,2
Bolzano / Bozen	47	1,8	1,8	53	2,0	2,0	100	1,9	1,9
Trento	70	2,7	2,6	65	2,3	2,4	135	2,5	2,5
Veneto	764	2,9	3,2	796	2,8	3,2	1.560	2,8	3,2
Verona	135	2,7	3,0	118	2,4	2,5	253	2,5	2,7
Vicenza	126	2,8	3,0	141	3,0	3,3	267	2,9	3,1
Belluno	28	2,1	2,9	28	1,9	2,8	56	2,0	2,8
Treviso	117	2,7	2,7	115	2,4	2,6	232	2,5	2,6
Venezia	126	2,5	3,1	184	3,3	4,3	310	2,9	3,7
Padova	154	3,1	3,4	153	2,9	3,2	307	3,0	3,3
Rovigo	78	4,8	7,0	57	3,1	4,9	135	3,9	5,9

Friuli-Venezia Giulia	177	2,4	3,0	218	2,6	3,6	395	2,5	3,3
Udine	75	2,3	3,0	83	2,3	3,1	158	2,3	3,1
Gorizia	20	2,2	2,9	36	3,6	5,2	56	2,9	4,1
Trieste	35	2,2	3,2	51	2,8	4,3	86	2,5	3,8
Pordenone	47	2,7	3,1	48	2,6	3,1	95	2,7	3,1
Emilia-Romagna	724	2,8	3,3	781	2,7	3,5	1.505	2,7	3,4
Piacenza	50	2,9	3,6	50	2,5	3,5	100	2,7	3,5
Parma	59	2,4	2,7	68	2,3	3,0	127	2,4	2,8
Reggio nell'Emilia	87	3,2	3,3	84	2,7	3,2	171	2,9	3,3
Modena	127	3,4	3,7	112	2,6	3,1	239	3,0	3,4
Bologna	184	3,1	3,8	177	2,6	3,4	361	2,8	3,6
Ferrara	58	2,4	3,5	76	2,7	4,3	134	2,5	4,0
Ravenna	55	2,3	2,9	76	2,8	3,9	131	2,5	3,4
Forlì-Cesena	61	2,7	3,2	84	3,2	4,2	145	3,0	3,7
Rimini	43	2,3	2,6	54	2,7	3,1	97	2,5	2,9
Centro	2.145	3,1	3,8	2.417	3,1	4,0	4.562	3,1	3,9
Toscana	645	2,8	3,6	818	3,1	4,3	1.463	3,0	4,0
Massa-Carrara	39	2,8	4,3	33	2,2	3,4	72	2,5	3,8
Lucca	58	2,4	3,1	95	3,5	4,8	153	3,0	4,0
Pistoia	51	3,0	3,6	45	2,4	3,0	96	2,6	3,3
Firenze	169	2,9	3,6	232	3,3	4,5	401	3,1	4,1
Livorno	70	3,1	4,4	77	2,9	4,6	147	3,0	4,5
Pisa	58	2,3	2,9	106	3,8	5,0	164	3,1	3,9
Arezzo	73	3,3	4,5	83	3,6	4,9	156	3,5	4,7
Siena	54	3,2	4,3	62	3,1	4,6	116	3,2	4,5
Grosseto	43	2,9	4,1	53	3,2	4,8	96	3,0	4,4
Prato	30	2,2	2,4	32	2,2	2,4	62	2,2	2,4
Umbria	143	2,6	3,5	174	2,8	3,9	317	2,7	3,7
Perugia	109	2,8	3,5	127	2,9	3,9	236	2,9	3,7
Terni	34	2,3	3,2	47	2,6	4,2	81	2,5	3,7
Marche	287	3,1	4,0	254	2,5	3,3	541	2,8	3,6
Pesaro e Urbino	38	1,8	2,2	61	2,6	3,4	99	2,2	2,8
Ancona	102	3,6	4,5	81	2,6	3,4	183	3,1	4,0
Macerata	71	3,5	4,8	58	2,7	3,7	129	3,1	4,2
Ascoli Piceno	53	3,9	5,4	37	2,6	3,6	90	3,3	4,5
Fermo	23	2,2	2,8	17	1,5	2,0	40	1,8	2,4
Lazio	1.070	3,3	3,9	1.171	3,4	4,0	2.241	3,3	3,9
Viterbo	77	3,8	5,1	104	4,7	6,6	181	4,2	5,9
Rieti	58	5,2	7,7	52	4,4	6,9	110	4,8	7,3
Roma	683	3,0	3,4	768	3,1	3,5	1.451	3,0	3,4
Latina	115	3,6	4,1	114	3,5	4,0	229	3,6	4,0
Frosinone	137	4,6	5,9	133	4,3	5,6	270	4,4	5,8
Sud	3.399	4,4	5,2	4.301	5,3	6,2	7.700	4,9	5,7
Abruzzo	255	3,1	4,1	340	4,0	5,2	595	3,6	4,7
L'Aquila	55	2,9	3,9	82	4,0	5,6	137	3,5	4,8
Teramo	59	3,1	4,0	83	4,3	5,4	142	3,7	4,7
Pescara	63	3,3	4,2	70	3,4	4,3	133	3,4	4,2
Chieti	78	3,2	4,3	105	4,1	5,5	183	3,6	4,9
Molise	73	3,6	5,1	101	4,5	6,8	174	4,1	6,0
Campobasso	50	3,5	4,8	71	4,4	6,6	121	4,0	5,7
Isernia	23	3,8	5,8	30	4,7	7,4	53	4,2	6,6

Campania	1.461	4,9	5,3	1.908	6,0	6,6	3.369	5,5	6,0
Caserta	241	5,3	5,4	331	7,0	7,2	572	6,1	6,3
Benevento	78	4,6	6,0	87	4,9	6,5	165	4,7	6,3
Napoli	707	4,6	4,9	1.000	6,2	6,5	1.707	5,4	5,7
Avellino	124	4,9	6,3	133	5,0	6,5	257	5,0	6,4
Salerno	311	5,3	6,0	357	5,5	6,6	668	5,4	6,3
Puglia	923	4,2	4,8	1.118	4,9	5,6	2.041	4,6	5,2
Foggia	156	4,5	5,3	183	5,2	6,0	339	4,9	5,7
Bari	293	4,6	4,9	329	4,9	5,2	622	4,7	5,1
Taranto	142	4,4	5,2	179	5,4	6,2	321	4,9	5,8
Brindisi	95	4,3	5,2	120	4,9	6,1	215	4,6	5,7
Lecce	147	3,1	4,0	211	4,1	5,3	358	3,6	4,6
Barietta- Andria-Trani	90	4,8	4,8	96	5,2	5,0	186	5,0	4,9
Basilicata	132	3,8	5,0	186	5,2	6,8	318	4,5	5,9
Potenza	86	3,7	5,0	119	4,9	6,7	205	4,3	5,9
Matera	46	4,0	4,9	67	5,7	6,9	113	4,8	5,9
Calabria	555	4,9	6,1	648	5,6	6,9	1.203	5,2	6,5
Cosenza	217	5,2	6,6	217	5,0	6,3	434	5,1	6,4
Catanzaro	71	3,5	4,2	98	4,6	5,6	169	4,1	4,9
Reggio di Calabria	164	5,1	6,5	227	6,8	8,5	391	6,0	7,5
Crotone	63	6,2	7,8	59	6,5	7,2	122	6,3	7,5
Vibo Valentia	40	4,3	5,4	47	4,8	6,2	87	4,6	5,8
Isole	1.713	4,3	5,5	1.974	4,8	6,0	3.687	4,5	5,8
Sicilia	1.448	4,9	6,2	1.677	5,3	6,8	3.125	5,1	6,5
Trapani	151	5,4	7,4	172	5,9	8,1	323	5,7	7,8
Palermo	289	4,1	5,0	366	4,8	5,9	655	4,4	5,4
Messina	181	4,5	6,2	236	5,3	7,6	417	4,9	6,9
Agrigento	169	6,4	8,4	186	6,7	8,8	355	6,6	8,6
Caltanissetta	66	4,2	5,4	97	5,9	7,5	163	5,1	6,5
Enna	61	5,6	8,1	64	5,5	8,0	125	5,6	8,0
Catania	334	5,5	6,4	330	5,1	6,0	664	5,3	6,2
Ragusa	72	4,4	4,6	100	5,3	6,3	172	4,9	5,4
Siracusa	125	5,0	6,6	126	5,3	6,5	251	5,1	6,5
Sardegna	265	2,6	3,4	297	2,9	3,7	562	2,8	3,6
Sassari	75	2,6	3,2	74	2,5	3,1	149	2,5	3,1
Nuoro	27	2,0	2,8	47	3,5	4,6	74	2,7	3,7
Cagliari	61	2,5	3,0	73	2,9	3,4	134	2,7	3,2
Oristano	38	3,5	5,1	37	3,6	4,8	75	3,5	5,0
Sud Sardegna	64	2,7	3,8	66	2,8	3,9	130	2,8	3,9

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

I tassi standardizzati mostrano, infatti, che in quasi tutte le province i livelli di mortalità delle donne sono più bassi rispetto a quelli degli uomini (in media il tasso degli uomini è 1,4 volte quello delle donne).

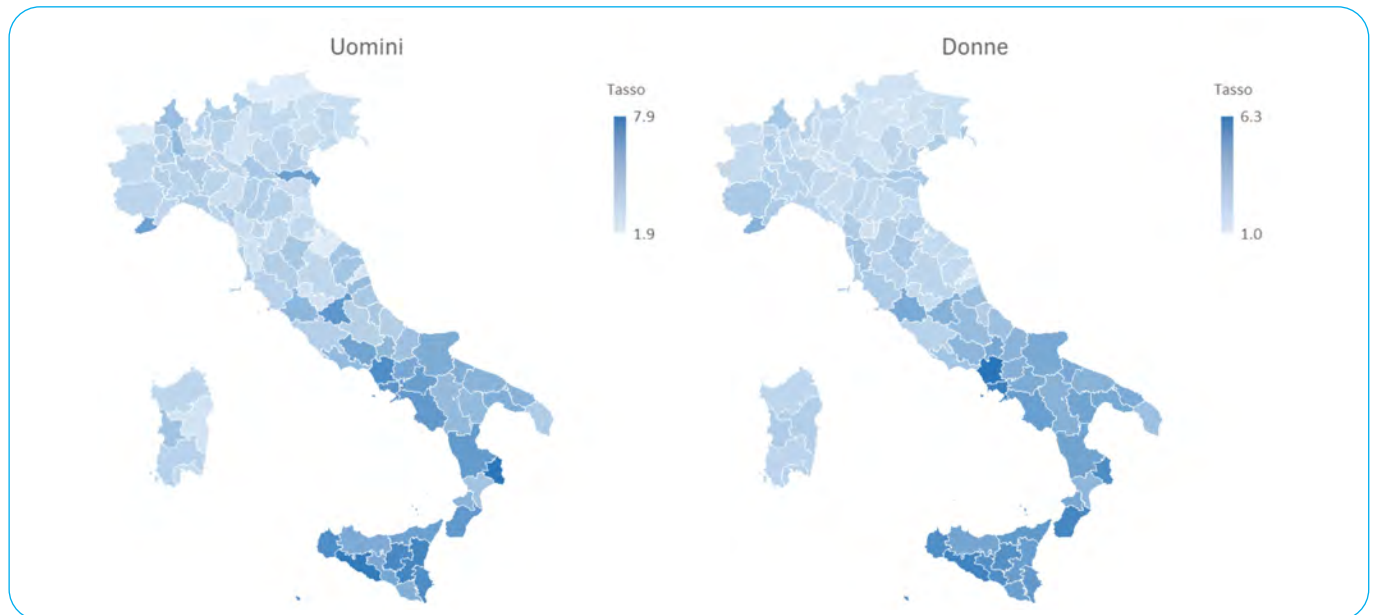
I valori dei tassi standardizzati provinciali crescono passando dalle aree settentrionali a quelle meridionali, confermando la tendenza vista con i tassi grezzi, ma anche nel Nord vengono messe in evidenza aree di elevata mortalità (Figura 4). Nel Nord-est, area con la mortalità per

diabete più contenuta, spicca, soprattutto per gli uomini, la provincia di Rovigo. Nel Nord-ovest, le province di Verbano-Cusio-Ossola e Imperia presentano i tassi più elevati della ripartizione per entrambi i sessi, a cui si aggiunge Novara per gli uomini. Nel Centro, risultano più elevati rispetto alla media i tassi degli uomini di Rieti e Frosinone e quelli delle donne di Rieti e Viterbo. Nel Meridione, per gli uomini si riscontra una situazione più omogenea con tassi generalmente elevati, in cui emergono livelli particolarmente alti per le province campane

tirreniche, nella parte meridionale della Calabria e gran parte della Sicilia. D'altra parte, Sardegna e Basilicata presentano tassi più contenuti. Per le donne, Napoli e Ca-

serta si distaccano per valori più elevati dei tassi, mentre Lecce e la Sardegna per quelli più bassi.

Figura 4. Mortalità per diabete per provincia di residenza e sesso. Anno 2022, tassi standardizzati per 10.000 residenti



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

Disuguaglianze sociali e territoriali nella mortalità per diabete

I principali fattori di rischio del diabete -come alimentazione scorretta, sedentarietà e obesità -risultano strettamente associati alla condizione socio-economica degli individui. Le persone che vivono in condizioni socio-economiche svantaggiate tendono inoltre ad adottare più facilmente comportamenti a rischio per diversi motivi: percezione limitata dei rischi comportamentali, maggiore esposizione a stress psicosociale, minore controllo glicemico, accesso limitato alle cure e all'educazione sanitaria. Tali determinanti sociali influenzano non solo l'incidenza del diabete, ma anche la mortalità associata alla patologia.

L'analisi delle disuguaglianze sociali nella mortalità per diabete, del loro andamento nel tempo e della variazione nel territorio, può essere condotta mediante indicatori di mortalità per causa calcolati per titolo di studio. Quest'ultimo rappresenta una delle migliori proxy della condizione socio-economica in quanto fortemente correlato

con altre misure di posizione sociale, quali la condizione occupazionale e la classe sociale, inoltre riflette anche la capacità di orientarsi nel sistema sanitario. La popolazione di riferimento è costituita dagli individui di età superiore ai 30 anni, soglia oltre la quale il titolo di studio può considerarsi generalmente acquisito e stabile nel tempo.

I tassi di mortalità per diabete, stratificati per titolo di studio, mostrano un quadro chiaro e costante: per tutte le età, per entrambi i sessi, per ciascuno dei quattro anni esaminati, emerge un gradiente sociale secondo cui la mortalità decresce all'aumentare del livello di istruzione (Tabella 1). Tra gli uomini di oltre 30 anni con basso titolo di studio, il tasso di mortalità per diabete è pari a 7,1 per 10.000 abitanti, mentre tra i più istruiti scende a 3,9. Per le donne, i valori corrispondenti sono 5,1 per 10.000 abitanti per chi ha basso livello di istruzione e 2,1 tra le più istruite. Un dato interessante riguarda il confronto tra i sessi: il tasso di mortalità per diabete di un uomo con istruzione elevata (3,9) risulta superiore a quello di una donna con istruzione media (3,4 per 10.000).

¹ I diversi livelli del titolo di studio sono indicati nel seguente modo: basso = nessun titolo di studio o licenza elementare; medio = licenza media inferiore; superiore = diploma di scuola media superiore; alto = laurea o titolo di studio superiore.

Tabella 1. Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000 residenti) per diabete e per tutte le cause, per titolo di studio, sesso, età e anno. Italia, 2019-2022

Diabete																
maschi																
Titolo di studio	30-69 anni				70-84 anni				85 e più anni				30 e più anni			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
basso	1,7	2,3	2,2	1,8	14,6	17,4	16,8	17,7	56,5	65,7	62,2	71,6	6,0	7,3	7,0	7,1
medio superiore	1,1	1,4	1,3	1,2	11,8	13,9	13,3	13,1	52,4	58,6	59,3	64,6	4,9	5,7	5,6	5,7
alto	0,8	0,9	0,9	0,8	9,6	11,4	10,2	11,4	49,2	52,8	52,3	52,9	4,1	4,7	4,4	4,6
TOTALE	0,5	0,6	0,6	0,5	8,2	9,5	7,7	8,4	45,5	54,5	49,3	54,2	3,6	4,2	3,6	3,9
TOTALE	1,0	1,2	1,1	1,0	12,4	14,4	13,5	13,9	54,1	61,8	59,3	66,0	4,9	5,8	5,4	5,7
femmine																
Titolo di studio	30-69 anni				70-84 anni				85 e più anni				30 e più anni			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
basso	0,9	1,1	1,1	0,9	9,9	11,3	11,1	11,3	51,9	60,6	57,7	63,2	4,4	5,1	4,9	5,1
medio superiore	0,4	0,5	0,6	0,5	6,1	7,3	7,3	7,6	36,8	47,6	43,7	43,8	2,8	3,5	3,3	3,4
alto	0,3	0,3	0,3	0,3	4,7	6,1	5,7	5,4	30,6	37,5	33,7	37,5	2,2	2,7	2,5	2,6
TOTALE	0,1	0,2	0,2	0,2	4,3	4,7	3,8	3,4	27,2	30,7	32,0	36,9	1,9	2,1	2,0	2,1
TOTALE	0,4	0,5	0,5	0,4	8,2	9,4	9,0	8,9	47,1	55,6	52,5	56,8	3,5	4,1	3,9	4,0
totale																
Titolo di studio	30-69 anni				70-84 anni				85 e più anni				30 e più anni			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
basso	1,2	1,5	1,5	1,3	11,7	13,6	13,2	13,6	53,2	62,2	59,1	65,7	5,0	5,9	5,7	5,8
medio superiore	0,8	0,9	0,9	0,9	9,0	10,7	10,4	10,4	43,3	51,9	50,0	51,9	3,8	4,5	4,4	4,4
alto	0,5	0,6	0,6	0,5	7,2	8,8	8,0	8,5	37,8	43,8	41,1	43,5	3,1	3,7	3,4	3,5
TOTALE	0,3	0,4	0,4	0,3	6,6	7,5	6,0	6,2	36,7	43,4	40,9	46,0	2,6	3,2	2,9	3,0
TOTALE	0,7	0,8	0,8	0,7	10,0	11,6	11,0	11,2	49,4	57,8	54,8	59,8	4,1	4,8	4,6	4,7
Tutte le cause																
maschi																
Titolo di studio	30-69 anni				70-84 anni				85 e più anni				30 e più anni			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
basso	55,1	65,7	63,7	59,5	382,8	458,1	430,6	438,3	1.764,1	2.009,0	1.829,8	2.082,6	176,0	206,6	193,5	201,0
medio superiore	40,5	46,7	46,8	44,6	335,8	407,3	371,7	370,7	1.657,7	1.872,6	1.712,6	1.899,8	152,4	177,7	165,6	170,8
alto	31,0	35,9	34,8	32,2	301,1	367,9	335,7	329,8	1.576,6	1.791,6	1.620,5	1.805,4	135,8	159,3	146,5	150,3
TOTALE	23,7	26,9	25,6	23,3	269,5	308,9	288,7	281,1	1.483,2	1.664,2	1.511,4	1.667,0	121,1	137,2	127,0	129,7
TOTALE	36,1	41,4	40,4	37,5	344,5	411,5	378,6	376,2	1.700,0	1.928,8	1.754,5	1.972,9	152,0	176,3	163,3	168,9
femmine																
Titolo di studio	30-69 anni				70-84 anni				85 e più anni				30 e più anni			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
basso	29,3	32,6	33,6	32,9	222,0	256,3	250,4	255,8	1.335,4	1.531,8	1.400,5	1.599,8	111,7	127,7	122,5	130,4
medio superiore	22,0	24,2	24,7	24,1	199,0	228,8	216,8	217,6	1.217,8	1.429,6	1.280,8	1.424,2	97,5	112,4	105,1	110,2
alto	18,5	19,7	19,9	19,0	184,9	212,8	204,8	199,7	1.176,7	1.325,0	1.213,1	1.346,7	90,8	102,1	96,7	100,2
TOTALE	15,8	16,4	16,4	15,2	168,6	186,3	178,3	176,8	1.135,7	1.237,0	1.171,7	1.281,3	84,3	91,6	87,9	90,8
TOTALE	20,5	22,1	22,3	21,2	209,9	240,4	231,1	232,0	1.298,9	1.488,4	1.357,4	1.536,4	101,4	115,0	108,6	114,7
totale																
Titolo di studio	30-69 anni				70-84 anni				85 e più anni				30 e più anni			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
basso	40,0	46,4	46,3	44,3	282,1	331,1	316,6	321,7	1.454,5	1.666,9	1.523,1	1.736,9	135,0	156,6	148,6	155,9
medio superiore	31,6	35,9	36,2	34,8	269,4	320,1	295,6	294,4	1.389,5	1.605,9	1.454,8	1.614,0	123,8	144,1	134,4	139,1
alto	24,7	27,7	27,3	25,5	244,9	293,1	272,7	266,8	1.331,6	1.507,1	1.374,2	1.528,6	111,9	129,2	120,3	123,7
TOTALE	19,6	21,4	20,8	19,0	227,7	256,7	240,6	234,5	1.318,3	1.461,3	1.349,8	1.482,1	104,4	116,2	108,8	111,3
TOTALE	28,1	31,4	31,1	29,2	269,3	316,2	296,7	295,9	1.426,0	1.630,9	1.487,5	1.679,4	122,3	140,8	131,8	137,3

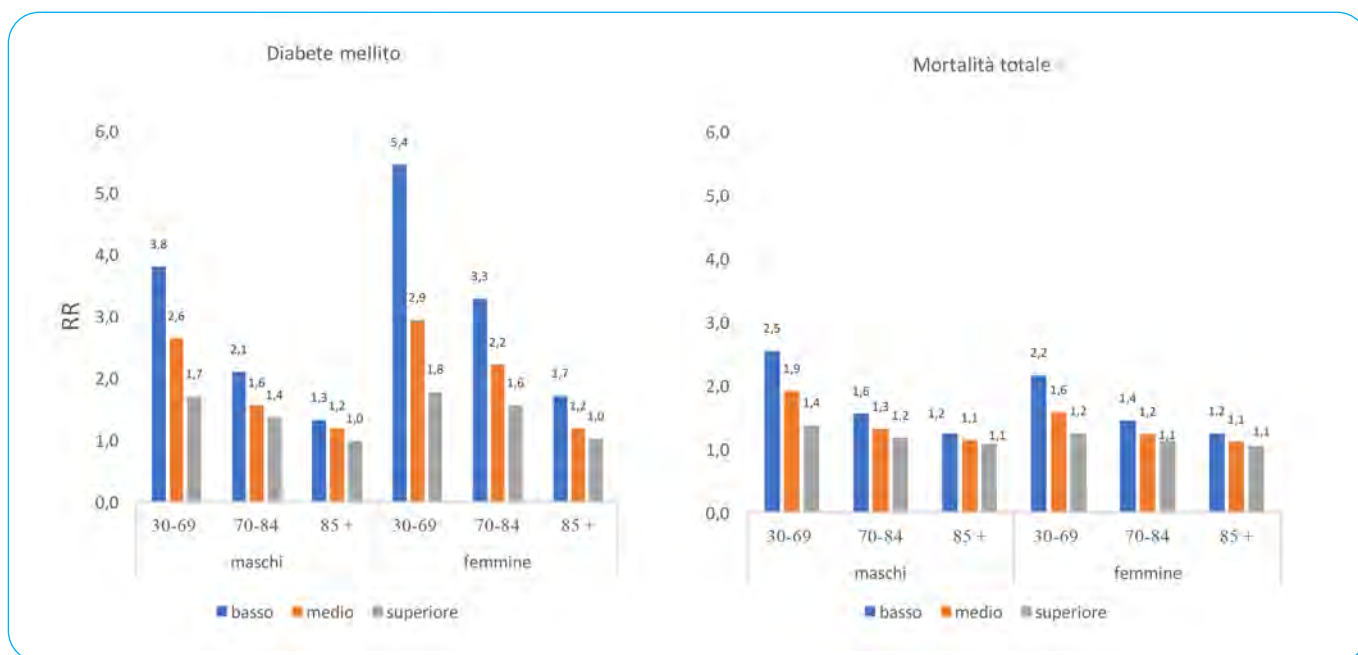
Fonte: Istat, Disuguaglianze nella mortalità per causa in Italia secondo caratteristiche demografiche, sociali e territoriali - <https://www.istat.it/tavole-di-dati/disuguaglianze-nella-mortalita-per-causa-in-italia-secondo-caratteristiche-demografiche-sociali-e-territoriali-anno-2022/>

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

Una misura sintetica delle disuguaglianze socio-economiche nella mortalità è data dal rapporto tra i tassi standardizzati delle persone meno istruite rispetto a quelle con titolo di studio elevato (di seguito indicato come RR). Come evidenziato in Figura 5, nel 2022 si registrano disuguaglianze significative nella mortalità per diabete, in particolare nella fascia d'età 30-64 anni. Tali disuguaglianze risultano più marcate rispetto a quelle osservate nella mortalità complessiva e sono più accentuate tra le donne. Nello stesso anno, le donne meno istruite di 30-69 anni presentano un tasso di mortalità per diabete pari a 0,9 per 10.000 abitanti, valore 5,4 volte superiore rispetto alle laureate (tasso pari a 0,2 per 10.000). Per gli uomini, il rapporto è pari a 3,8 (tassi pari a 1,8 e 0,5 per 10.000, nei meno e nei più istruiti, rispettivamente). A titolo di confronto, nella mortalità complessiva il rapporto tra meno istruiti e laureati è di 2,5 per gli uomini e 2,2 per le donne. Con l'avanzare dell'età, le disuguaglianze nella mortalità per diabete tendono a ridursi, avvicinandosi ai livelli della mortalità totale, con l'eccezione delle

donne tra i 70 e gli 84 anni, per le quali il divario sociale nella mortalità per diabete è oltre il doppio rispetto a quello osservato nella mortalità complessiva (RR pari a 3,3 contro 1,4). Come già osservato nelle giovani donne, anche a 70-84 anni le disuguaglianze femminili sono maggiori di quelle maschili; quando si superano gli 80 anni di età, invece, la differenza tra i due sessi tende a ridursi. È possibile che, in condizioni di disagio socio-economico, alcuni fattori di rischio per il diabete agiscano con disparità più evidenti nelle donne rispetto agli uomini. Ad esempio, le fluttuazioni ormonali femminili (menopausa, ciclo mestruale, gravidanza) possono mascherare o alterare i sintomi del diabete, portando a diagnosi tardive — un fenomeno che potrebbe verificarsi più frequentemente tra le donne con basso livello di istruzione. Queste ultime, infatti, potrebbero avere una minore capacità di autogestione della malattia, un accesso più limitato alle informazioni sanitarie e una minore aderenza alle terapie rispetto alle coetanee con status socio-economico più elevato.

Figura 5. Rapporti tra i tassi standardizzati di mortalità (per 10.000 abitanti) per titolo di studio rispetto al titolo di studio alto (RR), per diabete e per tutte le cause, per sesso ed età. Italia, 2022

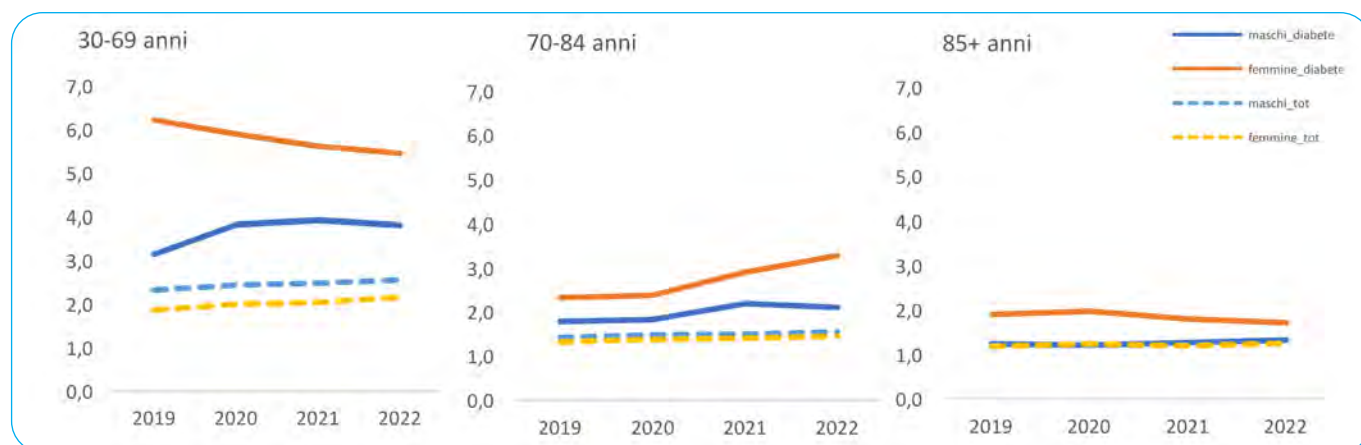


Fonte: Istat, Disuguaglianze nella mortalità per causa in Italia secondo caratteristiche demografiche, sociali e territoriali – Anno 2022 <https://www.istat.it/tavole-di-dati/disuguaglianze-nella-mortalita-per-causa-in-italia-secondo-caratteristiche-demografiche-sociali-e-territoriali-anno-2022/>

Nel periodo 2019-2022 le disuguaglianze nella mortalità complessiva mostrano una lieve crescita o restano sostanzialmente stabili. Tuttavia, analizzando il fenomeno per età, si rileva un lieve incremento tra i più giovani, in particolare tra le donne: nel 2022, il rapporto tra il tasso di mortalità delle meno istruite e quello delle laureate di 30-69 anni è pari a 2,2, rispetto a 1,9 nel 2019 (Figura 6). Per il diabete, al contrario, le disuguaglianze nella mortalità tra le giovani donne mostrano una tendenza alla diminuzione: infatti, il rapporto tra i tassi delle meno istruite e delle laureate passa da 6,2 nel 2019 a 5,4 nel 2022. Negli uomini della stessa fascia d'età, l'indicatore

aumenta da 3,1 a 3,8. Fra 70 e 84 anni, la disuguaglianza nella mortalità per diabete cresce soprattutto tra le donne (RR passa da 2,3 a 3,3), mentre tra gli uomini si osserva un incremento più contenuto (RR da 1,8 a 2,1). Nei più anziani, il trend risulta stabile nel tempo. L'andamento differenziato delle disuguaglianze nel tempo potrebbe riflettere alcuni cambiamenti nei comportamenti di salute, nell'accesso alle cure o nelle politiche di prevenzione. Tuttavia, la persistenza delle disuguaglianze indica che gli interventi attuali non sono ancora sufficientemente efficaci nel ridurre le disparità.

Figura 6. Trend dei rapporti tra i tassi standardizzati di mortalità (per 10.000 abitanti) per basso e alto titolo di studio (RR), per diabete e per tutte le cause, per sesso ed età. Italia, 2019-2022



Fonte: Istat, Disuguaglianze nella mortalità per causa in Italia secondo caratteristiche demografiche, sociali e territoriali - <https://www.istat.it/tavole-di-dati/disuguaglianze-nella-mortalita-per-causa-in-italia-secondo-caratteristiche-demografiche-sociali-e-territoriali-anno-2022/>

Analogamente a quanto si osserva per la mortalità totale, i tassi di mortalità per diabete nel 2022 — sia tra i meno istruiti che tra i più istruiti — risultano più elevati nel Sud e nelle Isole, per entrambi i sessi (Tabella 2). Tuttavia, il grado di disuguaglianza sociale legata alla mortalità per diabete presenta alcune variazioni territoriali: nel 2022, tra le donne, il rapporto tra i tassi delle meno istruite rispetto alle laureate risulta più alto nel Nord-ovest (RR=2,8), seguito dalle Isole (RR=2,7) (Figura 7). Per gli uomini l'ordine si inverte e le disuguaglianze più marcate si osservano prima nelle Isole (RR=2,2) poi nel Nord-ovest (RR=1,9). Rispetto al 2019, si rileva un aumento delle disuguaglianze nelle Isole e nel Sud per gli uomini, e nel Nord-ovest e nelle Isole per le donne

L'elevata mortalità per diabete nel Sud e nelle Isole, indipendentemente dal titolo di studio, evidenzia il ruolo delle disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari e nella diffusione di stili di vita salutari. Le aree con

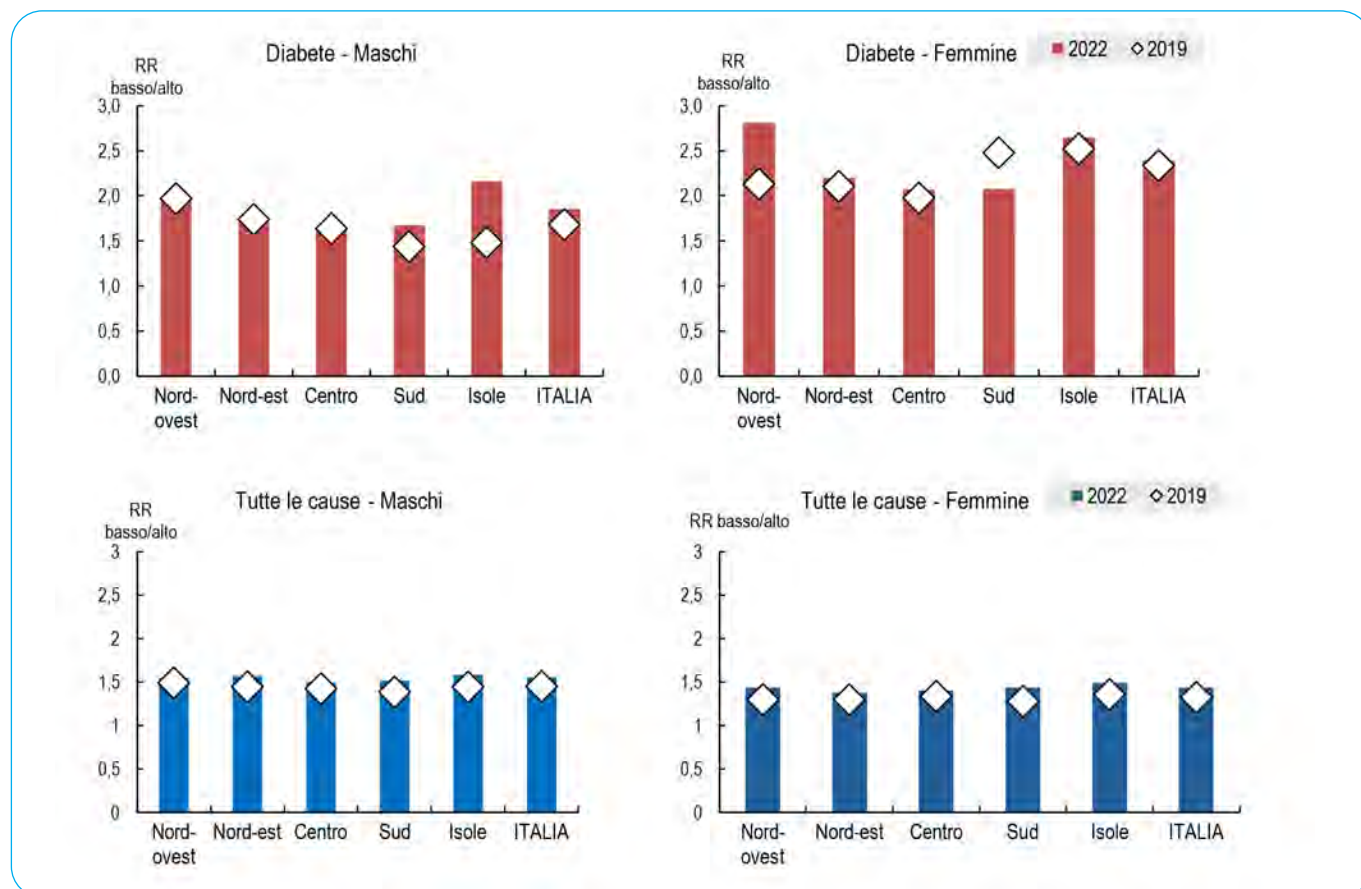
maggiore disuguaglianza sociale potrebbero beneficiare di interventi mirati di sanità pubblica tesi a ridurre gli effetti differenziali delle condizioni socio-economiche

Tabella 2. Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000 residenti) per diabete e per tutte le cause, per basso e alto titolo di studio, per sesso e area geografica di residenza. Italia, 2022.

Ripartizione geografica	Diabete				Tutte le cause			
	maschi		femmine		maschi		femmine	
	basso	alto	basso	alto	basso	Alto	basso	alto
Nord-ovest	5,6	2,9	3,6	1,3	197,3	127,2	125,7	87,3
Nord-est	5,3	3,1	3,3	1,5	187,6	119,5	119,9	87,1
Centro	6,3	3,8	4,1	2,0	193,9	129,7	124,3	88,7
Sud	9,5	5,7	7,7	3,7	208,0	137,2	138,6	96,4
Isole	9,7	4,5	7,6	2,9	221,8	140,3	149,4	100,1
ITALIA	7,1	3,9	5,1	2,1	201,0	129,7	130,4	90,8

Fonte: Istat, Disuguaglianze nella mortalità per causa in Italia secondo caratteristiche demografiche, sociali e territoriali - Anno2022. <https://www.istat.it/tavole-di-dati/disuguaglianze-nella-mortalita-per-causa-in-italia-secondo-caratteristiche-demografiche-sociali-e-territoriali-anno-2022/>

Figura 7. Rapporti tra i tassi standardizzati di mortalità (per 10.000 abitanti) per basso e alto titolo di studio (RR), per diabete e per tutte le cause, per sesso e area geografica di residenza. Italia, 2019 e 2022



Fonte: Istat, Disuguaglianze nella mortalità per causa in Italia secondo caratteristiche demografiche, sociali e territoriali - <https://www.istat.it/tavole-di-dati/disuguaglianze-nella-mortalita-per-causa-in-italia-secondo-caratteristiche-demografiche-sociali-e-territoriali-anno-2022/>

Impatto economico del diabete

Daniela d'Angela, Barbara Polistena e Federico Spandonaro

Università di Roma Tor Vergata, C.R.E.A. Sanita

Introduzione

Le valutazioni economiche hanno l'ambizione di rappresentare uno strumento a supporto delle decisioni dei policy maker. Questa affermazione trova immediata conferma negli studi di costo-efficacia e costo-utilità che confrontano tecnologie sanitarie (ad esempio farmaci, dispositivi medici, etc.), con la finalità di compararne l'efficienza: in altri termini si valuta quali tecnologie siano maggiormente value for money, e quindi da preferirsi, con l'ambizione ultima di utilizzare le risorse scarse disponibili per massimizzare gli esiti di salute.

Queste metodiche sono ampiamente utilizzate a livello internazionale dalle istituzioni/agenzie deputate a decidere sulla rimborsabilità delle tecnologie, valutazione che avviene definendo la disponibilità massima a pagare (willingness to pay) per una "unità" di beneficio in termini di salute.

Ovviamente, la disponibilità a pagare è correlata alle risorse disponibili e quindi le citate istituzioni/agenzie si trovano nella delicata situazione di dover anche coniugare le scelte di prioritarizzazione, con valutazione sulla sostenibilità degli interventi: valutazione, quest'ultima, per lo più condotta con l'approccio del budget impact.

Anche i cosiddetti studi di cost of illness possono dare informazioni utili ai policy makers, evidenziando la dimensione economica complessiva di un problema di salute, tipicamente una patologia. Non considerando nella valutazione le possibilità di intervento, rimangono però studi limitati, nel senso di non utilizzabili direttamente nel processo decisionale, ma piuttosto come ausilio a definire su quali aree concentrare l'attenzione delle politiche sanitarie.

Questa ultima nota si lega ai limiti delle metodiche di valutazione economica, che, principalmente, risiedono nella loro natura di studi di "equilibrio parziale" e nella mancanza di multidimensionalità. In altri termini, le va-

lutazioni economiche supportano la scelta ottimale della terapia o di un device per una specifica patologia (spesso, addirittura per una specifica linea di trattamento di una patologia), ma non forniscono informazioni immediatamente utili per definire su quale area assistenziale/terapeutica allocare le risorse disponibili. E quindi, non definiscono neppure a quali bisogni dare priorità, ignorando eventuali problematiche equitative e confermando la loro essenziale unidimensionalità, basata sull'efficienza dell'intervento.

Come anticipato, gli studi di cost of illness, in qualche modo integrano le informazioni fornite a chi ha le responsabilità politiche, elaborando la dimensione dei costi (tipicamente sociali) di una patologia. Si continua, però, a perdere una parte della complessità dei problemi, rimanendo senza risposta varie questioni legate all'allocazione delle risorse: in quale settore (ad esempio patologia) un investimento produrrà il maggiore beneficio sociale? E all'interno di un settore, quale approccio (farmacologico, preventivo, organizzativo, etc.) è prioritario adottare? In una logica di One Health, il "rendimento" di investimenti in settori non strettamente sanitari (ad esempio l'istruzione) può essere maggiore di quello in tecnologie "strettamente" sanitarie?

Alcune metodiche di studio possono fornire elementi di riflessione per orientare il policy maker sulle complesse questioni appena citate.

Un esempio è costituito dal Global Burden of Disease (GBD), un progetto di ricerca annuale promosso e finanziato principalmente dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), che grazie ad una ampia rete di collaborazioni raccoglie da oltre 80.000 fonti dati, che elabora per oltre 200 Paesi, considerando circa 300 patologie.

Uno degli elementi più interessanti dello studio è rappresentato dalla possibilità di seguire i fenomeni nel tempo, fornendo ai policy makers elementi al documento utili a

proiettarli nel futuro, anticipando così i loro impatti sociali.

Lo studio analizza numerose variabili per ogni disease: ricordiamo l'incidenza, la prevalenza, la mortalità, i Disability Adjusted Life Years (DALYs), ovvero una misura di impatto sulla salute che combina quello degli anni persi per premorienza, con l'effetto degli anni vissuti con disabilità, pesando questi ultimi in base al nocimento portato ai pazienti, e i principali fattori di rischio di contrarre le specifiche patologie.

Di recente (2025) sono stati pubblicati vari studi che analizzano l'ultima tornata disponibile del GBD, relativa agli anni 1990-2021, con un focus sul diabete mellito (DM).

Questi studi forniscono elementi utili per prevedere l'impatto della patologia e quindi orientare le priorità di intervento della politica nel settore specifico, come anche orientare gli sforzi di valutazione economica sugli aspetti di maggiore rilevanza (oltre a fornire indirettamente, stime di impatto anche economico della patologia).

A seguire si tenterà di riassumere in modo critico le valutazioni pubblicate nello studio di Pan C. et al. (2025), sui trend 1990-2021 relativi al DM, evidenziandone le principali conseguenze per le politiche sanitarie. In bibliografia si riportano le indicazioni di ulteriori studi dedicati a segmenti specifici, quale (a titolo di esempio) quello delle fasce di età giovanili, o dell'impatto del DM sulla malattia renale cronica.

I trend (1990-2021) del DM secondo il GBD

Come anticipato, Pan C. e colleghi (2025) hanno utilizzato i dati del dataset del GBD, analizzandoli per tre decenni e per 204 Paesi: nello specifico ne hanno analizzato l'evoluzione in termini di incidenza, mortalità, DALYs, separatamente per diabete di tipo 1 (DMT1) e diabete di tipo 2 (DMT2); inoltre, hanno quantificato l'impatto sulla patologia dei principali fattori di rischio; infine hanno modellizzato i costi del non intervento, inteso come il mancato contrasto delle principali cause di crescita del DM

Come metriche per le comparazioni, oltre i DALYs, sono stati calcolati i tassi standardizzati per età delle variabili citate; per le proiezioni, nel caso delle Regioni con scarsa disponibilità di dati, hanno utilizzato modelli GPR (Gaussian Process Regression) spazio/temporali per "smusare" le serie. Le analisi sono state condotte per DMT1 e DMT2, classi di età decennali, genere, quintili per indicatore socio-demografico, e per area geografica (come definite dal GBD), con evidenza separata per Paesi ad alto reddito e Paesi a basso-medio reddito.

Passando ai risultati, Pan C. e colleghi evidenziano come

il DM rappresenti una delle maggiori sfide per la Sanità pubblica: secondo le stime del International Diabetes Federation citate nel paper analizzato, si attende che nel 2025 saranno 783 milioni le persone affette da DM nel mondo, con un costo diretto e indiretto (perdite di produttività) sanitario crescente, stimato in 1.300 miliardi di \$ annui, concentrato nei Paesi ad alto reddito, che possono permettersi una risposta terapeutico-assistenziale più consistente e integrata; nei Paesi a basso-medio reddito, le infrastrutture per la diagnosi precoce, come anche per la somministrazione dell'insulina rimangono frammentate, malgrado oggi questi Paesi sopportino circa l'80% del carico della patologia.

L'impatto umanistico della patologia potrebbe essere ben sintetizzato da un unico dato, ovvero quello dei decessi attribuibili al DM, che il GBD stima per l'anno 2021, pari a 1.656.634.

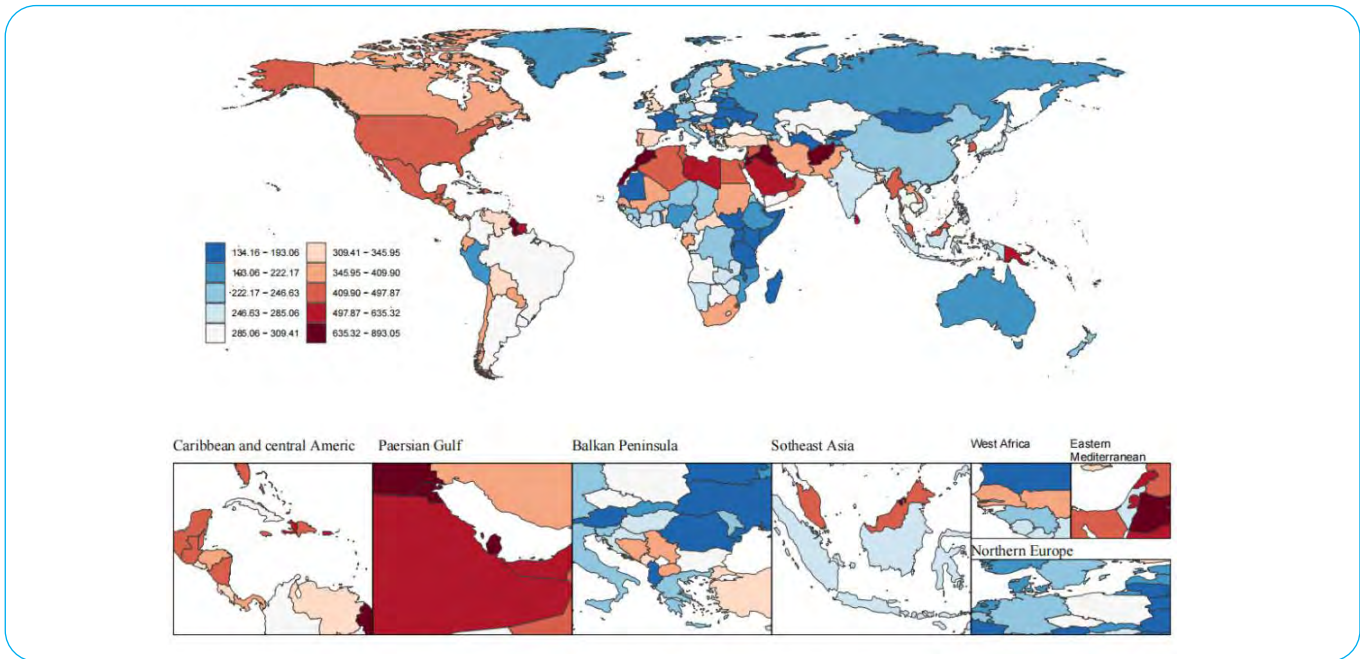
La natura "pandemica" del DM trova, peraltro, conferma anche in altre dimensioni, ad esempio l'incidenza e il burden di patologia misurato in DALYs.

