

DOCUMENTO FINALE DEGLI STATI GENERALI SUL DIABETE 2024

Costruire una strategia nazionale per una visione condivisa su una patologia di grande impatto sociale, clinico, economico e politico sanitario: 2024-2026





Prof. Angelo Avogaro,
Presidente della Società Italiana
di Diabetologia

Intervenuto il 14 marzo scorso
in occasione degli
Stati Generali sul Diabete

Prof. Riccardo Candido,
Presidente Federazione delle
Società Diabetologiche Italiane

Intervenuto il 14 marzo scorso
in occasione degli
Stati Generali sul Diabete

Prof. Massimo Federici,
Prorettore dell'Università di Roma
Tor Vergata e Coordinatore del
Comitato tecnico-scientifico degli
Stati Generali sul Diabete

Intervenuto il 14 marzo scorso
in occasione degli
Stati Generali sul Diabete

Premessa

Gli STATI GENERALI SUL DIABETE nascono come uno spazio aperto di dialogo, ad inviti, accessibile a tutti i portatori di interessi collettivi sociali, economici, politici e sanitari sul diabete, che ha visto 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"**, che evidenziava come il diabete sia una delle più diffuse malattie croniche non trasmissibili e che rappresenta una patologia complessa, che, per il suo forte impatto socioeconomicosanitario, 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, Parlamento e tutte le forze politiche perché questa patologia trovi un posto rilevante nell'agenda politica, governativa e parlamentare di questa legislatura.

Alcuni interventi legislativi approvati in questa legislatura, come la LEGGE 15 settembre 2023, n. 130 "Disposizioni concernenti la definizione di un programma diagnostico per l'individuazione del diabete di tipo 1 e della celiachia nella popolazione pediatrica" e altri DDL depositati nei due rami del Parlamento dimostrano una rinnovata attenzione politico-istituzionale sul diabete e sull'obesità.

Da questo impegno comune nascono gli **STATI GENERALI SUL DIABETE**, iniziativa, che ha visto coinvolti i presidenti o loro delegati delle società scientifiche dell'area endocrino-diabetologica e delle associazioni delle persone con diabete, le componenti sociali, gli esperti e che ha portato alla stesura del presente documento, che include spunti

programmatici emersi nel dibattito degli STATI GENERALI in tema di prevenzione, diagnosi precoce, monitoraggio, cura e organizzazione dell'assistenza erogata alle persone con diabete 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.

La Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza dedica un ampio spazio alla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale, nel tentativo di rispondere alle criticità che la pandemia ha reso ancora più evidenti, e che potrebbero aggravarsi a causa dell'accresciuta domanda di salute derivante dal trend demografico, epidemiologico e sociale.

L'esperienza emergenziale e le nuove opportunità offerte dal PNRR delineano un contesto in cui si impone di ragionare in ottica di potenziamento e rafforzamento dell'offerta di salute dedicata alla cronicità di cui il diabete rappresenta il modello per eccellenza.

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

Il coordinamento del modello di presa in carico da parte dello specialista endocrinologo-diabetologo, una compiuta integrazione fra Strutture endocrino-diabetologiche e Medicina Generale all'interno di un sistema di rete multispecialistica e multiprofessionale, l'organizzazione e la corretta allocazione delle risorse umane e strutturali sono elementi essenziali per continuare a garantire e migliorare i livelli qualitativi e gli outcome di salute dell'assistenza diabetologica, così come prevista dal Piano Nazionale della Malattia Diabetica.

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

“Grazie, saluto il moderatore Mazzeo, mi fa molto piacere essere in questo posto. Saluto ovviamente il mio amico, il magnifico rettore Nathan Levialedi Ghiron, la senatrice Daniela Sbrollini, l'onorevole Pella, che è credo collegato a distanza. Daniela e Roberto sono i presidenti dell'Intergruppo Parlamentare Obesità, Diabete e Malattie Croniche non trasmissibili, a cui credo va dato atto di aver portato all'attenzione di tutto il Parlamento e di tutte le forze politiche quelli che sono dei problemi importantissimi per l'Italia e per, diciamo, anche altri paesi. Il professor Candido che è presidente della Federazione di società scientifiche di Diabetologia. Il professor Avogaro, presidente della Società italiana di Diabetologia. E poi ovviamente il professor Federici che è il coordinatore del CTS, tutte le autorità, tutte le persone che sono presenti.