All'interno del dato quantitativo che esprime il livello assoluto dell'impatto del DM, si annidano l'evidenza (del permanere) di una forte variabilità dell'impatto a livello geografico (e non solo): i dati del GBD 2021 confermano, come era lecito attendersi, il permanere, quando non anche l'ampliarsi, di significative differenze in tutte le variabili considerate, dipendenti da fattori socio-economici ed istituzionali.

L'incidenza

Entrando nello specifico delle evidenze quantitative, i tassi di incidenza standardizzati per età del DM variano dal dato delle Isole Marshall pari a 884,21 casi per 100.000 abitanti (livello in linea con quello di larga parte dei Paesi delle isole del Pacifico), ai 2,37 casi per 100.000 abitanti del Costa Rica (seguito da presso da Cina e Colombia). Secondo il GBD, i dati citati correlano fortemente con i tassi di obesità, l'adozione di diete ricche di carboidrati e la sedentarietà (e il combinato disposto di questi fattori). I tassi minori si trovano nei Paesi che adottano diete con maggiore utilizzo di verdure, sebbene anche in questi Paesi il vantaggio si stia riducendo in parallelo alla crescita della urbanizzazione.

Figura 1. Tassi di incidenza del Diabete Mellito



Note: Valori per 100.000 abitanti standardizzati per età
 Fonte: Pan et al, 2025

All'interno del dato generale si nasconde la specificità del dato del DMT1, che vede in cima alla lista Paesi dell'emisfero Nord, presumibilmente maggiormente in grado di effettuare diagnosi precoci corrette: in particolare si può citare la Finlandia (44,40 casi per 100.000 abitanti), seguita dal Canada (35,24) e subito dopo dall'Italia (26,70).

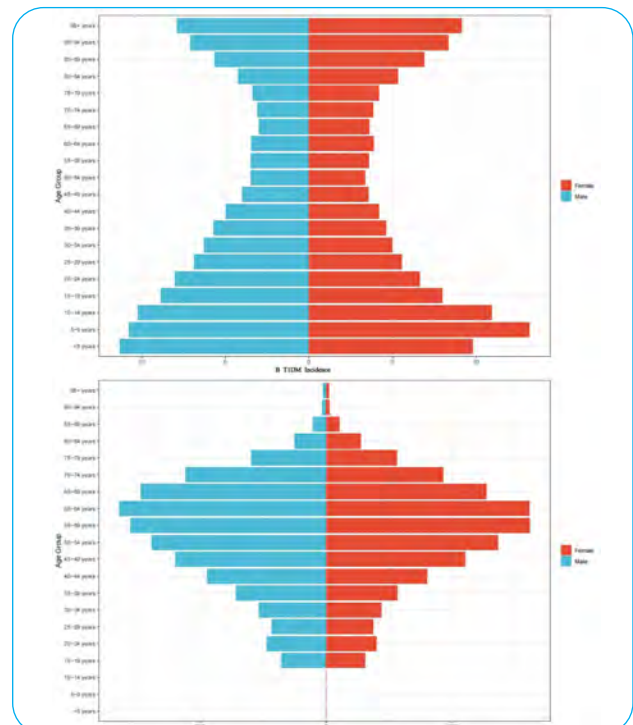
La distribuzione dell'incidenza vede un picco nelle coorti di età comprese fra i 59 e i 69 anni per il DMT2, mentre la distribuzione è bimodale e, ovviamente, concentrata sull'età più giovanili per il DMT1.

L'evidenza quantitativa è essenziale per valutare e supportare lo sviluppo degli interventi di politica sanitaria.

Da questo punto di vista, il dato maggiormente "eclatante", in termini di Sanità pubblica, ci sembra rimanga quello relativo al trend dell'incidenza: infatti, essa è aumentata del 71,37% nei 30 anni considerati, evidenziando un sostanziale fallimento delle politiche pubbliche di contrasto (in primis la prevenzione) al DM. La dinamica è peraltro differenziata fra DMT1 e DMT2; nel primo caso la crescita è nettamente inferiore, attestandosi al 22,20%, mentre per il DMT2 raggiunge il 73,08%.

La crescita dell'incidenza è particolarmente marcata nei Paesi ad alto reddito, e nello specifico per il genere ma-

Figura 2. Incidenza per età del Diabete Mellito



Note: Valori per 100.000 abitanti
 Fonte: Pan et al, 2025

schile: il dato conferma la rilevanza dell'impatto dell'invecchiamento, dell'urbanizzazione, e degli stili di vita (in primis la sedentarietà e la dieta obeso-genica).

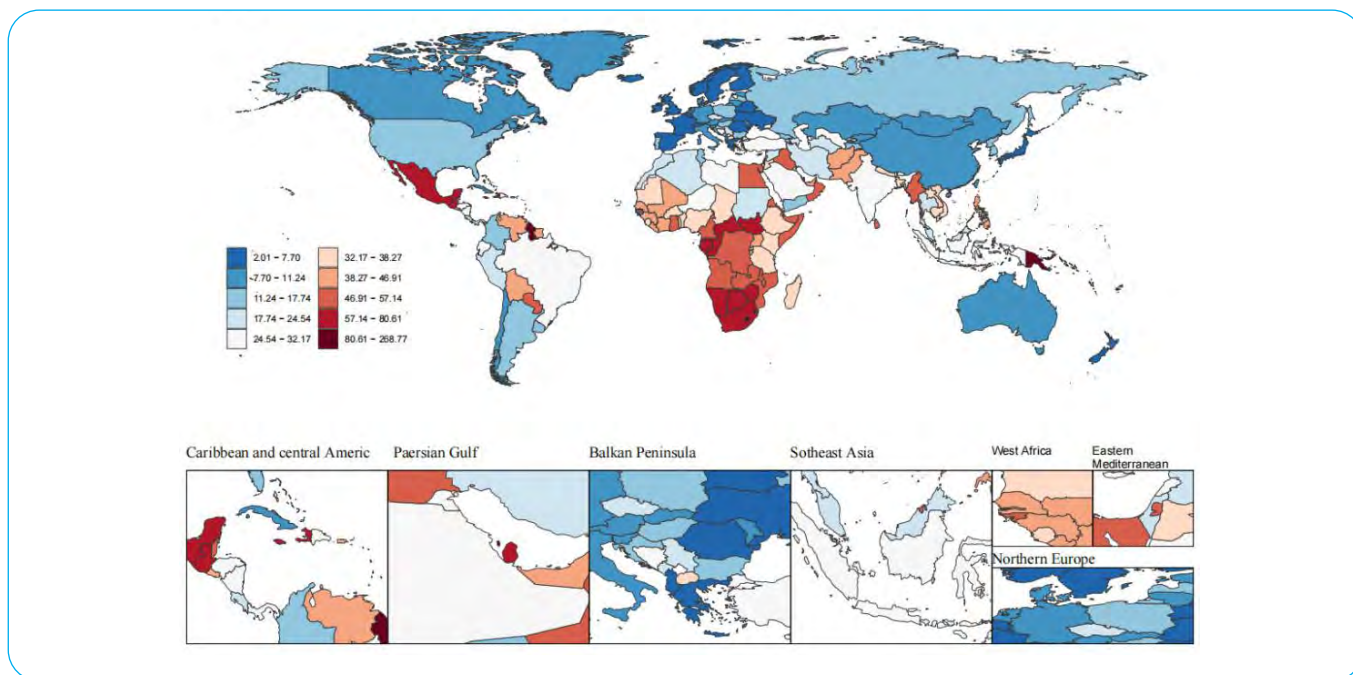
La mortalità

Parallelamente alla esplosione dell'incidenza, cresce la mortalità: come anticipato, al DM sono attribuibili oltre 1,5 milioni di morti annue in tutto il mondo.

Le analisi confermano quanto evidenziato per l'incidenza; in primo luogo, la crescita significativa della mortalità.

Il tasso di mortalità standardizzato per età è cresciuto a livello mondiale del 7,95%, attestandosi a 19,61 per 100.000 abitanti.

Figura 3. Tassi di mortalità per Diabete Mellito



Note: Valori per 100.000 abitanti standardizzati per età
Fonte: Pan et al, 2025

Va però notato che il dato è la media fra due trend divergenti: nel trentennio considerato, il DMT1 segna una significativa riduzione della mortalità standardizzata, ridottasi del 29,4%, a testimoniare i progressi nelle terapie, mentre è aumentata del 9,75% la mortalità del DMT2, che ormai conta per il 97,10% della mortalità complessiva (1.608.123 decessi con un tasso standardizzato del 19,02 per 100.000 abitanti).

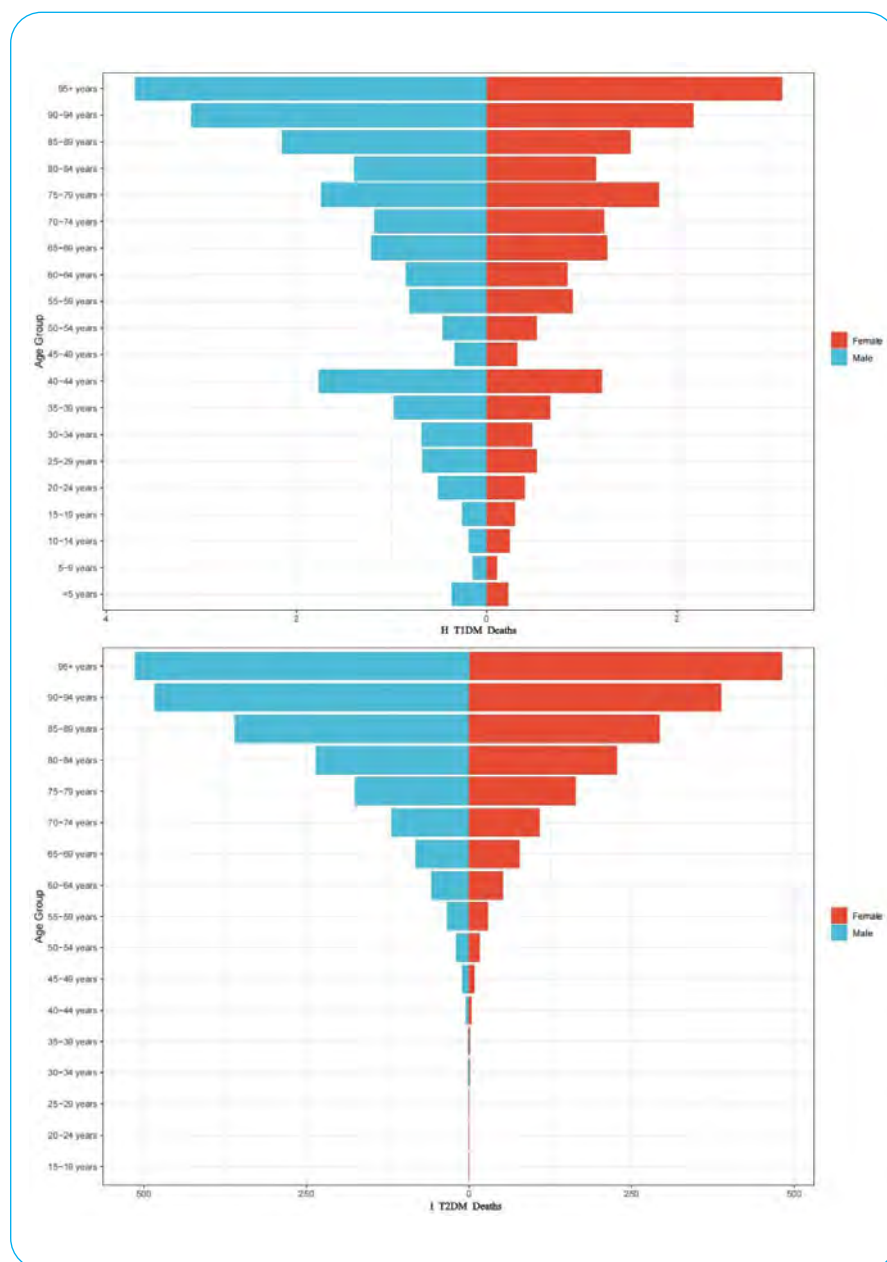
Secondo Pan C. e colleghi (2025), la riduzione della mortalità del DMT1 si può far risalire ai miglioramenti della terapia insulinica, al miglioramento del controllo glicemico continuo e all'impatto della formazione dei pazienti:

tutti fattori che hanno contribuito a ridurre le complicazioni, in primis le ketoacidosi.

Ovviamente, la crescente mortalità del DMT2 si lega alla crescita dell'incidenza e quindi indirettamente ai, già citati, fattori che la determinano: invecchiamento, urbanizzazione, stili di vita (in primis la sedentarietà e la dieta obeso-genica).

La distribuzione per età della mortalità vede una crescita monotona dei tassi al crescere dell'età per il DMT2, mentre cresce ad un tasso costante fino ai 44 anni per il DMT1, e più decisamente nella seconda parte della distribuzione per età (over 45).

Figura 4. Tassi di mortalità per età per Diabete Mellito



Note: Valori per 100.000 abitanti
Fonte: Pan et al, 2025

Sui tassi di mortalità impattano in modo rilevante anche i differenti livelli di sviluppo dell'assistenza sanitaria (già richiamati parlando dei costi).

A riprova di ciò, le differenze nei tassi di mortalità standardizzata per età presentano differenze geografiche ancora più "drammatiche" che nel caso dell'incidenza: troviamo in testa alla "classifica", i 266,11 decessi per

100.000 abitanti delle Isole Fiji, che rappresentano un livello di oltre 5.000 volte maggiore a quello registrato a Singapore (0,047 per 100.000): quest'ultima nazione-città è ben nota per l'efficienza ed efficacia del suo sistema sanitario.

In definitiva, secondo Pan C. e colleghi, le discrasie esistenti fra evoluzione dell'incidenza e della mortalità dimostrano l'esistenza di un paradosso critico degli interventi di Sanità pubblica: l'incremento dell'incidenza tende a sopraffare la capacità di risposta dei sistemi sanitari, nella misura in cui gli incrementi della sopravvivenza, uniti all'incremento del numero dei pazienti, aumentano esponenzialmente il numero di malati cronici, mettendo sotto pressione i sistemi sanitari.

Risulta, quindi, essenziale agire a due livelli contemporaneamente: con la prevenzione per ridurre l'incidenza, e con una accorta gestione delle cure per contrastare l'impatto sulla qualità della vita dei pazienti e la mortalità.

Questa "prescrizione" trova immediata validazione nell'osservazione di come la mortalità per DMT2 sia maggiormente elevata nei Paesi a basso reddito, caratterizzati da sistemi sanitari meno sviluppati e da una carenza di attenzione sulla prevenzione.

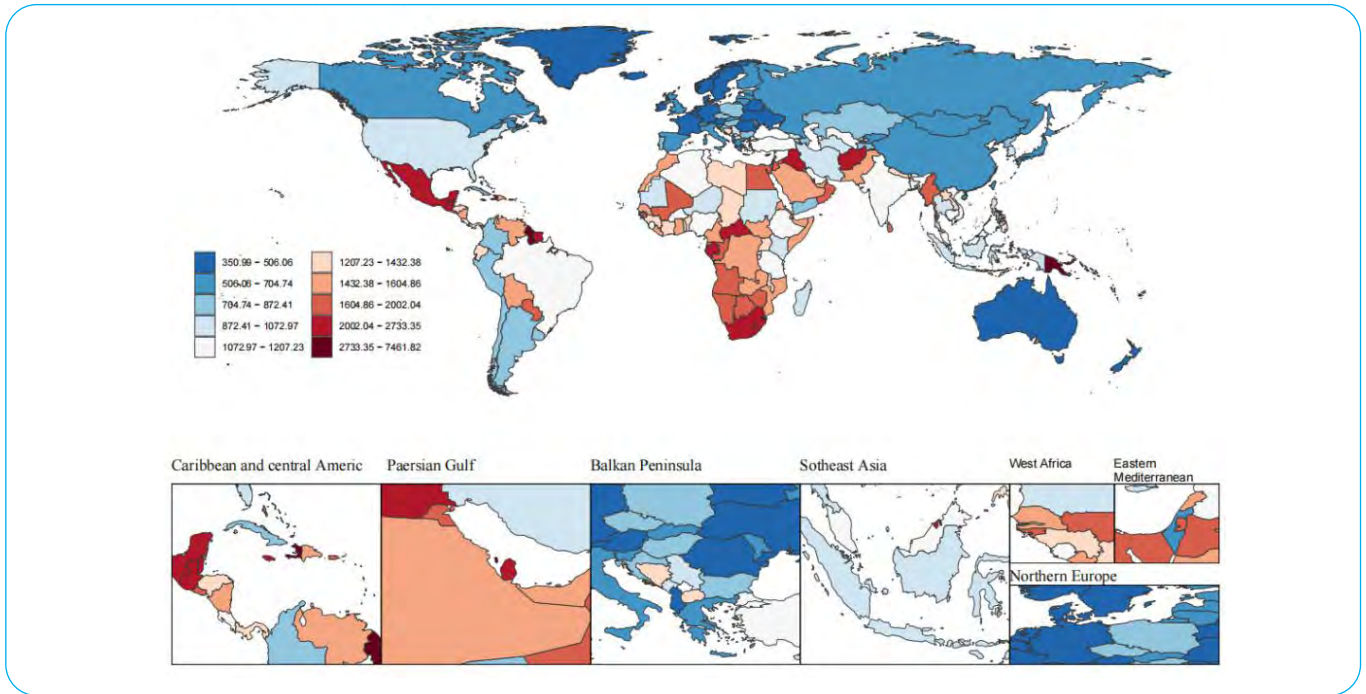
Il burden umanistico (DALY's)

Come è ben noto, il GBD utilizza i DALY's come misura preferenziale del burden di patologia. Si tratta di un indicatore di outcome che integra la mortalità con l'impatto negativo degli anni vissuti con disabilità e, quindi, ben si attaglia alla misurazione del burden umanistico delle patologie croniche, quali il DM.

Come era lecito aspettarsi, il trend dei DALY's segue qualitativamente quello della mortalità, che ne è "parte": si conferma, infatti, che il fenomeno è in rilevante crescita (+38,18% nel periodo considerato).

Per il DMT2, i DALY's crescono con l'età, riflettendo la progressiva disabilità provocata dalla malattia: le complicazioni e la relativa severità crescono con l'avanzare dell'età,

Figura 5. DALY's Diabete Mellito



Note: Valori per 100.000 abitanti standardizzati per età
 Fonte: Pan et al, 2025

con un processo che vede accumularsi gli "impatti" negativi della patologia sullo stato di salute dei pazienti. Per il DMT1, i DALY's si concentrano invece fra i 40 e il 44 anni.

Il dato maggiormente eclatante è che la crescita dei DALY's ha quantitativamente segnato un valore di oltre 6 volte superiore a quello della mortalità.

Il dato è, ancora una volta, spiegabile con l'interrelazione fra invecchiamento, aumento dell'incidenza, maggiore sopravvivenza che, in ultima istanza, generano un maggior numero di anni vissuto in condizioni di disabilità.

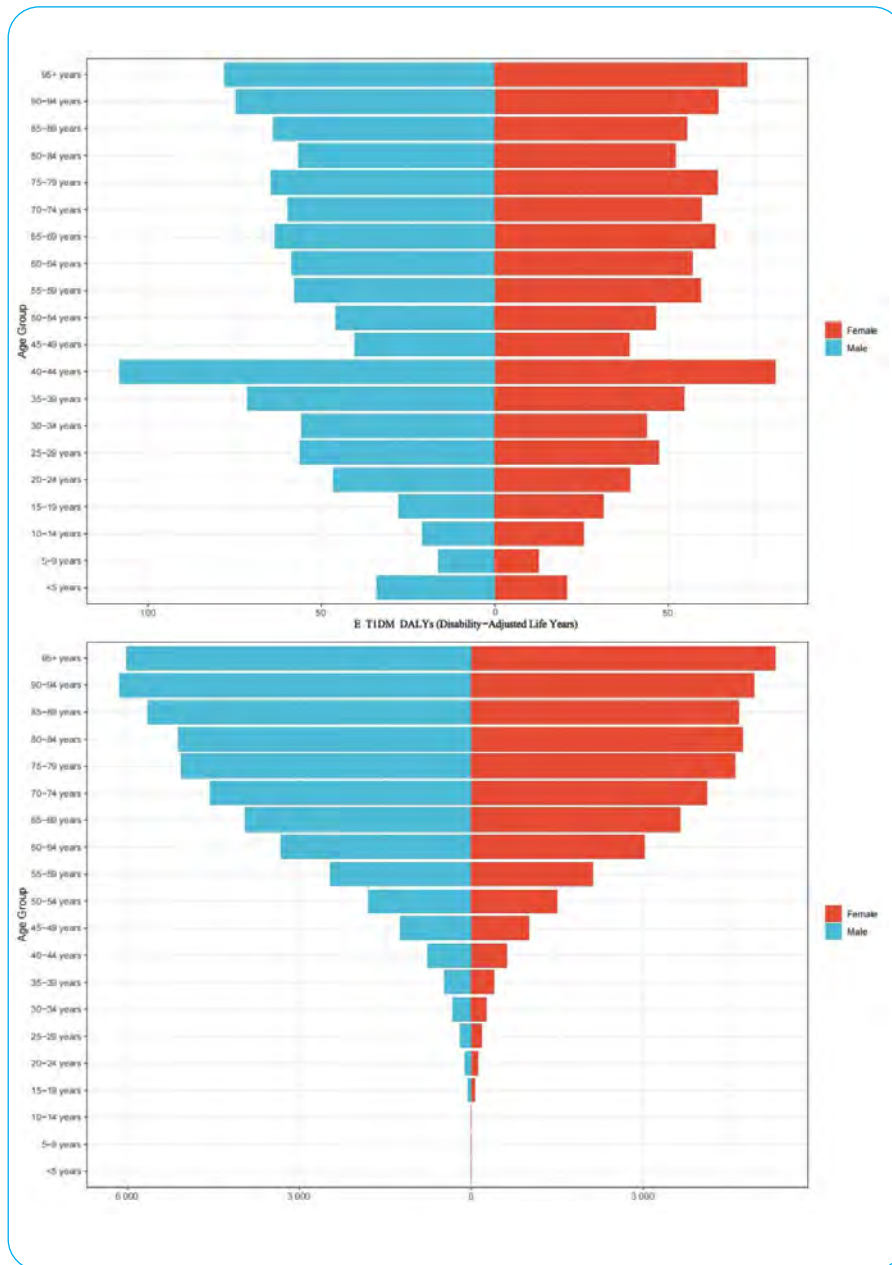
Non stupisce, quindi, che il dato confermi la "drammatica" iniquità delle opportunità di tutela a livello mondiale.

Tale iniquità è riassunta nel confronto fra il tasso di 7.387,94 DALYs per 100.000 abitanti delle Isole Fiji, verso i 354,4 della Francia (livello simile a quello degli altri Paesi

dell'area Europea). I Paesi a più basso reddito registrano sistematicamente un burden di patologia superiore: in altri termini si conferma che la maggiore qualità dei sistemi sanitari fa la differenza specialmente nel prevenire le complicanze che conducono a condizioni di disabilità. Non a caso, considerando il caso del DMT1, troviamo agli estremi della distribuzione Haiti (180,67 DALY'2) e la Finlandia (120,43): quest'ultima ha il minor burden malgrado il tasso di incidenza massimo, mentre il dato di Haiti evidenzia l'effetto di una scarsa qualità dell'assistenza.

Nel DMT2 la massima crescita si registra per il genere maschile, trainata dalla maggiore crescita della sopravvivenza, ma in convivenza con le disabilità.

Figura 6. DALY's per età Diabete Mellito



Note: Valori per 100.000 abitanti
 Fonte: Pan et al, 2025

Riflessioni finali

Il “riassunto” dei dati del GBD (e della relativa dinamica) relativi al DM, elaborato da Pan et al. (2025) fornisce uno spaccato della patologia e della sua evoluzione e variabilità geografica; l’analisi conferma che si tratta di una vera pandemia globale, che per molti versi può considerarsi ancora “fuori controllo”, come dimostrati da significativi tassi di incremento dell’incidenza e della mortalità.

La dinamica dei fenomeni è gravida di indicazioni utili per indirizzare/ottimizzare le politiche sanitarie.

In primo luogo, ci sembra si debba rimarcare come l’aumento dell’incidenza segnali un fallimento, o almeno una insufficiente efficacia delle politiche preventive.

Certamente questo è l’elemento più critico per i sistemi sanitari dei Paesi a minor reddito, ma lo è anche per i Paesi più sviluppati, che non sono indenni dall’impatto, oltre che dell’invecchiamento, della crescita dell’obesità e, in molti casi, della sedentarietà.

Quindi, possiamo affermare che la significativa crescita dell’incidenza è di per sé sufficiente a confermare l’impatto sociale del DM e la sua “natura pandemica”, ma anche a segnalare la necessità di maggiori investimenti in prevenzione.

A questa evidenza va sommata quella desumibile dall’analisi degli outcomes, mortalità e DALY’s nelle analisi elaborabili con i dati del GBD, che forniscono indicazioni sulla efficacia delle risposte terapeutiche e assistenziali dei sistemi sanitari.

L’incidenza è, infatti, (principalmente) legata alla prevenzione, mentre mortalità e qualità della vita dei pazienti lo sono allo sviluppo delle opportunità di tutela.

I dati disponibili dimostrano inequivocabilmente il legame fra (possibilità di) investimento nei sistemi sanitari e mortalità, con tassi standardizzati che risultano profondamente differenziati a livello geografico.

Variabilità che si amplia ulteriormente se si considera la qualità di vita dei pazienti, ad esempio considerando il burden misurato in DALY’s; l’investimento nel settore dovrebbe, quindi, avere l’obiettivo primario di riuscire a ritardare l’insorgenza delle complicazioni (ad esempio le neuropatie, retinopatie, eventi cardiovascolari, etc.) che impattano sulla qualità di vita dei pazienti.

Specialmente nei Paesi più sviluppati, la massimizzazione della qualità della vita dei pazienti assurge a obiettivo principe in termini di Sanità pubblica, insieme alla prevenzione.

In termini economici, le indicazioni desumibili dai dati disponibili possono essere riassunte in tre punti principali. In primo luogo, l'enorme rilevanza sociale della patologia, misurabile sia come numero di soggetti affetti, quanto di costi generati per la loro cura e assistenza, come dimostrato da numero di costi di cost of illness.

In secondo luogo, la necessità di investire, tanto in prevenzione primaria, quanto in prevenzione secondaria, per contrastare la crescita dei costi derivanti dalla "disabilità evitabile", con cure precoci e appropriate.

In terzo luogo, la necessità di adottare un orizzonte di programmazione di lungo periodo, anche nella modellistica di valutazione economica: solo valutando gli effetti delle politiche sanitarie sul percorso (life time) del paziente, è possibile cogliere correttamente il valore generato dalle politiche, quindi la loro efficacia ed, in ultima istanza, efficienza.

Bibliografia

Pan C. et al., 2025, Global burden of diabetes mellitus 1990–2021: epidemiological trends, geospatial disparities, and risk factor dynamics, *Front. Endocrinol.* 16:1596127. doi: 10.3389/fendo.2025.1596127

Xu M et al., (2025), Trends and future predictions of chronic kidney disease due to diabetes mellitus type 2 attributable to dietary risks: insights based on GBD 2021 data, *Front. Nutr.* 11:1494383. doi:10.3389/fnut.2024.1494383.

Allegati

Fonte: tabelle adattate da Pan et al. 2025

- Note: DM Diabete Mellito
 DMT1 Diabete Mellito tipo 1
 DMT2 Diabete Mellito tipo 2
 ASIR Tasso medio di incidenza standardizzato (per età)
 ASDR Tasso medio di mortalità standardizzato (per età)
 ASR Tasso medio standardizzato (per età)
 SDI Indice Socio-Economico
 Regioni come definite dal Global Burden of Disease

Incidenza diabete mellito - Anno 2021 - per Regione GBD

Regione	DM			DMT1			DMT2		
	Costi incidenti (PESU UI)	ASIR per 100.000 (PESU UI)	Variazione 1990/2021 %	Costi incidenti (PESU UI)	ASIR per 100.000 (PESU UI)	Variazione 1990/2021 %	Costi incidenti (PESU UI)	ASIR per 100.000 (PESU UI)	Variazione 1990/2021 %
Global	24.442.180.036	287.312	71.374	530.859.451	6.980	22.795	23.911.320.584	280.332	73.079
High SDI	(5.048.071.406)	348.269	103.387	118.198.232	13.248	44.588	4.929.873.374	335.022	106.712
High-middle SDI	(4.210.638.636)	257.178	62.373	75.410.846	6.646	41.416	4.135.227.791	250.532	63.014
Middle SDI	(3.852.193.679/4588612.877)	(237.740/277.881)	(58.574/64.093)	(44454.477/89758.444)	(5.699/7.759)	(37.446/45.507)	(377.689/428.451/2465.923)	(231.085/271.218)	(59.056/64.891)
Low-middle SDI	(7.904.200.349)	284.850	56.207	130.333.129	5.633	7.775.847.220	279.216	57.046	
Low SDI	(1.911.017.924)	246.454	56.919	79.555.757	5.940	3.920	1.831.462.147	240.696	58.926
Western Europe	(1.444.279.259)	254.171	77.785	58.063.141	16.102	71.541	1.386.216.118	238.069	78.223
Central Europe	(418.125.885/492121.263)	(257.364/301.195)	(48.758/56.388)	(7009.251/9429.181)	(8.086.793)	(42.403/52.311)	(4101.344/647/483/49.303)	(249.269/292.397)	(52.914)
Eastern Europe	(486.150.426/605980.470)	(175.206/215.386)	(85.863/95.993)	(13494.424/19762.258)	(7.474/10.756)	(50.926/58.891)	(471244.594/590679.793)	(165.642/206.726)	(87.882/98.520)
High-Income North America	(2.226.588.438)	450.889	133.866	56.898.279	17.730	27.986	2.169.490.159	433.159	142.063
Caribbean	(228.241.148)	440.022	64.265	3.737.024	8.470	-0.536	224.504.124	431.652	66.367
Andean Latin America	(1.641.528.451/187497.374)	(256.132/293.149)	(89.456/104.090)	(11977.545/2647.933)	(3.948/3.998)	(11.2885/22.470)	(161976.518/185204.026)	(252.574/289.886)	(90.988/106.055)
Central Latin America	(1.038.025.280)	387.462	27.880	11.171.453	5.582	-0.455	1.026.853.827	382.880	28.317
Southern Latin America	(966686.780/110839.180)	(362.007/413.898)	(25.328/30.917)	(9197.244/13648.636)	(3.770/5.417)	(-7.891/6.446)	(95557.125/109920.370)	(357.102/409.477)	(25.758/31.486)
Tropical Latin America	(226.556.745/269980.236)	(289.599/344.585)	(77.199/101.577)	(3790.813/5011.405)	(6.363/8.524)	(15.168/35.492)	(221936.276/266022.273)	(281.937/336.990)	(79.165/104.125)
North Africa and Middle East	(2.784.899.036)	460.656	134.539	46.512.139	7.273	18.213	2.740.386.897	453.383	140.399
Western Sub-Saharan Africa	(734.945.548)	245.336	42.651	29.899.066	5.451	6.133	705.046.481	239.885	64.643
Eastern Sub-Saharan Africa	(448.132.944)	179.318	28.758	35.742.794	6.628	-0.164	412.390.150	172.689	30.206
Central Sub-Saharan Africa	(2223.12.399/263059.987)	(246.950/288.496)	(46.641/60.303)	(7055.827/9500.551)	(4.530/5.834)	(0.732/8.127)	(21.462.638/254707.284)	(241.966/283.419)	(47.861/61.879)
Southern Sub-Saharan Africa	(228.235.060)	330.913	73.773	5.224.478	7.379	3.909	222.310.583	323.534	76.480
High-Income Asia Pacific	(813842.196/970441.491)	(319.993/375.559)	(66.960/79.883)	(5874.103/8450.048)	(5.320/8.094)	(21.902/36.086)	(806657.618/93482.627)	(313.611/368.776)	(67.881/81.232)
Central Asia	(254.392.444)	255.698	120.808	8.538.246	8.941	40.574	245.854.197	246.757	125.471
East Asia	(3774465.882/4629424.262)	(224.821/267.149)	(43.873/59.127)	(28944.585/42159.461)	(2.291/3.336)	(30.634/47.844)	(374055.683/4598029.569)	(222.153/244.624)	(43.890/59.410)
Southeast Asia	(2.338.211.752)	316.045	73.915	50.549.656	7.421	1.109	2.287.662.096	308.624	76.979
South Asia	(1215659.401/2530200.222)	(291.814/341.271)	(69.362/79.533)	(42263.265/60830.788)	(6.270/8.923)	(-1.326/3.415)	(2107044.819/2478966.309)	(284.784/333.491)	(72.117/83.041)
Australasia	(82.467.396)	206.152	68.532	4.254.720	15.799	51.692	78.212.676	190.532	70.099
Oceania	(63443.022/7178.921)	(540.992/605.401)	(63.674/75.388)	(834.343/1092.352)	(5.530/6.955)	(-3.842/2.798)	(62790.887/11292.876)	(534.570/599.168)	(64.832/76.777)

Mortalità diabete mellito - Anno 2021- per Regione GBD

Regione	DM			DMT1			DMT2		
	Morti (95% UI)	ASDR per 100.000 (95% UI)	Variazione 1990/2021 %	Morti (95% UI)	ASDR per 100.000 (95% UI)	Variazione 1990/2021 %	Morti (95% UI)	ASDR per 100.000 (95% UI)	Variazione 1990/2021 %
Global	24.442.180.036 (22643512.775/276301698.294)	19.614 (18.121/20.808)	7.946 (0.416/14.630)	48.511.301 (43423.452/53957.724)	0.594 (0.533/0.662)	-29.241 (-39.016/-22.094)	1.608.123.225 (1493437.698/1708293.641)	19.020 (17.571/20.204)	9.747 (2.217/16.595)
High SDI	208.889.422 (185860.516/2211167.694)	9.351 (8.447/9.825)	-30.151 (-32.740/-28.051)	0.491 (0.474/0.507)	7.295.679 (6917.881/7547.640)	-41.250 (-43.342/-39.324)	201.593.743 (178953.374/213767.743)	8.859 (7.966/9.328)	-29.411 (-32.099/-27.287)
High-middle SDI	290.405.020 (217988.252/39725.715)	12.320 (11.129/13.318)	-3.654 (-11.140/3.683)	5.405.984 (4927.579/6003.194)	0.340 (0.312/0.375)	-47.407 (-56.921/-39.031)	234.999.037 (212680.338/254106.764)	11.981 (10.817/12.966)	-1.325 (-8.906/6.184)
Middle SDI	7906200.949 (547719.743/1028549.927)	23.450 (21.654/24.963)	10.885 (1.095/19.286)	13.212.024 (11787.452/14864.010)	0.507 (0.453/0.569)	-27.842 (-43.461/-14.226)	577.559.895 (538862.169/614261.379)	22.944 (21.189/24.401)	12.214 (2.738/20.709)
Low-middle SDI	451.875.823 (413449.627/490413.725)	35.125 (32.089/38.193)	34.531 (19.124/49.943)	14.424.380 (11677.314/16910.971)	0.834 (0.669/0.985)	-17.935 (-32.613/-2.622)	437.451.443 (399916.749/474443.532)	34.290 (31.308/37.193)	36.657 (21.157/52.370)
Low SDI	162.477.855 (146058.000/181915.462)	36.757 (33.186/40.936)	3.312 (-8.024/15.665)	8.111.912 (6459.364/9788.500)	0.886 (0.674/1.096)	-25.020 (-37.876/-13.259)	154.565.945 (139065.444/172691.761)	35.870 (32.300/39.940)	4.288 (-7.218/16.743)
Western Europe	66.210.577 (56771.263/76507.521)	39.768 (34.627/45.098)	-43.385 (-46.690/-40.803)	1.923.134 (1780.804/2016.016)	0.273 (0.261/0.281)	-57.298 (-58.673/-56.017)	89.259.943 (75455.013/96635.613)	7.762 (6.709/8.320)	-42.730 (-46.171/-40.083)
Central Europe	33.070.601 (30321.822/35665.444)	14.195 (13.070/15.297)	4.461 (-3.307/12.741)	1.134.884 (1024.309/1267.311)	0.432 (0.573/0.698)	-56.725 (-61.309/-51.598)	31.935.716 (29245.589/34482.429)	13.563 (12.461/14.630)	11.823 (3.481/20.713)
Eastern Europe	61.617.190 (54467.532/70074.348)	41.888 (36.706/47.412)	187.418 (168.214/208.014)	1.359.333 (1263.615/1466.720)	0.575 (0.535/0.617)	-13.261 (-25.061/-3.619)	43.074.372 (39768.829/46225.208)	11.869 (10.952/12.737)	223.681 (201.384/247.106)
High-income North America	115.700.951 (102326.496/129680.474)	29.286 (25.940/32.584)	-19.191 (-21.800/-16.549)	3.784.759 (3639.879/3898.195)	0.838 (0.814/0.860)	-14.322 (-16.542/-11.576)	76.652.824 (69349.338/81349.647)	11.349 (10.373/12.002)	-19.529 (-22.283/-16.759)
Caribbean	20.041.551 (17243.043/22930.497)	37.087 (31.923/42.411)	37.087 (-29.721/-7.689)	798.197 (624.041/1039.023)	1.593 (1.244/2.064)	-22.484 (-37.017/-7.012)	19.243.354 (16588.338/22068.726)	35.494 (30.602/40.688)	-18.963 (-29.717/-7.544)
Andean Latin America	14.025.025 (11962.391/18033.499)	24.319 (20.797/29.121)	19.376 (-1.148/44.041)	177.466 (128.349/227.604)	0.271 (0.194/0.348)	-15.194 (-35.762/10.621)	13.847.559 (11827.522/16602.054)	24.047 (20.583/28.783)	19.927 (-0.793/44.511)
Central Latin America	118.878.820 (104957.746/131506.003)	48.473 (43.623/53.566)	0.387 (-8.450/9.993)	1.972.854 (1785.763/2140.836)	0.757 (0.685/0.830)	-15.545 (-24.336/-7.498)	47.716 (40965.672/49850.851)	47.716 (42.939/52.726)	0.688 (-8.181/10.314)
Southern Latin America	39.536.102 (36909.680/42447.240)	77.182 (72.173/82.607)	-30.212 (-34.007/-26.205)	443.317 (419.572/469.778)	0.552 (0.524/0.583)	-36.807 (-40.897/-32.679)	12.990.713 (11989.191/13774.749)	14.451 (13.382/15.303)	-29.932 (-33.868/-25.770)
Tropical Latin America	91.183.077 (77228.749/98626.434)	8.034 (6.949/8.600)	-15.049 (-18.429/-12.305)	1.653.950 (1589.715/1710.534)	0.666 (0.639/0.690)	7.936 (2.517/13.321)	66.352.738 (60865.672/69850.851)	26.508 (24.212/29.961)	-15.521 (-18.871/-12.712)
North Africa and Middle East	7.417.412 (6258.550/8974.980)	109.690 (93.485/131.342)	21.367 (1.937/35.726)	2.450.232 (2040.892/2944.554)	0.407 (0.343/0.497)	-31.328 (-47.480/-11.124)	113.250.719 (100173.924/126911.275)	28.878 (25.547/32.137)	22.027 (2.901/37.204)
Western Sub-Saharan Africa	21.216.765 (41039.784/47477.194)	3.959 (11.491/13.349)	-11.217 (1.997/42.778)	3.181.688 (1973.314/3345.547)	0.815 (0.444/0.794)	-31.377 (-40.792/-8.436)	58.435.502 (54748.138/72318.195)	41.073 (34.363/44.323)	-10.697 (2.709/44.076)
Eastern Sub-Saharan Africa	17720.042/23429.021 (3.399/4.339)	52.010 (3.399/4.339)	-22.067/1.468 (-22.067/1.468)	843.848 (2479.048/3896.394)	0.752 (0.613/1.038)	-22.008 (-48.677/-15.867)	23.933.322 (51367.283/66716.235)	51.258 (36.003/46.517)	-1.146 (-21.800/2.202)
Central Sub-Saharan Africa	24.237.170 (19262.820/30120.695)	52.010 (41.529/63.178)	-0.550 (-23.573/23.792)	843.848 (619.053/1112.628)	0.752 (0.536/0.997)	-22.008 (-41.045/-0.127)	23.933.322 (18505.934/29119.532)	51.258 (40.927/62.335)	-1.146 (-23.213/24.488)
Southern Sub-Saharan Africa	68.006.688 (62483.420/71544.531)	27.174 (24.863/28.630)	77.599 (61.627/96.335)	329.124 (263.312/376.987)	0.408 (0.325/0.467)	-4.634 (-19.273/11.870)	39.206.978 (36588.336/42074.850)	76.774 (71.789/82.157)	78.417 (62.390/97.252)
High-income Asia Pacific	80.437.583 (72984.689/85237.335)	12.187 (11.187/12.844)	-58.450 (-61.988/-54.767)	385.134 (330.378/467.968)	0.137 (0.121/0.165)	-71.218 (-75.827/-63.678)	20.831.631 (17389.258/23032.915)	3.822 (3.278/4.204)	-57.781 (-61.271/-54.054)
Central Asia	14.091.501 (12404.919/15832.450)	17.379 (15.416/19.350)	73.882 (52.001/96.706)	920.559 (800.660/1051.749)	0.976 (0.851/1.110)	-4.540 (-18.203/12.846)	13.170.942 (11590.948/14803.996)	16.403 (14.548/18.234)	82.818 (59.469/107.848)
East Asia	193.735.660 (163016.122/2227838.535)	9.432 (7.935/11.038)	-9.582 (-25.802/11.016)	4.665.955 (3804.042/5797.814)	0.263 (0.216/0.323)	-54.081 (-68.497/-36.893)	189.069.705 (159223.747/222659.583)	9.169 (7.715/10.748)	-6.998 (-23.567/14.229)
Southeast Asia	13.434.030 (12416.660/14229.997)	15.003 (13.916/15.874)	15.303 (0.151/32.221)	4.383.203 (3629.370/5790.671)	0.608 (0.503/0.802)	-31.263 (-51.365/-16.227)	194.402.155 (173155.247/215512.067)	32.534 (28.997/36.002)	16.783 (1.749/34.003)
South Asia	198.785.358 (177131.840/220312.436)	33.142 (29.547/36.683)	33.716 (14.411/54.533)	15.285.510 (11588.963/18640.681)	0.893 (0.670/1.097)	-20.543 (-35.369/-1.106)	410.254.084 (344228.649/452153.733)	31.953 (28.465/35.189)	36.316 (16.451/57.431)
Australasia	5.035.166 (4362.189/5473.239)	8.522 (7.491/9.204)	-26.500 (-31.532/-20.699)	108.162 (100.005/115.256)	0.265 (0.247/0.281)	-51.914 (-55.716/-48.327)	4.927.005 (4257.464/5367.155)	8.257 (7.237/9.390)	-47.500 (-30.524/-19.157)
Oceania	425.539.594 (378602.105/468849.084)	32.845 (29.273/36.175)	6.278 (-16.070/36.072)	107.184 (78.917/142.137)	0.758 (0.543/1.020)	-3.464 (-31.235/27.701)	7.310.228 (6170.987/8863.842)	108.932 (92.843/130.511)	6.352 (-16.012/36.232)