Oggi presentate un documento che credo sarà ulteriormente arricchito dalla discussione che ci sarà durante questa giornata. E questo dà veramente la possibilità di approfondire tanti aspetti sul diabete, che è un po' il paradigma delle malattie croniche trasmissibili, alle quali l'attenzione del ministero e mia, sin dai primi giorni è stata massima perché rappresentano veramente la sfida per una nazione come l'Italia che sapete, ha il vantaggio di avere una popolazione particolarmente longeva, ma noi, oltre a sperare che gli italiani e volere che gli italiani vivano di più, vorremmo anche che gli italiani passino gli anni in buone condizioni di salute, quindi il diabete, le malattie croniche non trasmissibili rappresentano veramente una sfida. E' una priorità globale a livello mondiale che interessa tutti i sistemi sanitari e devo dire che purtroppo è anche una malattia in costante crescita nelle nazioni con un basso e medio reddito. Ieri, ho partecipato alla prima riunione online del G20 sulla salute, che quest'anno si terrà in Brasile e c'è grande attenzione da tutti ovviamente anche alle malattie che stanno condizionando la crescita dei servizi sanitari dei paesi con maggiori difficoltà. In Italia, come è stato ricordato dagli autorevoli colleghi che mi hanno preceduto sono quasi quattro milioni di pazienti affetti da diabete e molti altri sono quelli che non sanno di averlo, ai quali ancora non è stato diagnosticato. Questo è un quadro epidemiologico complesso, dovuto sicuramente a stili di vita non corretti, ricordo l'alimentazione, la sedentarietà, il consumo dannoso, rischioso, di alcol e fumo. Devo dire che anche su questo c'è l'impegno massimo nostro, soprattutto a far sì che questo tipo di attenzione verso i corretti stili di vita venga portato ai ragazzi sin dalle scuole elementari. Ieri abbiamo avuto una giornata dedicata alla prevenzione oncologica, al ministero c'è l'impegno massimo di tutti di coinvolgere i ragazzi sin dai primi anni della scuola. Credo che l'azione più importante sia quella di migliorare la prevenzione e su questo ribadisco che investire in prevenzione vuol dire investire e non spendere. Questo è un proprio, credo, un paradigma che va cambiato. I soldi messi sulla prevenzione sono i soldi meglio spesi

perché permettono intanto alle cittadine e ai cittadini di stare meglio e poi permettono ai sistemi sanitari anche di risparmiare. Qualunque sistema sanitario come il nostro, ripeto, con una popolazione che cresce continuamente dal punto di vista dell'età è ovvio che non può fare a meno della prevenzione.

E quindi siamo impegnati da subito a promuovere una corretta alimentazione. Ricordo la dieta mediterranea, che io chiamo italiana, una attività fisica continua e questo serve veramente a tutti e serve al sistema sanitario nazionale. Dobbiamo garantire l'accesso ai servizi sanitari alle persone che convivono con il diabete a rischio di diabete. Dobbiamo ridurre il peso di questa malattia sulla singola persona, sui suoi familiari, sul contesto sociale. Colgo anche le raccomandazioni che sono venute prima sul fatto che purtroppo ancora in Italia ci sono tante disegualianze nell'accesso alle cure. Io credo che il capitolo del PNRR dedicato alla telemedicina, che è importante e possa rappresentare veramente un modo per superare queste differenze. Io non sono solo differenze legate, come purtroppo più di una volta viene ripetuto tra nord e sud, ma sono tante differenze che ci sono anche tra chi abita magari in una grande città, chi abita in un piccolo centro, chi risiede in una zona geograficamente meno semplice, penso ai tanti piccoli comuni che si trovano magari all'interno della nostra bellissima penisola. Quindi io sono fortemente convinto che i soldi impiegati per la telemedicina servono soprattutto per cercare di superare le tante, troppe, inaccettabili disegualianze che ancora ci sono. E vogliamo quindi far sì che questa attività, anche verso il diabete, raggiunga soprattutto le persone più vulnerabili. Dobbiamo contrastare, come dicevo prima, le disegualianze sanitarie e dobbiamo far sì che ci sia una parità e l'eguaglianza non solo di cure, ma anche di informazione. Quando vedevo prima che le persone che hanno una minore scolarità sono quelle che poi magari hanno più frequentemente il diabete purtroppo mi fa pensare quanto sia importante che tutti ricevano delle corrette informazioni e con il programma guadagnare salute che è coordinato al ministero proprio della Salute, vorremmo intervenire su fattori ambientali, sui determinati socioeconomici che influenzano molto l'insorgenza delle malattie croniche. E vorremmo anche avere delle politiche intersettoriali per sviluppare delle sinergie multidisciplinari tra tanti settori e l'opportunità di salute anche negli ambienti di vita e di lavoro. È una strategia consolidata, è stata al centro del piano nazionale della prevenzione 2025 e attualmente è in corso il monitoraggio delle attività di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili realizzate con i piani regionali della prevenzione. Siamo fiduciosi che le regioni completino l'invio della documentazione relativa allo scorso anno, entro la fine di questo mese. Siamo inoltre poi al lavoro per definire una piattaforma informatica e il disciplinare tecnico per la realizzazione di un registro nazionale del diabete. Questa

Intervento del **Ministro della Salute** **Prof. Orazio Schillaci** in occasione degli **Stati generali sul diabete**

Villa Mondragone dell'Università
di Roma Tor Vergata,
Monte Porzio Catone
Roma, 14 Marzo 2024



implementazione rappresenta un obiettivo della joint action Giacardi, che è un progetto europeo con l'obiettivo di facilitare lo scambio e trasferimento di buone pratiche tra i paesi partner, per identificare quelli che possono essere gli approcci migliori alla prevenzione e la cura delle malattie croniche, penso alle malattie cardiovascolari, all'ictus e al diabete di tipo due. E c'è proprio un focus specifico sul diabete, con un particolare attenzione alla multi morbidità. Per quanto riguarda l'accesso alle prestazioni sanitarie in Italia, come si diceva prima, ha una rete capillare importante di centri e servizi di diabetologia, sono tra le migliori nel panorama internazionale e tante volte mi dispiace che si parli male del servizio sanitario nazionale. Se guardate i dati Ocse vi rendete conto come su alcune prestazioni delicate l'Italia per i tempi di attesa e i primi posti tra i paesi Ocse. Quindi non è sempre vero che il nostro sistema nazionale è così mal ridotto come viene descritto. È chiaro che va migliorato, va implementato e su questo c'è tutto il nostro impegno, ma va sicuramente riconosciuto agli operatori sanitari in primis, una grande professionalità e una grande qualità che permette tante volte col loro sacrificio di superare le difficoltà organizzative che magari incontrano, soprattutto, mi dispiace dirlo, in alcune regioni o in alcuni contesti. Questa rete credo che va ulteriormente valorizzata, va integrata anche per avere una presa in carico dei pazienti più tempestiva e più adeguata. Credo che proprio la presa in carico rappresenti poi un momento cruciale non solo per i pazienti affetti da diabete, ma in particolare per tutte le persone che si recano ancora oggi nelle strutture ospedaliere, cioè avere qualcuno che poi li segua durante il follow up della propria malattia, una volta che è stata diagnosticata, e dobbiamo avere ovviamente coscienza che è importante sviluppare una multiprofessionalità per i pazienti cronici, si faceva prima riferimento anche alla formazione di operatori sanitari dedicati al diabete. Credo che questo sia assolutamente importante e credo che proprio la presa in carico assistenziale può rendere più efficiente la sanità pubblica che vogliamo riorganizzare e bisogna ovviamente puntare, come diceva prima nel filmato Pagliaro, proprio sulla medicina territoriale, su questo vor-

remmo ovviamente che ci sia una grande attenzione, implementare la rete e il coordinamento multidisciplinare, mettere in sinergia tutte le competenze in un'ottica di maggiore prossimità per i pazienti.

E come dicevo prima, poi, un ruolo importante lo hanno e lo devono giocare le nuove tecnologie digitali e la telemedicina, la quale, con il grande contributo di AGENAS, diamo una particolare importanza per cercare veramente di risolvere le diseguaglianze. Sono azioni, queste, centrali per migliorare i livelli dell'offerta sanitaria per favorire veramente, come dicevo prima, una maggiore accessibilità e più equa al nostro servizio sanitario nazionale. Io ricordo che l'Italia, grazie al lavoro costante e proficuo dell'Intergruppo di tutto il Parlamento, si è dotata lo scorso settembre di una legge che prevede programmi pluriennali di screening anche per la celiachia, per il diabete di tipo uno, che sono rivolti alla popolazione pediatrica. Quindi abbiamo un grande coinvolgimento di tutto il Parlamento e quindi ringrazio la Senatrice Sbroliani, a nome e per tutti i parlamentari che su questi temi di salute, devo dire, superano ogni schieramento e hanno una grande sensibilità che è fondamentale, stiamo.

Stiamo completando il decreto per individuare le modalità operative, le figure professionali e le fasce di popolazione che vanno coinvolte nel programma e quindi concludo ribadendo quanto sia importante, come emerge dallo spirito di questi Stati Generali del diabete, avere un'alleanza tra il mondo scientifico così qualificato e medico nel nostro paese accademico, istituzionale e il mondo politico, questa è una sinergia imprescindibile per dare veramente le risposte migliori, tempestive, anche perché, come sapete, c'è una crescente domanda di salute giusta da parte dei pazienti alle quali noi non possiamo non rispondere nella migliore maniera possibile. E in particolare devo dire a quella del diabete che rappresenta, sicuramente una malattia simbolo, per i prossimi anni, sulla quale lo credo dobbiamo prestare particolare attenzione.

Grazie e buon lavoro a tutti."



Sen. Daniela Sbrollini,
*Presidente Intergruppo Parlamentare
Obesità, diabete e malattie croniche
non trasmissibili e Vicepresidente
della X Commissione Affari sociali,
sanità, lavoro e previdenza sociale
del Senato.*

“L’impegno contro il diabete richiede un lavoro comune su più fronti: assicurare ai sanitari formazione e risorse adeguate per prestare la migliore assistenza e diminuire il “carico di malattia”, garantire l’accesso ai servizi, alle terapie e alle informazioni, per tenere sotto controllo i livelli glicemici e rallentare la progressione verso stadi più severi, consentire un accesso equo per tutti alle strutture di diabetologia.

Come Intergruppo siamo fortemente impegnati verso questi obiettivi, anche attraverso l’impulso legislativo. L’alleanza fra mondo scientifico, istituzioni e pazienti è determinante nel contrasto a questa pandemia”.



On. Roberto Pella,
*Presidente Intergruppo Parlamentare
Obesità, diabete e malattie croniche
non trasmissibili e Vicepresidente
Vicario di ANCI*

“Il contrasto al diabete necessita di un impegno deciso nel promuovere la diagnosi precoce e la pianificazione dei trattamenti al fine di controllare le complicanze. Come l’obesità, il diabete comporta gravi ripercussioni sulla qualità della vita di chi ne è affetto, e dei suoi famigliari, oltre che un impatto importante sull’economia del Paese, con costi diretti, sociali, economici e clinici e costi indiretti legati alla perdita di produttività.

È fondamentale mettere il tema al centro dell’agenda politica secondo un approccio olistico e multisetoriale, volto a garantire alle persone con diabete gli stessi diritti delle persone sane, portando avanti un’alleanza tra tutti i soggetti coinvolti e promuovendo a tutti i livelli di governo la cultura dei sani stili di vita e della prevenzione”.