DALYs diabete mellito - Anno 2021- per Regione GBD

Regione	DM			DMT1			DMT2		
	DALY (95% UI)	ASR per 100.000 (95% UI)	Variazione 1990/2021 %	DALY (95% UI)	ASR per 100.000 (95% UI)	Variazione 1990/2021 %	DALY (95% UI)	ASR per 100.000 (95% UI)	Variazione 1990/2021 %
Global	24.442.180.036 (224.435.12.775/26.301.698.294)	916.250 (775.930/1096.148)	38.176 (29.744/47.013)	3.597.713.337 (3037.759.104/42.499.93.600)	44.469 (37.568/52.381)	-12.004 (-20.523/-5.041)	75.340.873.714 (63483094.226/90254281.751)	871.761 (735.055/1044.784)	42.315 (33.696/51.063)
High SDI	13.090.831.315 (10414703.364/16595733.971)	717.463 (565.114/912.758)	38.607 (25.313/50.945)	669.804.093 (533123.593/833403.610)	49.926 (40.075/61.620)	-5.707 (-13.124/0.988)	12.421.027.222 (9861777.847/15785615.377)	667.337 (523.843/853.828)	43.656 (29.671/56.851)
High-middle SDI	12.702.526.290 (10329166.661/15529634.763)	672.507 (542.799/826.872)	31.724 (22.402/40.355)	471.074.052 (383323.865/589335.738)	30.837 (25.403/38.193)	-22.527 (-32.557/-13.247)	12.231.452.238 (9946570.639/14957461.206)	641.671 (516.907/788.334)	36.311 (27.056/44.792)
Middle SDI	7906200/349 (22994782.215/31972123.938)	987.546 (843.567/1165.268)	31.151 (23.517/39.054)	910.275.061 (772059.051/1074045.276)	35.027 (29.939/41.177)	-14.132 (-27.105/-5.335)	26.084.565.560 (22169178.429/30907857.560)	952.519 (811.596/1124.097)	33.744 (25.711/41.630)
Low-middle SDI	18.977.988.593 (16266056.912/22244570.459)	1.259.757 (1090.068/1465.073)	49.600 (36.818/62.531)	935.591.998 (784315.218/1099887.464)	50.134 (41.825/59.083)	-12.553 (-25.659/-1.829)	18.042.396.595 (15414619.653/21210334.865)	1.172.939 (1026.095/1362.031)	54.141 (40.702/67.159)
Low SDI	7.081.302.621 (6134409.668/8265798.514)	1.229.925 (1072.614/1422.258)	15.434 (4.503/27.029)	606.970.199 (496286.543/726693.993)	56.986 (46.777/68.079)	-21.282 (-31.642/-10.248)	6.474.332.422 (5608420.447/7601171.995)	1.209.623 (1045.252/1411.328)	18.111 (6.726/29.824)
Western Europe	4.095.540.567 (3256591.738/5235188.060)	514.384 (396.851/668.256)	13.481 (0.144/25.921)	271.129.384 (197782.329/361750.131)	47.080 (34.390/62.903)	6.163 (-8.479/19.210)	3.824.411.183 (3049988.126/4885188.460)	467.304 (362.809/608.131)	14.275 (9.996/27.001)
Central Europe	1.567.051.033 (1272370.458/1937804.162)	751.553 (607.129/933.861)	23.860 (16.093/30.832)	67.547.469 (54404.928/80613.978)	44.219 (37.120/52.910)	-31.300 (-38.962/-23.710)	1.499.503.564 (1213156.929/1860340.950)	707.334 (567.372/884.839)	30.406 (23.284/36.805)
Eastern Europe	2.000.939.348 (1482237.609/2429903.434)	600.203 (502.674/726.773)	106.007 (99.800/114.230)	119.316.306 (99016.252/14822.598)	50.448 (43.012/60.543)	11.200 (0.390/20.032)	1.881.423.042 (1578459.084/2284952.677)	549.755 (457.582/669.279)	123.492 (114.787/135.333)
High-income North America	5.511.662.696 (4358245.232/692328.541)	928.716 (738.641/1153.735)	53.524 (39.173/66.322)	335.060.662 (275891.102/409739.716)	77.217 (64.370/93.340)	8.645 (4.626/13.043)	5.176.402.034 (4078249.690/6518947.348)	851.498 (670.238/1068.288)	59.499 (43.304/73.529)
Caribbean	917.868.586 (747.484.571/114592.860)	1.723.247 (1435.961/2094.782)	12.348 (1.289/23.972)	44.585.282 (35391.484/54365.375)	91.763 (72.675/112.727)	-15.092 (-27.644/-0.652)	873.283.304 (729853.671/1063097.416)	1.431.484 (1357.700/1987.215)	14.878 (3.258/26.075)
Andean Latin America	589.378.303 (490977.454/719840.025)	980.367 (816.731/1197.092)	42.917 (24.956/61.339)	13.887.315 (10459.232/16599.438)	20.247 (15.495/24.930)	-8.636 (-22.870/7.778)	575.890.988 (478727.284/703743.892)	960.120 (799.892/1171.011)	44.638 (26.293/63.672)
Central Latin America	4.766.808.532 (4133293.672/5553445.461)	1.854.443 (1610.989/2158.367)	12.690 (5.893/20.306)	121.324.523 (107739.807/138680.017)	46.132 (40.992/52.780)	4.111 (-11.958/3.055)	4.445.484.208 (4025907.944/5420647.808)	1.810.311 (1569.507/2107.780)	13.195 (6.330/20.875)
Southern Latin America	650.167.384 (528979.344/801924.476)	763.227 (619.146/943.649)	12.753 (1.460/24.907)	28.755.108 (24238.739/34424.654)	38.306 (32.411/46.338)	-16.443 (-22.342/-9.842)	621.492.275 (503705.365/771130.035)	724.920 (585.949/900.905)	14.874 (3.000/27.544)
Tropical Latin America	2.838.612.817 (2426405.275/3334249.718)	1.097.064 (939.650/1286.600)	-0.200 (-4.973/4.520)	137.576.357 (115392.168/166801.662)	55.639 (46.991/67.345)	17.265 (12.362/21.716)	2.701.036.460 (2302968.593/3184550.388)	1.041.425 (889.700/1225.380)	-0.988 (-5.829/3.836)
North Africa and Middle East	6.544.241.679 (536910.425/8200515.295)	1.344.969 (1115.768/1670.615)	65.789 (45.636/80.700)	237.792.395 (194506.498/289235.556)	38.251 (31.149/46.526)	-16.532 (-30.537/-2.016)	6.306.449.285 (5148287.225/733908.808)	1.306.718 (1081.868/1628.682)	70.718 (49.888/86.584)
Western Sub-Saharan Africa	2.774.525.737 (2358466.715/3299973.871)	1.246.073 (1081.842/1469.111)	32.514 (15.388/52.949)	208.418.235 (157018.940/256888.570)	43.855 (34.794/54.008)	-18.526 (-31.506/-1.985)	2.566.107.503 (2198106.722/3065834.931)	1.202.217 (1043.855/1417.681)	35.614 (17.860/56.556)
Eastern Sub-Saharan Africa	2.337.188.015 (2061598.061/2709346.871)	1.196.886 (1061.849/1370.426)	-7.017 (-17.634/5.296)	267.148.958 (217945.216/321688.156)	61.785 (49.736/74.617)	-26.632 (-38.209/-11.744)	2.070.039.057 (1830453.481/2386737.990)	1.135.101 (1005.599/1293.465)	-5.644 (-16.811/6.992)
Central Sub-Saharan Africa	1.039.292.850 (856223.450/1266164.471)	1.638.127 (1359.102/1984.706)	12.981 (-7.365/35.414)	62.879.093 (48721.623/79520.627)	49.292 (37.730/62.292)	-19.515 (-35.552/-0.244)	976.413.757 (803272.843/1198184.072)	1.588.835 (1318.317/1924.419)	14.414 (-6.072/37.817)
Southern Sub-Saharan Africa	1.272.875.237 (1165585.927/1408939.894)	2.161.943 (1980.622/2381.717)	74.836 (61.878/88.987)	31.696.874 (25102.063/38314.368)	39.551 (31.231/48.249)	-3.462 (-13.421/6.741)	1.241.178.363 (1137268.953/1372925.644)	2.122.392 (1946.587/2338.019)	77.519 (64.365/92.082)
High-income Asia Pacific	2.305.380.781 (1726454.116/3040307.869)	639.055 (471.809/857.870)	29.336 (13.624/43.507)	29.336 (37388.081/69795.462)	22.650 (16.219/30.470)	2.686 (-44.453/-30.335)	2.252.860.593 (1682408.797/2972522.551)	616.405 (454.540/828.046)	33.619 (17.788/48.013)
Central Asia	803.995.199 (667147.909/993188.679)	899.691 (751.720/1108.120)	91.471 (76.109/106.006)	91.471 (53208.051/72820.388)	64.228 (54.938/75.094)	10.336 (-0.408/22.772)	741.796.146 (613112.975/920193.178)	1.029.453 (694.556/1033.015)	102.943 (87.183/118.748)
East Asia	12.375.411.666 (9581336.550/15767322.930)	596.681 (460.477/766.078)	24.271 (10.874/36.773)	280.089.488 (231754.673/334448.550)	16.853 (14.032/20.119)	-42.727 (-56.188/27.791)	12.095.322.178 (9347450.478/15426635.174)	579.828 (444.761/744.644)	28.645 (16.151/40.876)
Southeast Asia	8.233.948.930 (7173647.050/9709718.361)	1.224.341 (1070.342/1440.199)	31.369 (16.745/45.171)	309.247.466 (258501.024/378125.568)	41.988 (35.227/50.996)	-22.073 (-40.344/-11.344)	7.924.701.464 (6898462.719/9360596.422)	1.182.353 (1033.183/1393.525)	34.648 (20.492/49.249)
South Asia	17.771.815.360 (1504896.458/20914829.636)	1.153.890 (988.457/1345.988)	45.562 (29.710/60.594)	919.847.566 (753702.281/1104575.273)	49.906 (40.484/59.872)	-14.993 (-27.920/-2.857)	16.851.967.793 (14173188.127/19903034.206)	1.103.984 (940.980/1291.723)	50.406 (34.278/65.045)
Australasia	233.552.964 (186345.756/292333.716)	471.758 (372.203/604.600)	15.578 (4.343/26.978)	18.820.665 (14059.286/24811.679)	49.431 (37.298/64.962)	7.125 (-4.310/18.898)	214.732.298 (171656.629/268249.371)	423.327 (336.034/531.227)	16.655 (4.641/28.104)
Oceania	308.329.367 (261513.274/367521.262)	3.586.467 (3065.159/4248.631)	21.023 (-1.746/48.247)	8.291.148 (6471.227/10343.270)	57.292 (44.579/71.831)	-1.748 (-23.392/21.495)	300.038.219 (254617.478/355814.566)	3.529.175 (3015.852/4180.853)	21.480 (-1.391/48.779)



Complicanze del Diabete



ICTUS:

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

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

CECITÀ:

Il diabete è una delle principali cause di cecità.

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

INFARTO:

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

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

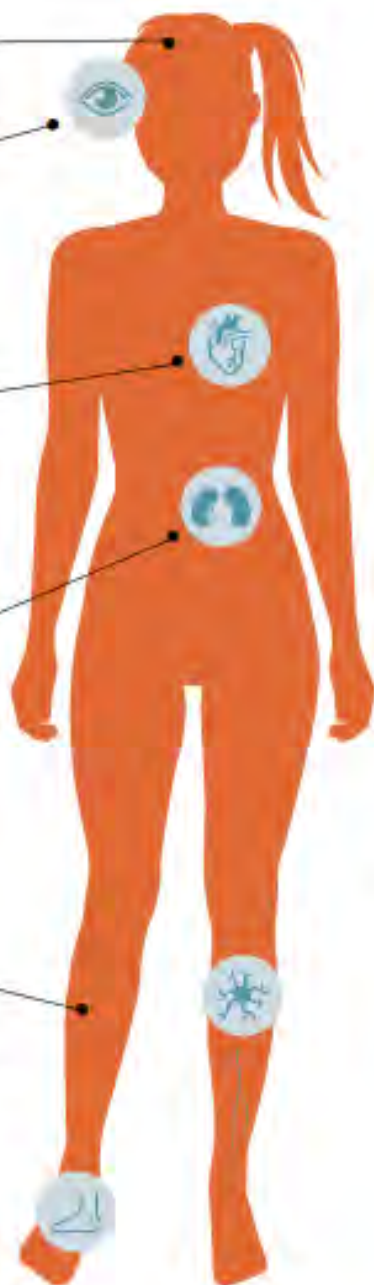
INSUFFICIENZA RENALE:

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

AMPUTAZIONI:

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

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



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

Fonte: UKPDS

Prevenzione attiva



Sport, attività fisica e sedentarietà: i dati Istat

Emanuela Bologna

Prima ricercatrice Istat

La pratica fisico-sportiva rappresenta una componente fondamentale per favorire il benessere psicofisico in ogni fase della vita. Non si tratta solo di allenare il corpo, ma anche di coltivare aspetti educativi, relazionali e sociali. Fin da piccoli, il movimento aiuta a sviluppare competenze motorie, ma anche a rafforzare l'identità personale, imparare il rispetto delle regole, gestire le emozioni e sentirsi parte di una comunità.

I benefici dello sport, tuttavia, non si fermano all'infanzia o all'adolescenza. Anche in età adulta e nella terza età, uno stile di vita attivo rappresenta un valido alleato per la prevenzione di molte malattie e per il miglioramento della qualità della vita (1). Praticare sport o svolgere attività fisica con regolarità contribuisce infatti a contrastare gli effetti negativi della sedentarietà e a mantenere il corpo e la mente in equilibrio.

In contesti sociali più fragili, lo sport assume un valore ancora più significativo. Può diventare un vero e proprio strumento di inclusione, offrendo luoghi sicuri e strutturati in cui, soprattutto i più giovani, possano incontrarsi, socializzare e crescere insieme. In questo senso, lo sport

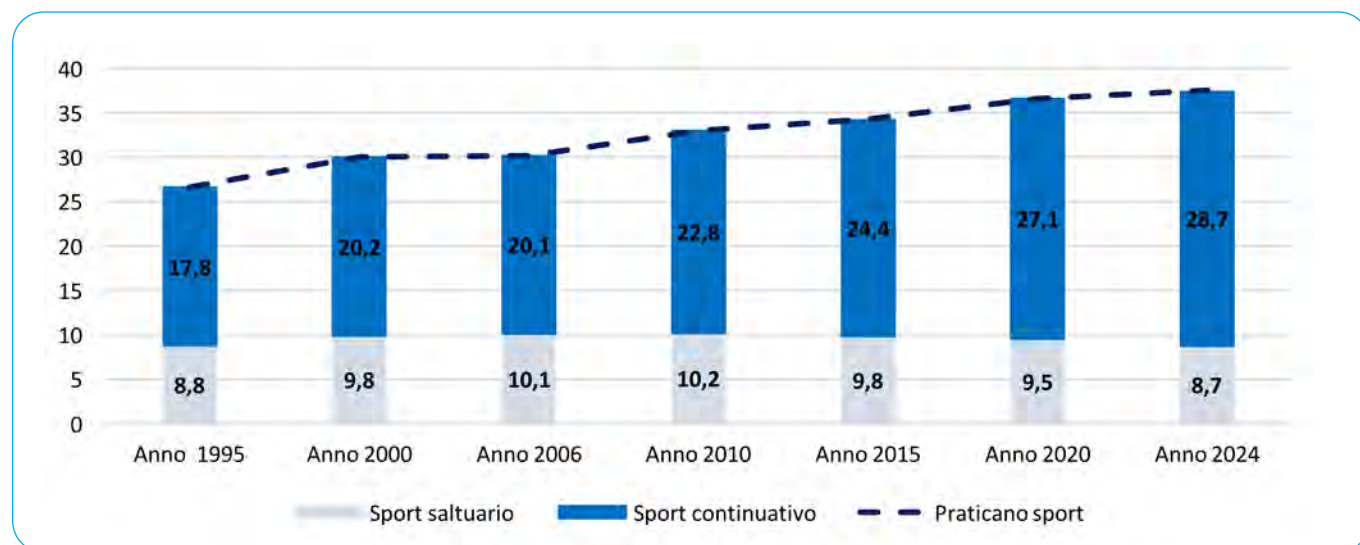
non è solo benessere individuale, ma anche coesione e sviluppo sociale.

La sua rilevanza è riconosciuta anche a livello istituzionale, sia in ambito nazionale che internazionale e in Italia ha trovato un recente e significativo riscontro nell'approvazione della legge costituzionale del 26 settembre 2023, n. 1¹. Questa ha introdotto un nuovo comma all'articolo 33 della Costituzione che afferma il valore educativo, sociale e di promozione del benessere psicofisico dell'attività sportiva in tutte le sue forme. Lo sport viene così riconosciuto come uno degli elementi fondanti della nostra Carta costituzionale.

1. La pratica sportiva

I dati più recenti confermano la crescente centralità dell'attività sportiva in Italia: nel 2024, oltre 21 milioni e 500 mila persone dai 3 anni in su praticano nel tempo libero uno o più sport, pari al 37,5% della popolazione. Di questi, il 28,7% lo fa con regolarità, mentre l'8,7% in modo saltuario (2) (Figura 1).

Figura 1. Persone di 3 anni e più che praticano sport. Anni 1995-2024, per 100 persone di 3 anni e più



Fonte: Istat, Indagini: I cittadini e il tempo libero (Anni 1995, 2000, 2006, 2015 e 2024) e Aspetti della vita quotidiana (Anni 2010 e 2020)

¹ <https://www.sport.governo.it/it/attivita-nazionale/sport-in-costituzione/publicata-la-legge-costituzionale-26-settembre-2023-n-1/>

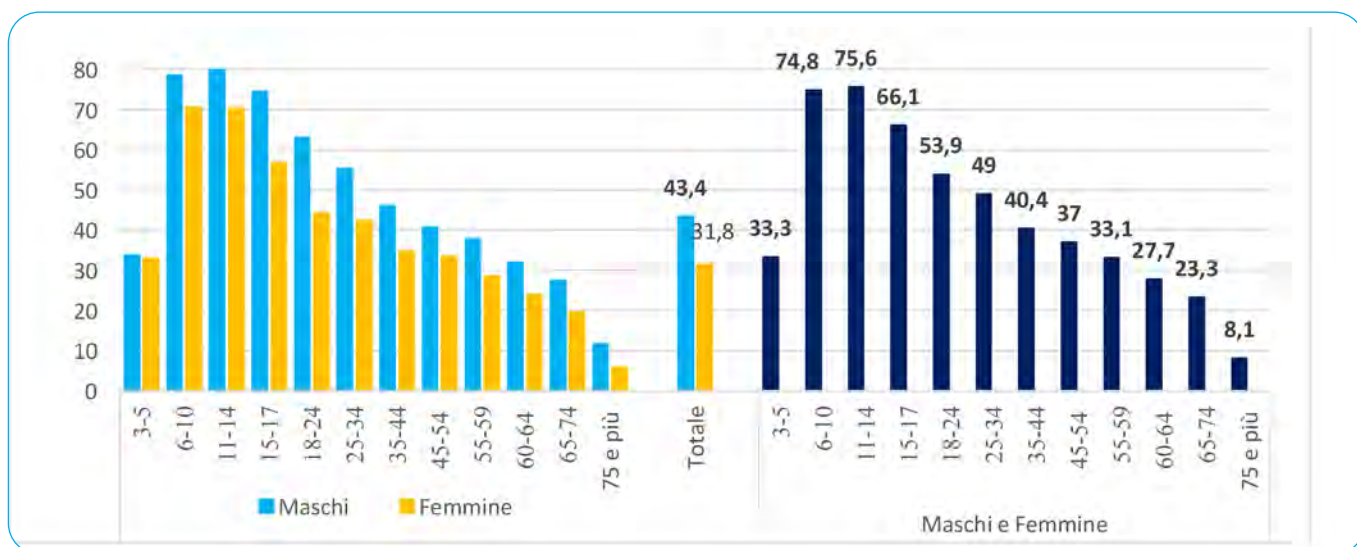
Nel lungo periodo emerge la tendenza a praticare sempre più sport: nel 1995 la quota di sportivi tra le persone di 3 anni e più era pari al 26,6%. Una tendenza, questa, rimasta stabile anche durante il periodo pandemico, nonostante le limitazioni imposte alle attività sportive, sia al chiuso che all'aperto (3). Nel tempo, si osserva come la crescita abbia riguardato quasi esclusivamente la pratica di tipo continuativo che è cresciuta di quasi 11 punti percentuali (era il 17,8% nel 1995), mentre è rimasta abbastanza stabile in tutto il periodo la pratica di tipo saltuario e occasionale (Figura 1).

I livelli di pratica sportiva sono più elevati per gli uomini che per le donne. Nel 2024, il 43,4% degli uomini pratica sport, mentre fra le donne la percentuale scende al 31,8%. Nel tempo il graduale aumento della pratica sportiva ha però riguardato sia gli uomini che le donne; il *gap* di genere si è quindi ridotto (era di circa 17 punti percentuali nel 1995, scende a 11,6 punti percentuali nel 2024).

Lo sport è un'attività del tempo libero fortemente legata all'età: la passione per lo sport è un tratto distintivo dei più giovani e raggiunge le quote più elevate tra i ragazzi di 11-14 anni (nel 2024 il 75,6%, 66,7% in modo continuativo e l'8,9% in modo saltuario). A partire dai 15 anni l'interesse per la pratica sportiva inizia a diminuire anche se la quota di praticanti rimane comunque elevata fino ai 24 anni (rispettivamente 66,1% tra i 15 e i 17 anni e il 53,9% tra i 18 e i 24 anni), per poi diminuire progressivamente nelle fasce d'età successive (Figura 2)..

Superata la soglia dei 64 anni il livello di pratica sportiva scende al 23,3% tra i 65-74enni, mentre è pari all'8,1% tra la popolazione di 75 anni e più. Da segnalare, tuttavia, il forte aumento della pratica sportiva proprio in queste fasce di età dove negli ultimi trent'anni si è evidenziato un notevole aumento nella quota dei praticanti sport (nel 1995 erano il 5,3% tra la popolazione di 65-74 anni ed appena l'1,4% tra gli ultra-settantaquattrenni) (Figura 2).

Figura 2. Persone di 3 anni e più che praticano sport per genere e classi di età. Anno 2024, per 100 persone di 3 anni e più



Fonte: Istat. Indagine I cittadini e il tempo libero

L'attitudine alla pratica sportiva varia sensibilmente tra le diverse macroaree territoriali. Il Nord-est si distingue come la zona con la più alta percentuale di praticanti (43,9%), seguito dal Nord-ovest e dal Centro, con valori rispettivamente del 41,7% e del 41,5%. Al contrario, nelle regioni meridionali e insulari i livelli di pratica sportiva risultano generalmente più bassi, attestandosi intorno al 27,9%.

Dal 1995 al 2023, la pratica sportiva è aumentata in tutte

le regioni italiane, ma permangono significative disparità territoriali, soprattutto tra Nord e Sud (Figura 3).

Il persistente svantaggio del Sud è spesso attribuito alla carenza di impianti sportivi adeguati e facilmente accessibili. A conferma di ciò, circa il 40% dei residenti nelle regioni meridionali considera insoddisfacente l'offerta di infrastrutture sportive, quasi il doppio rispetto alla quota rilevata nel Nord. Questi dati sottolineano l'urgenza di interventi mirati per migliorare la disponibilità e la qualità

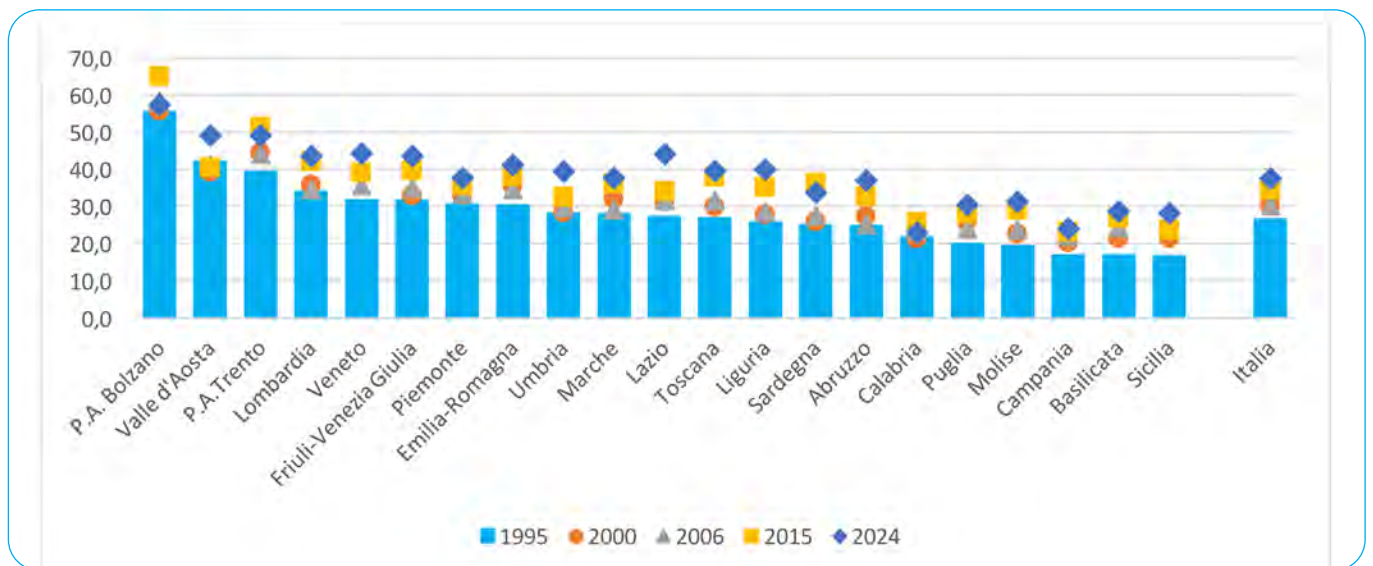
degli impianti nel Mezzogiorno, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze territoriali e favorire uno stile di vita più attivo a livello nazionale.

Considerando la dimensione demografica dei comuni, la pratica sportiva è più diffusa nei centri delle aree metropolitane (42,7%) e nelle zone limitrofe, mentre nei piccoli comuni fino a 2.000 abitanti la percentuale scende al 29,7%.

Tra il 1995 e il 2024, la crescita della pratica sportiva è stata significativa nei grandi centri urbani (+19,6 punti percentuali), mentre nei piccoli comuni l'aumento è stato contenuto (+2,3 punti), mantenendo così elevata la distanza tra questi territori.

Anche il livello di istruzione incide fortemente sulla propensione a praticare sport. Solo il 6,1% delle persone con licenza elementare e il 17,3% di quelle con licenza media

Figura 3. Graduatoria delle regioni italiane rispetto all'abitudine alla pratica sportiva delle persone di 3 anni e più. Anni 1995, 2000, 2026, 2015 e 2024, per 100 persone di 3 anni e più



Fonte: Istat. Indagine I cittadini e il tempo libero

fanno sport, contro il 55 per cento dei laureati (Figura 1.22). Le differenze socio-culturali sono evidenti in entrambi i generi e in tutte le fasce d'età: chi possiede un livello di istruzione più elevato tende a essere più attivo fisicamente, indipendentemente dall'età. Sebbene la partecipazione allo sport diminuisca fisiologicamente con l'età, le disuguaglianze legate al titolo di studio restano stabili, mettendo in luce la necessità di strategie specifiche per favorire l'accesso allo sport nei gruppi socialmente ed economicamente più svantaggiati.

A conferma di queste dinamiche, l'European Health Survey (4) evidenzia disuguaglianze socioeconomiche ben radicate che influenzano in modo determinante l'adozione di stili di vita salutari. In particolare, le risorse economiche si rivelano un fattore chiave nell'accesso a un'attività fisica adeguata e regolare. In molti Paesi eu-

ropei, compresa l'Italia, le differenze di reddito si traducono in significative disparità nei livelli di attività fisica. Tali disuguaglianze tendono ad ampliarsi con l'età e risultano particolarmente accentuate tra le donne, mostrando come i fattori economici e di genere si intersechino nel determinare le opportunità di mantenere uno stile di vita attivo e sano.

2. Modalità di pratica dello sport

Nel 2024, il 13% degli sportivi di 3 anni e più ha dichiarato di praticare sport meno di una volta a settimana, quasi la metà (48,8%) di allenarsi una o due volte a settimana, mentre più di uno su 3 (il 37,1%) di praticare tre o più volte a settimana. Sono specialmente gli uomini a praticare sport con maggiore frequenza: è pari al 40,3% la

quota di uomini che si allenano con una frequenza di 3 o più volte a settimana, mentre si scende al 32,8% tra le donne. (Figura 4).

La frequenza con cui si pratica sport è meno elevata tra i bambini sportivi di 3-5 anni e cresce nelle età successive fino a raggiungere alti livelli di assiduità tra gli sportivi di 15-24 anni che, nel 47,6% dei casi, vi si dedicano in media per tre o più giorni a settimana. La frequenza della pratica sportiva si riduce nelle classi di età centrali (in particolare tra 45 e 64 anni) mentre recupera un po' tra gli over sessantaquattrenni: in questa fascia d'età più di uno sportivo su 3 pratica sport in media tre o più giorni a settimana (36,2%).

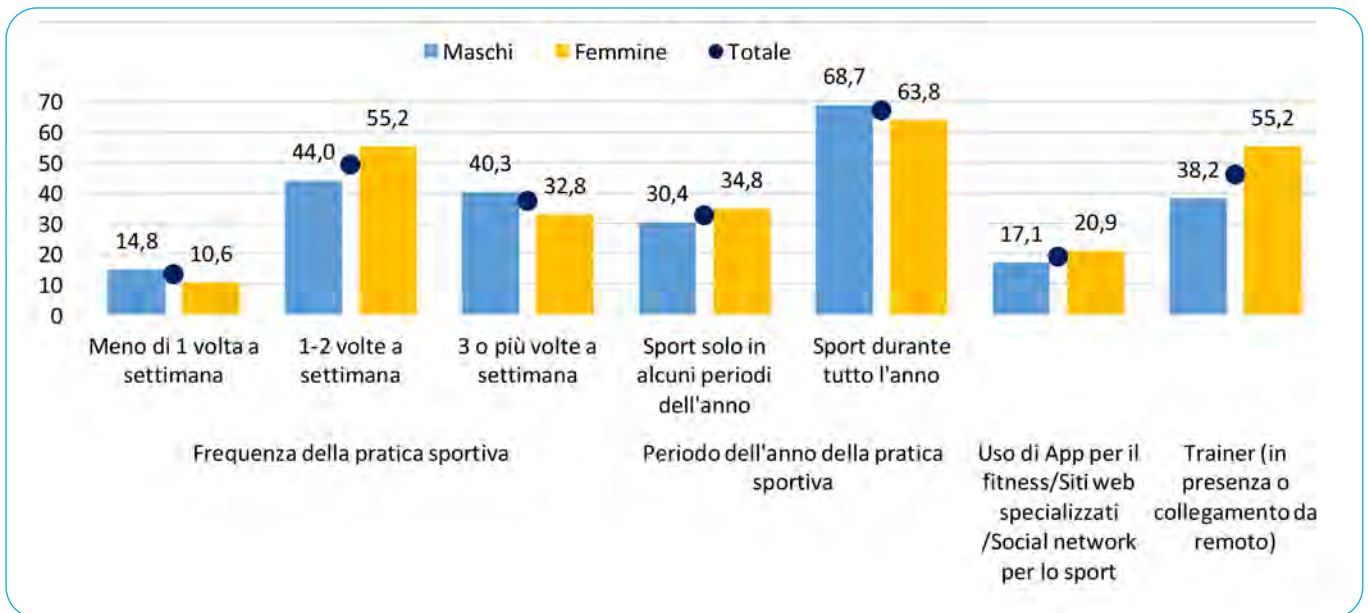
Il 66,6% degli sportivi pratica sport durante tutto l'anno, mentre il 32,3% solo stagionalmente. La quota di chi pratica con maggiore continuità nell'anno è più elevata tra gli uomini che tra le donne (68,7% contro 63,8%), cresce all'aumentare dell'età e si mantiene su valori superiori alla media fino ai 34 anni, per poi diminuire nelle fasce d'età successive. Negli ultimi 10 anni la quota di sportivi che pratica sport durante tutto l'anno è aumentata in

modo significativo (era pari al 59% nel 2015), mentre di contro si riduce la stagionalità della pratica.

L'utilizzo delle nuove tecnologie si va diffondendo anche a supporto della pratica sportiva: il 18,7% degli sportivi ha dichiarato, infatti, di praticare sport tramite l'ausilio di applicazioni su Internet dedicate al fitness, social network o siti web specializzati di palestre o centri sportivi, con quote lievemente più elevate tra le donne che tra gli uomini (20,9% contro 17,1%). L'uso delle nuove tecnologie per la pratica sportiva è poco diffuso tra i giovanissimi fino 14 anni (5,1%), cresce nelle età successive e raggiunge i livelli più elevati tra i giovani adulti di 25-44 anni (29,1%). Non mancano comunque quote di utilizzatori anche tra gli sportivi ultra-sessantaquattrenni: in questa fascia di età quasi uno sportivo su 10 le utilizza.

Inoltre, il 45,6% degli sportivi è seguito da un allenatore o istruttore che lo segue in presenza o da remoto (55,2% fra le donne e 38,2% fra gli uomini); tale quota diminuisce al crescere dell'età passando da oltre il 78% fra i 3 e i 14 anni a meno di un terzo dai 45 anni in poi.

Figura 4. Persone di 3 anni e più che praticano sport rispetto alla frequenza con cui praticano, il periodo dell'anno in cui praticano, l'ausilio di un trainer per la pratica e l'utilizzo di internet per praticare sport e genere. Anno 2024, per 100 praticanti di 3 anni e più



Fonte: Istat, Indagine I cittadini e il tempo libero

3. Le tipologie di sport praticati

La graduatoria degli sport praticati vede in cima alla classifica il gruppo che include ginnastica, aerobica, *fitness* e cultura fisica: lo pratica circa un terzo degli sportivi (33,1%, pari a 7 milioni 133 mila persone). Si tratta di un settore in forte crescita rispetto al 2015, quando coinvolgeva il 25,2% dei praticanti (Figura 5).

Il calcio, in tutte le sue varianti (compreso a 5 e a 8), occupa il secondo posto con il 20,3% degli sportivi (4 milioni 327 mila persone). Nonostante resti popolarissimo tra i più giovani – lo pratica quasi un bambino su due tra i 3 e i 10 anni – è in calo costante: nel 2000 rappresentava il 25,7%, sceso al 24,2% nel 2006 e al 23% nel 2015.

Al terzo posto si trovano gli sport acquatici e subacquei, scelti dal 18,7% degli sportivi (poco più di 4 milioni). Anche in questo caso si registra una lieve flessione rispetto al 2015 (21,1%).

Stabile in quarta posizione il gruppo che comprende atletica leggera, footing e jogging, con il 18,3% dei praticanti, in aumento rispetto al 16,8% di dieci anni fa.

Seguono gli sport invernali, su ghiaccio e di montagna, che interessano l'11,3% degli sportivi (2 milioni 428 mila persone), in netta ripresa rispetto al 2015 e tornati ai livelli di inizio anni 2000. Questo incremento è trainato soprattutto da alcune discipline in crescita come ad esempio il trekking, praticato nel 2024 dal 4% degli sportivi (erano l'1,6% nel 2015).

Gli sport ciclistici coinvolgono il 10,7% degli sportivi, men-

tre quelli con palla e racchetta – tra cui il tennis – rappresentano l'8,5%. Quest'ultima categoria è in crescita, grazie soprattutto al successo del padel, oggi praticato dal 2,9% degli sportivi (pari a 634 mila persone).

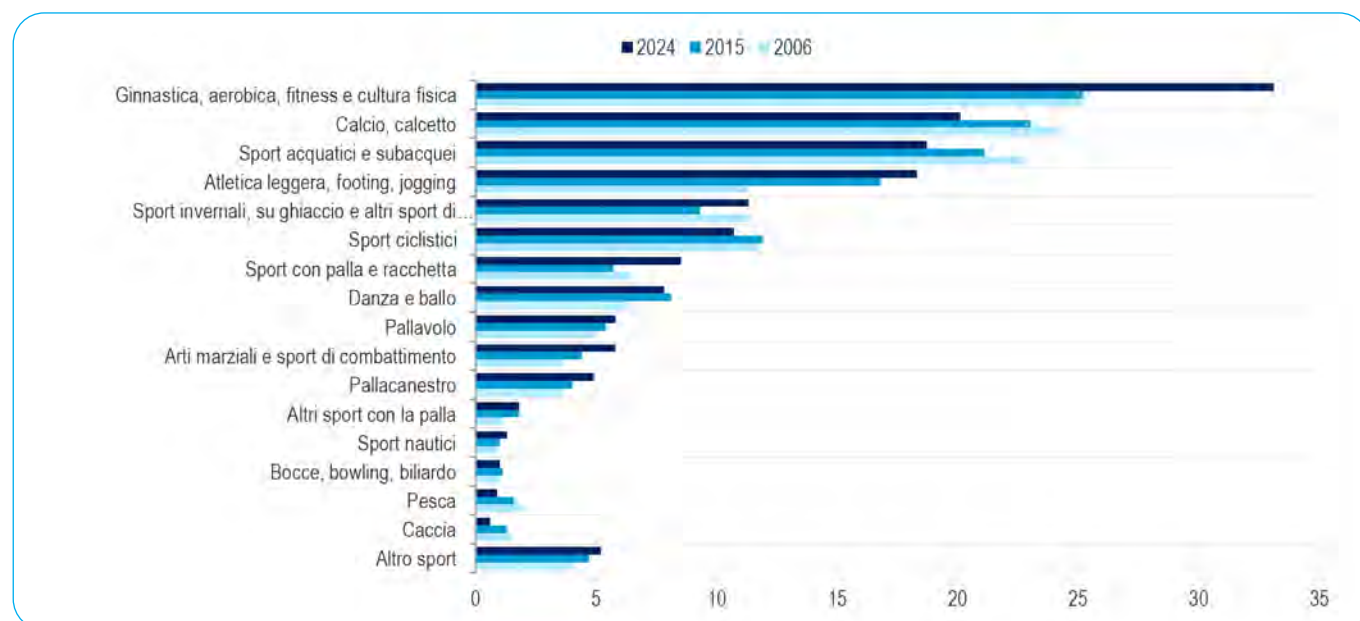
Tra gli sport in aumento negli ultimi dieci anni troviamo le arti marziali/sport da combattimento (dal 4,4 al 5,8%) e la pallacanestro (dal 4 al 4,9%). Restano invece stabili la danza/ballo e la pallavolo (rispettivamente il 7,8% e il 5,8% nel 2024 contro l'8,1 e il 5,4 del 2015).

Agli ultimi posti della classifica si trovano la caccia e la pesca, praticate rispettivamente da 129 mila e 190 mila persone, con una diffusione inferiore all'1%. Un tempo molto popolari, oggi rappresentano attività meno diffuse.

In crescita, invece, la categoria "altri sport", che raccoglie discipline eterogenee, alcune di recente diffusione: nel 2024 coinvolge il 5,2% degli sportivi.

La classifica degli sport praticati evidenzia anche differenze significative tra uomini e donne. Alcune attività mostrano una forte connotazione di genere, mentre per altre le differenze sono più contenute. Il gruppo ginnastica, aerobica, *fitness* e cultura fisica è nettamente il preferito dalle donne (47,4%), seguito da sport acquatici (22,5%) e atletica leggera, footing e jogging (18,6%). Tra gli uomini domina invece il calcio (incluso quello a 5 e a 8), praticato dal 34,4% (contro appena l'1,5% delle donne), seguito da ginnastica/aerobica, *fitness* cultura fisica (22,2%) e dal gruppo atletica/jogging (18%).

Figura 5. Persone di 3 anni e più che praticano sport per tipo di sport praticato. Anni 2006, 2015 e 2024, per 100 praticanti di 3 anni e più



Fonte: Istat, Indagine I cittadini e il tempo libero
I totali superano 100 perché erano possibili più risposte.

4. I luoghi dove si pratica sport

Nel 2024, il 59,5% dei praticanti sport dichiara di esercitarsi in impianti sportivi al chiuso (come, ad esempio, palestre e piscine coperte), mentre il 36,8% lo fa in impianti all'aperto (campi di calcio, di tennis, piscine scoperte, ecc.). La pratica in impianti all'aperto è più diffusa tra gli uomini (48,4% contro il 21,7% delle donne) diversamente di quella al chiuso in cui sono prevalenti le donne (68,7% contro il 52,5% degli uomini) (Figura 6).

Quasi quattro persone su 10 (37,7%) praticano, invece, le attività sportive in maniera del tutto destrutturata e in piena autonomia preferendo spazi all'aperto non attrezzati. Tra questi, il 24,6% li pratica in città (parchi, strade, ville, ecc.), mentre il 27,2% si allena in spazi fuori città (mare, montagna, lago, boschi, ecc). Quasi un quarto degli sportivi (23,5%) si esercita, invece, in spazi all'aperto attrezzati come ad esempio piste ciclabili o in parchi con percorsi attrezzati.

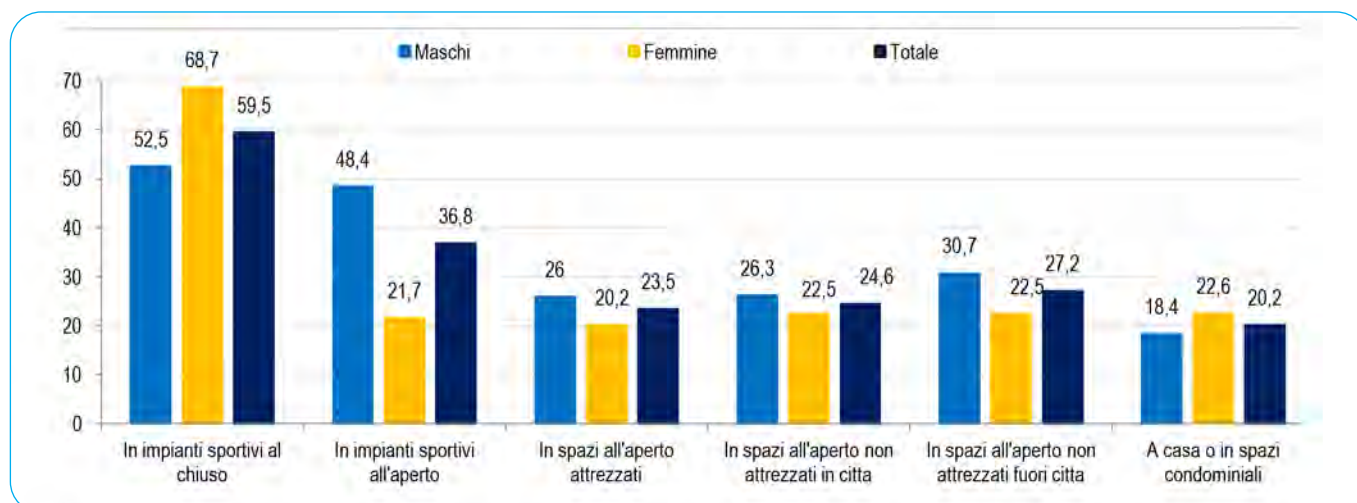
La pratica all'aperto, indipendentemente dal fatto che si tratti o meno di luoghi attrezzati, aumenta al crescere dell'età, con livelli più alti a partire dai 35 anni, mentre i bambini e i giovani praticano più spesso in impianti sportivi al chiuso (quasi 8 bambini su 10 tra i 3 e i 10 anni).

Infine, 2 sportivi su 10 praticano sport in casa o in spazi condominiali, con una quota più elevata di donne che di uomini (22,6% contro 18,4%). Anche nel caso della pratica di sport in casa, la quota è più bassa tra i giovanissimi fino a 17 anni e raggiunge il livello più elevato nelle età centrali (è pari al 24,8% nella fascia 25-44 anni).

In quasi dieci anni, la pratica svolta in casa o in spazi condominiali è aumentata in modo considerevole (+6,7 punti percentuali, era pari al 13,5% nel 2015). L'aumento di tale abitudine può essere in parte legata anche alle abitudini acquisite durante il biennio pandemico quando, complici le restrizioni agli spostamenti e la chiusura di palestre e centri sportivi, le persone si erano attrezzate a fare sport ed attività motoria nella propria abitazione, sfruttando anche gli eventuali spazi aperti disponibili come terrazzi, balconi, giardini privati o spazi condominiali esterni (5).

Negli ultimi 10 anni, l'aumento della pratica domestica si è osservato sia per gli uomini sia per le donne anche se in misura superiore tra quest'ultima (+7,4 punti percentuali contro 6,7 punti percentuali) e ha mostrato incrementi più elevati tra la popolazione adulta di 35-54 anni (+10 punti percentuali).

Figura 6. Persone di 3 anni e più che praticano sport per luogo della pratica (a) e genere. Anno 2024, per 100 per 100 praticanti di 3 anni e più con le stesse caratteristiche



Fonte: Istat, Indagine I cittadini e il tempo libero

(a) I totali superano 100 perché erano possibili più risposte.

5. I motivi per cui si pratica sport

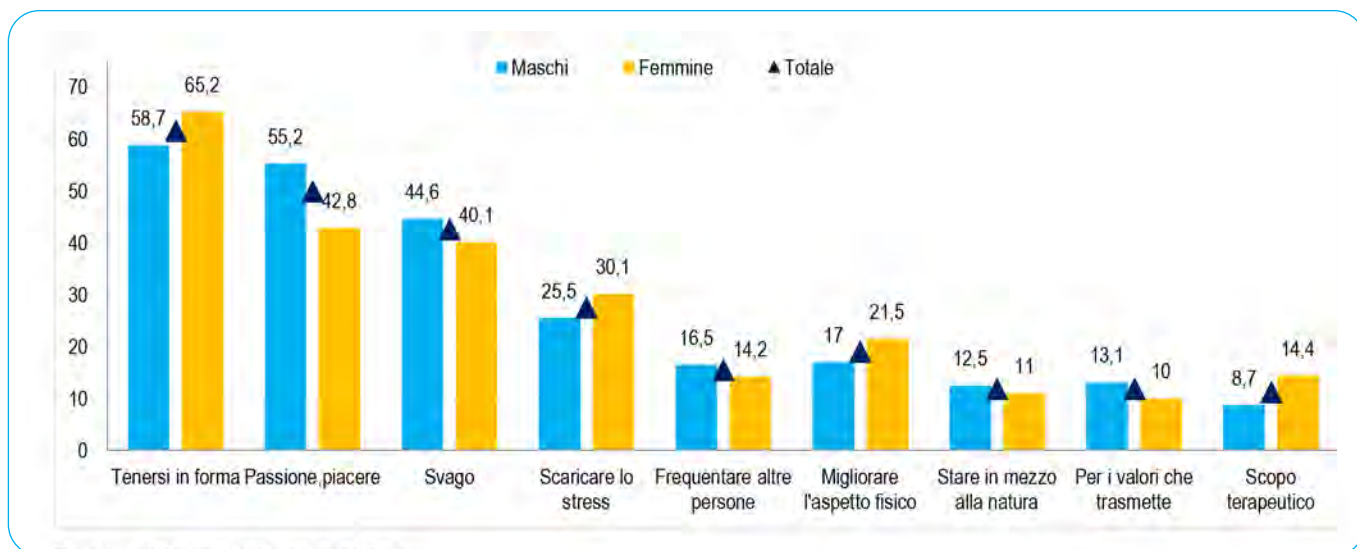
Lo sport è praticato prevalentemente per mantenersi in forma (61,5%), passione o piacere (49,8%) e per svago (42,6%), ma anche per ridurre lo stress (27,5%) (Figura 7).

Rispetto ai motivi per cui si pratica sport emergono forti differenze di genere. L'esercizio per passione o piacere è più diffuso tra gli uomini (55,2% contro 42,8% delle donne), come il ritenerlo una fonte di svago (44,6% contro 40,1%), mentre il mantenersi in forma, il ridurre lo stress e il miglioramento dell'aspetto fisico sono motivazioni indicate più dalle donne (rispettivamente 65,2%, 30,2% e 21,5% delle donne contro 58,7%, 25,5% e 17,0%). Inoltre, mentre le donne attribuiscono maggior valore alle potenzialità terapeutiche dello sport (il 14,4% rispetto all'8,7% degli uomini), i valori che lo sport trasmette e il contatto con la natura sono motivazioni dichiarate più dagli uomini.

Le motivazioni della pratica sportiva variano sensibilmente al variare dell'età. I più giovani vivono prevalentemente lo sport come un piacere (il 68,1% dei praticanti di 11-14 anni), ne sottolineano l'aspetto socializzante (circa un quarto dei bambini e ragazzi fino a 19 anni pratica sport per stare con altre persone) e l'importanza per i valori che trasmette (il 23,3% tra i 3 e i 14 anni).

Superata la soglia dei 20 anni, pur rimanendo importanti le motivazioni legate all'aspetto ludico e di piacere, acquistano più importanza il desiderio di mantenere una buona forma fisica, indicato da oltre il 70% delle persone tra i 25 e i 64 anni e la possibilità di scaricare lo stress, motivazione indicata da quattro sportivi su 10 tra i 25 e i 54 anni. All'aumentare dell'età vengono sottolineate sempre più le capacità terapeutiche dello sport, motivazione che acquista valore a partire dai 55 anni, per diventare una delle motivazioni prevalenti tra i praticanti di 75 anni e più.

Figura 7. Persone di 3 anni e più che praticano sport per motivo (a) per cui praticano e genere. Anno 2024, per 100 per 100 praticanti di 3 anni e più



Fonte: Istat, Indagine I cittadini e il tempo libero
(a) I totali superano 100 perché erano possibili più risposte.

6. I non praticanti sport: tra chi fa attività fisica e chi è completamente sedentario

Nel 2024, si stima che il 62,5% della popolazione di 3 anni e più non pratici nessuno sport (Figura 8).

Fra le motivazioni più frequenti per non praticare sport spicca la mancanza di tempo (35,1%), soprattutto tra gli uomini (39,3% contro il 31,8% delle donne). Seguono la

mancanza di interesse (31,2%), l'età (21,3%), problemi di salute (15,3%), stanchezza o pigrizia (12,3%), motivi economici (7,6%) e familiari (6,9%). Le motivazioni cambiano sensibilmente con l'età: a partire dai 25 anni, la mancanza di tempo diventa la ragione più citata, raggiungendo il picco tra i 35 e i 44 anni (59,3%), in particolare tra gli uomini (64%). Dopo i 55 anni, invece, assumono maggiore rilevanza i problemi di salute e l'età, che diven-

tano le motivazioni principali tra le persone con più di 75 anni: in questa fascia, il 65,2% indica l'età come ostacolo alla pratica sportiva e il 33,2% cita motivi di salute.

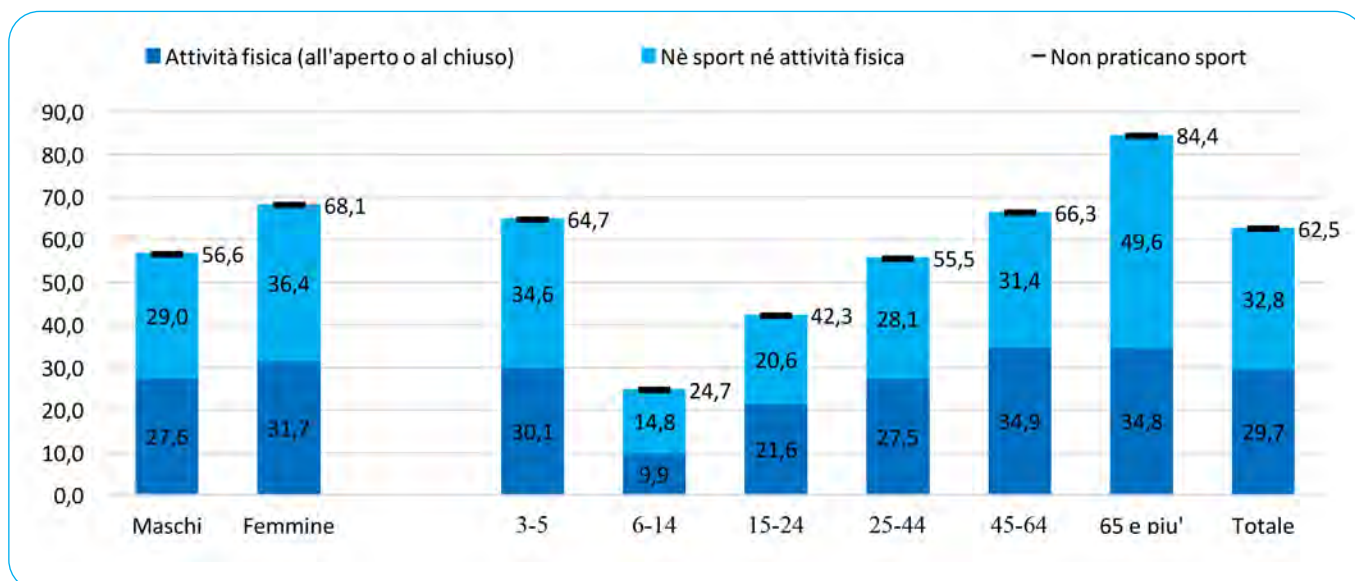
Quasi un terzo delle persone che dichiarano di non praticare sport (pari a 29,7%, per un totale di poco più di 17 milioni di persone) svolge tuttavia regolarmente qualche forma di attività fisica, all'aperto o al chiuso, come ad esempio fare passeggiate di almeno 2 chilometri, andare in bicicletta o esercitarsi in casa. Sono soprattutto le donne, i bambini tra i 3 e i 5 anni e le persone con più di 55 anni a praticare più frequentemente attività fisica. In particolare, tra gli ultra-cinquantatrenni oltre una persona su tre svolge regolarmente qualche forma di esercizio.

Il restante 32,8% della popolazione di 3 anni e più (pari a 18 milione 850 mila persone) è invece completamente sedentario, cioè non svolge alcun tipo di attività fisico sportiva né all'aperto né al chiuso. Le donne presentano livelli di sedentarietà più elevati rispetto agli uomini (36,4% contro 29,0%), anche se nel tempo il gap di genere è andato riducendosi (era pari a circa 10 punti percentuali nel 1995).

La quota di sedentari è elevata tra i piccolissimi di 3-5 anni, diminuisce in modo evidente già nella fascia di età successiva (6-10 anni) e si mantiene bassa tra i minori, ma aumenta significativamente già nelle fasce di età successive (6). A partire dai 65 anni quasi la metà della popolazione si dichiara sedentaria. I più sedentari sono gli anziani ultra settantaquattrenni fra i quali oltre il 60% dichiara di non praticare sport né attività fisica nel tempo libero.

Le prevalenze di persone che non svolgono sport né attività fisica aumentano significativamente passando dal Nord (21,4% nel Nord est e 26,0% nel Nord ovest), al Centro (27,5%) e al Mezzogiorno (46,1% Isole e 49,0% al Sud). In particolare, nella maggior parte delle regioni meridionali e insulari circa metà della popolazione non pratica sport né attività fisica, fatta eccezione per la Sardegna dove la percentuale di sedentari si attesta al 33,2%. Le percentuali più elevate di sedentarietà si rilevano in Campania (52,3%), Calabria (51,2%) e Sicilia (50,3%).

Figura 8. Persone di 3 anni e più che non praticano sport, persone di 3 anni e più che svolgono attività fisica (all'aperto o al chiuso) e persone di 3 anni e più che non fanno né sport né attività fisica per genere e classi di età. Anno 2024, per 100 persone di 3 anni e più con le stesse caratteristiche



Fonte: Istat, Indagine I cittadini e il tempo libero

7. L'interruzione della pratica sportiva: i dropouts

Nel 2024, oltre 14 milioni e 600 mila persone di 3 anni e più — pari al 25,4% — dichiarano di aver abbandonato la pratica sportiva (i cosiddetti drop-out) in un certo momento della loro vita. Il fenomeno è più diffuso tra gli uomini (27,5%) rispetto alle donne (23,4%) e si concentra soprattutto nelle fasce di età centrali, probabilmente a causa dei maggiori impegni legati a famiglia e lavoro tipici di questa fase della vita.

Anche per l'interruzione della pratica sportiva emergono forti differenze territoriali: le interruzioni sono più fre-

quenti nel Centro-Nord (26,8%) rispetto al Sud (22,7%), dove però la pratica sportiva è generalmente meno diffusa (Figura 9).

Rispetto al 2015, quando i *dropout* erano il 20,2%, si registra un netto aumento. Dunque, se da un lato cresce, come sottolineato in precedenza, il numero di chi pratica sport, dall'altro aumenta anche chi, a un certo punto, smette. In particolare, tra il 2015 e il 2024, l'incremento più marcato si è avuto tra gli adulti e gli anziani over 60, con un aumento di circa 10 punti percentuali.

Figura 9. Persone di 3 anni e più che hanno interrotto la pratica sportiva per genere, classi di età e ripartizione geografica. Anno 2024, per 100 persone di 3 anni e più.



Fonte: Istat. Indagine I cittadini e il tempo libero

L'interruzione della pratica sportiva è un fenomeno da tenere sotto osservazione, soprattutto tra i più giovani (7). Già a partire dai 10 anni, infatti, cresce il numero di chi dichiara di aver smesso di fare sport. Nel 2024, sono circa 1 milione e 560 mila i giovani tra i 10 e i 24 anni che affermano di aver praticato sport in passato, ma di averlo poi abbandonato — pari al 18,3% di questa fascia d'età.

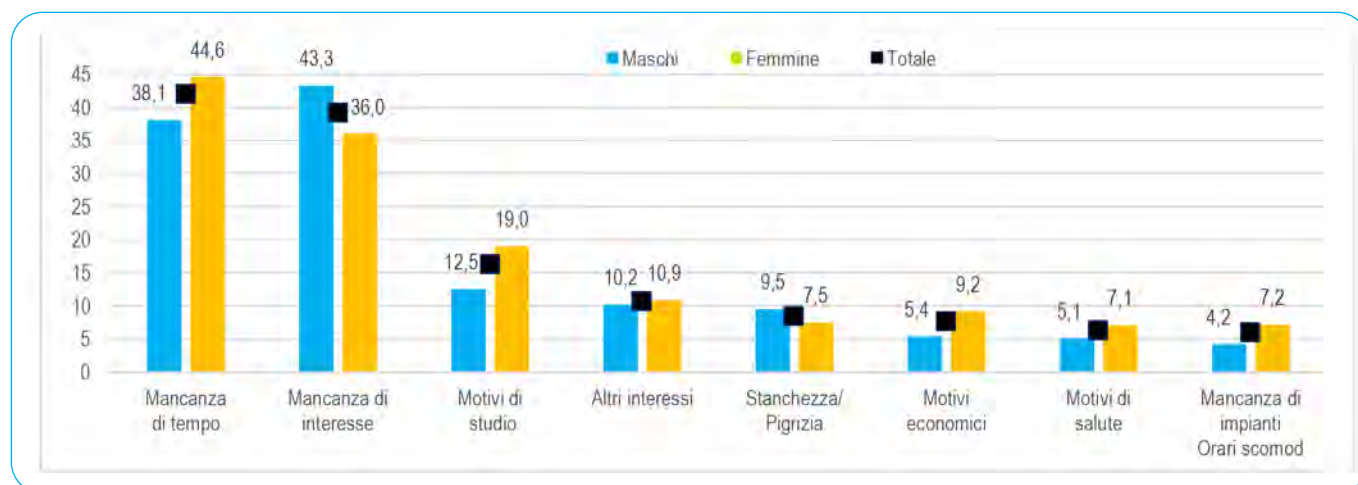
Il fenomeno riguarda in misura maggiore le ragazze (21,6%) rispetto ai ragazzi (15,1%), e avviene anche più precocemente: in media a 14 anni per le ragazze, contro i 15 dei coetanei maschi.

Per quanto riguarda le motivazioni, più di un giovane ex-sportivo su due ha smesso per mancanza di tempo

(41,9%) o per perdita di interesse verso lo sport (39,1%). Altri motivi frequenti includono gli impegni scolastici (16,2%), l'emergere di nuovi interessi (10,6%), la stanchezza o la pigrizia (8,4%). Il 7,6% segnala le difficoltà economiche, mentre per il 5,9% la decisione è stata influenzata dalla mancanza di strutture adeguate o dalla difficoltà a raggiungerle (Figura 10).

L'analisi per genere rivela ulteriori differenze: le ragazze interrompono più spesso per mancanza di tempo e motivi legati allo studio, mentre tra i ragazzi prevalgono la perdita di interesse e la pigrizia.

Figura 10. Persone di 10-24 anni e più che hanno interrotto la pratica sportiva per i motivi principali per i quali hanno abbandonato lo sport e sesso. Anno 2024, per 100 persone di 3 anni e più che hanno interrotto lo sport



Fonte: Istat, Indagine I cittadini e il tempo libero

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. (2022) . Global status report on physical activity 2022. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/363607>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Istat (2025) La pratica sportiva in Italia. Statistica Today, 30 giugno 2025.
3. Istat (2022), Sport, attività fisica, sedentarietà. Statistica today 1 dicembre 2022.
4. Istat (2021) Prevenzione e fattori di rischio per la salute in Italia e in Europa. Statistica report 16 Dicembre 2021.
5. Istat (2020), Fase 1: le giornate in casa durante il lockdown | 5 aprile - 21 aprile 2020. Statistica report 5 Giugno 2020.
6. Istat (2024), Fumo, alcol, eccesso di peso e sedentarietà - Anno 2023 . Statistica report 17 dicembre 2024.
7. Giampietro, M., & Consoni, C. (2024). Early dropout from sports activity: a relevant phenomenon in adolescents and a health problem in adults. *Medicina dello Sport*, 77(4), 513-523.



Dati preliminari
del progetto
D1Ce Screen



Diabete in Italia: “dati, disuguaglianze, azioni”

Dati preliminari del progetto D1Ce Screen

Flavia Pricci

Dirigente di Ricerca, Dip. Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche e Invecchiamento
Istituto Superiore di Sanità, Roma

Con la legge 130/2023 l'Italia è il primo Paese al mondo ad aver istituito un programma di screening per il Diabete di Tipo 1 (DT1) e per la Malattia Celiaca (MC) che mira a identificare gli individui a rischio di sviluppare una o entrambe queste malattie, in modo da poter offrire loro un trattamento precoce.

Obiettivo primario della legge è “prevenire l'insorgenza di chetoacidosi in soggetti affetti da diabete di tipo 1 e di rallentare la progressione della malattia mediante l'impiego delle terapie disponibili, nonché di effettuare la diagnosi precoce della celiachia.”

Le evidenze scientifiche hanno, infatti, dimostrato che un'opportunità importante per la diagnosi precoce del DT1 è rappresentata dalla misurazione degli auto-anticorpi specifici la cui comparsa precede l'esordio clinico. Sulla base di queste evidenze si è giunti alla definizione di una storia naturale del DT1 che comprende 4 stadi: lo stadio 1, in cui sono presenti 2 o più auto-anticorpi; lo stadio 2, in cui compare la disglicemia; lo stadio 3, che rappresenta la diagnosi clinica di DT1 secondo i criteri internazionali; lo stadio 4 è quello del DT1 stabilizzato.

Il progetto D1Ce (*Diabetes type 1 and Celiac disease Screen Study*) è stato coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità sulla base di una convenzione con il Ministero della Salute con l'obiettivo primario di valutare la fattibilità e le criticità organizzative delle disposizioni previste dalla legge 130/2023 all'interno del sistema sanitario italiano.

Lo studio è stato disegnato sulla base delle conoscenze scientifiche e ha previsto l'arruolamento da parte dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) di 4 regioni, Lombardia, Marche, Campania e Sardegna, di 5363 bambini appartenenti a 3 fasce d'età, 2, 6 e 10 anni, corrispondenti ai picchi di sieroconversione del DT1 e della MC. Il disegno dello studio ha previsto la raccolta di sangue mediante pungidito in microprovetta per le analisi relative agli auto-anticorpi di DT1 e MC e su cartoncino DBS (*Dried Blood Spot*) per la valutazione dell'aplotipo DQ2/DQ8.

Gli outcome primari sono stati: la partecipazione/accettabilità dei PLS; il numero degli arruolamenti, la valutazione dei campioni biologici, l'accettabilità dello

screening da parte delle famiglie. Obiettivi secondari sono stati: l'individuazione dei soggetti con positività agli anticorpi DT1 e/o alla MC e il collegamento tra PLS e centri clinici specialistici per la conferma e l'eventuale follow-up dei soggetti positivi.

Hanno partecipato allo studio 429 PLS ed è stato raggiunto, e superato, il numero degli arruolamenti previsti con oltre il 90% della prevista distribuzione nelle 3 fasce d'età.

La valutazione del campione di siero raccolto in microprovetta ha mostrato un ottimo risultato: quasi il 90% dei campioni di siero è risultato adeguato o parzialmente sufficiente per l'esecuzione dei test anticorpali. Il 96,4% dei DBS era adeguato alla valutazione genetica.

Per la valutazione dell'accettabilità e fattibilità, è stato sottomesso un questionario a ciascun PLS e tre questionari alle famiglie per la valutazione della qualità di vita, ansia e depressione.

Per l'analisi di accettabilità e fattibilità è stato somministrato un questionario a ciascun PLS, mentre alle famiglie sono stati proposti tre questionari finalizzati a misurare qualità di vita, ansia e depressione. Il questionario per i PLS conteneva domande relative ad aspetti demografici e alla valutazione degli aspetti organizzativi dello studio di screening: circa l'80% dei PLS giudica molto utile lo screening per DT1 e MC sia dal punto di vista medico che per le famiglie e l'organizzazione dello studio D1Ce Screen è stata giudicata buona o molto buona da circa il 70% dei PLS. I questionari alle famiglie hanno mostrato che lo screening non ha determinato aspetti psicologici negativi anzi, in alcuni casi, ha migliorato i sintomi di ansia.

Lo studio pilota D1ce Screen ha, quindi, evidenziato gli elementi chiave per l'attuazione di un programma di screening nazionale efficace, indicando la rilevanza della partecipazione attiva della rete dei PLS, del forte coinvolgimento delle famiglie e di una informazione capillare per i professionisti sanitari e per i cittadini.

Documento
Diabete
e scuola



Diabete e Scuola:

Indicazioni per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con diabete di tipo 1: strategie e azioni

Paola Pisanti

Responsabile delle politiche sociosanitarie dell'Intergruppo parlami obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili in qualità di Coordinatore del progetto Diabete e Scuola

L'obiettivo del documento è definire un insieme di proposte di carattere politico, economico, sociale e sanitario per favorire l'inclusione scolastica del bambino/ adolescente con diabete di tipo 1 a scuola e nelle attività sportive e ricreative individuando specifiche strategie, azioni e strumenti per favorire la implementazione nelle varie realtà locali di un modello che integri la promozione del diritto alla salute e del diritto all'istruzione, attraverso la collaborazione e l'intervento condiviso di tutti i soggetti coinvolti, ciascuno in base alle proprie competenze e responsabilità.

La complessità diagnostico-assistenziale del diabete di tipo 1 in età evolutiva impone un approccio e una gestione interdisciplinare integrata del bambino erogata da un team di operatori multiprofessionale, interdisciplinare e multisettoriale con diversi livelli di competenza, il più possibile nel suo ambito relazionale per promuovere un'assistenza efficace ma sostenibile non solo in termini economici ma soprattutto in termini di valori individuali e sociali.

Nella quotidianità del giovane con diabete sono presenti alcune criticità quali le difficoltà in ambito scolastico, che possono determinare sentimenti di diversità e condizioni di esclusione, e l'esistenza di resistenze basate su pregiudizi, che interferiscono gravemente sul coinvolgimento dei ragazzi nelle attività scolastiche ed extra scolastiche. È necessario tenere conto che differenti sono le problematiche che gli studenti con diabete pongono alla scuola e su cui è forte l'attenzione delle Associazioni delle famiglie. Tali situazioni richiamano la centralità della persona e dei suoi bisogni e l'assoluta necessità di tutelarne la salute e il benessere in accordo e collaborazione con gli altri Soggetti istituzionali responsabili in materia di tutela della salute.

Nei bambini/ ragazzi la patologia è filtrata dal rapporto con le figure di riferimento, per cui risulta fondamentale

la centralità della famiglia (family centered care). I genitori e gli insegnanti sono considerati gli agenti più efficaci del comportamento, stili di vita e cura dei bambini. Oggi la scuola deve essere considerata, così come riferisce la Comunità europea, luogo privilegiato di educazione alla salute e di tutela del diritto allo studio e alla salute, dove divulgare, diffondere sul territorio e formare sul tema "diabete", mediante il coinvolgimento delle Istituzioni scolastiche, delle Associazioni e del Servizio sanitario.

Naturalmente questo presuppone la necessità che tutti siano dotati di strumenti adeguati in tema di educazione, di informazione e formazione per facilitare l'inserimento del bambino/adolescente con diabete di tipo 1 a scuola, con l'obiettivo di migliorare l'accoglienza, e stimolare la scuola a lavorare su un piano di gestione integrata, condiviso da tutti gli attori interessati.

L'azione deve essere, però, coordinata e condivisa in un percorso che veda in sintonia con lo studente, la famiglia, gli operatori scolastici, gli specialisti, il pediatra di libera scelta (PLS), il medico di medicina generale (MMG), i servizi sanitari e sociali territoriali, in particolare i Centri di riferimento di diabetologia pediatrica, individuando con precisione i compiti dei vari attori coinvolti, con l'obiettivo di offrire allo studente e alla famiglia le migliori condizioni di accoglienza e sicurezza in ambito scolastico.

In questo modello la scuola può svolgere un importante e necessario ruolo, con la collaborazione del Servizio sanitario, dei Comuni, della famiglia che rappresenta un nodo irrinunciabile nel percorso assistenziale, con il doppio ruolo sia di espressione di richiesta assistenziale che di risorsa, nonché del volontariato. Gli studenti con diabete di tipo 1 di solito trascorrono circa un terzo della giornata a scuola e nelle attività del dopo scuola comprese gite ed escursioni, lontano quindi dalla sicurezza della casa e dalla supervisione della famiglia. La gestione ottimale del T1D durante l'orario scolastico è essenziale per ridurre il rischio sempre presente di complicanze a

breve termine (in particolare, bassi livelli di glucosio nel sangue - "ipoglicemia") e di complicanze a lungo termine, consentendo allo studente di partecipare e imparare al meglio delle proprie capacità senza rinunciare a valori glicemici ottimali anche durante l'orario scolastico.

IL GRUPPO DI LAVORO è composto come segue

Prof Andrea Lenzi, *Presidente del Comitato tecnico scientifico dell'Intergruppo parlamentare obesità diabete e malattie croniche non trasmissibili*

Dott. Federico Serra, *Capo segreteria tecnica dell'Intergruppo parlamentare obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili*

Dott.ssa Paola Pisanti, *Responsabile delle politiche socio-sanitarie dell'Intergruppo parlami obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili in qualità di Coordinatore del progetto Diabete e Scuola*

Dott. Mariacarolina Salerno, *Pediatra Endocrinologo Past-President società italiana di endocrinologia e diabetologia pediatrica (SIEDP)*

Prof. Annamaria Staiano, *Pediatra Presidente della Società Italiana di Pediatria (SIP)*

Dott. Michele Mencacci, *Pediatra di libera scelta esperto formazione di personale scolastico*

Dott.ssa Sonia Toni, *Pediatra Diabetologo esperta formazione di personale scolastico*

Dott. Stefano Tumini, *Pediatra Diabetologo esperto formazione di personale scolastico*

Dott.ssa Carmela Palumbo, *Capo Dipartimento per il sistema educativo di istruzione e formazione*

Dr.ssa Caterina Spezzano, *Dirigente Tecnico di staff del Dipartimento sistema educativo di istruzione e formazione*

Dott. David Lazzari, *Psicologo Presidente nazionale ordine psicologi*

Prof. Riccardo Bonfanti, *Pediatra diabetologo*

Dott Stefano Bartoli, *Psicologo*

Dott. Luciana Indinnimeo, *Pediatra*

Dott. Gianni Lamenza *già Presidente AGDITALIA e Diabete Italia*

Dott. Massimo Cipolli, *già Presidente AGDITALIA*

Dott. Fabiano Marra, *Presidente AGDITALIA*



Diabete e ambiente



Dall'approccio One Health a quello Planetary Health: una nuova visione per affrontare le malattie croniche non trasmissibili (NCDs)

Giuseppe Novelli, Walter Ricciardi e Federico Serra
Planetary Health Inner Circle

La salute del pianeta e quella delle persone sono oggi indissolubilmente legate. Le crisi ambientali, climatiche e sociali dimostrano come non sia più possibile considerare la salute come un ambito separato, confinato ai sistemi sanitari. Il passaggio dall'approccio One Health a quello di Planetary Health rappresenta un salto di paradigma necessario: dalla prevenzione delle zoonosi e delle malattie infettive alla comprensione dei determinanti globali che plasmano la salute umana, ambientale e sociale. In questo contesto, le malattie croniche non trasmissibili (NCDs) diventano la cartina di tornasole delle fragilità dei nostri modelli di sviluppo e della necessità di politiche pubbliche integrate, orientate alla sostenibilità e all'equità.

1. Introduzione

La salute del XXI secolo non può essere compresa né garantita se non in un quadro di interconnessione globale. La crescente evidenza scientifica, insieme alle recenti crisi sanitarie e ambientali, ci mostra come la salute non sia più una dimensione esclusivamente clinica, ma il risultato di sistemi complessi che coinvolgono ambiente, società, economia e istituzioni.

In questo contesto, il paradigma One Health – che ha posto in relazione la salute umana, animale e ambientale – ha rappresentato un passaggio fondamentale. Tuttavia, i limiti di un approccio centrato prevalentemente sulle malattie infettive e zoonotiche hanno reso evidente la necessità di uno sguardo ancora più ampio, capace di includere i determinanti sociali, economici e ambientali della salute.

È in questa prospettiva che si colloca la Planetary Health, una visione che considera il benessere umano inscindibile dalla sostenibilità dei sistemi naturali e socio-economici. Essa chiama in causa la responsabilità collettiva di ridisegnare modelli di sviluppo, politiche pubbliche e stili di vita, riconoscendo la salute come bene comune globale.

La riflessione si fa particolarmente urgente se applicata alle malattie croniche non trasmissibili (NCDs), che oggi rappresentano la principale sfida sanitaria ed economica a livello mondiale.

2. Dall'approccio One Health a quello Planetary Health

L'approccio One Health si è affermato negli ultimi due decenni come cornice concettuale e operativa per affrontare minacce emergenti di origine zoonotica. La pandemia di COVID-19 ha confermato la validità di tale paradigma, mostrando come la salute umana sia indissolubilmente legata a quella animale e ambientale.

Eppure, le sole zoonosi non esauriscono la complessità delle sfide contemporanee. L'inquinamento atmosferico, la perdita di biodiversità, la crisi climatica, l'urbanizzazione incontrollata e le crescenti disuguaglianze hanno un impatto diretto e massivo sulla salute umana, alimentando l'epidemia silenziosa delle malattie croniche.

La Planetary Health rappresenta dunque una naturale evoluzione del concetto di One Health:

- supera il perimetro della medicina comparata per includere i sistemi ecologici e sociali;
- mette in relazione le politiche sanitarie con quelle energetiche, agricole, urbane e industriali;
- promuove un cambio culturale, in cui la salute viene riconosciuta come prodotto di scelte collettive e non solo di comportamenti individuali.

3. La crisi globale dei NCDs

Le malattie croniche non trasmissibili sono responsabili di oltre il 70% dei decessi globali e rappresentano la principale causa di disabilità e spesa sanitaria. Esse comprendono:

- malattie cardiovascolari,
- tumori,
- diabete,
- malattie respiratorie croniche,
- disturbi neurodegenerativi,
- patologie legate alla salute mentale.

Il loro impatto non è soltanto sanitario, ma anche sociale ed economico. Gli NCDs contribuiscono a ridurre la produttività, aumentano le disuguaglianze e impongono un carico crescente ai sistemi sanitari e previdenziali.

4. I determinanti ambientali e sociali degli NCDs nella prospettiva Planetary Health

- La Planetary Health consente di comprendere come i NCDs siano il risultato di determinanti strutturali, più che di sole scelte individuali.
- Inquinamento atmosferico e ambientale: l'esposizione cronica a particolato fine, sostanze tossiche e rumore urbano è associata a malattie cardiovascolari, respiratorie e neurologiche.
- Cambiamenti climatici: le ondate di calore, lo stress idrico e la perdita di produttività agricola incidono direttamente sulla salute cardiometabolica e mentale.
- Alimentazione e sistemi alimentari globalizzati: la diffusione di diete ipercaloriche, ricche di zuccheri e grassi, è legata all'aumento di obesità e diabete.
- Sedentarietà e urbanizzazione: città progettate senza attenzione a verde, mobilità attiva e inclusione sociale favoriscono la diffusione di stili di vita non salutari.
- Disuguaglianze sociali e culturali: i gruppi vulnerabili sono più esposti ai rischi ambientali e hanno minore accesso a prevenzione e cure.
- Determinanti psicosociali: stress cronico, isolamento sociale e condizioni lavorative precarie contribuiscono a disturbi mentali e somatici.

5. Verso una strategia Planetary Health per i NCDs

- La prevenzione e la gestione dei NCDs non possono più essere affidate unicamente al settore sanitario. Occorre una strategia integrata, che includa:
- Urban Health e pianificazione sostenibile: promozione di città verdi, inclusive e resilienti, capaci di ridurre l'inquinamento e favorire la mobilità attiva.
- Food policy per la salute e la sostenibilità: incentivi a diete salutari e sostenibili, contrasto agli sprechi alimentari, regolamentazione della pubblicità e accessibilità a cibi sani.
- Riduzione delle disuguaglianze: politiche fiscali, sociali e lavorative che riducano la vulnerabilità socio-economica e garantiscano equità nell'accesso ai servizi sanitari.
- Educazione e health literacy: programmi formativi e campagne di sensibilizzazione che rendano i cittadini consapevoli dei legami tra ambiente, stili di vita e salute.
- Innovazione e ricerca interdisciplinare: investimenti in studi che integrino medicina, scienze ambientali, urbanistica, economia e scienze sociali.
- Partecipazione comunitaria: promozione di modelli di governance inclusivi che coinvolgano i cittadini nella co-produzione di salute e sostenibilità.

6. Raccomandazioni di policy

Per rendere operativo il paradigma Planetary Health nella lotta ai NCDs, proponiamo alcune raccomandazioni concrete:

- Integrare la Planetary Health nei Piani Nazionali della Salute con obiettivi specifici sulla riduzione dei NCDs.
- Rafforzare la governance multilivello istituendo tavoli interministeriali permanenti che colleghino salute, ambiente, urbanistica, trasporti e agricoltura.
- Istituire osservatori locali di Planetary Health nelle aree metropolitane, con funzioni di monitoraggio integrato su aria, rumore, luce, stili di vita e disuguaglianze.
- Sviluppare indicatori compositi che misurino l'impatto delle politiche ambientali e sociali sulla salute cronica.
- Promuovere la ricerca traslazionale per trasferire rapidamente le evidenze scientifiche nelle politiche pubbliche.

- Incentivare le imprese che adottano pratiche sostenibili e salutari, anche attraverso leve fiscali e regolatorie.
- Rafforzare i programmi educativi nelle scuole e nelle università, inserendo la Planetary Health tra i pilastri della formazione civica e professionale.
- Favorire partenariati internazionali per la condivisione di buone pratiche e l'armonizzazione delle politiche di contrasto ai NCDs.

7. Conclusioni

Il passaggio da One Health a Planetary Health non è un'opzione, ma una necessità. La crescente incidenza dei NCDs ci dimostra che la salute non è più difendibile con strumenti tradizionali, né può essere confinata all'interno dei sistemi sanitari. Essa dipende da scelte politiche, economiche e culturali che investono l'intero pianeta.

Agire oggi significa prevenire non solo le crisi sanitarie future, ma anche proteggere la sostenibilità dei sistemi sociali ed economici. La Planetary Health ci offre la cornice per un nuovo patto tra umanità e pianeta, capace di garantire benessere, equità e resilienza alle generazioni future.

È il tempo di una responsabilità collettiva, condivisa tra istituzioni, comunità scientifica, cittadini e imprese, per costruire un futuro in cui la salute non sia il privilegio di pochi, ma un diritto universale e sostenibile.

I programmi internazionali: OMS, ONU e NCD Alliance

L'urgenza di affrontare i NCDs è riconosciuta anche a livello internazionale, con strategie e programmi che rappresentano punti di riferimento imprescindibili:

Piano d'Azione Globale OMS 2013-2030 per la prevenzione e il controllo delle NCDs, che individua target chiari: riduzione della mortalità prematura, abbattimento del consumo di tabacco e alcol, promozione dell'attività fisica e di diete sane.

Agenda 2030 delle Nazioni Unite, che attraverso l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile (SDG) 3.4 mira a ridurre di un terzo la mortalità prematura per NCDs entro il 2030.

Global Compact on NCDs dell'ONU, che promuove partenariati pubblico-privati per affrontare la sfida delle malattie croniche.

NCD Alliance, rete internazionale di società scientifiche, ONG e organizzazioni civiche che lavora per accelerare l'azione politica e favorire la traduzione delle raccomandazioni OMS/ONU in piani nazionali, con un focus su equità, diritti dei pazienti e giustizia sociale.

Questi strumenti rappresentano non solo linee guida, ma cornici di responsabilità collettiva a cui gli Stati devono allinearsi con politiche integrate, monitoraggio trasparente e risorse adeguate.

Le aspettative della Persona con Diabete



Analysis of the Diabetes in Italy

Lucio Corsaro, Advisor

Bhave

Emanuele Corsaro

R&D and Digital Research - Bhave

Lorena Trivellato

Research Advisor – Bhave

Gianluca Vaccaro

Methodological Advisor - Bhave; Sociologo U.O. EPSA - ASP Catania

DIABETES MONITOR 2025

Il **Diabetes Monitor** costituisce un sistema di osservazione permanente progettato per monitorare i cambiamenti negli approcci comportamentali e nelle percezioni delle persone affette da diabete nella gestione quotidiana della propria condizione clinica e del regime terapeutico. Lo studio, basato sui *Patient Reported Outcomes* e realizzato da Bhave, si caratterizza per la natura longitudinale che consente di tracciare le evoluzioni predominanti nelle modalità di approccio e nelle percezioni dei pazienti diabetici verso la propria patologia.

L'architettura del Diabetes Monitor prevede l'analisi di sette fasi nel percorso decisionale e di vissuto della Persona con Diabete:

1. **Percezioni e atteggiamenti verso la malattia** – in particolare, le rappresentazioni soggettive della patologia, il grado di consapevolezza e le modalità con cui la persona con diabete affronta la propria condizione.
2. **Percorso diagnostico** – in particolare, le circostanze della diagnosi, i trattamenti inizialmente prescritti e l'eventuale formazione ricevuta per comprendere e gestire la nuova condizione clinica.
4. **Gestione terapeutica e comorbidità** – in particolare, le terapie farmacologiche adottate (ipoglicemizzanti orali, insulina, GLP-1, SGLT-2), la presenza di patologie concomitanti e il ruolo degli specialisti di riferimento.

4. **Autocontrollo e tecnologie di monitoraggio** – in particolare, le modalità di misurazione della glicemia, l'uso di strumenti e sensori, la valutazione della soddisfazione e l'impiego di applicazioni digitali di supporto.
5. **Relazione medico-paziente e fonti informative** – in particolare, i professionisti che seguono il paziente, la frequenza e il contenuto delle visite di controllo, l'accesso alle fonti informative e il ruolo delle associazioni di pazienti.
6. **Stile di vita e comportamenti quotidiani** – in particolare, l'attenzione all'alimentazione, l'attività fisica svolta, le pratiche di gestione del peso e l'aderenza alle indicazioni mediche.
7. **Qualità della vita e discriminazione** – in particolare, il livello di autonomia percepito nella gestione del diabete, l'impatto dei sintomi sulla vita quotidiana, eventuali esperienze di discriminazione e la valutazione complessiva della qualità della vita.

La presente edizione ha visto l'introduzione di una sezione dedicata all'analisi del **patient journey diabetologico**, che traccia sistematicamente il percorso esperienziale del paziente attraverso cinque fasi: prediagnosi, diagnosi, trattamento, convivenza e autovalutazione, identificando per ciascuna fase gli elementi di criticità e i meccanismi che influenzano l'efficacia del percorso di cura.

Attraverso uno **schema di analisi diagnostica multidimensionale di contesto e processo** delle diverse criticità emerse nei percorsi del paziente si è cercato di evidenziarne le principali necessità come: ottimizzare

l'efficacia comunicativa nella relazione terapeutica per la gestione integrata delle comorbidità, fornire linee guida chiare per l'impiego dei sistemi di autocontrollo glicemico, risolvere il problema della scarsa consapevolezza patologica che si traduce in una sottostima dei rischi legati alla non aderenza terapeutica e promuovere l'adozione di schemi terapeutici più gestibili così da poter influenzare positivamente la qualità di vita derivante.

La ricerca attuale ha integrato una molteplicità di dimensioni analitiche: il quadro clinico del paziente diabetico, le sue percezioni soggettive e i comportamenti sanitari adottati, unitamente agli aspetti interpersonali, strutturali, sociali e antropologici. Questa metodologia multidimensionale ha consentito lo sviluppo di un "laboratorio di ricerca integrato" in grado di tracciare l'evoluzione del percorso individuale del paziente.

Struttura del Campione

Il campione coinvolto nel Diabetes Monitor 2025 è stato selezionato applicando una metodologia coerente con le rilevazioni precedenti. La stratificazione campionaria si basa su diversi parametri:

- **Distribuzione geografica della patologia diabetica:** Il campione è ripartito proporzionalmente alla prevalenza del diabete nelle diverse regioni italiane, garantendo una rappresentanza equa delle varie aree geografiche.
- **Suddivisione territoriale:** La ripartizione del campione segue le 4 aree Nielsen, che costituiscono le principali divisioni territoriali per le analisi di mercato nazionali.
- **Segmentazione demografica:** La stratificazione comprende diverse fasce d'età della popolazione italiana, assicurando la rappresentanza di tutti i gruppi di età adulta.
- **Sovracampionamento della popolazione diabetica di Tipo 1:** Per garantire una base dati robusta per questo sottogruppo specifico, è previsto un sovracampionamento dei pazienti con diabete di Tipo 1, considerata la sua minore prevalenza rispetto al diabete di Tipo 2.

I parametri di inclusione per i partecipanti comprendono:

- **Età:** Soggetti adulti di età superiore ai 18 anni.
- **Accesso e competenze tecnologiche comunicative:** Partecipanti con disponibilità di accesso a Internet o capacità di sostenere un'intervista telefonica.

- **Consenso informato:** Autorizzazione al consenso informato e al trattamento dei dati personali.
- **Diagnosi clinica:** Partecipanti con diagnosi clinica dichiarata di diabete e attualmente sottoposti a trattamento farmacologico.

I parametri di esclusione per i partecipanti includono:

- **Limitazioni cognitive:** Partecipanti con incapacità di comprensione o esecuzione di istruzioni scritte o verbali, che potrebbero compromettere l'attendibilità dei dati raccolti.
- **Partecipazione recente ad altre ricerche:** Soggetti che hanno partecipato ad indagini analoghe negli ultimi tre mesi, per prevenire il rischio di bias e influenze sui risultati.

Inoltre, la stratificazione del campione è finalizzata in particolare alla:

- **Rappresentatività:** Garantire che i risultati del Diabetes Monitor 2025 siano sul piano tipologico (modelli di comportamento, percezioni, processi decisionali) rappresentativi della popolazione diabetica italiana nelle diverse aree geografiche, fasce d'età e tipi di diabete.
- **Affidabilità dei dati:** Assicurare una base dati solida e attendibile per analisi approfondite e per lo sviluppo di interventi mirati e politiche sanitarie efficaci.
- **Focus sui sottogruppi specifici:** Particolare attenzione ai pazienti con diabete di tipo 1 per il miglioramento della gestione patologica di questo sottogruppo.

Metodologia di Raccolta Dati

L'indagine è di tipo standard basata su questionari online e interviste telefoniche, assicurando la partecipazione di un ampio spettro di pazienti. I dati sono stati sottoposti ad analisi statistica per identificare pattern e correlazioni, fornendo una comprensione approfondita della gestione del diabete in Italia.

Potenziali Fonti di Bias

I criteri di inclusione ed esclusione e le tecniche di rilevazione presentano alcune possibili fonti di bias di selezione, partecipazione e informazione, in particolare correlate all'utilizzo di Internet. Tra i bias principali, segnaliamo quello:

- **Socioeconomico:** I pazienti con accesso a Internet tendono ad appartenere a categorie socioeconomiche più elevate, escludendo potenzialmente i pazienti senza possibilità di accesso Internet, con possibile distorsione dei risultati.
- **Geografico:** I pazienti residenti in aree rurali o remote potrebbero avere accesso limitato a Internet o difficoltà nelle interviste telefoniche, determinando una rappresentazione non equilibrata della popolazione totale.
- **Anagrafico:** Le persone anziane, che potrebbero rappresentare una quota significativa della popolazione diabetica, possono presentare minore familiarità tecnologica o accesso Internet limitato, comportando una possibile sottorappresentazione di questo segmento.
- **Disponibilità:** I partecipanti con tempo e disponibilità per un'intervista telefonica o online possono differire da quelli privi di tale disponibilità, influenzando i risultati.
- **Autoselezione:** I pazienti che scelgono di partecipare potrebbero presentare caratteristiche diverse (ad esempio, maggiore interesse o preoccupazione per la propria salute) rispetto ai non partecipanti, con possibile distorsione dei risultati.

Guardando alle caratteristiche demografiche (età, genere, residenza, tipo di diabete), il campione partecipante all'indagine del 2025 è comparabile con quello delle rilevazioni precedenti, permettendo di replicare le analisi statistiche e confrontarle con i dati degli anni precedenti. Le analisi dei dati, sia descrittive che fattoriali e dei cluster, sono state condotte utilizzando il software statistico SPSS.

Struttura del campione 2025

L'indagine è stata condotta su un campione di 610 Persone con Diabete, di cui 270 con Diabete di Tipo 1 e 340 con Diabete di Tipo 2, distribuite sul territorio nazionale (25% al nord-ovest, 23% al nord-est, 26,2% al centro e 25,8% al sud). Il 56,7% del campione è costituito da uomini e il 43,3% da donne.

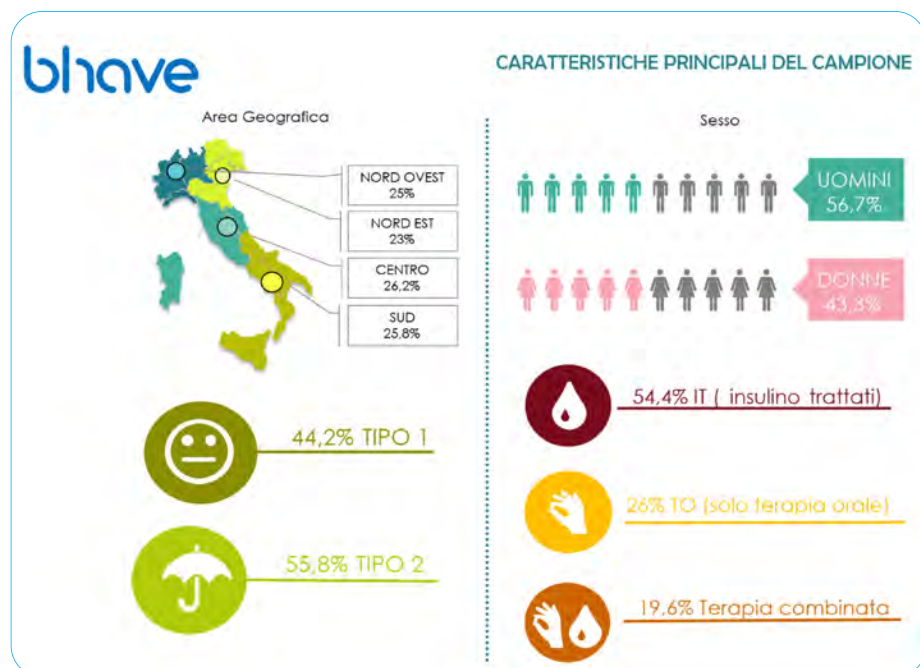
La proporzione di pazienti intervistati con diabete di Tipo 1 è stata del 44,1%, garantendo un'adeguata robustezza statistica alle informazioni raccolte (Fig.1). Il 54,4% dei pazienti segue terapia insulinica, il 26% è in monoterapia e il 19,6% in terapia combinata.

Caratteristiche Demografiche e Cliniche

L'analisi delle caratteristiche anagrafiche rivela differenze sostanziali tra le due popolazioni diabetiche studiate. I pazienti affetti da diabete di tipo 1 presentano un profilo demografico caratterizzato da maggiore giovinezza rispetto alla controparte di tipo 2, con un'età media di 55

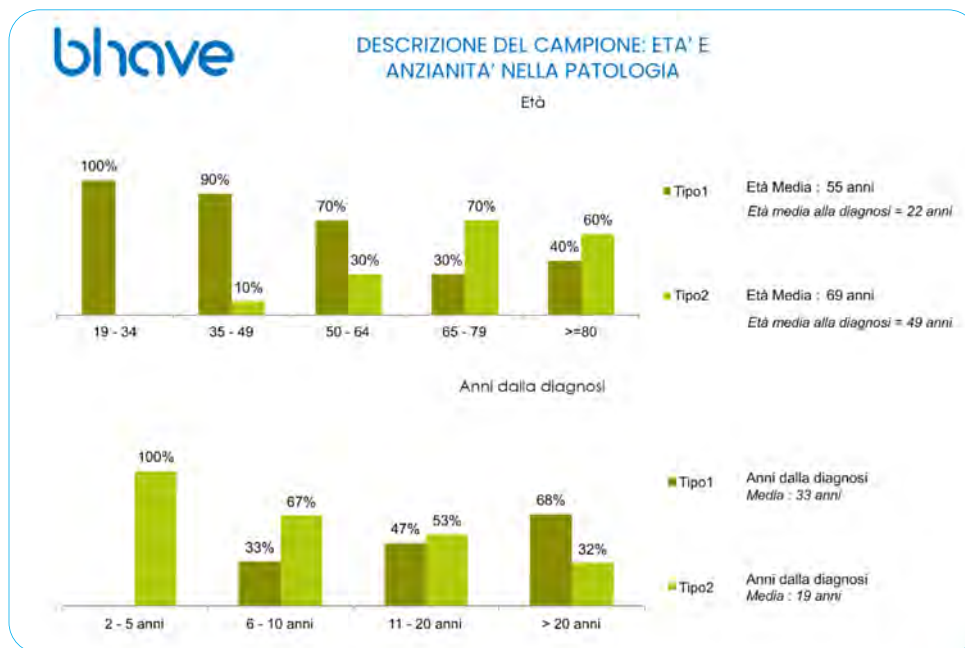
anni contro 69 anni. Analogamente, l'epoca di insorgenza della patologia risulta significativamente anticipata nel DT1, manifestandosi mediamente a 22 anni contro i 49 anni del DT2. Le stratificazioni per fasce anagrafiche confermano inequivocabilmente questa dicotomia tra i due fenotipi diabetici (Fig. 2).

Fig.1. Struttura del campione Bhavè per tipo di Diabete



Parallelamente, i soggetti con diabete di tipo 1 accumulano una maggiore esperienza convissuta con la patologia, registrando una durata media dalla diagnosi di 33 anni rispetto ai 19 anni dei pazienti con DT2, come documentato dalla distribuzione frequenziale per classi temporali di convivenza con la diagnosi diabetologica (Fig. 2).