STATI GENERALI SUL DIABETE



Costruire una strategia nazionale
per una visione condivisa su una patologia
di grande impatto sociale, clinico,
economico e politico sanitario:
2024-2026

Marzo
14
2024

VILLA MONDRAGONE
UNIVERSITÀ DI ROMA
TOR VERGATA
SALA PALLA SVEVITI
MONTE PINCIO LATINE

Marzo
14
2024
STATI GENERALI
SUL DIABETE



Criticità nell'assistenza diabetologica emerse dagli stati generali

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

DISEGUAGLIANZA

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

ETEROGENEITÀ

- L'accesso all'assistenza specialistica e i trattamenti risulta variabile sia tra regioni che all'interno delle stesse, e si rileva una distribuzione subottimale delle strutture diabetologiche;

SPECIALISTI ISOLATI

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

POCA INTEGRAZIONE

- In assenza della necessaria integrazione fra Strutture Diabetologiche, Endocrinologiche, Internistiche, Cardiologiche, Nefrologiche, Oculistiche, di Dietologia e Medicina Generale, gli outcome di salute peggiorano e si fanno più ricorrenti e minacciose le complicanze;

CARENZA DI RISORSE PROFESSIONALI

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



I partecipanti agli stati generali sul diabete

- vista l’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, in particolare l’obiettivo di sviluppo sostenibile (OSS) 3.4 (ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e il trattamento e promuovere il benessere e la salute mentale) e l’OSS 3.8 (conseguire una copertura sanitaria universale, compresi la protezione da rischi finanziari, l’accesso a servizi sanitari essenziali di qualità e l’accesso a medicinali e vaccini essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili per tutti) <https://sdgs.un.org/goals> ;
- visto il quadro di monitoraggio mondiale, NCD Global Monitoring Framework del 2011, per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, in particolare la priorità di arrestare l’aumento del diabete e dell’obesità, e della diabesità in genere <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-surveillance-global-monitoring-framework> ;
- visto il patto mondiale dell’OMS sul diabete <https://www.who.int/initiatives/the-who-global-diabetes-compact> ;
- vista la sua risoluzione del 14 marzo 2012 sulla lotta al dilagare del diabete nell’UE - G U C 251 E del 31.8.2013, pag. 47;
- vista la risoluzione del Parlamento europeo del 23 novembre 2022 sulla prevenzione, la gestione e una migliore cura del diabete nell’UE in occasione della Giornata mondiale sul diabete (2022/2901(RSP));
- visto Legge 16 marzo 1987, n. 115, recante “Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito” e le relazioni annuali ad essa connesse al Parlamento da parte del Ministero della Salute https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1987-03-26&atto.codiceRedazionale=087U0115 ;
- visto il protocollo di intesa tra Ministro della salute e il Presidente del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 1991;
- Visto il Piano Nazionale sulla malattia diabetica sancito con l’intesa Stato – Regioni Pubblicato sul supplemento ordinario n. 9 alla Gazzetta Ufficiale del 7 febbraio 2013 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2013/02/07/32/sg/pdf> ;
- Vista la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza <https://www.mef.gov.it/focus/Il-Piano-Nazionale-di-Ripresa-e-Resilienza-PNRR/> ;
- Visto il position paper AMD-SID “Le opportunità per l’assistenza diabetologica
- alla luce del PNRR” <https://aemmedi.it/wp-content/uploads/2022/05/Position-Paper-pnrr-diabetologia.pdf>

Considerando che

- A. il diabete è una delle malattie non trasmissibili più comuni; che in Italia vi sono oltre 4 milioni di persone affette da diabete; che si prevede che il numero di persone è destinato a salire a 5 milioni entro il 2030;
- B. circa la metà delle persone affette da diabete non raggiunge o non mantiene obiettivi ottimali di glucosio nel sangue, il che comporta un aumento del rischio di complicanze legate al diabete, con conseguente deterioramento del benessere e altre conseguenze, tra cui la perdita di produttività e i costi per la società;
- C. l'Europa è la regione con il maggior numero di bambini e giovani affetti da diabete di tipo 1 al mondo e che questo riguarda una larga fetta di bambini italiani, soprattutto in Sardegna;
- D. che il diabete di tipo 2 è sempre più diffuso tra i bambini e i giovani adulti e che oltre il 95 % delle persone con diabete è affetta da diabete di tipo 2, ed essendo una malattia cronica, con il tempo il diabete può causare gravi problemi di salute che possono riguardare il cuore, i vasi sanguigni, i reni, gli occhi e i nervi. Le persone con diabete, infatti, hanno una probabilità cinque volte maggiore di avere malattie cardiovascolari, come l'ictus, rispetto alle persone senza diabete. Il diabete è anche responsabile della maggior parte dei casi di insufficienza renale e di amputazione degli arti inferiori;
- E. è stato dimostrato che il diabete di tipo 1 e di tipo 2 ha un impatto negativo sull'aspettativa di vita; che, secondo le stime, il diabete è la quarta causa di morte in Italia;
- F. il diabete rappresenta il paradigma delle patologie croniche ed è definito dal Consiglio d'Europa "una sfida di salute pubblica"; è riconosciuto come una vera e propria pandemia, in aumento sia come incidenza, sia come prevalenza e costituisce una tra le maggiori cause di disabilità e mortalità; che per questi motivi il diabete è considerato malattia di alto interesse sociale;
- G. persone di tutte le età e di ogni estrazione sociale possono sviluppare il diabete;
- H. il diabete colpisce diversi gruppi sociali in modo disuguale e che fattori socioeconomici ne determinano le implicazioni per la vita delle persone;
- I. tutti i pazienti hanno diritto a un trattamento ottimale, indipendentemente dai loro mezzi finanziari, dal genere, dall'età o dalla nazionalità; che è urgente garantire la parità di accesso a cure sicure, efficaci in tutto il territorio nazionale;
- L. i cittadini italiani si trovano ancora ad affrontare iniquità in termini di prevenzione, protezione dai fattori di rischio, educazione a comportamenti sani e strumenti contro la disinformazione; che i cittadini italiani non godono di parità di trattamento in termini di accesso tempestivo a trattamenti e cure, con evidenti difformità tra le regioni;
- J. il diabete è causa di numerose complicazioni per la salute, e che un terzo delle persone affette da diabete sviluppa la retinopatia diabetica e un terzo sviluppa patologie cardiovascolari; che quattro quinti delle malattie renali allo stadio terminale si verificano in persone affette da diabete di tipo 2 e/o ipertensione; che il diabete è causa di mortalità precoce e di disabilità (cecità, amputazioni, insufficienza cardiaca);
- K. alcune forme di diabete di tipo 2, il diabete in gravidanza, le complicazioni legate al diabete e altre conseguenze del diabete si possono prevenire mediante politiche che affrontino i fattori di rischio modificabili della patologia, come la promozione di uno stile di vita attivo e privo di tabacco e l'accesso ad alimenti sani, nonché politiche che affrontino i determinanti ambientali, culturali e socioeconomici della salute e la promozione della diagnosi e dell'azione precoci; che, tuttavia, il diabete è spesso diagnosticato troppo tardi e che fino a un quarto di tutte le persone affette da diabete in Italia non è attualmente a conoscenza della propria patologia;
- M. l'etichettatura nutrizionale sulla parte anteriore delle confezioni aiuterebbe i cittadini a compiere scelte alimentari più salutari, prevenendo in tal modo un consumo malsano di alimenti ricchi di sale, grassi e zuccheri e prevenendo l'obesità, che è uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo del diabete di tipo 2;
- N. le persone affette da diabete sono state tra le più duramente colpite dalla COVID-19, non solo per il rischio di sviluppare forme gravi della malattia, ma anche per il rischio di future complicazioni derivanti dall'interruzione delle cure durante la pandemia;
- O. il diabete è una malattia complessa e multifattoriale a causa della sua interazione con altre condizioni e con implicazioni in tutti i livelli assistenziali; che la

prevenzione, il trattamento e la gestione della malattia possono essere indicativi della qualità, dell'efficacia, delle prestazioni e della resilienza di un sistema sanitario; che una gestione e una cura efficace del diabete portano anche a esiti migliori per altre malattie non trasmissibili e altre patologie;

- P. circa il 9 % della spesa sanitaria è imputabile al diabete e che fino al 75 % di tali costi potrebbe essere legato a complicazioni potenzialmente evitabili; che la prevenzione è più efficace di qualsiasi cura nel ridurre l'incidenza, la prevalenza e le complicazioni di alcuni tipi di diabete, oltre ad essere la strategia a lungo termine più efficace sotto il profilo dei costi per il controllo del diabete;
- Q. le persone affette da diabete devono gestire spesso da sole la malattia, con l'aiuto o il supporto sporadico, dei familiari che le assistono; che l'onere del diabete per gli individui affetti e le loro famiglie non è solo finanziario, ma comporta anche significativi problemi psicosociali e una ridotta qualità della vita; che le innovazioni nel campo farmacologico e dell'automisurazione della glicemia facilitano e migliorano la regolamentazione dei livelli di glucosio nel sangue; che sostenere la rapida disponibilità di tali innovazioni per i pazienti diabetici è vantaggioso, in quanto migliorano la gestione efficace del diabete, prevenendo in tal modo complicazioni e conseguenti costi sanitari;
- R. i pregiudizi al riguardo alle persone con diabete sono ancora diffusi nelle scuole, in sede di assunzioni e sul posto di lavoro, in campo sportivo, nell'arruolamento militare, per la stipula di polizze assicurative e nelle valutazioni di idoneità per il rilascio della patente di guida; che negli ultimi anni gli sviluppi della conoscenza, del trattamento e della tecnologia del diabete hanno permesso alle persone affette dalla malattia di esercitare un controllo molto più preciso e continuo dei loro livelli di glucosio nel sangue, superando così i rischi precedentemente percepiti nelle loro attività quotidiane;
- S. diverse azioni legislative e atti ministeriali e regionali hanno affrontato il diabete, tra cui la legge 115 1987 e il Piano nazionale sulla malattia diabetica del 2012, approvata in conferenza Stato-regioni e a livello europeo le conclusioni del Consiglio del 2006 sulla promozione di stili di vita sani e la prevenzione del diabete e la risoluzione del Parlamento del 14 marzo 2012 sulla lotta al dilagare del diabete nell'UE; che vi sono forti motivazioni politico-sanitarie per intensificare gli sforzi in risposta al crescente onere del diabete e l'urgente necessità che vengano intraprese azioni decise, soprattutto alla luce del valore aggiunto di sforzi concertati a livello parlamentare e ministeriale per l'attuazione delle risoluzioni di cui sopra.