Fig.2. Struttura del campione Bhave per età e anni dalla diagnosi

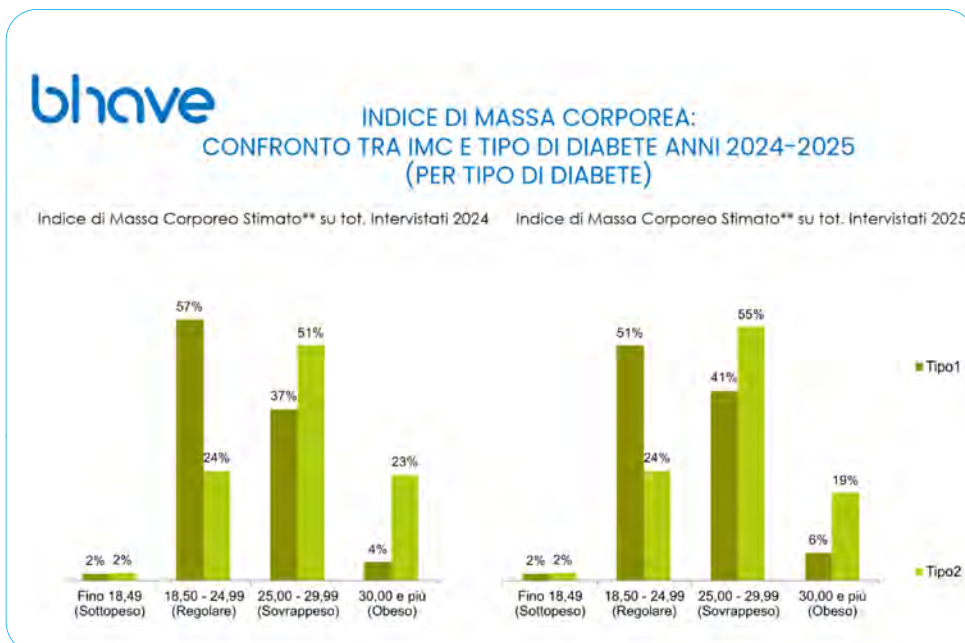


L'indicatore antropometrico dell'Indice di Massa Corporea (IMC) evidenzia un profilo differenziato tra le tipologie diabetiche: i pazienti DT1 registrano un valore medio di 25, mentre quelli con DT2 raggiungono i 30. Le distribuzioni percentuali dell'IMC per categoria diabetica sono state elaborate utilizzando i parametri di altezza e peso auto-riferiti dai partecipanti.

La popolazione con diabete di tipo 1 mantiene generalmente parametri antropometrici allineati con la popolazione generale, mentre i soggetti con DT2 presentano valori IMC significativamente elevati, sottolineando il ruolo del sovrappeso e dell'obesità come determinanti di rischio cruciali nell'eziopatogenesi del diabete di tipo 2.

Il confronto con la rilevazione precedente evidenzia un incremento della quota di DT1 sovrappeso e obesi (Fig. 3), mentre per quanto riguarda i DT2 si registra un aumento della quota in sovrappeso a discapito della quota di obesi, che registra un calo dal 23% al 19% rispetto al 2024.

Fig.3. Distribuzione per classi IMC Stimato 2025 e confronto con i dati del 2024



L'analisi dell'IMC stratificata per tipologia di trattamento mostra valori medi stimati pari a 26 per i pazienti in terapia insulinica e 29 per quelli in trattamento con ipoglicemizzanti orali. Le distribuzioni percentuali, elaborate a partire da dati auto-riferiti di altezza e peso, confermano un profilo differenziato: i soggetti in terapia insulinica risultano più frequentemente collocati nella fascia del normopeso, mentre tra i pazienti in sovrappeso si osserva una concentrazione più elevata di coloro che seguono terapie con ipoglicemizzanti orali.

L'analisi longitudinale mette in evidenza alcune tendenze convergenti. Per la terapia orale si osserva un arretramento delle fasce più basse (sottopeso e normopeso) con corrispondente incremento del sovrappeso, mentre la quota di obesi rimane sostanzialmente invariata. Per la terapia insulinica si registra una contrazione dei normopeso accompagnata da un aumento del sovrappeso, con sostanziale stabilità nelle altre categorie. Nel complesso, il quadro suggerisce un progressivo spostamento delle distribuzioni verso valori di IMC più elevati, indipendentemente dalla tipologia di trattamento, rafforzando l'urgenza di integrare strategie strutturate di prevenzione e gestione del peso nella pratica clinica. (Fig. 4).

Fig. 4. Valori di Indice di Massa Corporea per tipo di cura confronto 2024-2025

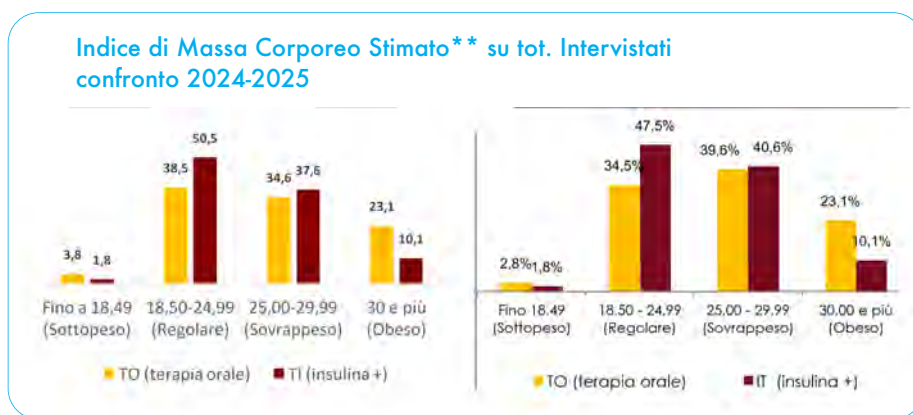
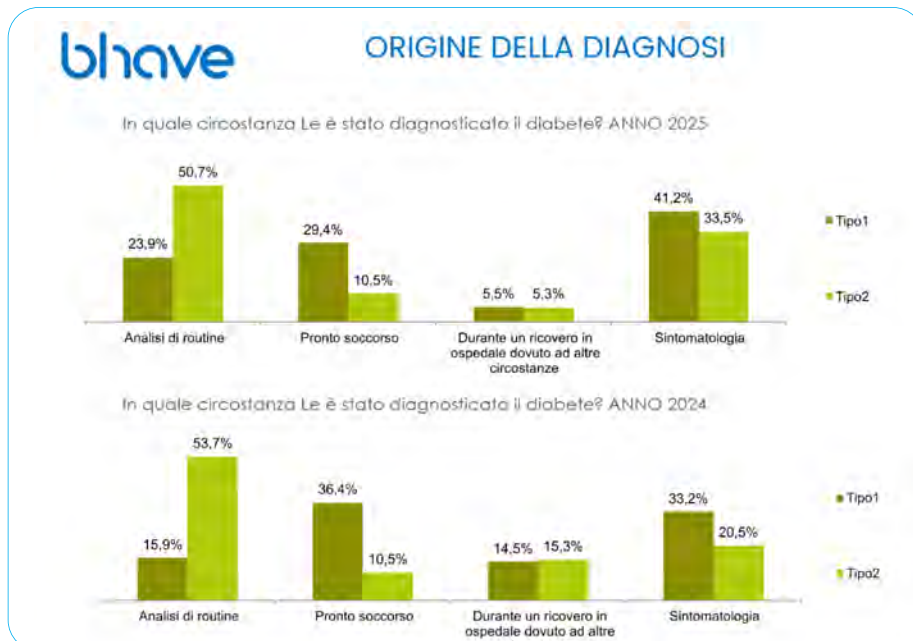


Fig.5. Origine della diagnosi per tipo di diabete: confronto 2024-2025



PERCORSO DIAGNOSTICO E APPROCCI TERAPEUTICI

Modalità di identificazione diagnostica

Le circostanze che conducono all'identificazione diagnostica differiscono sostanzialmente tra le due forme diabetiche, riflettendo le diverse caratteristiche fisiopatologiche e le modalità di presentazione clinica. La scoperta fortuita della patologia rappresenta ormai una costante trasversale in tutte le rilevazioni, con diagnosi frequentemente formulate in contesti non correlati alla sintomatologia diabetica classica.

Per i pazienti DT2, la diagnosi emerge nel 50,7% dei casi attraverso "Controlli di routine", contro il 23,9% dei pazienti DT1, valore in aumento rispetto al 2024 (15,9%). Inoltre, rispetto al 2024, si evidenzia un incremento della sintomatologia come elemento scatenante la diagnosi, mentre si contrae notevolmente la quota di diagnosi durante ricoveri ospedalieri.

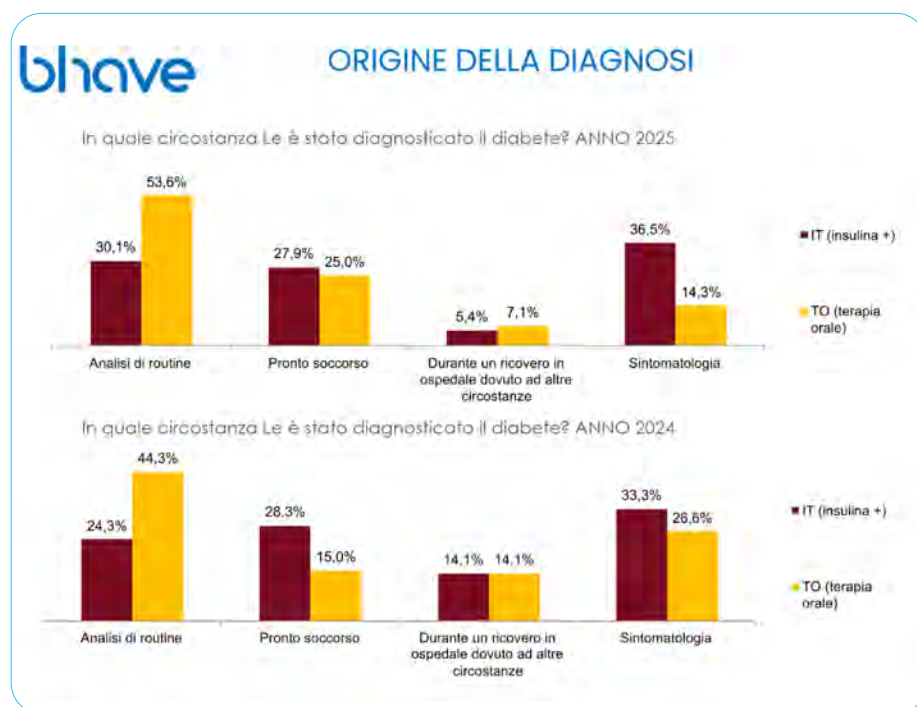
Le circostanze "Pronto Soccorso" e "Sintomatologia" caratterizzano maggiormente il DT1 in entrambe le modalità (29,4% DT1 vs 10,5% DT2 per il Pronto Soccorso e 41,2% DT1 vs 33,5% DT2 per la sintomatologia). È importante sottolineare anche il calo rispetto al 2024 per quanto riguarda la circostanza "Pronto Soccorso" del gruppo DT1 (36,4% nel 2024). Per il DT1 aumenta invece la diagnosi occasionale durante controlli di routine.

Questi pattern confermano la natura fisiopatologica differente delle due forme diabetiche: il DT1 si caratterizza per esordio acuto con necessità di identificazione precoce e sintomatologia marcata che può richiedere interventi d'urgenza; il DT2 presenta invece un decorso insidioso con identificazione spesso occasionale durante sorveglianza sanitaria routinaria (Fig. 5).

Analizzando le modalità diagnostiche in relazione al tipo di trattamento, l'identificazione fortuita caratterizza prevalentemente il gruppo "Terapia orale", con il 53,6% delle diagnosi durante "Analisi di routine" (in forte aumento rispetto al 44,3% del 2024), mentre si riduce la quota di coloro che ricevevano la diagnosi "Durante ricoveri per altre patologie" (da 14,1% nel 2024 a 7,1% nel 2025).

La diagnosi attraverso "Sintomatologia" risulta invece più frequente nel gruppo insulino-trattato (36,5% rispetto al 14,3% della terapia orale), con un incremento anche rispetto al 2024 (33,3% TO). Per quanto riguarda l'identificazione al Pronto Soccorso, si mantiene più alta la quota di pazienti insulino trattati rispetto a quelli in terapia orale, tuttavia quest'ultimi registrano un incremento notevole rispetto al 2024 (15% di diagnosi al PS nel 2024 vs 25% nel 2025). (Fig. 6).

Fig.6. Origine della diagnosi per tipo di cura: confronto 2024-2025



Strategie Terapeutiche

L'insulina rappresenta la scelta terapeutica pressoché esclusiva nei pazienti con DT1 (93%), con una quota marginale (7%) che riceve ipoglicemizzanti orali tradizionali. Al contrario, nel DT2 prevale nettamente la terapia orale convenzionale (73,6%), mentre il 26,4% dei pazienti esordisce con protocolli combinati che includono l'insulina. Una quota contenuta ma significativa (5,3%) inizia con nuovi ipoglicemizzanti orali e un ulteriore 5,3% con GLP-

1, farmaci innovativi che si caratterizzano per benefici sia sul controllo glicemico sia sulla gestione del peso corporeo. Infine, circa il 4% dei pazienti con DT2 inizia direttamente con insulino-terapia, tipicamente in presenza di iperglicemia grave o di una funzione renale già compromessa. Nel complesso, emerge una distinzione netta tra DT1 e DT2, ma anche una diversificazione crescente delle opzioni terapeutiche già al momento della diagnosi. (Fig. 7).

Guardando al trattamento attuale, la quasi totalità dei pazienti con diabete di tipo 1 risulta trattata con insulina (88,1%), in linea con quanto previsto dalle pratiche cliniche.

Una quota minoritaria (11,9%) riporta l'utilizzo di ipoglicemizzanti orali: questo dato suggerisce la presenza di percorsi terapeutici differenziati, ad esempio nei casi diagnosticati in età adulta o in contesti di forme cliniche particolari. Dall'altro lato, il trattamento del diabete di tipo 2 appare caratterizzato da una notevole eterogeneità terapeutica, che riflette l'ampia disponibilità di opzioni oggi a disposizione dei clinici. Una parte consistente dei pazienti (31,6%) assume ancora OHA tradizionali, mentre oltre un quinto (21,1%) è in trattamento con nuovi ipoglicemizzanti orali. Si rileva inoltre un ricorso non trascurabile a terapie innovative come SGLT-2 (10,5%) e GLP-1 (5,3%), utilizzate sia in monoterapia che in combinazione con insulina. Le combinazioni con insulina complessivamente interessano circa un quarto dei pazienti, a indicare che nei casi più complessi o con diagnosi tardiva è frequente l'integrazione precoce della terapia insulinica. Il dato relativo ai pazienti in monoterapia insulinica (5,3%) evidenzia

che l'insulina pura rimane una scelta minoritaria nel tipo 2, a favore di approcci combinati. Nel complesso, il confronto tra DT1 e DT2 mette in luce due scenari nettamente distinti: da un lato la sostanziale uniformità del trattamento insulinico nel tipo 1, dall'altro la crescente diversificazione terapeutica del tipo 2, che riflette l'evoluzione della pratica clinica verso strategie sempre più personalizzate e orientate al controllo integrato della patologia e delle sue comorbidità (Fig. 8).

Fig.7. Trattamento iniziale al momento della diagnosi per tipo di diabete

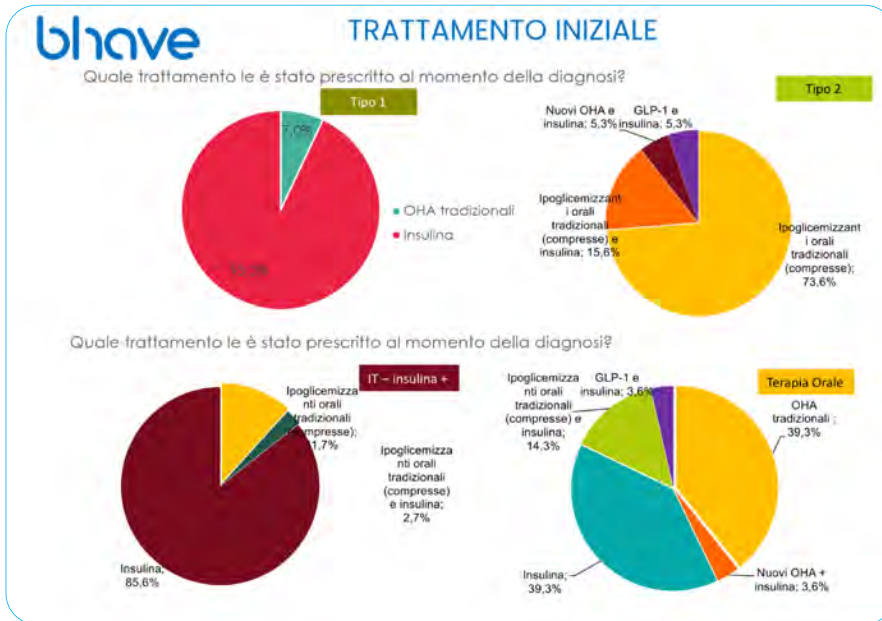


Fig.8. Trattamento attuale per tipo di diabete 2025



MEDICO DI RIFERIMENTO PER IL TRATTAMENTO ANTIDIABETICO

I centri specialistici rappresentano il punto di partenza principale per l'impostazione della terapia antidiabetica. Diabetologi ed endocrinologi dei Centri Anti Diabete si occupano della prescrizione iniziale del trattamento nel 47% dei pazienti con diabete di tipo 1 e nel 53,9% di quelli con diabete di tipo 2, confermandosi come figure di riferimento primarie nell'avvio del percorso terapeutico.

Parallelamente ai centri specialistici, i medici di medicina generale e i pediatri svolgono un ruolo significativo nella gestione iniziale del diabete. Questi professionisti sono particolarmente coinvolti nella prescrizione del primo trattamento per i pazienti con diabete di tipo 2, raggiun-

gendo il 19,5% dei casi rispetto al 15,2% del diabete di tipo 1. Un aspetto clinicamente rilevante riguarda gli interventi d'urgenza, che quest'anno vedono un 5% dei pazienti con diabete di tipo 1 ricevere la prima prescrizione di farmaci antidiabetici direttamente al pronto soccorso.

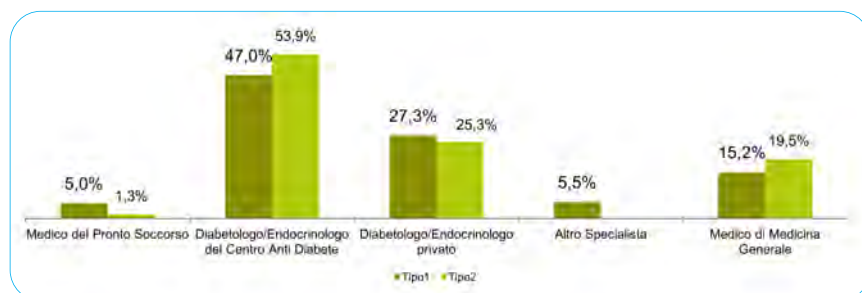
La struttura assistenziale per l'avvio della terapia diabetica vede quindi i centri specialistici come punti di riferimento principali, specialmente nella fase iniziale di diagnosi e trattamento. L'assistenza territoriale mantiene comunque un ruolo importante, con particolare rilevanza per il diabete di tipo 2. I servizi di pronto soccorso, pur rappresentando una percentuale minore, costituiscono una risorsa essenziale per la gestione delle emergenze diabetiche che richiedono un intervento terapeutico tempestivo (Fig.9). Tra il 2024 e il 2025 si osservano alcuni cambiamenti rilevanti rispetto ai luoghi in cui viene posta la prima diagnosi di diabete. In particolare:

- Il ricorso al Pronto Soccorso si riduce in modo marcato, passando dal 5,0% all'1,3%, a conferma di una maggiore intercettazione precoce fuori dall'emergenza.

- Al contrario, cresce il peso dei Centri Anti-Diabete, che salgono dal 47,0% al 53,9%, rafforzando il loro ruolo come riferimento principale soprattutto per i pazienti con diabete di tipo 1. Anche i Medici di Medicina Generale aumentano la loro quota, dal 15,2% al 19,5%, segnalando un progressivo coinvolgimento nella diagnosi, soprattutto dei pazienti con diabete di tipo 2.
- Si riduce leggermente il contributo dei diabetologi privati (dal 27,3% al 25,3%), mentre resta stabile la quota di altri specialisti (attorno al 5,5%).

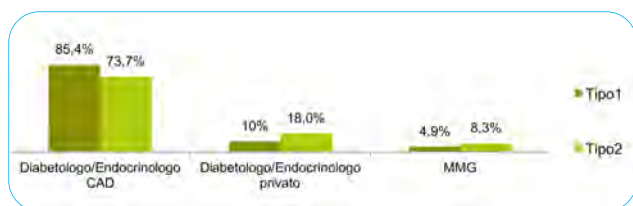
Complessivamente, il quadro mostra uno spostamento della diagnosi dall'ambito emergenziale e privato verso i centri specialistici pubblici e i medici di base, in una logica di maggiore integrazione territoriale.

Fig. 9. Medico di riferimento primo trattamento antidiabetico per tipo di diabete.



Per quanto riguarda i controlli periodici, i centri specialistici con diabetologi ed endocrinologi confermano il loro ruolo predominante: l'85,4% dei pazienti con diabete di tipo 1 e il 73,7% di quelli con diabete di tipo 2 indicano infatti il CAD come riferimento principale. Quote più contenute si rivolgono al diabetologo privato (10% nel DT1 e 18% nel DT2) o al medico di medicina generale (4,9% e 8,3% rispettivamente). Nel complesso, il quadro evidenzia la centralità del CAD nella gestione del follow-up, con percorsi paralleli che vedono maggior coinvolgimento del privato e, in misura minore, della medicina di base, soprattutto nel diabete di tipo 2 (Fig.10).

Fig. 10. Attuale medico di riferimento trattamento antidiabetico per tipo di diabete.



AUTOCONTROLLO E SODDISFAZIONE DEL TRATTAMENTO

Il mantenimento dei livelli glicemici nel range fisiologico durante l'intera giornata costituisce l'obiettivo primario nella gestione diabetologica. Per raggiungere questo traguardo risulta fondamentale un monitoraggio accurato e costante dei valori ematici di glucosio. Dai grafici (Fig. 11) emerge un quadro differenziato tra diabete di tipo 1 e tipo 2 e, più in generale, tra pazienti in terapia insulinica e in terapia orale. Nei soggetti con diabete di tipo 1 prevale l'utilizzo delle tecnologie innovative: il 45% gestisce la patologia con sensore glicemico e penne e il 35% con

sensori e microinfusori, mentre solo una minoranza ricorre ancora alle strisce reattive (18% con penne e 2% con microinfusori). Nei pazienti con diabete di tipo 2, invece, domina il modello tradizionale basato su strisce e penne (55%), seppur già un 35% utilizzi il sensore con penne e percentuali molto ridotte (3% ciascuna) il microinfusore. Considerando la distinzione per tipo di trattamento, tra i pazienti in terapia insulinica il monitoraggio con sensore è ormai prevalente (42% con penne e 28% con microinfusore, contro

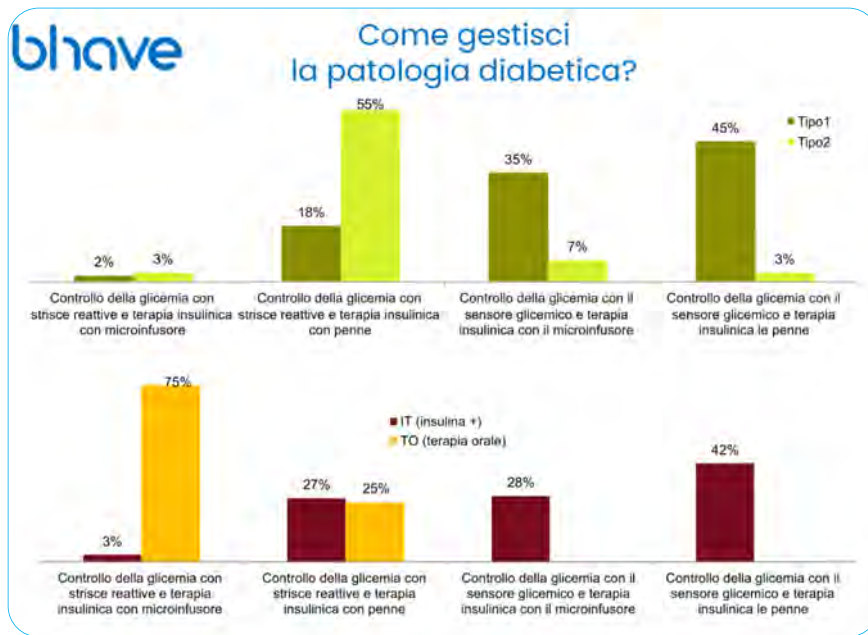
il 27% di strisce e penne e un residuo 3% di strisce e microinfusore), confermando la transizione verso soluzioni digitali più avanzate. Al contrario, nei pazienti in sola terapia orale resta preponderante l'uso delle strisce (75%), ma un quarto utilizza già il sensore (25%), segnalando un progressivo ampliamento dell'accesso a queste tecnologie anche oltre la popolazione insulinizzata. Nel complesso, i dati confermano la centralità crescente delle tecnologie di monitoraggio continuo, soprattutto nei pazienti insulinizzati, e segnalano un progressivo allargamento del loro utilizzo anche tra coloro che seguono terapie esclusivamente orali, delineando un'evoluzione verso una gestione sempre più personalizzata e tecnologicamente supportata del diabete.

Soddisfazione sull'uso dei diversi strumenti di misurazione della glicemia

L'analisi della soddisfazione relativa agli strumenti di misurazione glicemica considera diversi parametri valutativi. Questi criteri sono stati organizzati e rappresentati graficamente (Fig 12) secondo due dimensioni principali: "performance" e "impatto", differenziati in base alle valutazioni espresse dagli intervistati.

Il grafico si basa su un modello di analisi della soddisfazione ispirato al **Kano Model**, che classifica le caratteristiche di un prodotto o servizio in quattro categorie: i requisiti "**Must Be**", elementi di base la cui assenza genera forte insoddisfazione ma la cui presenza non aumenta significativamente la soddisfazione, come ad esempio la semplicità d'uso, la velocità di risposta e gli standard igienici; i requisiti "**Performer**", per i quali la soddisfazione cresce proporzionalmente alla qualità percepita e includono la connettività, la capacità di memorizzazione

Fig. 11. Controllo della glicemia per tipo e terapia diabetica



dei risultati, la praticità operativa e l'affidabilità/precisione delle misurazioni; i requisiti **"Delight"**, che sorprendono positivamente se presenti ma non penalizzano se assenti e riguardano il costo del dispositivo e le sue dimensioni; e infine gli aspetti **"Indifferent"**, che

Fig. 12. Elementi di valutazione della soddisfazione dei glucosimetri utilizzati dalle persone con diabete



non incidono in modo rilevante sull'esperienza complessiva e comprendono il design/aspetto estetico, il disagio provocato durante l'utilizzo e la quantità di sangue necessaria per la misurazione. Applicando questo schema agli strumenti di monitoraggio della glicemia, emergono alcuni elementi chiave: **rapidità delle risposte, facilità d'uso, igiene e praticità** sono considerati "Must Be", quindi aspetti irrinunciabili per gli utenti; **affidabilità, precisione e connettività** appartengono ai "Performer", e quanto più sono garantiti tanto maggiore è la soddisfazione percepita; **costo e igiene** possono agire da "Delight", aggiungendo valore se ottimizzati; mentre caratteristiche come **design, dimensioni o memorizzazione dei risultati** rientrano tra gli aspetti "Indifferent", con scarso impatto sulle valutazioni complessive. Complessivamente, si osserva che la soddisfazione degli utenti dipende soprattutto da fattori funzionali e operativi, mentre gli elementi estetici o accessori risultano marginali.

ATTEGGIAMENTO VERSO LA MALATTIA E COMPORTAMENTI LEGATI ALLO STILE DI VITA

L'indagine analizza le opinioni espresse da pazienti (con grado di accordo da 1 a 10) con diabete di tipo 1 e tipo 2 su diverse affermazioni relative alla gestione della malattia e ai comportamenti legati agli stili di vita suddivisi per tipo di diabete e terapia farmacologica (insulina o farmaci orali). Questo permette di identificare eventuali differenze di opinione tra i diversi gruppi di pazienti (tipo di diabete e terapia farmacologica) e fornire spunti di ri-

Fig. 13. Grado di accordo su affermazioni legate alla gestione del diabete per tipo di diabete e tipo di terapia

bhavé	GRADO DI ACCORDO SULLE SEGUENTI AFFERMAZIONI (DA 1 A 10) SULLA GESTIONE DEL DIABETE			
	TIPO 1 (v.m.)	TIPO 2 (v.m.)	INSULINA (v.m.)	OHA (v.m.)
GESTISCO IL MIO DIABETE IN MODO DEL TUTTO AUTONOMO	8,80	6,16	8,57	7,18
UNA PERSONA CON DIABETE PUÒ CONDURRE UNA VITA ASSOLUTAMENTE NORMALE	8,06	9,00	8,12	8,57
DAL PUNTO DI VISTA DELL'ALIMENTAZIONE SONO UNA PERSONA MOLTO ATTENTA	7,44	7,53	7,50	6,89
TEPIDO A RISPETTARE SCRUPolosAMENTE LE INDICAZIONI DEL MIO MEDICO	7,59	7,26	7,66	6,89
MAINTENERE UN PESO CORPOREO NELLA NORMA CONTRIBUISCE AD AVERE UN MIGLIORE CONTROLLO DEL PROPRIO DIABETE	8,70	8,84	8,78	8,64
L'AUTOCONTROLLO DELLA GLICEMIA CONSENTE UNA MIGLIORE GESTIONE DELLA TERAPIA	9,28	9,05	9,29	9,25
LA SINTOMATOLOGIA DEL DIABETE RAPPRESENTA UN LIMITE AL NORMALE SVOLGIMENTO DELLA MIA VITA QUOTIDIANA	6,60	6,74	6,64	6,39

flessione per migliorare la gestione del diabete e la qualità della vita dei pazienti.

Dalla tabella (Fig. 13) emergono differenze interessanti nelle percezioni e negli atteggiamenti di persone con diabete di tipo 1, tipo 2 e a seconda del trattamento (insulina vs terapia orale).

- I pazienti con diabete di tipo 1 dichiarano un maggiore senso di autonomia nella gestione della malattia (8,8) rispetto ai tipo 2 (6,2), ma mostrano livelli leggermente inferiori di accordo con l'idea di condurre una vita assolutamente normale (8,1 contro 9,0 nei tipo 2), evidenziando una percezione più realistica del peso quotidiano della patologia.
- L'attenzione all'alimentazione e l'aderenza alle indicazioni mediche risultano simili nei due gruppi (circa 7-7,5), con una leggera prevalenza nei tipo 2 per la dieta e nei tipo 1 per l'aderenza prescrittiva. Tutti i pazienti riconoscono l'importanza del mantenimento del peso corporeo nel controllo glicemico, con valori elevati e omogenei (8,6-8,8).
- L'aspetto più condiviso è l'utilità del-

l'autocontrollo della glicemia, che raccoglie i punteggi più alti in tutte le categorie (9-9,3), a conferma della centralità di questo comportamento nella percezione della gestione efficace del diabete. Infine, la sintomatologia viene percepita come un limite moderato (intorno a 6,4-6,7), con una lieve maggiore incidenza nei tipo 2.

Complessivamente, emerge un profilo in cui le persone con tipo 1 mostrano maggiore competenza e autonomia gestionale, mentre i tipo 2 e chi è in terapia orale tendono a percepire la malattia come meno impattante sulla vita quotidiana, ma con una minore padronanza autonoma della gestione.

La valutazione soggettiva della qualità della vita fornita dagli intervistati mostra come i pazienti con diabete di tipo 2 (Fig.14) e quelli in terapia orale (Fig.15) abbiano una percezione peggiore della propria qualità della vita rispetto ai pazienti con diabete di tipo 1. È importante tuttavia sottolineare come rispetto al 2024 tale percezione sia peggiorata anche nei pazienti con DT1, passando da un 84,4% di pazienti che consideravano la propria qualità di vita "Buona" o "Molto buona", all'attuale 74,4%.

Fig. 14. Giudizio sulla propria qualità della vita considerando il tipo di diabete

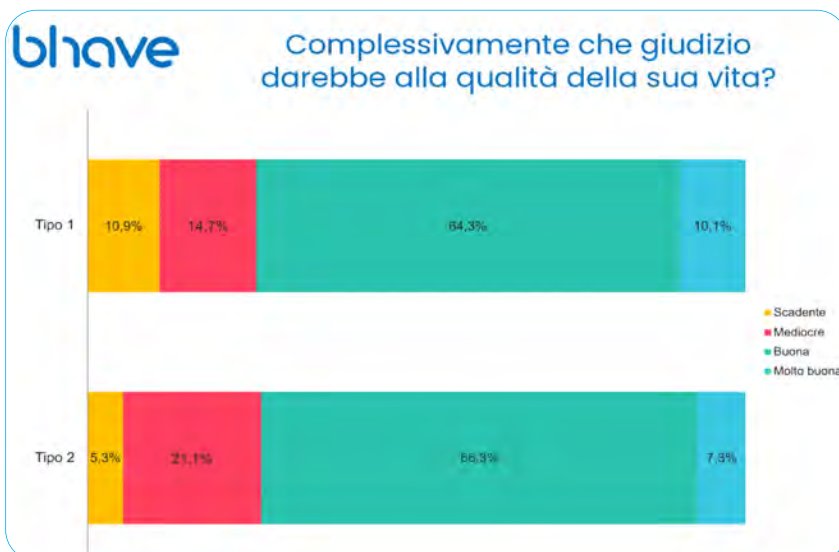


Fig. 15. Giudizio sulla propria qualità della vita rispetto alla differente terapia



IL JOURNEY DEL PAZIENTE CON DIABETE E L'ANALISI DELLE CRITICITA' DI CONTESTO E PROCESSO

Di seguito viene riportata una rappresentazione grafica dell'intero patient journey del diabete di tipo 2 (Fig. 16). Questa sintesi visiva consente di cogliere in modo immediato e chiaro le diverse fasi del percorso terapeutico dal punto di vista funzionale, evidenziando i passaggi chiave e le connessioni con i vari attori del sistema sanitario coinvolti nella gestione e nel supporto del paziente.

A partire da questa visione d'insieme, l'analisi si concentrerà sulle singole fasi del percorso, osservandole non soltanto nella loro dimensione clinic o-funzionale, ma anche attraverso le prospettive sociale, culturale e psicologica, senza trascurare gli aspetti amministrativi e burocratici che spesso incidono sull'esperienza del paziente. Seguire un approccio multidimensionale permette infatti di far emergere elementi di criticità che altrimenti rimarrebbero invisibili, offrendo così una comprensione più completa delle sfide che caratterizzano il journey del paziente con diabete di tipo 2 e permettendo quindi di individuare in maniera più puntuale gli snodi su cui è necessario intervenire per migliorare l'esperienza di cura e la qualità di vita del paziente.

PREDIAGNOSI

La fase che precede la diagnosi di diabete rappresenta un momento delicato ma determinante nel percorso del paziente; si tratta infatti di un periodo in cui, pur in assenza di una diagnosi formale, si manifestano segnali e sintomi che possono indicare l'insorgere della malattia, ma che vengono tuttavia frequentemente ignorati, sottovalutati o attribuiti ad altre cause. Trattandosi di una fase liminale e di incertezza, rappresenta anche un momento chiave dal punto di vista comportamentale, in quanto il soggetto avvia una serie di processi che impattano sulla tempestività del percorso diagnostico e terapeutico successivo. I dati a questo proposito sono eloquenti: si stima che in Italia, a

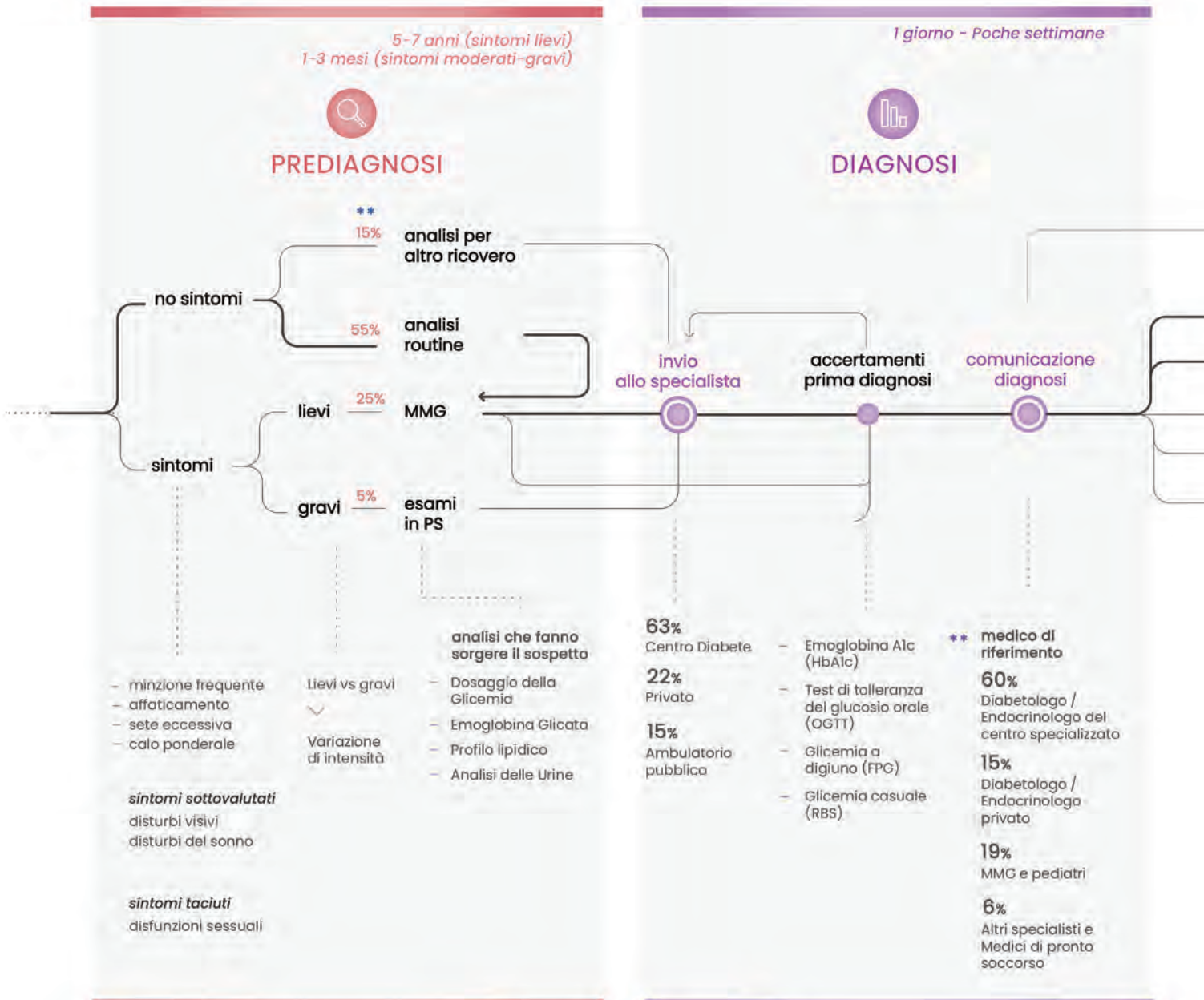
fronte di oltre 4 milioni di persone diagnosticate, circa 1,5 milioni di soggetti con diabete non abbia ancora una diagnosi (Relazione 2023, Ministero della Salute)

Nel caso del T2DM, a giocare un ruolo importante in questa fase sono in primis i fattori di rischio: familiarità con la malattia, sovrappeso o obesità (soprattutto addominale), scarsa attività fisica, età superiore ai 45 anni, ipertensione, alterazioni metaboliche e alcune condizioni ormonali, rappresentano infatti fattori predisponenti ben noti per lo sviluppo del diabete e del prediabete (American Diabetes Association, 2024). Tuttavia, fino al 70% di chi presenta questi elementi non è pienamente consapevole del proprio rischio o non vi attribuisce la giusta importanza, fattore che può portare ad un eccessivo estendersi nel tempo del periodo di assenza di una diagnosi e quindi di un trattamento (Engberg et al., 2020)

Dal punto di vista sintomatologico, i primi segnali sono stanchezza persistente, sete eccessiva, frequente bisogno di urinare, cambiamenti dell'umore o perdita di peso non intenzionale e che nel diabete di tipo 2 possono emergere lentamente e in modo sfumato. Ciò che avviene di frequente è che il soggetto tende a razionalizzare tali sintomi, interpretandoli per esempio come effetti dello stress, dell'età o di uno stile di vita frenetico, e ritardando così il riconoscimento del problema e il consulto medico (Glasgow et al., 2012). Nel TD2M invece si assiste tipicamente ad un esordio acuto e rapido, con i sintomi che si manifestano in poche settimane o mesi, richiedendo un intervento medico urgente per evitare complicanze severe.

Fig. 16. Il patient journey del paziente con Diabete di Tipo 2

— Patient journey Diabete tipo 2



*** ISTAT Indagine Aspetti della vita quotidiana

** Bhave 2025 Diabete's Monitor

* Bhave 2024 Aderenza e Inerzia terapeutica nel paziente

PAZIENTI

3,9 milioni
(fonte: ISTAT)
5 milioni
(fonte: Health Search 2022)

*** 57% uomini
43% donne
67 anni Età media del paziente diabetico
50 anni Età media di esordio dei sintomi
30 kg/m² IMC

PERCORSO

— Principale
— Secondario
● Momenti chiave

A vita e in continua evoluzione



TRATTAMENTO



CONVIVENZA

tutta la vita
(1/6 dei pazienti
oltre 20 anni)

Gestione integrata MMG & Diabetologo
+ farmacista (1 volta al mese cc)

trattamento iniziale

- 43% terapia orale
- 18% SGLT-2
- 17% GLP-1
- 7% terapia combinata
- 4% Insulina

trattamento domiciliare
educazione in studio/ospedale

controlli periodici

autocontrollo

complicanze

modifiche trattamento

invio allo specialista

** farmaci prevalenti +

- 72% Metformina:
- 36% SGLT-2
- 32% Insulina
- 32% GLP-1
- 20% Inibitori DDP4
- 6% Sulfonuree
- 4% Glitazoni

distribuzione

- DD SSR > farmacie territoriali
- ASL > farmacie sul territorio o private (compenso calmierato)
- DPC farmacie > SSR rimborsa
- DC farmacie > SSR rimborsa

trattamenti aggiuntivi

- 30% Modifiche alimentazione
- 40% Attività fisica con regolarità

4/6 mesi se prima prescrizione, comorbidità o scompenso

6 mesi-2 mesi paziente stabile

** medico di riferimento

- 73% Diabetologo / Endocrinologo c. specializzato
- 12% Diabetologo / Endocrinologo privato
- 15% MMG e pediatri

tipo visita

- 12% Televisita
- 88% Presenza

* aderenza

- 45% Alta aderenza e compliance al piano terapeutico
- 25% Media aderenza, con occasionali dimenticanze
- 30% Bassa aderenza, con frequenti omissioni o rifiuti

circa il 50% dei pazienti

Effetti collaterali
Peggioramento dello scompenso
Altri problemi di salute

47%

Livelli subottimali controllo glicemico

Data l'ampia gamma di sintomi che il soggetto può sperimentare, l'impatto sulla vita quotidiana può essere significativo già in questa fase, con disturbi del sonno legati alla poliuria, irritabilità, calo dell'energia e variazioni ponderali che iniziano a influenzare anche le relazioni familiari, sociali e lavorative, senza che vi sia una reale comprensione del legame con una possibile condizione cronica.

In questo contesto, molti pazienti si affidano a forme di *coping* informale, cercando spiegazioni tra amici e parenti, si informano online, o si rivolgono a medici non specialisti per sintomi isolati. La realizzazione che si tratti di un problema significativo arriva perciò spesso solo dopo una serie di eventi ripetuti o a seguito di controlli casuali, come analisi di routine (53,7% dei pazienti con T1DM vs 15% pazienti con T2DM), e solo a questo punto il paziente si attiva per sottoporsi a controlli più specifici come la curva da carico orale di glucosio. In alcuni casi il paziente fa anche ricorso al pronto soccorso, quando la situazione diventa acuta e scompensata ed è necessario un accesso d'urgenza, (Nam et al., 2011) e in particolare nel T2DM.

ELEMENTI DI CRITICITÀ

La prediagnosi, dunque, non è semplicemente un "prima" della diagnosi, bensì uno snodo importante del percorso in cui si gioca buona parte della tempestività e dell'efficacia dell'intervento successivo: è per questo motivo che attenzionare gli elementi di criticità di questa fase del journey diventa particolarmente rilevante nella progettazione di interventi sanitari volti a migliorare il percorso del paziente.

Alcune delle criticità di questa fase riguardano in particolare la tendenza di molti pazienti a giustificare e normalizzare sintomi precoci come la stanchezza, la poliuria o la polidipsia, riconducendoli con altre cause come età, stress, stili di vita o stati transitori. In Italia è stata infatti ampiamente documentata questa tendenza a sottovalutare la condizione sia da parte dei malati che dei familiari, che spesso nei discorsi si riferiscono alla cronicità con espressioni come "ho un po' di diabete" o "è un problema che riguarda gli anziani" (Bonora e Sesti, 2016), indice di una scarsa alfabetizzazione sanitaria che rende difficile riconoscere i segnali e sapere come agire. A ciò si aggiunge da un lato una certa confusione informativa per cui i pazienti si informano spesso in autonomia e online, senza strumenti critici per distinguere fonti affidabili, col rischio di rimandare il consulto medico, e dall'altro

l'assenza di screening sistematici per i soggetti a rischio, e la difficoltà dei medici di medicina generale a intercettarli precocemente, spesso per mancanza di tempo o strumenti adeguati. Allo stesso tempo sul piano emotivo, paura, vergogna e stigma legati alla malattia possono frenare la ricerca di aiuto, mentre la complessità del sistema sanitario e la molteplicità di interlocutori coinvolti rischiano di disorientare il paziente, aumentando il rischio di ritardi diagnostici.

DIAGNOSI

Il percorso del paziente prosegue poi con la fase di diagnosi, processo che nella maggior parte dei casi inizia con la decisione di rivolgersi a un medico, generalmente il proprio medico di base, dopo aver percepito sintomi poco chiari (33,2% T1DM e 20,5% DT2M) oppure più frequentemente in occasione di esami di routine per i soggetti con T2DM (53,7%), o di accesso al PS per i soggetti con T1DM (29,4% dei casi). La comunicazione del problema, da parte del paziente, rappresenta un primo atto di traduzione tra l'esperienza del corpo e il linguaggio medico ed è qui che gioca un ruolo importante anche la relazione di fiducia con il medico, poiché solo in un contesto relazionale sicuro il paziente si sentirà legittimato a raccontare la propria sintomatologia.