Tutto ciò considerato i partecipanti agli stati generali sul diabete

- si rammaricano profondamente che il diabete sia sottovalutato e non venga considerato adeguatamente dal sistema politico-sanitario nazionale e regionale, in un quadro di intervento omogeneo nazionale che garantisca la presa in carico specialistica, interdisciplinare e territoriale della persona con diabete, atta a garantire risposte certe alle criticità che troppo spesso emergono a livello clinico-assistenziale e che riguardano il numero crescente di persone che convivono con il diabete e che coinvolgono le loro famiglie;
- ricordano gli obiettivi globali per affrontare il diabete entro il 2030 adottati in occasione della 75a Assemblea mondiale della sanità, ovvero garantire che l'80% delle persone che convivono con il diabete abbia avuto la sua diagnosi; che l'80% abbia un buon controllo della glicemia; che l'80% delle persone con diagnosi di diabete abbia un buon controllo della pressione sanguigna; che il 60% delle persone con diabete di età pari o superiore a 40 anni riceva statine e che il 100 % delle persone affette da diabete di tipo 1 abbiano accesso all'automonitoraggio dell'insulina e della glicemia a prezzi accessibili di qualità e a prezzi accessibili; sottolinea che gli obiettivi di copertura dell'Italia per il 2030 dovrebbero essere ancora più ambiziosi;
- invitano il Governo, il Parlamento e le Regioni a dar prova di impegno politico e a fissare obiettivi ambiziosi per invertire la tendenza all'aumento del numero di cittadini italiani affetti da diabete e obesità, ridurre le disuguaglianze tra i cittadini italiani e migliorare l'assistenza alle persone affette da diabete e la loro qualità di vita; ritiene indispensabile politiche e interventi legislativi per il contrasto all'obesità quale malattia che aumenta il rischio di molte altre malattie non trasmissibili, inclusi tumori, malattie cardiovascolari, diabete mellito di tipo 2 e malattie respiratorie croniche;
- sottolineano, a tale proposito, che il Ministero della Salute e le Regioni dovrebbero dar seguito a quanto previsto dal Piano nazionale sulla malattia diabetica in sinergia e anche collaborando con le Regioni allo sviluppo e all'attuazione di criteri e metodi comuni e standardizzati per la raccolta di dati sul diabete, nonché alla raccolta, alla registrazione, al monitoraggio e alla gestione di dati epidemiologici completi sul diabete e di dati economici sul costo della prevenzione e della gestione del diabete in Italia, comprese le preferenze dei pazienti e i dati generati dai pazienti; sottolinea che la promozione e il pieno utilizzo delle migliori pratiche e il sostegno alla ricerca sull'efficacia degli interventi clinici e dei programmi di prevenzione daranno migliori risultati non solo per il diabete, ma anche per tutte le altre complicazioni e patologie concomitanti;
- invitano il Ministero della Salute e le Regioni a elaborare, attuare e monitorare piani e strategie per il diabete che includano traguardi e obiettivi comparabili, compresa una componente di riduzione dei rischi e di screening/azione precoce che affronti, tra l'altro, i determinanti socioeconomici della salute, la promozione di ambienti favorevoli alla salute e all'alfabetizzazione sanitaria e digitale, l'istruzione e la sensibilizzazione rivolte sia alla popolazione in generale sia ai gruppi ad alto rischio in particolare (come le persone prediabetiche) e che miri a ridurre le disuguaglianze e a ottimizzare le risorse sanitarie
- invitano il Ministero della Salute e le Regioni a garantire che tutte le azioni e tutti i documenti programmazione sanitaria nei vari settori di lavoro riflettano i dati più aggiornati, in particolare per quanto riguarda i fattori di rischio modificabili e le misure di riduzione del rischio, e forniscano un quadro accurato del diabete per combattere la stigmatizzazione e la discriminazione e garantire la migliore assistenza alla persona con diabete in tutte le fasi della sua storia clinica;
- insistono sulla necessità di prestare maggiore attenzione alla prevenzione di tutte le malattie non trasmissibili e in particolare del diabete e chiede al Ministero della Salute e le Regioni membri di rafforzare, attuare e valutare piani di prevenzione adeguatamente finanziati, attraverso campagne di informazione ai cittadini sulla promozione dei corretti stili di vita e campagne di screening periodiche sulla popolazione;



- deplorano le notevoli disuguaglianze sanitarie in Italia e tra le Regioni, in tema di accesso alle cure e ai trattamenti, per la persona con diabete e anche per quanto riguarda la prevenzione delle malattie non trasmissibili; insistono sull'esigenza di individuare le popolazioni vulnerabili, emarginate e socialmente escluse e le persone che vivono in zone periferiche delle città e nelle aree interne marginali (quali le zone rurali, isolate o ultraperiferiche lontane dai centri medici) e di prestarvi particolare attenzione per garantirne l'accesso ai servizi di cura e prevenzione; ritengono, a tale riguardo, che anche la prevenzione debba rientrare nell'ambito della giustizia sociale, il che comporta la necessità di cambiamenti sistemici attraverso politiche pubbliche rivolte all'intera popolazione che vadano oltre i cambiamenti del comportamento individuale; ritengono indispensabile che vengano promosse delle reti sanitarie di prossimità specifiche per le malattie croniche non trasmissibili e per il diabete in particolare, garantendo l'assistenza alle persone più fragili e vulnerabili attraverso la piena integrazione tra specialista diabetologo, medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, farmacia dei servizi e centri di assistenza sociale;
- invitano il Ministero della Salute e le Regioni a garantire in maniera equa ed uniforme su tutto il territorio nazionale evitando qualsivoglia forma di discriminazione nell'accesso alle cure e ai trattamenti, che i pazienti continuino ad avere accesso alle cure primarie e secondarie e ai trattamenti e alle tecnologie per il diabete, comprese le tecnologie di sanità e digitalizzazione elettronica come i sistemi di monitoraggio continuo del glucosio e i nuovi sistemi di somministrazione dell'insulina, le terapie farmacologiche più avanzate, e a sostenere i pazienti nell'acquisizione e nel mantenimento delle competenze e delle conoscenze necessarie per consentire una gestione competente e

autonoma lungo tutto l'arco della vita;