In alcuni casi, tuttavia, i pazienti si rivolgono direttamente a specialisti o a strutture ambulatoriali per sottoporsi a esami più approfonditi, soprattutto quando i sintomi destano particolare preoccupazione o sono già noti fattori di rischio. Non è raro, però come già anticipato, che manchino consapevolezza o informazioni adeguate sui segnali iniziali della malattia, con meno della metà della popolazione eligibile per lo screening che viene effettivamente sottoposta a test (Kiefer et al., 2014); ciò può comportare ritardi significativi nell'intraprendere il percorso diagnostico, fattore a cui si aggiunge, talvolta, la paura di ricevere una diagnosi negativa, che contribuisce ulteriormente alla procrastinazione del primo contatto con il sistema sanitario. Il ritardo medio nella diagnosi è notevole e si attesta in letteratura a $3,7 \pm 1,1$ anni dopo il primo riscontro di iperglicemia e di $1,8 \pm 1,7$ anni dopo il secondo riscontro anomalo (Fraser et al., 2010).

La diagnosi si fonda solitamente sull'esecuzione di test diagnostici di laboratorio e gli esami più comuni includono la misurazione della glicemia a digiuno, il dosaggio dell'emoglobina glicata (HbA1c) e, quando poi risulta ne-

cessario un approfondimento, la curva da carico orale di glucosio (OGTT) o ulteriori indagini volte a verificare la presenza di complicanze o condizioni cliniche associate. Per eseguire questi esami, il paziente deve recarsi presso laboratori analisi, ma anche ambulatori o centri specialistici, che possono comportare difficoltà logistiche, soprattutto per le persone con mobilità ridotta, anziane o residenti in aree con limitata offerta sanitaria.

Il momento della comunicazione della diagnosi è poi particolarmente delicato: si tratta di un passaggio ad alto impatto emotivo per il paziente e per i suoi familiari, che richiede da parte del medico non solo chiarezza e competenza clinica, ma anche empatia e sensibilità in quanto la corretta comprensione del significato della diagnosi, la possibilità di porre domande e di ricevere risposte rassicuranti, rappresentano elementi fondamentali per promuovere l'adesione alle terapie e stimolare un atteggiamento proattivo nella gestione della malattia fin dalle prime fasi. Esiste infatti una correlazione positiva significativa tra la qualità della relazione medico-paziente e i comportamenti di self management riscontrati, nonché con la riduzione dell'ansia del paziente (Howal et al., 2024).

ELEMENTI DI CRITICITÀ

Anche la fase diagnostica presenta diversi elementi di criticità che vanno attenzionati. Ad esempio, in presenza di risultati non conclusivi o di sospetto per forme atipiche di diabete, è necessario intraprendere ulteriori approfondimenti diagnostici che possono includere esami più complessi o visite specialistiche presso centri di riferimento, con un inevitabile prolungamento dei tempi, crescita della complessità organizzativa e logistica e un conseguente aumento dell'incertezza da parte del paziente. Tale situazione può generare ansia e frustrazione, soprattutto in assenza di un'adeguata comunicazione e di un accompagnamento del paziente nel percorso diagnostico.

Un ulteriore elemento critico correlato a questo riguarda la mobilità del paziente: il bisogno di spostarsi tra diverse strutture sanitarie per esami e visite rappresenta un potenziale fattore di disagio e discontinuità assistenziale, aspetto che emerge come problematica rilevante specialmente nei soggetti più anziani e nei contesti territoriali dove l'offerta sanitaria è frammentata o scarsamente accessibile.

Infine, la diagnosi di diabete comporta un impatto rilevante non solo sulla salute del paziente, ma anche sulla sua quotidianità e su quella della famiglia (Boakye et al., 2022). Le ripercussioni psicologiche, sociali ed economiche possono essere significative e non è raro che la persona sperimenti stati d'animo come paura, negazione, senso di colpa o stigma ed è stato evidenziato come i pazienti con diabete abbiano un alto rischio di sviluppare disturbi psicologici a causa del burden della malattia (Liu, 2023): in questo contesto, il supporto della rete sociale diventa indispensabile in particolare nel sostenere il paziente nell'adattamento alle nuove esigenze e alla nuova routine legata alla malattia cronica.

TRATTAMENTO

In seguito alla formalizzazione della diagnosi, il paziente entra nella fase del trattamento, un momento che implica non solo la definizione delle strategie terapeutiche, ma anche un'evoluzione nel ruolo del paziente stesso, che diventa protagonista attivo della gestione della malattia.

La scelta della terapia viene generalmente modulata tenendo conto del profilo clinico del paziente, della risposta ai trattamenti precedenti e della presenza di eventuali comorbidità. Tuttavia, negli ultimi anni, è emersa con sempre maggiore chiarezza l'importanza di coinvolgere il paziente nelle decisioni terapeutiche, promuovendo un approccio condiviso e personalizzato che ha un impatto positivo in termini di aderenza e outcome di salute. Se quindi nei pazienti con T1DM l'insulina rappresenta l'opzione terapeutica esclusiva intrapresa fin da subito nella quasi totalità dei casi, nel T2DM la scelta terapeutica davanti la quale sono posti il medico e il paziente è più articolata e nella maggior parte dei casi i pazienti iniziano con farmaci orali tradizionali come le metformine, che risultano efficaci e ben tollerati. Non bisogna trascurare una quota non trascurabile di pazienti (5,3%) che inizia il proprio percorso con farmaci ipoglicemizzanti di nuova generazione, scelti per i benefici aggiuntivi in termini di protezione cardiovascolare e gestione del peso. Una quota analoga (5,3%) avvia il trattamento con agonisti del recettore GLP-1, mentre una minoranza (4%) inizia direttamente con la terapia insulinica.

Per quanto riguarda i medici di riferimento, la maggior parte dei pazienti con diabete di tipo 1 e 2 si rivolge inizialmente a centri specializzati, che rappresentano quindi un riferimento terapeutico essenziale, mentre in alcune situazioni, il primo contatto con la terapia avviene in am-

bito d'urgenza. Circa il 5% dei pazienti con diabete di tipo 1 riceve, infatti, la prima prescrizione farmacologica in pronto soccorso, a conferma del ruolo, seppur minoritario ma clinicamente rilevante, di questo setting nella gestione delle emergenze diabetiche.

ELEMENTI DI CRITICITÀ

Un aspetto critico relativo alla fase del trattamento e della convivenza con la malattia è rappresentato dall'aderenza, che si conferma una sfida irrisolta con la metà dei pazienti con diabete di tipo 1 non aderenti alla terapia insulinica e il 40% di quelli con diabete di tipo 2 che non seguono correttamente la terapia con farmaci orali ipoglicemizzanti (Boonpattharathiti et al., 2024; Denicolò et al. 2021), situazione che incide negativamente sul controllo glicemico, e comporta un aumento del rischio di complicanze a lungo termine, nonché un aggravio di costi sociosanitari. Proprio il tema delle complicanze assume particolare rilievo nel diabete, in quanto la gestione delle crisi ipoglicemiche o iperglicemiche, è parte integrante della cura ed è quindi fondamentale che il paziente e i caregiver siano adeguatamente formati per riconoscere tempestivamente i segnali critici e agire in modo appropriato, prevenendo complicanze potenzialmente gravi.

Anche dal punto di vista alimentare, sono evidenti le sfide significative che i pazienti fronteggiano nel mantenere una corretta dieta, specialmente tra gli adolescenti con T1DM; anche nei soggetti con T2DM l'aderenza è subottimale, con poco più della metà dei pazienti che seguono correttamente la dieta raccomandata (Tang et al., 2025). In questo contesto, l'educazione terapeutica assume perciò un ruolo centrale in quanto circa il 95% della gestione del diabete ricade quotidianamente sul paziente e sulla sua famiglia, ed è fondamentale che siano attivati percorsi educativi strutturati per favorire la capacità di autogestione delle politerapie e promuovere autonomia e consapevolezza. La formazione all'autosomministrazione della terapia, al monitoraggio dei valori glicemici e al riconoscimento dei segnali di allarme contribuisce infatti a migliorare l'efficacia clinica del trattamento e la qualità della vita (Romero-Castillo, 2022; Ernawati et al. 2021; Tuobeniere et al., 2023)

Non va poi trascurato in questo ambito il tema dell'accessibilità ai farmaci e alle strutture sanitarie, per cui le disparità territoriali e alcune criticità organizzative possono limitare la disponibilità di farmaci innovativi o ren-

dere difficoltoso l'accesso a centri specialistici. In Italia sono stati documentati vari contesti di disuguaglianza nell'accesso ai farmaci innovativi per il diabete, come gli inibitori SGLT2 e gli agonisti GLP-1, con restrizioni e ritardi in alcune regioni. A luglio 2025, AIFA ha aggiornato la Nota 100, semplificando la prescrizione di diversi farmaci come gli SGLT2, ora accessibili anche tramite medici di medicina generale e senza l'obbligo della scheda di valutazione (AIFA, 2025), tuttavia gli agonisti GLP-1 restano soggetti a vincoli prescrittivi più rigidi e persistono disparità territoriali legate a fattori organizzativi e amministrativi, che limitano l'accesso omogeneo a terapie efficaci in particolare nella prevenzione delle complicanze del diabete di tipo 2.

CONVIVENZA

Dopo l'avviamento del trattamento, inizia per il paziente una fase che lo accompagnerà per tutta la vita e in cui il diabete diventa parte della quotidianità. Il soggetto si troverà a dover adattare il proprio stile di vita, le proprie abitudini e ad avere a che fare con decisioni terapeutiche e con la gestione di follow-up da programmare e rinnovare del piano terapeutico ogni 6 (DT1) o 12 mesi (DT2). La gestione della malattia nel tempo incide perciò profondamente sulla quotidianità del paziente, dall'alimentazione all'attività fisica, dalla sfera lavorativa a quella sociale e psicologica, portando come conseguenza stress e stigma sociale legato alla malattia e un rischio incrementato di sviluppare depressione.

Durante questa fase, la gestione farmacologica si rivela tutt'altro che statica: i dati dell'indagine mostrano che nel proseguire della convivenza nel 72% dei casi viene considerata o effettuata una modifica terapeutica allo scopo di migliorare efficacia, sicurezza, o adattarsi meglio alle esigenze del paziente, al sopraggiungere di comorbidità o all'evoluzione della malattia. È evidente, inoltre, come la soddisfazione verso la terapia influenzi positivamente l'aderenza seppur come rilevato la soddisfazione dei pazienti verso le terapie in certe condizioni (ad esempio soffrire di diabete di tipo 1 e avere un basso livello di scolarizzazione) sia un fattore di rischio di inerzia terapeutica. Quello dell'aderenza è, come anticipato, uno dei grandi temi del diabete: l'aderenza terapeutica e la reattività comportamentale del soggetto di fronte ai cambiamenti nella fase di convivenza presenta infatti oscillazioni significative legate a fattori multipli, come la complessità del regime terapeutico, la percezione degli

effetti collaterali, le condizioni socio-economiche e il supporto familiare ricevuto o percepito.

Rilevante in questa fase è anche la gestione delle comorbidità, come ipertensione, dislipidemia, obesità e che richiede un approccio multidisciplinare e personalizzato. Il modello ideale è quello di gestione integrata e che prevede la collaborazione tra medico di medicina generale, diabetologo e altri specialisti in base alle specificità del paziente, come il cardiologo, nefrologo, oculista per garantire un approccio coordinato alle complicanze e rispondere efficacemente ai bisogni complessi delle persone con malattie croniche.

ELEMENTI DI CRITICITA'

Il distress da diabete rappresenta una delle criticità più rilevanti nella fase di convivenza, e circa una persona con diabete su 2 in Italia soffre di elevato distress psicologico, percentuale significativamente superiore alla media europea (Nicolucci et al., 2025). Il burnout da diabete è descritto come una sensazione di esaurimento e frustrazione dovuta alle esigenze quotidiane di gestione della malattia: le continue misurazioni della glicemia, le decisioni alimentari, l'assunzione regolare dei farmaci e la necessità di rimanere costantemente vigili possono, nel tempo, logorare anche i pazienti più motivati. Il burnout può portare a comportamenti di autogestione incoerenti o discontinui, come l'interruzione delle cure, la negligenza nei controlli glicemici, oppure un atteggiamento di rifiuto nei confronti della malattia stessa, minando fortemente l'aderenza terapeutica.

Un'altra delle barriere da considerare è quella dello stigma sociale, che comprende il peso psicologico e relazionale che può derivare dal vivere con il diabete, dovuto alla percezione di giudizi negativi, stereotipi o discriminazioni nei contesti sociali frequentati come la scuola, il lavoro, i servizi sanitari o le relazioni personali. Studi internazionali riportano che lo stigma colpisce fino al 70% degli adulti con diabete di tipo 2 e fino al 98% degli adolescenti con diabete di tipo 1, comportando una peggiore salute psicologica, minore aderenza alle cure, livelli di emoglobina glicata (HbA1c) più elevati e maggior frequenza di complicanze gravi (Eitel et al., 2024). L'impatto psicologico della patologia è evidente anche sulla famiglia, con il 70% dei caregiver italiani che riportano

paura per le crisi ipoglicemiche (Nicolucci et al., 2013).

Da evidenziare inoltre il fenomeno dell'inerzia terapeutica, che rappresenta un ostacolo importante determinato da cause multifattoriali, come fattori legati al paziente (timore per effetti collaterali, incomprensione della terapia, paura dell'ipoglicemia), fattori sanitari (tempo di visita insufficiente, mancanza di formazione, timore degli effetti collaterali) e fattori del sistema sanitario (costi dei farmaci, inadeguatezza del sistema, mancanza di team di supporto). Il Diabetes Monitor 2024 ha evidenziato come l'inerzia terapeutica sia particolarmente diffusa tra i pazienti vulnerabili, caratterizzati da scarso autocontrollo glicemico, minore soddisfazione terapeutica e isolamento sociale. Bisogna ribadire tuttavia come l'inerzia terapeutica non riguardi solo il paziente, ma anche i comportamenti clinici degli operatori sanitari, che in molti casi, pur essendo consapevoli del mancato raggiungimento degli obiettivi terapeutici da parte del paziente, non modificano la terapia o non adottano interventi adeguati, anche qui per cause molteplici come una bassa propensione a prendere decisioni cliniche rapide o l'insufficiente aggiornamento professionale. Il Diabetes Monitor 2024 ha messo inoltre in evidenza un'altra dimensione dell'inerzia che caratterizza questa volta il sistema: si tratta dell'inerzia sociale, che sta ad indicare la circostanza per cui un sistema è poco o per nulla reattivo, pur potendo tecnicamente esserlo, di fronte a un bisogno sanitario o sociale di un soggetto o di un gruppo.

AUTOVALUTAZIONE

La fase di autovalutazione, all'interno del patient journey del diabete, non deve essere interpretata come un momento conclusivo e cronologicamente successivo alle altre fasi, bensì come una dimensione trasversale che si sviluppa in parallelo lungo tutto il percorso di cura. Essa coinvolge in primo luogo il paziente e la sua rete sociale più prossima, ma anche i professionisti sanitari, in un processo di riflessività continuativa rispetto alla condizione di salute e alle modalità di gestione quotidiana della malattia. L'autovalutazione non è statica: implica un costante "ricollocazione delle asticelle" che definiscono, nella percezione individuale e collettiva, i confini tra salute e malattia. Si tratta di un vero e proprio *journey percettivo*, in cui mutano nel tempo le interpretazioni

¹ Il distress a causa del diabete indica lo stress emotivo e psicologico legato alla gestione quotidiana della malattia, mentre il burnout da diabete rappresenta la sua evoluzione più grave e cronica, caratterizzata da stanchezza, disimpegno e rifiuto delle cure.

soggettive del proprio stato di salute (livello intraindividuale) e si evidenziano differenze di prospettiva tra i vari attori coinvolti (livello interindividuale).

Questo approccio si ispira ai lavori di Good (1999) e di Leventhal e colleghi (1984; 1997), ponendo l'accento sui processi soggettivi di percezione, interpretazione e attribuzione di significato all'esperienza di malattia e integra i contributi di Michel (1988) e Guan et al. (2020) sulla ricerca individuale di informazioni e sulla gestione dell'incertezza, elementi che orientano le decisioni quotidiane e strategie di self-care. Nel caso del diabete, l'introduzione sistematica di strumenti come diari personali, app di monitoraggio o percorsi psicologici possono favorire la consapevolezza, sostenendo decisioni terapeutiche più informate e il superamento di bias cognitivi o culturali che possono ritardare l'accesso ai servizi sanitari o la corretta interpretazione di segnali d'allarme.

La fase di autovalutazione comprende anche il giudizio sul contesto sanitario e sociale di riferimento, nonché la percezione della propria qualità di vita, con l'obiettivo di individuare precocemente bisogni, criticità e possibili aree di miglioramento.

ELEMENTI DI CRITICITA'

Dal lato del paziente, la complessità intrinseca della gestione del diabete, che comprende monitoraggio glicemico, terapia farmacologica, dieta e attività fisica, può generare sovraccarico cognitivo e frustrazione, soprattutto in presenza di comorbidità o condizioni di stress psicologico e la riflessività caratteristica di questa fase può essere influenzata da fattori emotivi, culturali e sociali che portano a sottostimare o sovrastimare segnali di allarme, oppure a interpretare in modo distorto i dati raccolti. Bias cognitivi radicati, convinzioni personali e retaggi culturali possono inoltre incidere sulla tempestività con cui il paziente decide di rivolgersi a un medico, contribuendo a ritardi diagnostici o terapeutici.

Dal lato dei professionisti sanitari, i limiti di tempo, la scarsità di risorse e la mancanza di formazione specifica sulle tecniche di educazione terapeutica e sulla gestione degli aspetti psicosociali rappresentano fattori limitanti. A ciò si aggiunge la frammentazione della rete di assistenza, la carenza di strumenti integrati di monitoraggio condivisibili tra pazienti e operatori, e la scarsa continuità informativa tra i diversi livelli di cura, che possono ridurre l'efficacia dell'autovalutazione. La percezione della propria

qualità di vita (QoL) nei pazienti con diabete è un indicatore importante per comprendere l'impatto della malattia cronica sulla loro percezione del benessere. Diversi studi hanno evidenziato come le persone con diabete noto riportino un punteggio medio EQ-5D-3L significativamente inferiore rispetto a quelli con tolleranza glicemica normale (Leal et al., 2022; Al-Taie et al., 202), divario che aumenta ulteriormente in presenza di complicanze (Solli et al., 2010).

Di seguito viene riportata una rappresentazione grafica dell'intero *patient journey* del diabete di tipo 2. Questa sintesi visiva consente di cogliere in modo immediato e chiaro le diverse fasi del percorso terapeutico dal punto di vista funzionale, evidenziando i passaggi chiave e le connessioni con i vari attori del sistema sanitario coinvolti nella gestione e nel supporto del paziente.

Scomposizione delle condizioni di contesto-processo nel diabete

Per analizzare sistematicamente le criticità emerse nel *patient journey* del paziente diabetico, è stato adottato un modello (Fig 16) teorico-metodologico integrato che combina diversi approcci consolidati nella valutazione di interventi complessi e nell'analisi comportamentale. Il modello si fonda sulla *valutazione scientifica realista* sviluppata da Pawson e Tilley, che si propone di rispondere alla domanda "cosa funziona, per chi, in quali circostanze e come?", superando il tradizionale approccio causa-effetto per abbracciare una comprensione più sfumata dei meccanismi generativi che operano in contesti specifici. Questo approccio riconosce che gli stessi interventi possono produrre risultati diversi a seconda del contesto (Context), dei meccanismi attivati (Mechanism) e degli esiti conseguenti (Outcome), generando configurazioni CMO che spiegano le variazioni nell'efficacia degli interventi sanitari.

La scomposizione sistematica delle criticità è stata strutturata secondo il *Coleman Boat*, modello che fornisce un framework per collegare fenomeni macro-sistemici (come l'accesso inadeguato alle cure) con i comportamenti e le decisioni individuali dei pazienti. Il modello distingue tre livelli sistemici: micro (individuale), meso (organizzativo) e macro (sistemico), permettendo di identificare come i fattori strutturali influenzano le scelte individuali e come queste, a loro volta, si aggregano in fenomeni collettivi.

Per l'analisi diagnostica degli interventi è stato integrato il modello PRECEDE-PROCEED di Green e Kreuter, che fornisce un approccio sistematico per l'identificazione dei determinanti comportamentali, ambientali e organizzativi che influenzano i risultati sanitari e che guida l'analisi attraverso diverse fasi diagnostiche, dalla valutazione sociale ed epidemiologica fino alla diagnosi amministrativa e politica.

L'integrazione di questi approcci teorici consente così una valutazione multidimensionale che tiene conto simultaneamente degli aspetti strutturali, organizzativi e comportamentali delle criticità nell'accesso e nella gestione del diabete, fornendo una base solida per la progettazione di interventi evidence-based e contestualmente appropriati. Di seguito, viene presentata l'applicazione del modello al caso del diabete (Fig 17.)

Fig. 17. Schema analitico generale di scomposizione delle condizioni di contesto e processo



Strategie integrate per migliorare la gestione del diabete di tipo 1 e 2

Alla luce delle criticità evidenziate, il miglioramento della gestione del diabete, sia di tipo 1 che di tipo 2, richiede un approccio integri educazione, supporto psicologico, interventi di natura istituzionale e sistemica, ma anche sull'implementazione specifica delle tecnologie. Negli ultimi anni la ricerca ha messo in evidenza come le difficoltà di aderenza, le abitudini alimentari non ottimali, la sedentarietà e il carico emotivo legato alla malattia costituiscono alcuni tra i principali ostacoli a un buon compenso glicemico e parallelamente, sono emerse strategie concrete per affrontare ciascuna di queste criticità in

modo personalizzato e sostenibile.

Una delle sfide più rilevanti riguarda infatti l'aderenza terapeutica. Sebbene l'insulina nel T1DM sia letteralmente salvavita e i farmaci ipoglicemizzanti nel T2DM siano fondamentali per la prevenzione delle complicanze, i dati indicano che circa metà dei pazienti non segue pienamente le prescrizioni. Le ragioni sono molteplici: regimi terapeutici complessi, effetti collaterali, sottovalutazione della gravità della malattia, difficoltà economiche, barriere linguistiche e culturali, oltre a fattori psicologici come la depressione o il "burnout da diabete". Per affrontare questo problema multidimensionale, la strategia più efficace è quella che combina educazione personalizzata e semplificazione terapeutica, adottando schemi farmacologici meno complessi e strumenti come penne pre-riempite o dispositivi intelligenti che facilitano la somministrazione del farmaco. A questo proposito, anche il

supporto tecnologico, con app e promemoria digitali, aiuta a mantenere la regolarità delle dosi, mentre il coinvolgimento attivo del paziente nelle decisioni terapeutiche permette di aumentare la motivazione e la percezione di controllo, soprattutto nelle fasce più vulnerabili della popolazione che sono quelle presso le quali l'aderenza risulta più scarsa.

Anche l'alimentazione rimane un nodo critico: mantenere a lungo termine una dieta bilanciata, calibrata nei carboidrati e povera di zuccheri semplici, è una strategia comportamentale difficile sia per chi ha il T1DM sia per chi ha il T2DM. Nei pazienti adulti con T2DM le difficoltà derivano spesso da scarsa educazione alimentare, radicate abitudini familiari, pressioni sociali e vincoli economici; negli

adolescenti con T1DM, è invece il desiderio di "normalità" rispetto ai coetanei a portare talvolta a scelte alimentari non compatibili con il piano terapeutico. Gli studi più recenti indicano che una formazione strutturata, come i programmi di conteggio dei carboidrati e l'educazione all'adattamento dell'insulina, migliora significativamente la gestione dietetica, soprattutto se accompagnata da coaching nutrizionale continuo e anche in questo caso l'uso di applicazioni digitali per registrare i pasti e calcolare automaticamente i carboidrati, così come il coinvolgimento dei familiari, favorisce un approccio più collaborativo e sostenibile alla dieta, riducendo la percezione di rigidità e isolamento.

Fig.178. Schema analitico di scomposizione delle condizioni di contesto e processo nel caso del diabete

	DIAGNOSI SOCIALE	DIAGNOSI EPIDEMIOLOGICA	DIAGNOSI COMPORTAMENTALE	DIAGNOSI ORGANIZZATIVA	DIAGNOSI TECNOLOGICA	DIAGNOSI COMUNICATIVA	DIAGNOSI AMMINISTRATIVA
INDIVIDUO	Scarsa alfabetizzazione sanitaria nei soggetti a rischio, stigma, distress	Fattori di rischio: età >45 anni, obesità, sedentarietà	Normalizzazione dei sintomi e bassa aderenza terapeutica	Difficoltà logistiche soggetti vulnerabili per follow-up e rinnovo piano terapeutico	Crescente digitalizzazione della gestione, non accompagnata da adeguata formazione	Fiducia e legittimazione minata da approcci paternalistici, favorite da approcci collaborativi	Competenza e tempo per rinnovo piano terapeutico e monitoraggio
MICROSISTEMA	Supporto sociale primario per coping informale e come predittore positivo di aderenza	Abitudini alimentari e stili di vita condivisi nel gruppo familiare o comunitario (es. dieta ad alto indice glicemico)	Percezione del nucleo familiare/gruppo sociale influenza i comportamenti di cura e ricerca di aiuto; ruolo delle credenze errate	MMG come punto di accesso principale, deve avere tempo e formazione; modelli interdisciplinari necessari	Uso disomogeneo di canali di contatto diretti (telefono, email, piattaforme)	Scarsa diffusione di programmi di family-based education	Efficientamento e standardizzazione e presa in carico presso lo specialista
MESO SISTEMA	Servizi territoriali comunitari disomogenei, accesso ostacolato in aree rurali e periferiche	Assenza di screening comunitari sistematici per soggetti a rischio	Influenza reti sociali non formali su decisori di cura e adesione a programmi di prevenzione	Necessità di potenziamento o modelli integrati dipartimento - territorio	Scarso implemento di analisi predittive e stratificazione del rischio per diagnosi precoce	Messaggi sanitari frammentati, necessaria community-based education	Standardizzazione procedure di reparto per la presa in carico
MACRO SISTEMA	Frammentazione delle strutture sociali e istituzionali (SSN, SSR, AP, ecc)	Urbanizzazione, cambiamenti alimentari e invecchiamento della popolazione	Basso status socio-economico è associato a diagnosi più tardive e peggiori outcome nel diabete	Modelli aziendali integrati per ridurre la frammentazione SSN/Regioni/ASL	L'interoperabilità dei sistemi sanitari e fascicoli sanitari elettronici	Campagne di prevenzione e informazione non continuative o mirate ai gruppi a maggior rischio;	Standardizzazione e LG ospedaliera per la presa in carico
RETI INTERSISTEMICHE	Carenza integrazione reti formali (sanità, welfare, scuola) e informali (famiglia, associazioni)	Invecchiamento della popolazione e aumento prevalenza diabete; differenze territoriali/regionali	Fattori sistemici come povertà, discriminazione e capitale sociale influenzano l'aderenza e la gestione	Scarsa integrazione nei passaggi tra MMG, specialiste ospedale.	Integrazione dei sistemi informativi sanitari limitata; barriere nella condivisione dati (privacy e scarsa interoperabilità)	Educazione sanitaria discontinua e poco sistemica	Mancanza di canali strutturati per lo scambio di informazioni tra servizi sanitari e sociali
POLITICHE E SISTEMI INFORMATIVI	Disparità socioeconomiche nell'accesso a farmaci innovativi e servizi specialistici	Registro nazionale diabete disomogeneo: sistemi di sorveglianza raccolgono dati frammentati	Mancanza di campagne strutturate che favoriscano proattività del cittadino nello screening e la riduzione delle barriere emotive e sociali	PDTA per il diabete applicati in modo disomogeneo e carenza di personale specialistico in diabetologia	Scarso utilizzo di sistemi di telemedicina e telemonitoraggio e mancanza di interoperabilità cartelle cliniche elettroniche regionali/sistemi di raccolta dati nazionali	Scarso utilizzo dei canali digitali e social istituzionali per educazione alla salute	Assenza di LEA aggiornati per includere in modo uniforme le tecnologie di nuova generazione; vincoli prescrittivi hanno rallentato a lungo l'accesso ai farmaci innovativi

Sul fronte dell'attività fisica, le raccomandazioni internazionali insistono su almeno 150 minuti settimanali di esercizio aerobico moderato, ma più della metà dei pazienti non raggiunge questi livelli (Martinez-Harvell et al., 2020; Huerta-Uribe, 2023). Nel T1DM, soprattutto tra bambini e adolescenti, il timore dell'ipoglicemia e la gestione complessa tra insulina e carboidrati limitano la pratica sportiva, mentre nel T2DM il peso corporeo e le comorbidità riducono la capacità fisica e la motivazione. Gli interventi efficaci in questo ambito si basano su programmi personalizzati che tengono conto delle capacità e delle condizioni di ciascun paziente, con un'attenzione particolare alla sicurezza e al supporto di cui dispongono; e così nei giovani con T1DM, l'educazione specifica sull'aggiustamento insulinico pre e post attività, associata all'uso di sensori glicemici in tempo reale, permette di affrontare lo sport in sicurezza, aumentando la fiducia e la partecipazione, mentre nei pazienti con T2DM, l'introduzione graduale dell'esercizio con attività a basso impatto come il cammino assistito o l'acquagym, e il sostegno di gruppi di allenamento o fisioterapisti, può migliorare significativamente il controllo glicemico e la qualità di vita.

Un altro aspetto del paziente su cui è necessario intervenire è il carico emotivo: il cosiddetto *diabetes distress* rappresenta un aspetto spesso sottovalutato, ma di grande impatto sulla gestione quotidiana della malattia in quanto, come evidenziato, un range che va dal 30-50% di soggetti con T1DM e T2DM riferisce un livello significativo di distress, con punte più alte nei giovani adulti, nelle donne e nei soggetti con minori risorse economiche (Grulovic et al., 2022; Alexander et al., 2025; Nicolucci et al., 2025). Nel T1DM, soprattutto in chi riceve la diagnosi in età pediatrica o adolescenziale, le preoccupazioni per il futuro, il senso di colpa per eventuali "sgarri" e la percezione di diversità rispetto ai coetanei alimentano il disagio e nel T2DM, la presenza di complicanze o un controllo glicemico subottimale rafforza la frustrazione e riduce la motivazione. Per affrontare questo problema, le raccomandazioni convergono sull'importanza di uno screening regolare del distress attraverso strumenti validati durante le visite di controllo, seguito se necessario da interventi psicologici dedicati come la terapia cognitivo-comportamentale o il counselling breve o gruppi di supporto tra pari.

Un altro dei grandi temi di questa cronicità è quello del supporto sociale: quando il sostegno è solido e ben orientato, i pazienti dimostrano una maggiore aderenza tera-

peutica, una migliore autogestione e un miglior equilibrio psicologico. L'incoraggiamento del partner, il coinvolgimento attivo dei genitori nella gestione del diabete di tipo 1, la possibilità di confrontarsi con altri pazienti o di partecipare a comunità di pari rappresentano fattori che alleggeriscono il carico emotivo e rafforzano la capacità di affrontare la malattia. Al contrario, dinamiche familiari conflittuali, atteggiamenti ipercritici o comportamenti che ostacolano le indicazioni terapeutiche possono compromettere il percorso di cura ed è quindi necessario che anche i caregiver informali vengano formati a fornire un supporto efficace, basato sulla collaborazione e non sulla colpevolizzazione. Le strategie di intervento più efficaci si fondano su un'educazione terapeutica personalizzata, adattata all'età, alla cultura e al livello di istruzione del paziente, e che includa anche i familiari nel percorso formativo. Parallelamente, è essenziale ridurre il carico gestionale attraverso schemi terapeutici semplificati, strumenti di promemoria e politiche che garantiscano l'accessibilità economica a farmaci e dispositivi essenziali, compresi i sistemi di monitoraggio continuo della glicemia per le categorie che ne traggono beneficio.

Sempre nel tema del supporto sociale, il rafforzamento delle reti di supporto, formali e informali, è un ulteriore pilastro nella strategia di miglioramento della gestione e degli outcome del diabete. Gruppi di auto-aiuto, comunità online e programmi di peer mentoring contribuiscono a ridurre l'isolamento, aumentano la motivazione e favoriscono lo scambio di esperienze concrete e, anche a livello di sistema, le associazioni di pazienti svolgono un ruolo determinante nel fornire senso di appartenenza e rappresentanza.

Infine, ogni intervento deve essere progettato con un approccio culturalmente sensibile e mirato, riconoscendo e adattandosi alle differenze legate a età, genere, condizione socioeconomica e background culturale. Nei contesti svantaggiati, questo significa privilegiare soluzioni a basso costo e alta accessibilità; nei giovani, utilizzare linguaggi e strumenti vicini alla loro esperienza digitale; negli anziani, valorizzare la prossimità dei servizi territoriali e la semplicità d'uso degli strumenti.

In questa prospettiva, è evidente come la tecnologia attraversi trasversalmente tutte queste aree, offrendo strumenti per migliorare l'aderenza terapeutica, il monitoraggio, la gestione dietetica e l'attività fisica, ma anche per fornire supporto emotivo: si pensi ad esempio ai sensori glicemici continui, sistemi automatizzati di somministrazione insulinica, piattaforme di telemedicina servizi

di coaching e psicoterapia digitali, che permettono di personalizzare e rendere più sostenibile l'autogestione del diabete, avvicinando la cura alla quotidianità del paziente. Tuttavia, la qualità delle app disponibili è eterogenea e l'adozione rimane diseguale, penalizzando pazienti anziani o con minore alfabetizzazione digitale.

Tra i dispositivi più innovativi, il monitoraggio continuo del glucosio (CGM) e i microinfusori insulinici hanno rivoluzionato la gestione del diabete di tipo 1, migliorando significativamente il tempo in range glicemico e riducendo il rischio di ipoglicemie e negli ultimi anni, il loro utilizzo si è esteso anche a pazienti con diabete di tipo 2, compresi alcuni non trattati con insulina, soprattutto grazie alla disponibilità di sensori "flash" a basso costo. L'adozione, tuttavia, presenta ancora marcate disuguaglianze legate a fattori socioeconomici, e al livello di assistenza specialistica, rendendo necessario un impegno specifico delle politiche sanitarie per garantire equità di accesso e formazione all'uso delle tecnologie. Sempre in ambito tech, la telemedicina, sviluppatasi in modo massiccio durante la pandemia, ha dimostrato di poter mantenere un livello di cura adeguato anche a distanza, integrando la gestione dei dati glicemici e l'educazione terapeutica. Oggi si prospetta un modello ibrido che superi le barriere legate alla connettività e alla competenza digitale e combini la comodità del teleconsulto con la necessità di visite in presenza per aspetti clinici non delegabili al remoto.

Un ulteriore elemento su cui è necessario intervenire riguarda la percezione del rischio da parte del paziente, ossia la consapevolezza delle possibili complicanze, acute e croniche, e che influenza in modo determinante la motivazione ad adottare comportamenti protettivi e preventivi. Come evidenziato nel monitor, molti pazienti, in particolare con diabete di tipo 2, tendono a sottovalutare il rischio di danni a lungo termine o a normalizzare la malattia, soprattutto in assenza di sintomi evidenti, riducendo l'aderenza alle raccomandazioni. Il compito delle équipe sanitarie è calibrare la comunicazione in modo da informare chiaramente sui pericoli legati a un controllo inadeguato della glicemia, senza tuttavia indurre paura paralizzante. Strumenti di *risk communication* ben progettati, storytelling di esperienze reali di altri pazienti e strumenti interattivi come i calcolatori di rischio possono a tal proposito migliorare la comprensione e stimolare l'adozione di misure preventive.

L'esperienza accumulata finora nel campo del diabete ha dimostrato come un approccio uniforme non sia in grado di rispondere alla complessità della realtà del diabete,

bensì si rende necessario sempre più il passaggio ad un modello di sanità di precisione pubblica, in cui interventi clinici, psicosociali e organizzativi vengono integrati e modulati sulle caratteristiche e sui bisogni specifici di ogni sottogruppo di popolazione, seguendo un approccio culturalmente sensibile e specifico.

Riferimenti bibliografici

- AIFA (2025). Farmaci per il trattamento del diabete mellito tipo 2: aggiornamento Nota AIFA 100. Pubblicato il 18 luglio 2025 presso: [Farmaci per il trattamento del diabete mellito tipo 2: aggiornamento Nota AIFA 100](#)
- Alexander, D. S., Saelee, R., Rodriguez, B., Koyama, A. K., Cheng, Y. J., Tang, S., Rutkowski, R. E., & Bullard, K. M. (2025). Diabetes distress among US adults with diagnosed diabetes, 2021. *Preventing Chronic Disease*, 22, E24.
- Al-Taie, N., Krippel, P., Pfeifer, B., & Stelzer, I. (2020). Assessing the quality of life among patients with diabetes in Austria and the correlation between glycemic control and the quality of life. *Primary Care Diabetes*, 14(2), 133-138.
- American Diabetes Association. (2024). Standards of Medical Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*.
- Boakye MDS, Miyamoto S, Greenwood D. What Individuals Want to Hear at the Point of Type 2 Diabetes Diagnosis. *Clin Diabetes*. 2022 Winter;41(1):110-119.
- Bonora, E., Sesti, G. (a cura di). (2016). *SID Italia: il diabete in Italia*. Bologna, Italia: Bononia University Press.
- Boonpattharathiti K, Saensook T, Neelapaijit N, Sakunrag I, Krass I, Dhippayom T. The prevalence of adherence to insulin therapy in patients with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm*. 2024 Mar;20(3):255-295.
- Denicolò, S., Perco, P., Thöni, S., & Mayer, G. (2021). Non-adherence to antidiabetic and cardiovascular drugs in type 2 diabetes mellitus and its association with renal and cardiovascular outcomes: A narrative review. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 35(7), 107931
- Engberg, et al. (2020). Awareness and knowledge about prediabetes and diabetes in a community sample. *Diabetes Research and Clinical Practice*.

- Ernawati U, Wihastuti TA, Utami YW. Effectiveness of diabetes self-management education (DSME) in type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients: Systematic literature review. *J Public Health Res.* 2021 Apr 14;10(2):2240
- Fraser LA, Twombly J, Zhu M, Long Q, Hanfelt JJ, Narayan KM, Wilson PW, Phillips LS. Delay in diagnosis of diabetes is not the patient's fault. *Diabetes Care.* 2010 Jan;33(1):e10. doi: 10.2337/dc09-1129. PMID: 20040660; PMCID: PMC3971419.
- Grulovic, N., Rojnic Kuzman, M. & Baretic, M. Prevalence and predictors of diabetes-related distress in adults with type 1 diabetes. *Sci Rep* **12**, 15758 (2022).
- Howal, P., Hannan, A., Deshmukh, K., Thara, A., Maheen, S. Z., Juneja, F. K., Baig, M. S. S., Khambati, B. M., Sonkusare, C., Solunke, G., Ganiyani, M. A., & Pustake, M. (2024). Impact of physician-patient communication on diabetes self-management and glycemic control: A cross-sectional study in tertiary healthcare centers. *Journal of Chronic Diseases and Management*, **9**(1).
- Huerta-Uribe N, Hormazábal-Aguayo IA, Izquierdo M, García-Hermoso A. Youth with type 1 diabetes mellitus are more inactive and sedentary than apparently healthy peers: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract.* 2023 Jun;200:110697.
- Kelsey B Eitel, Catherine Pihoker, Catherine E Barrett, Alissa J Roberts, Diabetes Stigma and Clinical Outcomes: An International Review, *Journal of the Endocrine Society*, Volume 8, Issue 9, September 2024, bvae136,
- Kiefer MM, Silverman JB, Young BA, Nelson KM. National patterns in diabetes screening: data from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2005-2012. *J Gen Intern Med.* 2015 May;30(5):612-8.
- Leal, J., Becker, F., Feenstra, T., Pagano, E., Jensen, T. M., Vistisen, D., Witte, D. R., & Jørgensen, M. E. (2022). Health-related quality of life for normal glycaemia, prediabetes and type 2 diabetes mellitus: Cross-sectional analysis of the ADDITION-PRO study. *Diabetic Medicine*, **39**(7), e14825.
- Liu X. Advances in Psychological and Social Aetiology of Patients with Diabetes. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2023 Dec 23;16:4187-4194.
- Martinez-Harvell G, Goluboff F, Rodriguez P, Castro G, Baringo NC. Predictors of adherence to physical activity guidelines in patients with diabetes mellitus in the US in 2017: An exploratory analysis. *Prim Care Diabetes.* 2020 Dec;14(6):645-653
- Ministero della Salute (2023). Relazione 2023 "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito"
- Nam, S., et al. (2011). Patients' barriers to diabetes care: a qualitative study exploring reasons for delayed diagnosis. *Chronic Illn.*
- Nicolucci, A., Kovacs Burns, K., Holt, R. I. G., Comaschi, M., Hermanns, N., Ishii, H., Kokoszka, A., Pouwer, F., Skovlund, S. E., Stuckey, H., Tarkun, I., Vallis, M., Wens, J., DAWN2 Study Group. (2013). *Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™):* Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes. *Diabetic Medicine*, **30**(7), 767-777.
- Romero-Castillo R, Pabón-Carrasco M, Jiménez-Picón N, Ponce-Blandón JA. Diabetes Management after a Therapeutic Education Program: A Qualitative Study. *Healthcare (Basel).* 2022 Jul 24;10(8):1375.
- Solli O, Stavem K, Kristiansen IS. Health-related quality of life in diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores. *Health Qual Life Outcomes.* 2010 Feb 4;8:18.
- Tang, Y., Yang, D. Overcoming dietary complexity in type 2 diabetes: influencing factors and coping strategies. *Eur J Med Res* **30**, 82 (2025).
- Tuobeniyere J, Mensah GP, Korsah KA. Patient perspective on barriers in type 2 diabetes self-management: A qualitative study. *Nurs Open.* 2023 Oct;10(10):7003-7013.

Commento degli Istituti
di Ricerca Sociale
ed Advocacy Civica



Uno strumento di conoscenza e sviluppo dell'azione sociale e politica sul diabete in Italia: l'apporto di IBDO Foundation e dell'Italian Diabetes Barometer Report

Ketty Vaccaro
Sociologa sanitaria

Molti sono i meriti ascrivibili all'impegno trasversale di IBDO Foundation e di uno dei suoi storici prodotti come l'*Italian Diabetes Barometer Report*.

Prima di tutto quello di aver promosso una analisi ed una riflessione trasversale, in grado di affrontare e mettere in luce tutti gli aspetti clinici, sociali ed economici, psicologici, politici, relativi alla informazione e comunicazione che impattano sulla situazione delle persone con il diabete in Italia.

Grazie ad un lavoro di squadra, che ha scelto un approccio interdisciplinare e scientificamente fondato, viene realizzato annualmente uno strumento prezioso ed ormai insostituibile, messo a disposizione di cittadini, pazienti ed associazioni che li rappresentano, Istituzioni, Università, Comunità scientifiche e autorità sanitarie, non solo per conoscere la situazione del diabete in Italia, ma anche per contribuire a definire e promuovere le azioni da intraprendere in tema di prevenzione e cura per una malattia molto diffusa, una vera epidemia silente. E se questa patologia è oggi sempre di più conosciuta e meno sottovalutata, se è aumentata la consapevolezza dell'opinione pubblica e degli stessi pazienti e delle loro famiglie, così come dei decisori politici, sicuramente una parte importante di merito è da attribuire all'attività di IBDO Foundation e del suo report annuale,

Frutto della collaborazione tra i soggetti più autorevoli che si occupano a vario titolo e con differenti punti di vista del tema - Istat, CORESEARCH, Bhave, CREA Sanità, Università di Roma Tor Vergata, Intergruppo Parlamento Obesità e Diabete e Società Scientifiche - il report fornisce una fotografia puntuale, aggiornata e dettagliata della situazione del Diabete in Italia, sottolineando gli aspetti epidemiologici e il peso dei determinanti sociali, evidenziando le differenze regionali anche sotto il

profilo della situazione dell'offerta e della capacità di risposta del sistema sanitario nazionale.

Un grande merito di questo lavoro importante e prezioso, infatti, è quello di aver sottolineato il peso degli aspetti sociali, delle differenze di partenza economiche e culturali dei pazienti e delle loro famiglie, ma anche la rilevanza del luogo di vita, con le sue caratteristiche socio economiche ed anche ambientali, che si intrecciano con il peso oggettivo delle differenze nell'offerta sanitaria.

Anche da questo punto di vista è stato fondamentale il contributo fornito dall'attività dell'IBDO Foundation e del suo *Diabetes report* annuale nel far crescere il livello di informazione e consapevolezza dei cittadini e dei pazienti sul diabete, con l'effetto positivo e tangibile di aumentare la propensione alla prevenzione ed al controllo della malattia, che si basano in gran parte sull'impegno dei singoli negli stili di vita, nella diagnosi precoce e nel controllo della malattia.

Senza considerare che la riflessione sul diabete condotta nel *Diabetes Monitor* ha da sempre rappresentato uno strumento di incremento di consapevolezza utile anche per lo sviluppo della prevenzione di altre malattie croniche non trasmissibili, di cui il diabete rappresenta una sorta di archetipo.

Si tratta di un impatto fondamentale dai grandi effetti sociali che si aggiunge alla correlata capacità di stimolare l'impegno delle istituzioni politiche e sanitarie, particolarmente utile in questo momento di rinnovamento dell'organizzazione dei servizi voluta dal PNRR, grazie al grande apporto di conoscenza e di solidi spunti per una azione condivisa, garantito dall'attività di IBDO e dell'*Italian Diabetes Barometer Report* in questi quasi 20 anni.

Scuola ALTEMS Università Cattolica del Sacro Cuore

Teresa Petrangolini

Direttore del Patient Advocacy Lab ALTEMS -
Università Cattolica del Sacro Cuore

Il diabete è una patologia che tocca moltissime famiglie italiane. È raro trovare gruppi familiari dove non ci sia qualcuno affetto soprattutto dal diabete di tipo 2. Ciò significa che tra gli attori che devono essere considerati come parte integrante della prevenzione e della cura di questa patologia ci sono le persone. È praticamente impossibile pensare di promuovere ad esempio una buona alimentazione o una attività fisica adeguata senza il consenso e la partecipazione attiva delle persone. L'obesità, così pericolosa per il diabete, si combatte certamente con una adeguata presa in carico e con le terapie sempre più innovative che esistono, ma senza una decisione, una aderenza alle regole, un supporto convinto dell'ambiente familiare è difficile vincere la battaglia del peso eccessivo. Nei piani nazionali e regionali sulla malattia diabetica viene dato ampio spazio a questa parte strategica di cura delle persone. È però evidente, da dati rilevati anche dalle associazioni delle persone con diabete, che tutta la parte dei piani dedicata a quella che potremmo chiamare in termini generali "educazione sanitaria", viene sempre grandemente trascurata, o al massimo garantita a macchia di leopardo. Ma se le cose stanno così, dopo anni di programmi e piani non attuati, sarà il caso di correre ai ripari. E qui entrano in gioco le associazioni dei pazienti. Come è noto, ce ne sono tantissime, spesso legate al proprio territorio di appartenenza. Fortunatamente è sempre più frequente la costruzione di federazioni e coalizioni regionali in modo tale da dare più forza alla propria azione.

Generalmente il mondo delle associazioni viene considerato come quel necessario elemento per fare advocacy presso le istituzioni e per essere un punto di riferimento

a tutela dei cittadini. Molte di esse fanno un ottimo lavoro garantendo, grazie alla loro capacità di influenza, la copertura di esigenze assistenziali sempre più efficaci ed innovative, non senza grandi fatiche e un impegno encomiabile. Esse, a mio avviso, dovrebbero essere considerate come una forza in più anche per le azioni necessarie a favorire l'educazione sanitaria. Sono note le organizzazioni che si occupano di sport per le persone con diabete con risultati veramente importanti, ma sarebbe necessario un maggior coinvolgimento e sostegno del mondo associativo in tutte quelle attività sussidiarie che danno un grande supporto alla lotta contro il diabete e alla sua gestione corretta. Campi scuola per ragazzi, corsi di educazione alimentare, trekking urbano, desk per il controllo della glicemia e tante altre attività andrebbero incentivate e non lasciate alla buona volontà di questa o quella associazione. Una alleanza forte e un sostegno fattivo da parte delle istituzioni e dei clinici potrebbero dare una grande spinta a mettere in moto un esercito di persone motivate, quale è quello delle associazioni, per dare impulso ad una politica concreta e capillare di prevenzione e gestione della malattia diabetica.

Tavolo lavoro sociale IBDO Foundation

Lina Delle Monache

Coordinatrice del tavolo sociale e componente del Consiglio Direttivo di IBDO Foundation

La pubblicazione del Diabetes Barometer Report ogni anno rappresenta un'occasione di incontro e confronto che guida l'azione sul diabete nel nostro Paese, fornendo alle Istituzioni dati sul burden of disease. Fornisce spunti qualificati per animare il dibattito e analizzare i progressi fatti nella lotta al diabete e di questo vanno ringraziati tutti i qualificati autori che ne hanno contribuito alla realizzazione.

Negli ultimi anni si sono fatti grandi progressi nella lotta al diabete, ma si può ancora fare molto contro la crescente sfida posta da questa patologia a livello globale, europeo e italiano. Riuscendo a gestire in maniera adeguata il diabete di tipo 2 e individuando precocemente i soggetti a rischio di diabete tipo 1, si contribuirà in modo significativo anche migliorare la qualità di vita delle persone con diabete, garantendo loro un futuro più sereno. I dati sul diabete a livello globale e nazionale ci mostrano un quadro di crescente complessità clinica e sociale che necessita di precisi interventi politico-sanitari.

Persistono nodi strutturali che hanno un impatto non positivo riguardo la gestione e cura delle persone con diabete tra questi il principale è la regionalizzazione....

La **regionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** in Italia ha un impatto significativo sull'accesso alle cure per le persone con diabete. Ecco alcuni punti chiave da considerare:

Disparità Regionali: Le differenze nell'accesso ai farmaci e ai dispositivi per il monitoraggio del diabete variano notevolmente da regione a regione. Questo porta a situazioni in cui i pazienti in alcune aree hanno accesso a tecnologie e trattamenti più avanzati rispetto ad altri.

Equità di Accesso: La mancanza di uniformità nell'ac-

cesso alle cure può compromettere l'equità. Le persone con diabete in regioni meno avvantaggiate possono trovarsi in difficoltà nel ricevere le stesse opportunità di trattamento e supporto rispetto a quelle in regioni più fortunate.

Impatto sulla Qualità della Vita: L'accesso limitato a farmaci e dispositivi può influenzare negativamente la gestione della malattia e, di conseguenza, la qualità della vita delle persone con diabete. Tecnologie moderne, come i sistemi di monitoraggio continuo della glicemia, possono migliorare significativamente la gestione quotidiana della malattia.

Ruolo delle Federazioni: Le federazioni di associazioni di volontariato sul diabete svolgono un ruolo cruciale nel sensibilizzare le istituzioni su queste disparità. Attraverso il dialogo e l'advocacy, possono contribuire a promuovere politiche più inclusive e garantire che tutti i pazienti abbiano accesso alle cure necessarie.

Collaborazione e Sostenibilità: È fondamentale che le associazioni collaborino con le istituzioni per sviluppare strategie che affrontino queste disuguaglianze. La sostenibilità del sistema sanitario deve includere l'equità nell'accesso alle cure per tutti i pazienti, indipendentemente dalla loro regione di residenza.

Inoltre spesso ci si trova di fronte a diversità di gestione approcci e trattamento, delle persone con diabete, nelle diverse ASL del Lazio.

Le differenze nell'offerta di cura per le persone con diabete nelle ASL del Lazio possono essere significative e le associazioni di volontariato, come **Federdiabete Lazio**, svolgono un ruolo cruciale nel migliorare questa situazione, utilizzando tutti gli strumenti a disposizione:

Advocacy e Sensibilizzazione: FDL sensibilizza le istituzioni e i cittadini sulle disparità di accesso alle cure. Attraverso campagne di advocacy, promuove la definizione di politiche sanitarie più eque e inclusive.

Supporto ai Pazienti: Offrendo informazioni e risorse, aiutando i pazienti a comprendere i loro diritti e le opzioni di trattamento disponibili. Questo supporto è fondamentale per garantire che i pazienti possano accedere alle cure necessarie.

Formazione e Educazione: Federdiabete Lazio, attraverso le associazioni federate, organizza/ partecipa portando il proprio contributo a corsi di formazione per pazienti e operatori sanitari, migliorando la gestione della malattia e la consapevolezza riguardo alle migliori pratiche di cura.

Monitoraggio e Valutazione: FDL e Le associazioni cercano sempre di colloquiare e collaborare con le ASL per monitorare la qualità delle cure fornite e raccogliere feedback dai pazienti, contribuendo a migliorare i servizi offerti. Per esempio attraverso al "Valutazione Partecipata o Sanità Partecipata"

Collaborazione con le Istituzioni: Lavorando a stretto contatto con le autorità sanitarie, FDL e le associazioni possono contribuire a sviluppare piani e strategie per affrontare le disuguaglianze nell'accesso alle cure.

In sintesi, le associazioni di volontariato sul diabete nel Lazio, possono svolgere un ruolo fondamentale nel garantire che tutte le persone con diabete ricevano cure adeguate e tempestive, contribuendo a migliorare la qualità della vita e a ridurre le disparità esistenti.

L'attività di promozione della conoscenza e consapevolezza è l'arma più efficace di cui disponiamo per prevenire e ritardare la progressione della malattia ed evitare complicanze, anche in un'ottica di sostenibilità del nostro welfare sanitario. Le associazioni a sostegno delle persone con diabete e dei loro familiari, svolgono un importante ruolo di informazione anche e soprattutto nella prevenzione.

Le aspettative delle persone con diabete sono riconducibili a

- 1) Cure con accesso veloce, terapie adeguate e se del caso innovative, strumenti di monitoraggio e controllo sicuri e certificati

- 2) Indicazioni su come avere una visita dal diabetologo in tempi brevi,
- 3) Soluzione ai periodici problemi di reperimento farmaci, device ecc...
- 4) Supporto Psicologico, Nutrizionale, Infermieristico.
- 5 Tutela dei diritti

Federdiabete Lazio svolge un ruolo cruciale nella lotta contro il diabete, promuovendo il confronto e l'azione attraverso il Diabetes Barometer Report, che fornisce dati essenziali alle istituzioni. L'associazione riconosce i progressi fatti, ma sottolinea la necessità di affrontare la crescente sfida globale, europea e italiana posta dal diabete. L'obiettivo è migliorare la qualità della vita delle persone con diabete, gestendo efficacemente il diabete di tipo 2 e individuando precocemente i soggetti a rischio di diabete di tipo 1.

Federdiabete Lazio si impegna attivamente nella promozione della conoscenza e della consapevolezza, considerandola l'arma più efficace per prevenire e ritardare la progressione della malattia e le sue complicanze. L'associazione, attraverso la sua rete di 16 associazioni federate, opera sul territorio laziale con diverse iniziative, tra cui:

Tutela degli interessi: Difesa dei diritti e degli interessi delle persone con diabete, promuovendo politiche sanitarie inclusive, dialogando con istituzioni e pazienti.

Formazione e informazione: Offerta di corsi per pazienti e familiari sulla gestione della malattia.

Supporto psicologico: Valorizzazione del ruolo dello psicologo nei centri di diabetologia, con l'obiettivo di garantire questo supporto in tutti i centri.

Advocacy: Campagne di sensibilizzazione e advocacy, con rapporti attivi con le istituzioni regionali.

Eventi e incontri: Organizzazione e partecipazione a eventi con esperti del settore.

Monitoraggio e Controllo: Verifica dell'offerta di salute nei centri, raccolta di pareri dei pazienti e stimolo al miglioramento dei servizi. Federdiabete Lazio utilizza la Valutazione Partecipata, un approccio innovativo che coinvolge attivamente i vari attori sociali e comunitari nel processo di valutazione di progetti e iniziative sanitarie, con un focus specifico sul diabete. Questo metodo, ideato anche dalla Dottoressa Lina delle Monache, mira a:

· Questo strumento di indagine è stato ideato anche dalla Dottoressa Lina delle Monache, (Consigliere Direttivo IBDO; Presidente FederDiabete Lazio; Consulente Intergruppo parlamentare Diabete, Obesità e malattie croniche NT)

· è un approccio innovativo che mira a coinvolgere attivamente i vari attori sociali e comunitari nel processo di valutazione di progetti e iniziative riguardo il mondo della sanità con focus particolare sul Diabete.

· Questo metodo si basa sull'idea che la partecipazione diretta delle persone interessate possa arricchire il processo di valutazione, rendendolo più equo e rappresentativo.

· Ecco alcuni punti chiave riguardo a questo approccio:

1. Coinvolgimento della comunità: La valutazione partecipata si concentra sul coinvolgimento di Sanitari, associazioni e altri stakeholder locali, permettendo loro di riportare lo stato dell'arte di diagnosi e cura, di esprimere le proprie opinioni e contribuire attivamente.
2. Trasparenza e inclusione: Questo metodo promuove la trasparenza nei processi decisionali e garantisce che le voci di tutti i gruppi sociali siano ascoltate, specialmente quelli che potrebbero essere marginalizzati.
3. Adattamento al contesto locale: La valutazione è progettata per rispondere alle specifiche esigenze e caratteristiche del territorio in cui viene applicata, in questo caso, la Regione Lazio.
4. Risultati più significativi: Coinvolgendo direttamente i partecipanti, si ottengono risultati più significativi e utili, che possono guidare le decisioni future e migliorare l'efficacia dei progetti e dei servizi sanitari in special modo per le persone con diabete, ma anche per le persone con patologie croniche NT.

In sintesi, Federdiabete Lazio, attraverso le sue attività, mira a migliorare la qualità della vita delle persone con diabete, creando una rete di sostegno e informazione fondamentale.

Le associazioni dei pazienti con diabete svolgono un ruolo fondamentale nel supportare le persone affette da questa condizione. Ecco alcune delle principali attività e iniziative che possono intraprendere:

Tutela degli interessi: Federdiabete Lazio si impegna a difendere i diritti e gli interessi morali, sanitari e sociali delle persone con diabete, promuovendo politiche sanitarie più inclusive, dialogando con interlocutori politici e tecnici e con le persone con diabete e i loro familiari. .

Formazione e informazione: Offrono corsi formativi per diabetici e i loro familiari, finalizzati a fornire informazioni utili sulla gestione della malattia, l'alimentazione e le tecniche di monitoraggio della glicemia.

Supporto psicologico: Molte associazioni forniscono supporto psicologico per aiutare i pazienti a gestire le emozioni e le sfide quotidiane legate al diabete. Grazie a Federdiabete Lazio il ruolo dello Psicologo è stato valorizzato, l'importanza dello Psicologo nei centri di diabetologia è chiara e FDL si batte affinché questo importante supporto sia disponibile in tutti i centri.

Advocacy: Si dedicano a campagne di sensibilizzazione e advocacy per migliorare la consapevolezza sul diabete e promuovere l'accesso a cure e trattamenti adeguati. Rapporti con la regione con il dipartimento del farmaco, con il RUP, fanno parte del lavoro quotidiano di FDL.

Eventi e incontri: Organizzano e partecipando a eventi, incontri e convegni con esperti del settore per discutere delle ultime novità nella ricerca e nella gestione del diabete.

Monitoraggio e Controllo: Federdiabete Lazio nelle strutture dove è rappresentata svolge attività di verifica sull'offerta di salute nei vari centri, raccoglie osservazioni e pareri dei pazienti, stimola il centro, anche intervenendo presso la struttura apicale, a migliorare l'offerta di cura. Federdiabete Lazio si avvale dello strumento della Valutazione Partecipata per analizzare le strutture laziali



Comitato per i diritti e i doveri della persona con diabete

La prevenzione per tutti: scelta vincente della diabetologia italiana

Emanuela Baio

Presidente del Comitato per i diritti e i doveri della persona con diabete

Servizi eccellenti, affiancati da altri buoni o mediocri: è la fotografia della diabetologia italiana. Permangono disparità territoriali e alcune volte anche all'interno della stessa Regione. Molto è stato fatto in Italia, a partire dal lontano 1987, quando il nostro Paese è stato il primo in Europa ad approvare una legge ad hoc per il diabete. Restano però interventi necessari da promuovere per garantire a tutte le persone che vivono in Italia una sostanziale ed efficace azione di prevenzione, diagnosi e cura del diabete e dell'obesità.

È il primo obiettivo del Comitato per i diritti e i doveri della persona con diabete. L'analisi offerta dal Barometer Report del 2025 è non solo interessante, ma anche utile per meglio delineare l'impegno di tutti i soggetti coinvolti, a partire dal Ministero della Salute e dalle Regioni.

Desidero offrire un contributo al fine di evidenziare un aspetto, poco studiato e ancora poco praticato dalla diabetologia italiana. Oggi in Italia vivono regolarmente 5 milioni e 422 mila cittadini stranieri, con un'età media di 34,7 anni per gli uomini e di 38,5 per le donne. Il nostro Paese all'insegna del Servizio Sanitario Nazionale e della spiccata attenzione verso tutti i cittadini non può dimenticarsi di loro, sia dal punto di vista terapeutico, sia di prevenzione. Queste donne e questi uomini sono i nostri lavoratori e contribuiscono al benessere del nostro Paese e delle nostre famiglie.

Come Presidente di Fondazione Asilo Mariuccia (FAM), fondata nel 1902 da donne illuminate milanesi, che rivolge servizi di protezione, educazione e formazione a mamme vittime di violenza con i loro bambini e a ragazzi fragili, minori non accompagnati o provenienti dal circuito penale, ma anche giovani NEET, italiani che non studiano

e non lavorano. In occasione della giornata mondiale del diabete, abbiamo organizzato, grazie ai Lions di Milano, lo screening glicemico e dell'ambliopia. È stata effettuata la glicemia ad 88 persone, mamme, bambini ed alcune educatrici, fra questi 53 erano minori. Lo screening ha rilevato a 2 persone con valori glicemici non a norma, alle quali è stato consigliato di rivolgersi a loro medico di medicina generale. I 2 casi si sono risolti senza dover somministrare farmaci, ma solo con una dieta più accurata e la perdita di qualche chilo di troppo, perché in sovrappeso.

Un intervento efficace che ha permesso di trasmettere a queste donne straniere un principio fondamentale del nostro SSN, l'importanza della prevenzione. Ma non solo, perché è stata anche la dimostrazione della grande civiltà del nostro Paese, l'esistenza di un servizio sanitario capace di rispondere non solo a situazioni di emergenza, ma anche alla diagnosi e cura delle numerose patologie come il diabete. E quest'anno, in novembre, in sintonia con l'Intergruppo parlamentare per il diabete e l'obesità, ci occuperemo di un altro male oscuro l'obesità e il sovrappeso.

Lo screening dell'ambliopia ha invece rilevato la necessità di approfondimento per 14 persone di cui 3 donne e 11 minori (quasi tutti già in età adolescenziale ma appena arrivati in Italia).

Nel novembre 2024 invece abbiamo organizzato screening senologico a 28 donne: 2 le situazioni che hanno necessitato di successivo controllo per presenza di noduli alla palpazione. Uno di questi particolarmente preoccupante ha necessitato di ago aspirato che ha dato fortunatamente esito negativo.

Commento delle Associazioni Pazienti



213,136

78,136

7,085

5240

Process

IT process

8

February

Diabete Italia Rete Associativa ODV

Stefano Nervo

Presidente DIABETE ITALIA RETE ASSOCIATIVA ODV

Il *Diabetes Barometer Report* rappresenta ogni anno un momento cruciale di analisi e di indirizzo per chi è impegnato nella lotta al diabete in Italia. La ricchezza dei dati e la loro capacità di restituire una fotografia aggiornata della malattia offrono un quadro chiaro: il diabete è oggi una delle sfide più rilevanti per la salute pubblica, per la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale e per la qualità di vita delle persone coinvolte.

Il diabete non può essere considerato una semplice condizione, ma una malattia cronica complessa, che richiede diagnosi precoce, continuità assistenziale e accesso equo alle terapie e alle innovazioni tecnologiche con un'attenzione particolare alla formazione. Tuttavia, i dati ci mostrano come persistano profonde disuguaglianze territoriali e sociali: non tutte le persone con diabete in Italia hanno le stesse opportunità di cura e di accesso a farmaci e devices. Questa frammentazione si traduce in una disparità di diritti che non può più essere accettata.

È evidente che la cornice normativa oggi vigente, fondata sulla Legge 115 del 1987, ha avuto un valore storico e innovativo al momento della sua emanazione, ma non è più adeguata a rispondere alle sfide attuali. In quasi quarant'anni, lo scenario clinico, sociale ed epidemiologico è profondamente cambiato: la crescita del diabete tipo 2, l'aumento dei casi di diabete tipo 1, l'impatto delle nuove tecnologie, le opportunità offerte dalla digitalizzazione e le criticità generate dalle disuguaglianze regionali impongono una revisione della legge.

Come Diabete Italia, rete nazionale delle associazioni di persone con diabete, chiediamo che i dati presentati in questo Report diventino la base per una nuova stagione di politiche sanitarie, che abbia al centro tre priorità:

1. Prevenzione e diagnosi precoce, per ridurre i nuovi casi di diabete tipo 2 e intercettare i casi sommersi;
2. Equità di accesso alle cure e all'innovazione, superando le differenze regionali che oggi creano vere e proprie disuguaglianze di salute;
3. Un quadro normativo aggiornato, che partendo dall'esperienza della L.115/87 sappia rispondere alle esigenze odierne e future, definendo diritti esigibili e strumenti concreti di attuazione.

È indispensabile ricordarsi sempre che dietro ogni numero ci sono persone, famiglie e comunità che vivono quotidianamente il peso del diabete. È nostro dovere trasformare questi dati in azioni politiche coraggiose. Per questo riteniamo urgente arrivare a una revisione della L.115/87, così da dotare il nostro Paese di un quadro normativo moderno, capace di garantire uniformità di diritti, valorizzare le innovazioni e rafforzare la presa in carico integrata delle persone con diabete.

Il nostro impegno come Diabete Italia è continuare a essere ponte tra istituzioni, comunità scientifica e persone con diabete, affinché il diritto alla salute sia garantito ovunque e a tutti, senza eccezioni. Solo così potremo affrontare la sfida del diabete con strumenti adeguati e costruire un futuro più equo, inclusivo e sostenibile.

Diabete in Italia: numeri in crescita, forti disuguaglianze e cure non sempre accessibili

Manuela Bertaggia

Presidente FAND

In Italia sono quasi 4 milioni le persone con diabete. Ma il problema vero è che molti ancora non sanno di averlo. A pagarne il prezzo sono soprattutto le fasce più fragili della popolazione.

Il diabete continua a crescere in Italia. Secondo i dati più recenti, sono circa **3,9 milioni** le persone che hanno ricevuto una diagnosi. Ma i numeri reali sono ben più alti: si stima che **un diabetico su tre non sappia nemmeno di esserlo**, e ci sarebbero oltre **3,5 milioni di persone con pre-diabete** non diagnosticate.

Una malattia cronica, silenziosa, ma che ogni anno costa al Servizio Sanitario Nazionale più di **14 miliardi di euro**, soprattutto a causa delle complicanze che potrebbero essere evitate con una diagnosi tempestiva e cure adeguate.

Le disuguaglianze: non tutti hanno le stesse possibilità di cura

Non tutti, però, hanno la stessa possibilità di accesso alla prevenzione e alle terapie. Lo dicono i numeri: la **prevalenza del diabete è più alta al Sud e nelle Isole**, così come la mortalità. Chi vive in regioni con meno servizi, o chi ha difficoltà economiche, fa più fatica ad avere diagnosi tempestive e a seguire cure corrette.

Un altro dato preoccupante: tra le persone con bassa scolarizzazione (licenza elementare), il diabete è molto più diffuso rispetto a chi ha titoli di studio più alti. La stessa cosa vale per chi si trova in condizioni economiche difficili.

Cure non sempre uniformi: dispositivi e visite specialistiche a macchia di leopardo

Nonostante le tecnologie abbiano fatto passi avanti, in molte regioni **l'accesso a sensori, microinfusori e far-**

maci innovativi è ancora limitato. In alcune aree, solo il 30% delle persone con diabete riceve regolarmente assistenza specialistica. E spesso le famiglie devono coprire di tasca propria le spese per strumenti fondamentali.

Inoltre, in diverse zone mancano **percorsi assistenziali chiari (PDTA)**, linee guida regionali e personale sanitario formato. Questo crea differenze enormi da un territorio all'altro, anche all'interno della stessa regione.

I giovani e la prevenzione: siamo ancora indietro

Un tema spesso sottovalutato è quello della prevenzione. Pochi conoscono davvero i segnali iniziali della malattia o il significato di esami come **l'emoglobina glicata**, essenziale per il controllo della glicemia. Manca anche una vera educazione sanitaria nelle scuole, soprattutto per riconoscere il **diabete di tipo 1** nei bambini e nei ragazzi.

Solo alcune regioni hanno avviato progetti pilota di screening per il diabete giovanile. Ma si tratta ancora di iniziative isolate, che andrebbero estese su tutto il territorio nazionale.

Le proposte: più prevenzione, diagnosi precoce e uniformità tra le Regioni

Le associazioni dei pazienti, i medici e gli esperti chiedono da tempo:

- **Screening gratuiti** e regolari per la popolazione a rischio
- **Più informazione e formazione**, soprattutto nei quartieri e nei comuni con minori risorse;

- **Un accesso equo alle tecnologie e ai farmaci** innovativi in tutte le regioni;
- **Un piano nazionale per il diabete**, aggiornato e finanziato, che garantisca gli stessi diritti a tutti i cittadini, ovunque vivano.

Serve anche una **collaborazione più stretta tra medici di base, specialisti e servizi territoriali**, per gestire meglio la malattia e prevenire le complicanze.

FAND: “Il diabete non è solo una questione di salute, ma anche di diritti”

Tra le voci più attive su questo fronte c'è la **FAND – Associazione Italiana Diabetici**, che da anni si batte per garantire cure e diritti equi a tutte le persone con diabete.

“Il diabete non è solo una malattia cronica da curare, ma una sfida sociale. Dobbiamo eliminare le disuguaglianze nell'accesso alla salute, perché oggi vivere con il diabete in Calabria o in Lombardia può fare la differenza. Non è accettabile”.

Conclusione: una sfida che riguarda tutti

Il diabete è una malattia che può essere gestita e prevenuta. Ma servono investimenti, informazione e un sistema sanitario che non lasci indietro nessuno. Oggi non basta più “curare il diabete”: bisogna **curare il sistema** che dovrebbe proteggere chi ne è colpito.

Commento delle
Associazioni
di Cittadinanza



I dati e le informazioni dell'Italian Barometer Diabetes Report si confermano, anche quest'anno, ricchi di spunti e mettono a disposizione un contributo insostituibile sullo stato dell'arte del diabete e per la valutazione della efficacia delle politiche sanitarie in questo ambito, oltre che delle priorità strategiche e di azione per il futuro. Uno strumento prezioso per tutti gli stakeholder, in particolare per i decisori, ai diversi livelli. I progressi di informatizzazione, digitalizzazione e, ora, della intelligenza artificiale, dovrebbero consentirci peraltro di utilizzare questi stessi dati per una quantità di incroci, confronti, stratificazioni di particolare interesse in un'ottica di medicina di popolazione. Tanto più che il diabete è un paradigma delle cronicità, e per ciò stesso si presta ad essere una sorta di *laboratorio* per sperimentare soluzioni da adottare come modello anche per altre patologie croniche.

Anche quest'anno il Report ci restituisce un quadro d'insieme nel quale spiccano differenze e diseguaglianze tra regioni e territori, dagli indici di prevalenza sino ai tassi di mortalità, con un evidente gradiente Nord-Sud. Una diversità nella esigibilità del diritto alla tutela della salute delle persone con diabete, con ricadute sui costi sanitari e sociali, che richiede interventi non più procrastinabili e per la quale abbiamo proposto, ancora di recente, l'individuazione di un Obiettivo di piano specifico, nell'ambito della programmazione sanitaria, orientato al riequilibrio dei divari tra le diverse aree territoriali, e finanziato con risorse vincolate del Fondo Sanitario Nazionale, assegnate attraverso Accordi e Intese con le Regioni.

Tra le priorità di azione per il diabete una attenzione particolare dovrebbe essere riservata alla diagnosi precoce. Numerosi studi dimostrano l'importanza della memoria metabolica e sottolineano quanto sia utile mettere in campo adeguate strategie preventive in grado di impe-

dire alle complicanze, in particolare malattie cardiovascolari, come cardiopatia ischemica, disturbi del ritmo, scompenso cardiaco, e renali, come la malattia renale cronica, di svilupparsi o, comunque, dilazionarne l'evoluzione nel tempo.

Ha dato buoni risultati, sinora, la sperimentazione in quattro regioni, Lombardia, Campania, Marche e Sardegna, dello screening pediatrico per il diabete di tipo 1 e per la celiachia, che ci ha posti, peraltro, all'attenzione di tutto il mondo, visto che al momento siamo l'unico Paese nel quale sia stato implementato per legge uno screening di questo genere nei bambini di età compresa tra 2 e 4 anni. Ora siamo in attesa della estensione dello screening a tutte le Regioni. Strategie di diagnosi precoce ugualmente efficaci, individuando gli strumenti più idonei ai quali ricorrere, andrebbero valutate e poste in essere anche per il diabete di tipo 2.

Resta ancora sul tappeto il tema della continuità di cure appropriate e di qualità. Un ruolo essenziale può essere svolto senza dubbio dai Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), uno strumento che ha goduto di considerazione crescente e di uno sviluppo significativo, almeno sulla carta, nel corso degli anni. Il loro problema maggiore risiede, tuttavia, nella mancata applicazione in una parte significativa del Paese. Ma emergono via via anche una serie di limiti derivanti dall'approccio, dalle modalità e dagli obiettivi con i quali sono strutturati, e sui quali è arrivato il momento, probabilmente, di intervenire, favorendo l'evoluzione dello strumento. Andrebbero integrati, innanzitutto, gli aspetti legati alla prevenzione. Si dovrebbe tener conto, inoltre, di tutto ciò che può condizionare l'aderenza ai trattamenti e ai corretti stili di vita. Andrebbe prevista sempre una contestualizzazione attenta delle reti specialistiche e, in genere, di cura ed assistenza presenti sul territorio, che

fanno la differenza nella applicazione di un PDTA. Andrebbe incorporato rapidamente il ricorso a tutti gli strumenti che le tecnologie digitali, compresi i controlli da remoto, la telemedicina, la teleassistenza mettono a disposizione. E dedicata, infine, maggiore attenzione al follow up dell'intero percorso.

Più in generale, si dovrebbe superare il limite derivante dalla impostazione prevalentemente disease-oriented dei PDTA, soprattutto in un contesto che si accompagna spesso a un quadro di multimorbilità, e la separatezza imposta dai silos per patologia, per arrivare ad un utilizzo esteso della valutazione multidimensionale, privilegiando un approccio e strumenti maggiormente in linea con l'attuale contesto epidemiologico.

Anche per il diabete, l'aderenza alle terapie e ai corretti stili di vita è essenziale per la gestione efficace della presa in cura. L'OMS sottolinea che la mancata aderenza alle terapie farmacologiche determina la compromissione dei benefici derivanti dai trattamenti sanitari e comporta gravi conseguenze economiche, in termini di tempo perso, risorse sprecate e cure che si rivelano inadeguate. Al contrario, una maggiore aderenza alle terapie e agli stili di vita sani ha un impatto significativo in termini di esiti di salute, sul controllo dei fattori di rischio, sulla possibilità di prevenire o ritardare l'insorgenza di complicanze, recidive, eventi acuti in genere e ricorsi a pronto soccorso e ospedalizzazioni collegati, oltre che sulla qualità della vita e sui tassi di mortalità.

Rispetto alla aderenza ai farmaci antidiabetici, i dati dell'AIFA dimostrano un miglioramento recente, ancorché con risultati ancora inadeguati, migliori per la popolazione maschile e con un gradiente Nord-Sud significativo a vantaggio delle regioni settentrionali. Un miglioramento da attribuire, verosimilmente, alla riduzione dei farmaci da assumere quotidianamente a seguito della introduzione, negli ultimi 5-6 anni, dei farmaci settimanali. È dimostrato, infatti, che la politerapia non aiuta l'aderenza, che più farmaci complicano la terapia e meno farmaci la facilitano.

Aspetti come l'aderenza sono un vero e proprio indicatore della qualità del sistema nel suo complesso, e rinviando, ancora una volta, a modelli organizzativi di integrazione ospedale-territorio che necessitano di essere ridefiniti in maniera da supportare effettivamente interdisciplinarietà, multiprofessionalità, continuità della presa in cura, attenzione per il miglioramento degli esiti di salute, con l'obiettivo di incrementarne l'efficacia.

La ridefinizione del modello organizzativo della assistenza sul territorio nella fase post-pandemica, con le

progettualità previste dal PNRR e l'implementazione del DM77/22, dovrebbero rappresentare a tal proposito una opportunità da utilizzare al meglio. Le Case della comunità potrebbero diventare la sede di setting diagnostici basati sulla collaborazione stretta tra specialisti e medici di medicina generale. La presenza di retinografi per lo screening del fondo oculare, di elettrocardiografi per lo screening delle patologie cardiovascolari, di doppler per le carotidi per lo screening delle vasculopatie rappresenterebbe, per esempio, una modalità concreta per intervenire sul terreno della prevenzione nella gestione del diabete, colmando lacune del nostro modello organizzativo attuale di presa in cura. In Italia, secondo stime recenti, nelle regioni più virtuose solo il 39% delle persone con diabete esegue un esame della emoglobina glicata, una microalbuminuria, un controllo della creatinina, dell'assetto lipidico almeno una volta all'anno, la parte restante del Paese si colloca ben al di sotto di questi standard. L'integrazione all'interno delle Case della comunità tra i diversi livelli della offerta di salute, con la condivisione delle informazioni cliniche e i suoi effetti positivi sulla continuità ed efficacia della presa in cura, potrebbe rappresentare un passo in avanti significativo e contribuire, peraltro, alla riduzione di esami e visite non utili. In generale, una impostazione di questo genere consentirebbe di cominciare a riempire di contenuti quell'approccio da medicina proattiva, di iniziativa, necessario per aumentare l'efficacia della presa in cura del diabete, così come delle cronicità in genere, e che potrebbe giovare delle attività delle Case della comunità per ricevere una spinta significativa. Le persone con disagio sociale, isolate, con basso livello culturale non si preoccupano di eseguire un controllo della emoglobina glicata o della microalbuminuria, una o due volte l'anno, semplicemente perché quella non è la loro priorità. Nei loro confronti è necessario agire in maniera integrata, sul territorio, anche con chi si occupa del sociale per una presa in cura più efficace. Il legame tra le Case della comunità e il loro territorio di riferimento potrebbe essere, a tal proposito, un valore aggiunto.

Anche la digitalizzazione, che rappresenta la seconda gamba delle progettualità previste dal PNRR per la Missione Salute, può concorrere all'integrazione tra i diversi livelli della offerta di salute, in primo luogo tra la dimensione specialistico-ospedaliera e quella territoriale. Può supportare la creazione di reti di reti, integrandone i diversi nodi, mettendo in connessione il tanto che già esiste e ciò che verrà, come Case ed Ospedali di Comunità, e contribuendo all'abbattimento dei silos organizzativi.

Può garantire visite, consulti e controlli da remoto, particolarmente utili per i cittadini che risiedono nelle aree interne. Può supportare la raccolta di dati attraverso la sensoristica distribuita e indossabile, e la possibilità di leggere questi stessi dati integrandoli attraverso strumenti computazionali o di intelligenza artificiale. La lettura integrata, dei dati esistenti e di quelli che saremo sempre più in grado di produrre, può consentirci di passare dalla prevalenza della dimensione individuale della cura ad investimenti in prevenzione e sulla salute collettiva, in una logica di health population management.

Ma la digitalizzazione può favorire anche il raggiungimento di un altro obiettivo essenziale nella gestione di una cronicità come il diabete, concorrendo alla semplificazione delle attività di presa in carico e all'alleggerimento dalla burocrazia inutile, tanto per i medici che per i cittadini. Il tempo di medici di medicina generale e specialisti dovrebbe essere prevalentemente, se non esclusivamente, tempo di cura, tempo per la clinica e per la relazione con il paziente, la sua informazione e educazione, non tempo per la burocrazia. Ma sappiamo che non è questa la condizione attuale. Nella stagione della crescita dirompente della intelligenza artificiale, non disponiamo ancora di una cartella clinica informatizzata disponibile per tutti i livelli e le figure professionali impegnate nella presa in cura. Le lettere di dimissioni dall'ospedale sono ancora consegnate a mano dai pazienti o dai parenti dei pazienti, con le prescrizioni di farmaci ed esami, che devono poi essere trascritti nelle cartelle cliniche dei medici di medicina generale. E il Fascicolo Sanitario Elettronico, che avrebbe in realtà tutte le potenzialità per divenire uno strumento utile anche per eliminare una parte rilevante degli appesantimenti burocratici attuali, è ancora ampiamente sottoutilizzato, anche a questo scopo.

Anche la semplificazione della prescrizione dei farmaci meriterebbe attenzione. La questione più controversa riguarda senza dubbio i Piani terapeutici, considerati da specialisti e medici di medicina generale un inutile appesantimento burocratico, che sottrae tempo e che nella sua versione attuale sembra strutturato soltanto per limitare le prescrizioni. Se ne sarebbe potuto fare un uso diverso utilizzandone i dati a scopo di studio e analisi, ma non lo si è fatto e non lo si fa. L'AIFA limita la prescrizione del Piano terapeutico esclusivamente agli specialisti. Ma non ci sono piattaforme in grado di dialogare con la medicina generale, meno che meno interoperabili. Alcuni Piani terapeutici potrebbero essere ormai semplicemente digitalizzati, prevedendone il rinnovo automatico,

come si è già fatto, peraltro, nel corso della emergenza pandemica, o utilizzando a questo scopo il Fascicolo Sanitario Elettronico. Se la ragion d'essere della esistenza dei Piani terapeutici risiede nella necessità di monitorare l'utilizzo appropriato di un farmaco, probabilmente è venuto il momento di pensare ad altri strumenti.

Infine, ma non certo in ordine di importanza, non si può non ribadire, ancora una volta, la necessità di investire con sistematicità in programmi di informazione, educazione terapeutica, empowerment. Siamo immersi in un contesto infodemico, se il SSN non si occupa adeguatamente di informazione, qualcun altro riempie questi vuoti. Registriamo bassi indici di aderenza terapeutica, tuttavia molti pazienti assumono una quantità di farmaci, vitamine, integratori di efficacia non dimostrata, e non nutrono alcun dubbio sulla loro utilità.

L'educazione terapeutica strutturata necessita di team multidisciplinari, con la presenza di tutte le figure professionali che possono supportare il percorso di presa in cura di un paziente diabetico, e tutto ciò non è sempre scontato. Non può essere riservata solo all'inizio del percorso, va richiamata ad ogni incontro, aggiornata costantemente, tenendo conto delle esigenze del paziente. E deve puntare al rafforzamento delle capacità di self management della malattia, e all'aumento della consapevolezza sui rischi che la stessa malattia comporta. Le persone con diabete, spesso, sono i veri gestori della patologia.

È necessario, quindi, liberare tempo per l'educazione terapeutica, e riconoscere che per queste attività devono essere previsti spazi adeguati nell'ambito delle visite specialistiche. Ma ricorrere, d'altro canto, anche a strumenti digitali agili, fruibili, comprensibili, facilmente disponibili per il cittadino, per esempio semplici app attraverso le quali veicolare messaggi informativo-educativi, che possono accompagnarsi anche a promemoria rispetto a terapie e controlli.

Informare, educare, rafforzare le capacità di self-management significa in primo luogo contribuire a mettere a disposizione di pazienti e cittadini conoscenze e saperi. Ma significa anche richiamare a una riflessione indispensabile sull'incrocio tra interessi, scelte e responsabilità, individuali e collettivi. Nessun sistema sanitario è sostenibile, in un contesto come quello attuale, senza misure che favoriscano concretamente l'aumento di consapevolezza e il supporto da parte dei cittadini. E su questo terreno, il contributo delle Organizzazioni di tutela potrebbe segnare un cambio di passo.

Editors e Coautori

Prof. Giuseppe Novelli

Professore Ordinario di Genetica Medica, Università di Roma Tor Vergata e Professore Aggiunto Università del Nevada, Reno (USA). Ha insegnato nelle Università di Urbino, Università Cattolica del Sacro Cuore. È membro dell'Accademia Europaea (<https://www.ae-info.org/>) e Presidente della Fondazione Lorenzini (Milano). È stato Preside della Facoltà di Medicina e poi Rettore dell'Università di Roma Tor Vergata; È socio Fondatore e componente del CDA dell'ASviS (Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile). Ha svolto numerosi incarichi istituzionali presso autorevoli Enti pubblici come l'ANVUR (Agenzia per la Valutazione delle Università e della Ricerca), Consiglio Superiore di Sanità ed è attualmente membro attivo del Comitato Nazionale Biotecnologie e Biosicurezza presso la Presidenza del Consiglio. Il Prof. Novelli è autore di oltre 600 pubblicazioni internazionali ed un H-index di 68.

Prof. Renato Lauro

Il Prof. Renato Lauro è Presidente emerito e fondatore dell'IBDO Foundation, creato come spin off dell'Università di Roma Tor Vergata. Professore emerito di Medicina Interna dell'Università di Roma Tor Vergata del quale è stato preside della facoltà di medicina e rettore dal 2008 e sino al 2013. Oggi è Rettore emerito della stessa università. Dal 1997 al 2005 è stato presidente del Collegio dei professori di medicina interna. È stato membro di numerose commissioni presso il Ministero della sanità e presso il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, e stato consulente del Ministero del lavoro e della previdenza sociale e di AIFA. È stato tra i curatori

della Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010 del Ministero della salute e per lo stesso Ministero ha curato la redazione dei quaderni tematici.

Ha ricoperto inoltre importanti cariche in società scientifiche e nei consigli di amministrazione di Fondazioni scientifiche e culturali di rilievo nazionale ed internazionale. Ha all'attivo più di 300 pubblicazioni su riviste internazionali.

Prof. Andrea Lenzi

Presidente del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), Professore Emerito di Endocrinologia, Sapienza Università di Roma. Presidente Comitato Nazionale di Biosicurezza, Biotecnologie e Scienze della Vita (CNBBSV), Presidenza del Consiglio dei Ministri. Chairholder della UNESCO Chair on Urban Health e Presidente Onorario dell'Health City Institute (HCI).

Prof. Massimo Federici

Massimo Federici, MD, è Professore di Medicina Interna, Direttore del Centro per l'Aterosclerosi dell'Ospedale Policlinico Tor Vergata. Dopo la specializzazione in Endocrinologia e Malattie Metaboliche e una borsa di ricerca presso il Joslin Diabetes Center (Harvard Medical School), nel 2000 ha iniziato una carriera accademica (attività clinica e ricerca traslazionale) dedicata a indagare le basi molecolari delle malattie legate all'invecchiamento come il diabete e l'aterosclerosi. Dal 2002 coordina il Laboratorio di Medicina Molecolare del Dipartimento di Medicina dei Sistemi dell'Università di Roma Tor Vergata, finanziato

da UE (FP7, H2020, IMI2, EU Next Generation), Ministero dell'Università, Ministero della Salute, Telethon, AIRC, Juvenile Diabetes Research Foundation (JDRF), European Diabetes Foundation (EFSD), Fondazione Roma e altre agenzie di finanziamento. È Professore Ordinario dal 2006 e dal 2018 è Professore Ordinario di Medicina Interna presso l'Università di Roma Tor Vergata. Dirige l'UOC A.A./DH/PAC/PDTA Medici della Fondazione PTV. È Editor in Chief di Acta Diabetologica (2023). È co-presidente delle Linee guida ESC 2023 per la gestione delle malattie cardiovascolari nei pazienti con diabete.

Prof. Walter Ricciardi

Professore Ordinario di Igiene presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia e Direttore della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma).

È Presidente del Mission Board for Cancer, Commissione Europea, del Comitato Scientifico della Human Technology Foundation, dell'European Mission Board for vaccination e del Comitato Scientifico di BBMRI-ERIC.

Membro dell'International Honorary Advisory Faculty del National Screening Advisory Committee (NSAC), Irlanda. Componente dello Scientific Advisory Board della Pan-European Commission on Health and Sustainable Development: Rethinking policy priorities in the light of pandemics - WHO - Regional Office for Europe.

Membro dello Scientific Board, Santé Publique France. Membro ordinario della Pontificia Accademia per la Vita, Vaticano.

Membro del Advisory Group dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la riforma del sistema sanitario della Repubblica Federale Tedesca.

È stato Consigliere Scientifico del Ministro della Salute italiano per le relazioni con le istituzioni sanitarie internazionali per la pandemia da Covid-19.

È stato Direttore Scientifico di ICS Maugeri, dal 2020 al 2023.

Ha ricoperto il ruolo di rappresentante dell'Italia nel Consiglio Esecutivo della Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) (2017-2020).

Direttore del Dipartimento di Scienze della Salute della Donna, del Bambino e di Sanità Pubblica della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS - Università Cattolica del Sacro Cuore dal gennaio al dicembre 2019.

Commissario prima (luglio 2014-luglio 2015) e Presidente poi (agosto 2015-dicembre 2018) dell'Istituto Superiore di Sanità.

Per due mandati triennali è stato membro dell'Expert Panel on Effective ways of investing in Health della Commissione Europea (DG-SANTE) (2013-2016 e 2016-2019). Past President della European Public Health Association (EUPHA) (President nel 2003-2004 e nel 2010-2014).

Past President della World Federation of Public Health Associations (WFPHA) (President nel 2020-2022).

Membro del Board of Directors del National Board of Medical Examiners degli USA (NBME) dal 2009 al 2015.

Fondatore e Direttore dell'Osservatorio Nazionale per la salute delle Regioni Italiane (dal 2002).

È stato membro (1999-2003) e fellow (2003-2007) della Faculty of Public Health Medicine del Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom.

È stato Vice Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (2010-2014).

Editor dell'European Journal of Public Health, del Manuale Oxford of Public Health Practice e fondatore della rivista Epidemiology, Biostatistics and Public Health.

Ha ricevuto numerosi premi internazionali, tra cui: Premio BMA Medical Book Awards (2015, Regno Unito), Premio Takamine (2015, Giappone), Premio Editha J. Levit (2015, USA). E numerosi premi in Italia, tra cui: August and Marie Krogh, Evidence, Assobiotech, 100 Eccellenze italiane, Cimitile, Pericles International Prize.

A giugno 2017 gli è stata conferita l'onorificenza di "Comendatore" della Repubblica Italiana con Decreto del Presidente della Repubblica.

A maggio 2019 gli è stata conferita la Laurea Honoris Causa presso la Thomas Jefferson University, Philadelphia, USA

per il suo contributo allo sviluppo della Sanità Pubblica mondiale.

A maggio 2023 gli è stato conferito l'Hugh Levell Award della World Federation of Public Health Associations, il massimo riconoscimento mondiale alla carriera in Sanità Pubblica.

Prof. Paolo Sbraccia

Il Prof. Paolo Sbraccia è Professore Ordinario di Medicina Interna nel Dipartimento di Medicina dei Sistemi dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Medicina Interna e Centro Medico dell'Obesità del Policlinico Tor Vergata. È Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna e componente del Comitato Etico Indipendente presso la Fondazione Policlinico Tor Vergata. È stato inoltre Presidente del Corso di Laurea di Dietistica (2006 - 2018).

È Presidente della “Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation” e membro della Board of Trustees della European Association for the Study of Obesity (EASO). È inoltre Past President della Società Italiana dell’Obesità (SIO) e della Federazione Italiana di Endocrinologia, Diabetologia, Andrologia, Metabolismo e Obesità (FIEDAMO).

Dal 2006 al 2010 è stato Componente del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Diabetologia (SID), e nel biennio 2008-2010 Coordinatore del Comitato Scientifico della SID. Nel biennio 2009-2011 è stato membro della Commissione del Ministero della Salute per la valutazione dell’Appropriatezza diagnostico-terapeutica per Obesità e Diabete. Nel biennio 2010-2012 è stato nominato Coordinatore del Comitato Scientifico della Società Italiana dell’Obesità (SIO). Dal 2008 è stato membro dello “Scientific Advisory Group for Diabetes and Endocrinology” dell’EMA (2008-2014). Sempre dal 2009 è membro dell’Editorial Board della rivista “Internal and Emergency Medicine”, dal 2014 della rivista “Eating and Weight Disorders” e dal 2018 della rivista “Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research” e ad hoc reviewer di numerose riviste scientifiche internazionali. Nel 2015 ha fatto parte del gruppo di lavoro istituito dal Consiglio Superiore di Sanità “Patologia endocrina”, con particolare riferimento all’obesità.

Nel biennio 2014-2016 è stato Presidente della Società Italiana dell’Obesità (SIO).

Dal 2017 al 2019 è stato Presidente della Federazione Italiana di Endocrinologia, Diabetologia, Andrologia, Metabolismo e Obesità (FIEDAMO).

Nel 2015 è stato uno dei promotori della “Milan Declaration: A Call to Action on Obesity - an EASO Position Statement on the Occasion of the 2015 EXPO” (Ref. 81).