- sottolineano l'importanza di affrontare le malattie non trasmissibili, l'obesità e il diabete da una prospettiva che riconosca che la salute umana, animale e ambientale sono inestricabilmente legate, e quindi tutte le misure per combattere le malattie non trasmissibili dovrebbero essere saldamente ancorate all'approccio "One Health";
- sottolineano l'importanza di promuovere politiche di inclusione delle persone con diabete nel contesto lavorativo, scolastico e sportivo, attraverso la creazione di ambiente sociale che riconosca e rispetti le esigenze della persona con diabete, agendo su politiche aziendali più flessibili, abbattendo norme anacronistiche e garantendo a livello scolastico formazione del personale scolastico riguardo il diabete, eliminando tutte le barriere strutturali, culturali e sociali che ostacolano la piena integrazione della persona con diabete;
- sottolineano il ruolo essenziale di un ambiente alimentare sano nella prevenzione delle malattie non trasmissibili, dell'obesità e del diabete e chiede al Ministero della Salute e alle Regioni di intensificare le loro azioni per garantire che gli alimenti più sani e sostenibili siano anche i più accessibili;
- sottolineano la necessità di affrontare i fattori di rischio modificabili delle malattie non trasmissibili, dell'obesità e del diabete mediante politiche che promuovano una vita attiva, l'accesso ad alimenti sani e l'attività fisica, e che contrastino i fattori ambientali, culturali e socioeconomici delle cattive condizioni di salute;
- riconoscono che l'obesità è considerata un fattore di rischio primario per il diabete di tipo 2, tanto da essere stato coniato dall'OMS il neologismo di diabetosità; pone l'accento sul ruolo di un'alimentazione sana



nella prevenzione e nella gestione del diabete di tipo 2; sottolinea che il rischio individuale di sviluppare il diabete può essere ridotto aumentando il consumo di vegetali e alimenti di origine vegetale prodotti in modo sostenibile, come frutta e ortaggi freschi, cereali integrali e legumi; sottolinea altresì l'esigenza di far fronte al consumo eccessivo di carne, prodotti ultralavorati e prodotti ad alto contenuto di zuccheri, sale e grassi;

- chiedono che il Governo, il Ministero della Salute e le Regioni sostengano la digitalizzazione del sanitario nazionale, secondo quanto previsto dal PNRR e l'adozione di nuovi strumenti e tecnologie, che consentano una raccolta di dati, un monitoraggio e un'azione più efficaci al fine di migliorare l'autogestione, di ridurre il rischio di complicanze legate al diabete e di altre sue conseguenze nonché di migliorare la qualità della vita; evidenziano che qualsiasi transizione digitale nell'assistenza sanitaria dovrebbe accompagnata da un miglioramento delle competenze digitali nel settore della salute, essere agevole per l'utente e incentrata sul paziente nonché promuovere la fiducia garantendo standard elevati in materia di riservatezza dei dati e cibersecurity; pone l'accento, a tal proposito, sul potenziale che lo spazio nazionale dei dati sanitari presenta in relazione alle malattie non trasmissibili, tra cui il diabete;
- invitano il Ministero della Salute e le Regioni a dialogare in modo strutturato con le società scientifiche, fondazioni e le organizzazioni dei pazienti qualificate che operano in ambito endocrino-diabetologico, attraverso il coinvolgimento attivo in tavoli di lavoro, commissioni, osservatori e qualsivoglia organismo atto a valutare, a monitorare ed elaborare decisioni riguardanti il diabete e a incoraggiare l'elaborazione di un insieme comune di misure di risultato che interessino principalmente le persone affette da diabete, da utilizzare per la valutazione normativa e il processo decisionale in materia regolatoria nonché in sede di sviluppo e attuazione delle politiche pertinenti, compresi i piani nazionali e regionali sul diabete e i programmi di screening e sensibilizzazione;
- chiedono che il Governo, il Ministero della Salute, le Regioni continui a fornire sostegno legislativo, normativo e finanziario, alle politiche inerenti il diabete, ponendo lo stesso tra le priorità politico-sanitarie del Sistema Sanitario Nazionale;
- invitano il Ministero della Salute e le Regioni a rivedere e, se del caso, a rafforzare, modelli nazionali di assistenza specialistica, interdisciplinare e territoriale, concentrandosi sulla diffusione di un'assistenza incentrata sulla persona e pienamente integrata nell'intero percorso di cura, in particolare includendo la prevenzione delle malattie, la prevenzione delle complicanze legate al diabete e il sostegno socio-assistenziale;
- invitano il Ministero della Salute a fornire orientamenti concreti alle Regioni per garantire una assistenza uniforme, equa e omogenea su tutto il territorio nazionale, nella piena garanzia del diritto alla salute che ogni cittadino e ogni persona con diabete deve avere, al di là della propria residenza, della condizione sociale, economica, anagrafica e di qualunque condizione possa influire sul proprio quadro clinico, eliminando discriminazioni di qualunque natura;
- chiedono che il Ministero della Salute sostenga lo sviluppo delle competenze nell'ambito dell'assistenza primaria e di prossimità in tutte le Regioni, garantendo l'integrazione e la continuità delle cure, ponendo l'accento sulla collaborazione tra professionisti in seno a équipe di assistenza multidisciplinari;
- invitano il Governo a migliorare il coordinamento della ricerca sul diabete a livello nazionale, sostenendo la ricerca sulle esigenze cliniche insoddisfatte per il diabete e sulle sue numerose comorbidità e complicanze, tenendo conto della necessità di migliorare la qualità di vita delle persone affette da diabete e da altre malattie croniche; invita il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, l'AIFA a sostenere la ricerca indipendente sul diabete attraverso l'incremento di fondi e progetti specifici;
- sottolineano l'importanza dell'eccellenza nella ricerca e nell'innovazione medica dell'Italia in ambito del diabete e delle malattie endocrino-metaboliche e invita il Ministero della Salute a sviluppare piani di collaborazione con l'Unione Europea in tema di prevenzione delle complicanze e a sostenere ulteriori ricerche sulle popolazioni sottorappresentate, me anziani, i bambini, le donne e i pazienti con comorbidità, compresi i casi di obesità come morbilità primaria e i casi in cui