Nel 2016 ha coordinato la stesura delle linee guida nazionali sull’obesità: “Standard Italiani per la Cura dell’Obesità (Società Italiana dell’Obesità (SIO) – Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI)”; tradotte in inglese e pubblicate da Springer (Clinical Management of Overweight and Obesity. Recommendations of the Italian Society of Obesity (SIO) (109, 110). In tali linee guida ha coordinato e proposto alla comunità internazionale un nuovo algoritmo di cura dell’Obesità (SIO management algorithm for patients with overweight or obesity: consensus statement of the Italian Society for Obesity.

Prof. Domenico Cucinotta

Il Prof. Domenico Cucinotta è professore ordinario fuori ruolo di Medicina Interna presso l’Università di Messina, dove è stato Direttore del Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale e componente del Senato Accademico dal 2012 al 2018. Dal 2008 al 2019 è stato Direttore della UOC di Medicina ad indirizzo metabolico dell’Azienda Ospedaliera Universitaria. È stato vicepresidente (1991-1993) e presidente (1997-2001) dell’Associazione Medici Diabetologi – AMD. È Presidente del Comitato Etico degli IRCCS siciliani.

Il Prof. Cucinotta è coordinatore dell’Italian Diabetes Barometer Report.

Prof. Davide Lauro

Il Prof. Davide Lauro, componente del Consiglio di Amministrazione di IBDO Foundation, è Presidente del Corso di Laurea in Scienze e Tecniche delle Attività Motorie Preventive e Adattate, vice-direttore della Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Dipartimento di Medicina dei Sistemi, dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” e Professore Ordinario in Endocrinologia MED/13. È altresì il Direttore UOC Endocrinologia e Diabetologia- Dipartimento di Scienze Mediche, Fondazione Policlinico di Tor Vergata, Roma e stato Consigliere del Direttivo Nazionale della SID (Società Italiana di Diabetologia) e della SISA (Società Italiana per lo Studio dell’Aterosclerosi).

Prof. Sebastiano Filetti

Sebastiano Filetti è Professore Emerito di Medicina Interna presso la Sapienza Università di Roma. Attualmente, è Vice-Presidente del Comitato Etico Area 3- Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS e Coordinatore delle Linee Guida di Pratica Clinica per il cancro della tiroide presso la Società Europea di Oncologia Medica (ESMO).

Filetti è l’Editor in Chief della rivista ENDOCRINE, edita da SpringerNature, e dell’edizione italiana 2024-2025 dei Principi di Medicina Interna di Harrison, McGrawHill. È anche Presidente del Comitato Scientifico della Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation (IBDO) e ha fondato l’Osservatorio Italiano dei Carcinomi Tiroidei (ITCO), di cui è presidente onorario.

Nel suo curriculum accademico, all'interno della Sapienza Università di Roma, ha ricoperto numerosi incarichi, tra cui Delegato del Rettore per i "Rapporti internazionali area sanitaria" e Coordinatore del Dottorato di Ricerca "Tecnologie biomediche in Medicina Clinica" (2007-2019). Ha presieduto la Facoltà di Medicina e Odontoiatria dal 2015 al 2018 e il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia "A" dal 2010 al 2015. Ha diretto la Scuola di Specializzazione in Medicina Interna presso la Sapienza Università di Roma dal 2009 a ottobre 2017. Ha fondato e coordinato il comitato scientifico del centro STITCH (Sapienza Information-based Technology Innovation Center for Health).

Il Prof. Filetti ha ricoperto il ruolo di Direttore della School of Health presso l'Università UnitelmaSapienza (2020-2023) ed è stato membro del Consiglio di Amministrazione della stessa università (2020-2023).

Ha pubblicato circa 350 articoli scientifici e ha scritto oltre 20 capitoli di libri, tra cui Williams Textbook of Endocrinology (Elsevier), Werner & Ingbar's The Thyroid: A Fundamental and Clinical Text (Wolters Kluwer), Randolph's Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands 3e (Elsevier) e Oxford Textbook of Oncology (Oxford University Press).

Il Prof. Filetti detiene il brevetto "A new method for diagnosing a thyroid tumour and kit thereof" (neues Verfahren zur Diagnose eines Schilddrüsentumors und Kit dafür), con i numeri di brevetto WO2021116938 e EP4073274.

Nel settore assistenziale, è stato Dirigente Medico di II livello responsabile U.O.C. di Medicina Interna e Malattie Metaboliche presso l'Azienda Policlinico Umberto I - Roma. Ha diretto il DAI di Medicina Interna e Specialità Mediche presso l'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico Umberto I dal 2015 al 2019.

Ha inoltre ricoperto incarichi in commissioni e comitati etici, tra cui la Commissione Tecnico-scientifica dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) e il Comitato Etico della Fondazione Policlinico Gemelli. Fino al 2022, è stato anche Presidente del Comitato Etico di Sapienza.

Prof. Federico Spandonaro

Professore aggregato presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata" e Presidente del Comitato Scientifico di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Appli-

cata in Sanità), già Professore straordinario presso l'Università Telematica San Raffaele di Roma.

Svolge attività di insegnamento nel campo dell'economia e management sanitario, politica economica sanitaria, farmacoconomia, HTA, modellistica finanziaria e tecniche di valutazione per i sistemi di protezione sociale; ha svolto docenze in corsi di laurea e Master per numerose Università italiane e straniere, per il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, la Scuola Nazionale dell'Amministrazione, la Scuola di Direzione Sanitaria (Reg. Lombardia), il CEFPAS (Reg. Sicilia), ASL, Ospedali, Aziende Farmaceutiche e dei Dispositivi Medici, Società Scientifiche delle Professioni Sanitarie.

Già membro di Comitati Scientifici a supporto del Ministero della Salute (Direzione della Programmazione, Commissione Unica per i Dispositivi Medici, Commissione Sistema Nazionale di Verifica e Controllo dell'Assistenza Sanitaria), dell'AgeNaS, della Regione Lazio (Comitato Tecnico Scientifico), dell'OIV di varie Aziende Ospedaliere, di Federsanità-ANCI (Forum dei Direttori Generali e Enti Locali), dell'Italian Barometers Diabetes Observatory Foundation, oltre che membro del comitato scientifico del Fondo Sanitario Metasalute, consulente della Commissione parlamentare bicamerale "antimafia", revisore per il MIUR dei programmi e dei prodotti della ricerca.

Curatore del Rapporto annuale Sanità del C.R.E.A. Sanità e autore di oltre 300 pubblicazioni scientifiche su temi di politica, economia e management sanitario, farmacoconomia e HTA.

Ha partecipato e coordinato numerose ricerche per enti pubblici e per organismi internazionali (Ministero della Salute, AgeNaS, CNR, MIUR, EU-CEE, Ministero Funzione Pubblica, etc.).

Affiliazioni scientifiche: AMASES (Associazione per la Matematica Applicata agli Studi Economico Sociali), AIES (Associazione Italiana di Economia Sanitaria), IHEA (International Health Economics Association).

Prof. Angelo Avogaro

Professore di Endocrinologia e Malattie del metabolismo e Coordinatore EUDF Italia.

Prof. Riccardo Candido

Professore Associato di Endocrinologia presso il Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute dell'Università degli Studi di Trieste e Responsabile della S.C. Patologie Diabetiche, Dipartimento Specialistico Territoriale, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina. Presidente della Fondazione AMD Ets, Past President Nazionale dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD) e della Federazione delle Società Diabetologiche Italiane (FeSDI).

Dal 2020 al 2021 è stato Coordinatore della Rete di Ricerca della Fondazione AMD. È coordinatore della "Rete regionale per la gestione del paziente con Diabete" della Regione Friuli Venezia Giulia.

Dal 2022 è componente in qualità di esperto dell'Intergruppo Parlamentare Obesità e Diabete.

Ha all'attivo oltre 150 pubblicazioni su riviste censite di respiro nazionale e internazionale.

Dott. Alessandro Rossi

Specializzato in Malattie dell'apparato digerente presso l'Università di Roma e in Scienza dell'Alimentazione presso l'Università di Perugia.

Medico di Medicina Generale a Narni (TR) dal 1982

Socio SIMG dal 1984 e membro della GEN Giunta Esecutiva nazionale SIMG dal 2000.

Dal 2024, eletto Presidente Nazionale SIMG.

Dal 2002 al 2018 Direttore editoriale della rivista SIMG.

Dal 2002 al 2015 membro effettivo della Commissione Nazionale ECM.

Dal 2021 ad oggi membro della commissione ministeriale lotta all'antibioticoresistenza e dal 2022 membro del tavolo tecnico di studio dei problemi alcool correlati del ministero della salute.

Dal 2014 ad oggi è Professore Incaricato di Medicina Generale presso l'Università di Perugia.

Attività come docente in oltre 200 corsi formazione per MMG, ASL e regionale oltre ad essere docente della Scuola regionale umbra di Formazione Specifica.

Autore di pubblicazioni a livello nazionale sulla MG e autore di 45 pubblicazioni a livello internazionale.

Dott. Gerardo Medea

Svolge attività esclusiva di Medico di Medicina Generale dal 1986 e ha acquisito il titolo (1990) di Ricercatore e animatore di formazione in Medicina Generale affiliato alla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), iscritto all'albo Regionale dei formatori della Regione Lombardia.

È Tutor e Docente del corso di formazione specifica in Medicina Generale, polo di Brescia.

È responsabile della Ricerca nella giunta esecutiva nazionale della Società Italiana di medicina Generale e si occupa da moltissimi anni delle attività scientifiche, progettuali, formative e di ricerca nel settore metabolico (in particolare del Diabete Mellito, Obesità, malattie tiroidee, Gotta, dislipidemia, Nutrizione).

È Responsabile del board scientifico del progetto MIL-LEGG, per l'audit, la formazione e la ricerca in MG.

È membro di numerosi board scientifici internazionali e nazionali per la stesura di Linee guida, raccomandazioni e documenti di consensus nell'area di interesse metabolica e in particolare è:

- Membro dell'Executive Board della PCDE (Primary Care Diabetes Europe).
- Componente del consiglio di amministrazione dell'IBDO (International Barometer Diabetes Observatory).
- Membro del comitato scientifico all'interno del consiglio direttivo nazionale di "Diabete Italia".
- Membro del gruppo nazionale "Obesity Policy Engagement Network - OPEN Italy".

È Autore o Coautore di numerose pubblicazioni su riviste internazionali indicizzate, di 150 articoli divulgativi su riviste italiane e di 23 testi scientifici.

Prof.ssa Raffaella Buzzetti

La professoressa Buzzetti è professoressa di Endocrinologia presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale della Sapienza Università di Roma. Dal 2017 dirige l'Unità di Diabetologia dell'Ospedale Policlinico Umberto I. Ricopre inoltre il ruolo di Vice Coordinatore della Scuola di Specializzazione in Endocrinologia ed è membro del Comitato Didattico del Dottorato di Ricerca in Medicina Molecolare.

La professoressa Buzzetti è direttore eletto della SID (Società Italiana di Diabetologia). In precedenza ha ricoperto la carica di Vicepresidente del Comitato Nazionale dei Garanti della Ricerca Medica e recentemente è stata nominata membro del Consiglio Direttivo del Comitato Nazionale dei Valutatori della Ricerca Medica per un mandato di quattro anni.

È stata Principal Investigator di diversi progetti di ricerca nazionali e internazionali incentrati sul diabete e sulle malattie metaboliche. Tra questi, lo studio NIRAD ha contribuito a chiarire le caratteristiche patogenetiche e cliniche del diabete autoimmune dell'adulto.

La professoressa Buzzetti ha ricevuto numerosi assegni di ricerca ed è autrice o coautrice di 284 pubblicazioni scientifiche (Scopus H-index: 54).

I suoi principali interessi clinici e di ricerca includono la suscettibilità genetica a malattie poligeniche come il diabete di tipo 1, la patogenesi e le caratteristiche cliniche del diabete di tipo 1 e del diabete autoimmune dell'adulto e il coordinamento di studi clinici di fase II e III.

Prof. Riccardo C. Bonadonna

Riccardo C. Bonadonna è attualmente Professore Ordinario di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo presso l'Università degli Studi di Verona, Direttore della Divisione di Endocrinologia, Diabetologia e Malattie del Metabolismo dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, e Presidente Eletto della Società Italiana di Diabetologia.

Si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Genova, ed è Specialista in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, in Medicina Nucleare, e in Geriatria e Gerontologia.

Ha completato diversi periodi di perfezionamento in Istituzioni straniere, in particolare alla School of Medicine della Yale University (circa tre anni) e alla University of Texas Health Science Center in San Antonio (circa due anni).

I temi principali della sua ricerca scientifica sono la fisiopatologia e le terapie avanzate del diabete mellito e delle condizioni a esso associate. Ha pubblicato oltre 200 articoli in lingua

inglese in riviste scientifiche "peer reviewed", oltre il 90% dei quali aventi come oggetto analisi primarie di studi originali. Per la sua attività scientifica ha conseguito il Novartis Diabetes Award Young Investigator e il Premio Ricerca "Alcmeone" della Società Italiana di Diabetologia.

È un fermo sostenitore di un sistema sanitario pubblico equo, generalista, accessibile a tutte/i, vocato a coniugare prossimità, eccellenza e umanità delle cure.

Prof.ssa Daniela d'Angela

Professore incaricato presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata" e Presidente del C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità).

Svolge attività di insegnamento nel campo dell'economia e management sanitario, economia ed organizzazione aziendale, HTA, equità in sanità; ha svolto docenze in corsi di laurea e Master per numerose Università italiane, per il Ministero della Salute, il CEFPAS (Reg. Sicilia), l'AgeNaS, Aziende sanitarie, Regioni, Aziende Farmaceutiche e di Dispositivi Medici.

Già membro del tavolo tecnico sui Dispositivi medici del Ministero della Salute e componente nucleo di valutazione APSS Trento e componente nucleo valutazione APSS Trento e Istituto Oncologico Veneto.

Curatore del Rapporto annuale Sanità e responsabile scientifico del progetto "Le Performance Regionali" del C.R.E.A. Sanità, e autore di numerose pubblicazioni scientifiche su temi di politica, economia e management sanitario, farmacoconomia e HTA.

Ha partecipato a diverse ricerche per il Ministero della Salute.

Prof.ssa PhD Barbara Polistena

Professore incaricato presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata", dottore di ricerca in "Metodi di Ricerca per l'Analisi del Mutamento Socio-Economico" e Direttore Scientifico di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità).

Svolge attività di insegnamento nel campo dell'economia e management sanitario, economica ed organizzazione aziendale, statistica sanitaria, e farmacoconomia; ha svolto docenze in corsi di laurea e Master per numerose Università italiane, per il Ministero della Salute. L'AgeNaS, Aziende Sanitarie, Regioni, Aziende Farmaceutiche e di Dispositivi Medici.

Curatore e coordinatore scientifico del Rapporto annuale Sanità e del progetto "Le Performance socio-sanitarie Regionali" del C.R.E.A. Sanità e autore di numerose pub-

blicazioni scientifiche internazionali su temi di politica, economia e management sanitario, farmaco-economia e HTA.

Ha partecipato a numerose ricerche per il Ministero della Salute e l'AgeNaS.

Affiliazioni scientifiche: AIES (Associazione Italiana di Economia Sanitaria), IHEA (International Health Economics Association), SIS (Società Italiana di Statistica).

Dott.ssa Roberta Crialesi

La dottoressa Roberta Crialesi è Dirigente del Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza dell'ISTAT. Coordina la progettazione e realizzazione di indagini e analisi per fornire un quadro organico e comparabile a livello nazionale e internazionale sulle caratteristiche e sull'evoluzione delle condizioni di salute della popolazione, della disabilità, dell'assistenza e dei servizi socio-sanitari resi dalle istituzioni pubbliche e private. Le sue ricerche comprendono lo studio delle dinamiche socio-demografiche, la cronicità, la qualità della sopravvivenza, le disuguaglianze socio-economiche nella salute e nella mortalità, l'incidentalità stradale. Partecipa a gruppi di lavoro, task force, commissioni nazionali e internazionali; è stata il delegato italiano al Working party on Statistics sul Regolamento europeo nel campo delle statistiche su sanità pubblica. La Dottoressa Crialesi è membro del Consiglio Direttivo di IBDO Foundation e componente del Data Analysis board di IBDO Foundation e dell'Health City Institute.

Dott. Antonio Nicolucci

Il Dott. Antonio Nicolucci è Direttore di CORESEARCH ed è stato Coordinatore del Dipartimento di farmacologia clinica ed epidemiologia della "Fondazione Mario Negri Sud - Centro di ricerche farmacologiche e biomediche". Le sue ricerche comprendono la metodologia epidemiologica e i risultati dell'assistenza nel diabete, l'impatto psicosociale del diabete, della malattia cardiovascolare e dei trattamenti associati. Nel corso della sua carriera, ha rivestito diversi ruoli nella Società Italiana di Diabetologia e nell'Associazione Medici Diabetologi.

Il Dott. Nicolucci è Coordinatore del Data Analysis Board di IBDO FOUNDATION e dell'Health City Institute.

Dott.ssa Maria Chiara Rossi

La Dott.ssa Maria Chiara Rossi ha un dottorato in Medicina Traslazionale ed è attualmente Vice-Direttore di CORESEARCH. Per anni ha ricoperto il ruolo di Ricercatrice nel Dipartimento di farmacologia clinica ed epidemiologia della "Fondazione Mario Negri Sud - Centro di ricerche farmacologiche e biomediche". È consulente del Gruppo Annali AMD dal 2006, componente del Comitato Scientifico di ISPED-CARD, del Comitato Socio-Sanitario di SID, del Comitato Scientifico e Data Analysis Board di IBDO FOUNDATION. È autrice di oltre 80 pubblicazioni scientifiche su diabete, obesità, telemedicina, qualità della cura e qualità della vita del paziente cronico.

Prof. Alfonso Bellia

Il Prof. Alfonso Bellia è Segretario Generale dell'Italian Diabetes Barometer Observatory (IBDO) ed è Professore Associato di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo presso l'Università di Roma Tor Vergata, e Dirigente Medico presso la U.O.C. di Endocrinologia e Diabetologia del Policlinico Tor Vergata di Roma. È stato componente e coordinatore del Comitato Consultivo Area Endocrinologica, componente del Segretariato di Supporto e Coordinamento attività HTA nel settore farmaceutico dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dal 2012 al 2017. È attualmente componente in qualità di Esperto Clinico del Comitato Etico Territoriale (CET) Lazio area 5.

Dott.ssa Laura Iannucci

La Dott.ssa Laura Iannucci è ricercatrice presso l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Servizio Sistema Integrato salute, assistenza e previdenza (SWC). Svolge attività di ricerca da oltre 20 anni occupandosi della raccolta e l'analisi di dati derivanti da indagini di popolazione sulla salute e il ricorso ai servizi sanitari. Ha esperienze di ricerca in ambito socio-sanitario nelle analisi delle disuguaglianze di salute e degli stili di vita. Partecipa a gruppi di lavoro e task force nazionali e internazionali sull'armonizzazione delle indagini sulla salute. Cura la diffusione degli indicatori di salute pubblicati dall'Istat e disponibili sul database di Eurostat per la comparazione tra i Paesi dell'Unione Europea. È membro del Data Analysis Board di IBDO Foundation.

Dott.ssa Alessandra Burgio

La Dott.ssa Alessandra Burgio è Dirigente di ricerca presso l'Istituto Nazionale di Statistica, Servizio Sistema integrato salute, assistenza e previdenza. È responsabile della produzione statistica di dati sul sistema ospedaliero e il personale sanitario. Collabora alle indagini europee sulla salute per fornire un quadro organico e comparabile a livello nazionale e internazionale sulle caratteristiche e sull'evoluzione delle condizioni di salute della popolazione, sui determinanti della salute e il ricorso ai servizi sanitari. È Focal Point per la fornitura agli organismi internazionali (Eurostat, OECD, WHO) di dati sanitari non monetari nell'ambito di Regolamenti europei nel campo delle statistiche di sanità pubblica. È componente del sottogruppo di esperti nell'ambito del Comitato LEA del Nuovo Sistema di Garanzia. È componente del Comitato nazionale del Piano Nazionale Esiti (PNE) presso Agenas.

Dott.ssa Lidia Gargiulo

La Dott.ssa Lidia Gargiulo è ricercatrice senior presso l'Istituto Nazionale di Statistica, Servizio Sistema Integrato salute, assistenza e previdenza. Svolge attività di ricerca condotta da oltre 20 anni presso l'Istat per la raccolta e l'analisi di dati derivanti da indagini di popolazione, in qualità di responsabile delle indagini sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari. In ambito europeo ha partecipato a Task-Force, Technical group di Eurostat fin dal 2000 per il processo di armonizzazione delle indagini europee sulla salute, al fine di fornire statistiche sulle condizioni di salute, prevenzione e ricorso ai servizi sanitari, con la definizione di indicatori comparabili tra i paesi. Partecipa ad alcuni gruppi di lavoro tematici interistituzionali dell'Istituto Superiore di Sanità, Agenas e Ministero della Salute. Ha maturato esperienze di ricerca in ambito socio-sanitario, sulle condizioni di salute della popolazione, degli anziani, su morbilità e limitazioni nelle attività, speranza di vita per condizioni di salute, fattori di rischio e aspetti relativi alla salute mentale, con contributi anche sulle condizioni di salute della popolazione straniera.

Dott. Francesco Grippo

Il Dott. Francesco Grippo è ricercatore presso l'Istituto Nazionale di Statistica, Servizio Sistema integrato salute, assistenza e previdenza. Da oltre 20 anni si occupa della produzione e di analisi di dati sulla mortalità per causa.

In particolare, coordina le attività connesse alla classificazione e codifica delle cause di morte con l'utilizzo della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) dell'OMS e gestisce la formazione del personale dedicato a questa attività. Partecipa a diversi gruppi di lavoro e task force internazionali per l'aggiornamento dell'ICD e per lo sviluppo di software e metodi per la codifica automatica. Le sue ricerche spaziano in vari ambiti della sanità, ma soprattutto nell'analisi della mortalità per causa. Ha una lunga esperienza nel data mining sulle schede di decesso ed ha contribuito significativamente allo sviluppo di metodologie per l'analisi della multimorbilità al decesso applicate in vari contesti quali la fragilità, l'AIDS e, recentemente, la mortalità correlata al COVID-19.

Dott.ssa Marilena Pappagallo

La Dott.ssa Marilena Pappagallo è ricercatrice senior presso l'Istituto Nazionale di Statistica, Servizio Sistema Integrato salute, assistenza e previdenza. Da oltre 20 anni si occupa della produzione e dell'analisi di dati sulla mortalità per causa. In particolare, coordina le attività relative al controllo della qualità dei dati e della loro correzione. È responsabile della gestione e dell'analisi di un sistema di indicatori per la valutazione e il monitoraggio delle disuguaglianze sociali e territoriali nella mortalità per causa in Italia, con l'obiettivo di fornire un'informazione annuale a livello nazionale sul fenomeno. È responsabile per le "Analisi, ricerca e diffusione di statistiche di mortalità per causa nell'ambito delle disuguaglianze socio-economiche e territoriali", nell'ambito del Progetto Next Gen finanziato dall'UE "Age-It - Ageing well in an ageing society" (PE0000015, NRRF, M4.C2, Intervention 1.3). In ambito europeo è stata delegata italiana nel Technical group di Eurostat per l'armonizzazione delle statistiche sulle cause di morte. È coinvolta in progetti di ricerca sulle cause multiple di morte per studiare la mortalità in un'ottica più complessa.

Dott. Federico Serra

Il Dott. Federico Serra, Direttore Generale di IBDO Foundation, Executive director & General Manager di EUDF Italia, Capo della segreteria tecnica dell'Intergruppo Parlamentare Obesità, Diabete e malattie croniche non trasmissibili. Dal gennaio 2021 è Presidente dell'International Public Policy Advocacy Association-IPPAA, con sede a Washington, una delle maggiori associazioni al mondo

che si occupa di relazioni ed advocacy istituzionale ed è Co-chairman del Think Tank internazionale THREE BEES.

Capo della Segreteria tecnica degli Intergruppi Parlamentari Obesità e Diabete e Qualità di Vita nelle città, è ed è stato consulente a livello nazionale ed internazionale di importanti organizzazioni governative, parlamentari, industriali e scientifiche.

Per oltre 40 anni manager di una importante multinazionale, è stato insignito dalla Casa Reale di Danimarca nel 2013 della medaglia d'onore di Sua Altezza Reale il Principe Consorte Henrik di Danimarca e il diploma della Danish Export Association, tra le più importanti onorificenze danesi, premio che viene destinato ogni anno a dieci persone o aziende che nel mondo hanno contribuito alla promozione e allo sviluppo dell'industria e del commercio danesi all'estero.

Nel 2013 è stato insignito dal Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano del titolo di cavaliere della Repubblica Italiana e il CONI della Stella al Merito Sportivo.

È stato dal 2012 al 2016 coordinatore per l'Italia dell'European Association of Communication Directors- EACD, l'Associazione europea dei direttori della comunicazione e dal 2018 è Vice presidente dell'European Urban Health Communicators Network-EUCHNET.

È giornalista pubblicista, membro del Consiglio Direttivo Nazionale dell'Associazione Stampa Medica Italiana e Direttore editoriale della rivista URBES.

È Presidente dell'Osservatorio Nazionale Permanete sullo Sport ed è stato Presidente del CUS Catania e del Comitato Organizzatore a Catania delle Universiadi del 1997, è attualmente Vice Presidente mondiale di Sport Without Borders, organizzazione che promuove l'inclusione nel mondo dello sport, e Vice Presidente dell'Intergruppo Parlamentare "Amici della maglia azzurra", organizzazione parlamentare che promuove i valori dello sport.

Dal 2020 è Segretario Generale del C14+ e dell'Health City Institute, rispettivamente network e think tank nati con l'obiettivo di affrontare i determinanti di salute, del benessere, dell'ambiente e dell'attività sportiva nelle più importanti città italiane.

Dal 2010 è Presidente del Congresso della Federazione Italiana YMCA, rappresentanza italiana dell'YMCA (Young Men's Christian Association), organizzazione internazionale presente in oltre 119 Paesi del mondo con oltre 14.000 Associazioni Locali a cui collaborano 700.000 volontari e 25.000 figure professionali, membro del Consi-

glio di Amministrazione della Fondazione YMCA Italia, Presidente di YMCA Health, è stato presidente di FARE-RETE e IMAGINE ONLUS.

Dott. Lucio Corsaro

Il Dott. Lucio Corsaro dal 2020 è Fondatore di BHAVE, startup innovativa che studia e analizza i comportamenti decisionali delle persone nel settore sanitario per comprenderne le motivazioni, supportando le organizzazioni pubbliche e private nella ricerca di soluzioni attraverso l'osservazione e l'analisi predittiva dei comportamenti di persone, pazienti, operatori e stakeholder del settore sanitario.

Esperto di strategia, marketing, analisi statistiche e comportamentali, ha progettato e realizzato studi ed analisi sia a livello nazionale che internazionale nell'ambito delle patologie croniche, malattie rare, fragilità, oncologia ed infettivologia.

Insieme al suo team, attraverso l'utilizzo dell'Intelligenza Artificiale e del Machine Learning è in grado di integrare ed elaborare sia big che small data, creando modelli di comportamento predittivo e progetti per il miglioramento dei comportamenti delle persone e delle organizzazioni.

Il marketing comportamentale e lo studio delle scienze comportamentali, nell'ambito della salute, sono uno dei suoi maggiori interessi e nel tempo è diventato sempre più determinato a rendere questi argomenti professionali il fulcro assoluto della sua vita lavorativa quotidiana.

Attualmente è impegnato in gruppi di lavoro, task force, docenze, consigli direttivi, consulenze strategiche e di marketing per aziende, istituzioni, società scientifiche e associazioni pazienti.

Niente potrebbe descrivere meglio la sua visione di ciò che Arthur Conan Doyle ha dichiarato in "The Adventure of the Blue Carbuncle": "Il mio mestiere è sapere ciò che gli altri non sanno. Mi sono allenato a vedere le cose che gli altri trascurano".

Lucio Corsaro è componente del Data Analysis board di IBDO Foundation e dell'Health City Institute.

Dott. Gianluca Vaccaro

Il dott. Gianluca Vaccaro è dottore di ricerca in "Metodologia delle Scienze Sociali" all'Università degli Studi di

Roma "La Sapienza". Scientific Research Director and Methodological Advisor presso Bhave - startup innovativa che studia e analizza i comportamenti decisionali delle persone nel settore sanitario - e Sociologo presso l'Unità Operativa Educazione e Promozione della salute dell'Asp di Catania.

Come metodologo della ricerca sociale e clinica ha progettato e realizzato ricerche nazionali e internazionali sui temi della salute in particolare: modelli organizzativi di cure palliative (Università "La Sapienza"; Asl di Modena); umanizzazione delle cure in Ospedale (A.O. San Camillo Forlanini -Università Tor Vergata); valutazione dei corsi di formazione per operatori sanitari in Europa (Commissione Europea rete HPH Health Promoting Hospitals - Ausl di Reggio Emilia); Progettazione partecipata di interventi di promozione della salute (Ausl di Reggio Emilia; Rete WHP - Asp di Catania); disuguaglianze sociali e professionali di salute (Istat - Asl Torino3); Patient decision aid (A.O.U. Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania); Buone pratiche cliniche e processi di consenso (SIAARTI - Bhave); Patient-reported outcomes in pneumologia, oncologia, malattie rare, croniche (Bhave).

Sul piano teorico si occupa di causalità nelle scienze sociali, di tecniche di ricerca negli studi eziologici e comportamentali, di fondamenti logici ed epistemologici della sociologia e modelli integrati di metodologia della ricerca clinica e sociale.

Dott. Emanuele Corsaro

Emanuele Corsaro, professionista con oltre 20 anni di esperienza nel settore della ricerca di marketing e behavioral insight in ambito farmaceutico, sviluppando progetti con le più importanti industrie del settore. Dal 2020 Founder e Head of Research & Development di BHAVE, startup che studia e analizza gli aspetti comportamentali del processo decisionale di salute, al fine di comprenderne le motivazioni e supportare le nuove esigenze. Segue lo sviluppo e impegno delle nuove tecnologie AI e machine learning per la data integration di big e small data.

Prof. Valentino Cherubini

Valentino Cherubini è Direttore dell'Unità Operativa di Diabete Pediatrico del Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino presso l'Ospedale Salesi, Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche. È Presidente della Società Italiana per il Diabete Pediatrico e dell'Adolescenza (ISPED) per il 2023-2025. Inoltre è stato membro del consiglio dell'International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) e membro del comitato scientifico del progetto internazionale SWEET e.V. I suoi principali interessi di ricerca includono il diabete infantile, con particolare attenzione all'epidemiologia e alla tecnologia. Nell'ultimo decennio si è occupato dello studio e della prevenzione della chetoacidosi diabetica nei giovani. Attualmente è coordinatore scientifico del programma nazionale di screening per il diabete di tipo 1 e la celiachia nella popolazione italiana.

Promotori e partner

IBDO FOUNDATION

Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation - IBDO nasce come modello di modern Think Tank sul diabete nella certezza che questa patologia oggi debba essere affrontata attraverso un confronto continuo sulle tematiche cliniche, sociali, economiche e politico-sanitarie.

Il confronto strutturato, l'analisi e il monitoraggio continuo dei dati permettono di valutare una varietà di indicatori per giungere a individuare strategie a breve, medio e lungo termine in grado di determinare reali cambiamenti gestionali.

L'IBDO Foundation ritiene che una roadmap per individuare le priorità di intervento sul diabete può essere tracciata solo attraverso l'analisi e l'integrazione delle quattro aree strutturali, clinica, sociale, economica e politica su cui si basa il moderno approccio all'Healthcare Landscape.

Per tali motivi, l'IBDO Foundation è stata chiamata a far parte, quale membro istituzionale, di importanti gruppi internazionali che si occupano di salute pubblica, come la European Public Health Association, al pari dei Ministeri della Salute dei Paesi europei, compreso quello italiano, e di importanti enti di ricerca internazionali.

L'ambizione è rendere l'Observatory un modello di partnership intersettoriale tra Istituzioni, Società Scientifiche, Associazioni di Pazienti, Università e tutti gli interlocutori coinvolti nella lotta al diabete, per creare uno strumento che dia organicità e sistematicità alle numerose iniziative intraprese sul diabete.

Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation, ha l'ambizione di affrontare in modo concreto la sfida che

una malattia in rapida espansione come il diabete pone all'Italia e al mondo intero: arrestare la progressione "pandemica" del diabete.

È il primo osservatorio sul diabete a livello mondiale che vede il coinvolgimento di Università, Istituzioni Governative e Parlamentari, Società Scientifiche e Industria.

L'obiettivo dichiarato è promuovere "un progetto unitario" che identifichi, a beneficio degli attori dello scenario "diabete" e della pubblica opinione e attraverso l'analisi dei dati e la valutazione delle attività intraprese, tutto quanto viene compiuto per meglio pianificare i futuri interventi.

CORESEARCH

Il Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology -CORESEARCH è un istituto di ricerca con sede a Pescara, fondato da un team di ricercatori con oltre 25 anni di esperienza nel campo dell'epidemiologia clinica delle malattie croniche e nell'applicazione di tecniche statistiche avanzate alla ricerca biomedica.

Le principali aree di competenza comprendono: disegno, conduzione ed analisi di sperimentazioni cliniche controllate e studi osservazionali, conduzione di revisioni sistematiche e metanalisi, valutazione della qualità della cura e della qualità della vita, analisi di grandi database amministrativi e di real world data, con attenzione ai risultati clinici, sociali ed economici, creazione di registri di patologia.

I diversi approcci metodologici vengono utilizzati per lo studio di farmaci, dispositivi biomedicali, strategie assistenziali, telecare/telemedicina e per valutazioni di epidemiologia clinica e salute pubblica.

In CORESEARCH si integrano molteplici background specialistici derivanti da percorsi di studio in Medicina, Farmacia e Farmacologia, Biotecnologie, Statistica, Informatica.

La multidisciplinarietà caratterizza le attività del gruppo che si distingue per la capacità di tradurre la complessità di sofisticati approcci metodologico statistici in messaggi di immediata fruibilità dal punto di vista clinico.

Le attività si articolano in tre aree principali: Servizi, Formazione, Ricerca.

I ricercatori e gli esperti di CORESEARCH sono autori di oltre 400 articoli pubblicati in riviste scientifiche internazionali indicizzate, fra le quali The Lancet, JAMA, Annals of Internal Medicine, BMJ, Lancet Diabetes Endocrinology, Archives of Internal Medicine, Diabetes Care, Diabetologia, Circulation, European Heart Journal, JACC, Journal of National Cancer Institute, Journal of Clinical Oncology.

CORESEARCH opera come Clinical Research Organization (CRO, DM 15/11/2011) ed è inserito nel network europeo per la ricerca non profit Ecrin/Ita-Crin.

FONTE: core@coresearch.it

C.R.E.A. SANITÀ

Il Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità), già consorzio promosso nel 2013 dall'Università di Roma Tor Vergata e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), nasce con l'aspettativa di essere un punto di aggregazione di competenze multi-disciplinari nel settore sanitario, finalizzato all'obiettivo di sviluppare analisi, studi e progetti di formazione. Il Centro, avvalendosi di un team di ricerca multidisciplinare che svolge le sue attività in ambito accademico da oltre 20 anni, si dedica in modo prevalente allo studio e alla diffusione della conoscenza nelle seguenti aree: Analisi delle politiche assistenziali e industriali in Sanità; Valutazioni di farmaco-economia e HTA applicate a farmaci, dispositivi medici, tecnologie digitali, modelli organizzativi; Supporto alla programmazione (progetti di sanità pubblica, budgeting), organizzazione dei servizi (PDTA, e-health) e management delle strutture sanitarie; Analisi epidemiologiche e statistica medica.

Dal 2003 i ricercatori del Centro realizzano, con cadenza annuale, il Rapporto Sanità che ha la finalità di diffondere i risultati delle attività di ricerca nel settore dell'economia, politica e management sanitario, fornendo elementi a supporto dei decision maker in campo sanitario.

I ricercatori e i collaboratori del Centro sono autori di pubblicazioni nazionali ed internazionali indicizzate su tematiche di farmacoeconomia, epidemiologia ed utilizzo dei servizi sanitari, HTA, innovazione nelle tecnologie sanitarie.

www.creasanita.it

BHAVE

Bhave è la digital startup nata per portare innovazione nel settore della Salute, nei processi di decision making e nel marketing strategico, attraverso l'osservazione e l'analisi predittiva dei comportamenti delle persone, dei medici e degli stakeholder, sfruttando le incredibili potenzialità dell'Intelligenza Artificiale e del Machine Learning per integrare ed elaborare big e small data.

La quantità di dati che viene prodotta quotidianamente è di flusso sempre crescente in ogni settore, dall'ambito sanitario a quello industriale. La vera sfida oggi è saper gestire e utilizzare questa importante ed enorme mole di informazioni per accrescere la competitività e l'efficacia dei servizi offerti.

La raccolta dei dati non basta da sola, se non viene accompagnata da una accurata analisi ed elaborazione di tutte le informazioni.

La disciplina che consente di farlo in modo analitico è l'Applied Behavioral Analysis, l'area di ricerca finalizzata a comprendere le relazioni che intercorrono tra le conseguenze di un comportamento e gli eventi che lo precedono.

Questo tipo di analisi è diventata un elemento chiave per prendere decisioni importanti nell'ambito della Salute e implementare le strategie d'impresa, perché consente di identificare e focalizzare l'attenzione sulle motivazioni alla base dei comportamenti delle persone (pazienti, medici, stakeholder, consumatori, utenti), andando oltre le tradizionali metriche numeriche e analisi sociodemografiche.

Questi paradigmi sono le fondamenta dell'approccio BHAVE e delle diverse soluzioni innovative disegnate per supportare le aziende e le istituzioni operanti nell'ambito della salute.

FONTE: <https://bhav.it/>

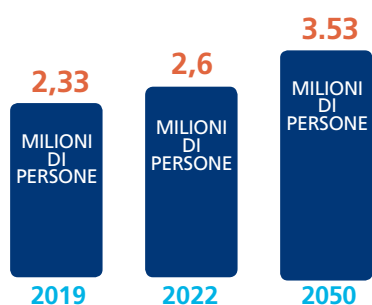
L'impatto del diabete in Italia

Nel **2022** erano circa **3,9** milioni i cittadini in Italia che dichiarano di avere il diabete, il **6,6%** della popolazione. Nel **2020** si sono registrati circa **20** mila decessi in più rispetto al **2019** con menzione di diabete in causa iniziale o nelle cause multiple, per complessivi **97** mila decessi, 11 ogni ora.

2,6 MILIONI
NUMERO DELLE PERSONE OVER 65 CON IL DIABETE

QUESTO NUMERO POTREBBE AUMENTARE A

3,53 MILIONI

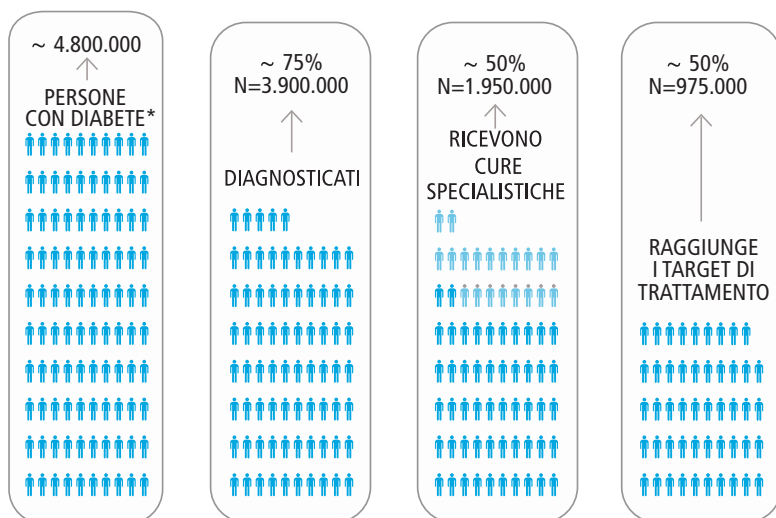


1 CITTADINO SU
15 HA IL DIABETE

MOLTI ALTRI SONO A RISCHIO

Per ogni **3 persone** con diabete noto ce n'è 1 che non sa di avere il diabete. Inoltre è possibile stimare che per **1 persona con diabete noto** ce n'è almeno **1 ad alto rischio** di svilupparlo (scarsa tolleranza al glucosio o elevata glicemia a digiuno).²⁻³ Ciò significa che almeno 3,27 milioni di persone sono ad alto rischio di sviluppare il diabete.

REGOLA DEI MEZZI⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸



*Tale numero prende in considerazione una stima epidemiologica delle persone che non sanno di essere diabetiche non avendo ricevuto diagnosi.

COMPLICANZE A LUNGO TERMINE

Il diabete è la prima causa di malattie cardiovascolari, renali, degli occhi e degli arti inferiori.⁹⁻¹⁰

- 15% delle persone con diabete soffre di coronaropatia.
- 22% delle persone con diabete soffre di retinopatia che può causare cecità.
- 38% delle persone con diabete ha disfunzioni renali (micro-macro albuminuria e/o ridotto tasso di filtrazione glomerulare) che possono portare alla dialisi.
- 3% delle persone con diabete ha problemi agli arti inferiori, che possono portare all'amputazione.

COMPLICANZE ACUTE

L'ipoglicemia rappresenta la complicanza acuta più comune associata alla terapia del diabete. Per ogni 100 persone con diabete di tipo 2, vengono registrati 9 episodi di ipoglicemia grave ogni anno. Tra le persone più anziane si arriva fino a 15 episodi.¹¹⁻¹²

IMPATTO PSICOSOCIALE DEL DIABETE

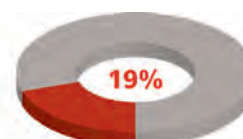
L'impatto psicosociale del diabete limita l'efficacia delle terapie per il diabete.¹¹⁻¹²



delle persone con diabete è stressato a causa del diabete.

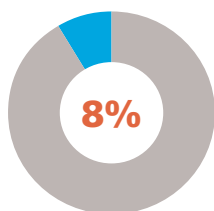


delle persone riporta una lieve depressione a causa del diabete.



delle persone si sente discriminata a causa del diabete.

L'IMPATTO ECONOMICO DEL DIABETE



del budget sanitario totale in Italia è investito nel diabete.⁵

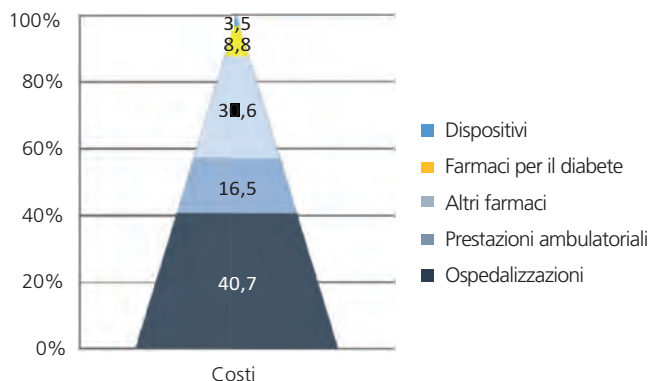
Il **8%** del budget sanitario totale in Italia è investito nel diabete.¹³⁻¹⁴

Il costo medio annuo per una persona con diabete in Italia è di 2.800 euro.¹³⁻¹⁴

FATTORI CHE CONTRIBUISCONO AI COSTI SANITARI DIRETTI PER IL DIABETE

(Osservatorio ARNO 2019)

- La maggior parte dei costi del diabete è legato alle ospedalizzazioni.
- I farmaci per il diabete incidono per il 8,8% i presidi per il 3,5%



RIMBORSO DELLE SPESE

- I pazienti in Italia hanno **libero accesso** al rimborso delle spese grazie al quadro legislativo nazionale.
- In diverse Regioni ci sono **restrizioni per il rimborso** di strisce e glucometri per l'auto-monitoraggio per i pazienti con diabete di tipo 2.
- A seconda delle direttive regionali, alcuni pazienti devono sostenere dei costi, spesso legati alle nuove tecnologie di trattamento (ad esempio pompe di insulina e accessori).¹³

IL PESO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

- Il diabete aumenta il rischio di ospedalizzazione per diversi fattori.¹³⁻¹⁴
- Le persone con diabete corrono un **rischio 2 volte** maggiore di essere ricoverate, rispetto alle persone senza diabete.¹⁴⁻¹⁶
- Il **20-25%** delle persone con diabete vengono ricoverate almeno una volta durante l'anno.¹³⁻¹⁴
- La durata del ricovero aumenta del 20% in presenza di diabete.¹³
- Oltre 50 milioni di euro ogni anno vengono spesi in Italia per ricoveri causati da una grave ipoglicemia.¹⁴

URBAN DIABETES: LA SFIDA CHE RIGUARDA LE CITTÀ METROPOLITANE ITALIANE

Il 52% dei 3,9 milioni di persone con diabete abita nei primi cento nuclei metropolitani e urbani italiani¹⁷

1,4 milioni di persone con diabete abitano nelle 14 Città metropolitane pari al **36%** del totale dei diabetici italiani¹



22 milioni di persone abitano nelle 14 Città metropolitane pari al **36%** del totale della popolazione nazionale

Autori: R.Crialesi, S.Da Empoli, F.Dotta, S.Frontoni, A.Lenzi, A.Nicolucci, W.Ricciardi, K.Vaccaro, E.Mazzoni, C.Spinato

Referenze

1. Domenico Cucinotta, 10th Italian Diabetes & Obesity Barometer Report 2015
2. HealthSearch, data on file.
3. Screening campaign, health district of Siena. Data on file
4. International Diabetes Atlas 2016
5. Istat, Indagine Multiscopo, Aspetti della vita quotidiana 2015
6. Regione Marche, dati on file
7. Annali AMD VIII Edizione
8. RIACE Study. G.Penno et al. J Intern Med 2013;274:176-191
9. Nicolucci A, et al. (2012) Facts and Figures about diabetes in Italy.
10. Solini A, et al. Diabetes Care 2012;35:143-9.
11. Giorda CB et al. J Diabetes Metab 2014, 5:3.
12. Nicolucci A et al. Proceedings of the International Diabetes Federation World Diabetes Congress, Melbourne 2013, Abstract: P-1886
13. Rossi MC et al. Diabetes 2014;63 (Suppl. 1): A197.
14. De Berardis G. et al. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2012;22:605-12
15. FEND, IDF Europe (2011) Diabetes – The policy Puzzle: Is Europe Making Progress?
16. http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=20670
17. Health city institute - Data analysis on urban diabetes in Italy 2017

In collaborazione con



**LASTMILE
SOLUTIONS**

PUBLIC AFFAIRS & INSTITUTIONAL
COMMUNICATION

Per scaricare il Report



Con il contributo non condizionato di **novo nordisk**[®]