agisce come malattia cronica che porta ad altre malattie non trasmissibili come il diabete;

- temono che l'accessibilità, anche economica, dei medicinali e delle tecnologie per il diabete rimanga una sfida per i sistemi sanitari nazionali e regionali e che i medicinali innovativi possano trovare ostacoli e rallentamenti regolatori nella loro commercializzazione a livello nazionale e regionale, solo in base al criterio di costo, senza un'attenta valutazione dell'efficacia terapeutica sul quadro clinico generale e nella prevenzione del rischio di comorbidità associata al diabete;
- chiedono che il Governo, il Parlamento e i Ministeri competenti rivedano il quadro giuridico pertinente in materia di salute, sicurezza e accesso sul lavoro, la legislazione in materia di sicurezza stradale, le normative in ambito scolastico, la legislazione riguardante l'arruolamento nei corpi sportivi militari, al fine di evitare ulteriori discriminazioni nei confronti delle persone affette da diabete;
- chiedono che venga fornita assistenza psicologica alla persona con diabete in tutte le fasi della vita clinica, attraverso l'attivazione della funzione aziendale di psicologia di cui alla legge 176/2020 e del DM 77/2022 in tutte le aziende sanitarie al fine di rendere disponibile il supporto alla persona con diabete in sinergia con i servizi di diabetologia;
- invitano il Governo e i ministeri interessati a garantire un sostegno costante al finanziamento della ricerca sul diabete nel contesto dei programmi quadro europei e nazionali, compresa la ricerca sui modelli di assistenza integrata, su interventi efficaci nella prevenzione e nella gestione del diabete e sull'incidenza delle tecnologie digitali sull'autogestione del diabete e i cambiamenti comportamentali;
- ritengono opportuno che vengano sviluppate sinergie interprofessionali e multidisciplinare tra la diabetologia e la medicina interna ospedaliera, sia nella fase del ricovero che delle dimissioni, con il coinvolgimento e coordinamento di diversi professionisti quali medico ospedaliero, endocrinologo-diabetologo, infermiere, dietista, medico di medicina generale, assistente sociale, famiglia/caregiver, già durante il ricovero anche attraverso la telemedicina;

- auspicano che ogni regione si doti di reti funzionali endocrino-metaboliche per favorire l'omogeneità di cure sul territorio, definire i percorsi diagnostico e terapeutici condivisi e l'applicazione delle linee guida;
- invitano Ministero della Salute nell'ambito della programmazione sanitaria e le Regioni all'interno del quadro assistenziale a potenziare la rete endocrino-diabetologica e basarla su centri multi-professionali ospedalieri o territoriali, ottimizzando la rete endocrino-diabetologica inserendo i professionisti isolati nei centri multi-professionali; articolando la rete endocrino-diabetologica in 350-400 centri multi-professionali, ognuno dei quali assiste circa 15000 persone
- ritengono indispensabile che vengano allocati fondi per ampliare il reclutamento e la formazione di personale dedicato all'assistenza al diabete;
- auspicano che venga garantita all'interno della missione 6 del PNRR, maggiore sinergia tra Specialisti endocrinologi/diabetologi e medici di Medicina Generale prevedendo la collaborazione di membri del Team diabetologico presso le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le RSA;
- ritengono fondamentale, nei centri più evoluti la creazione team multi-professionale composto da diabetologi, infermieri, dietisti, psicologi e podologi esperti di diabete, includendo anche cardiologi, nefrologi, neurologi, oculisti, infettivologi, chirurghi vascolari e altri specialisti, abbattendo l'ottica di una assistenza individualistica;
- chiedono che venga implementata e potenziata la digitalizzazione (teleconsulti, teleassistenza, educazione terapeutica via web, condivisione di dati clinici, ecc.) integrando i processi per migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il continuo dialogo medico-paziente ed il confronto tra professionisti;
- valutano opportuno che siano rafforzate le funzioni e la professionalità del diabetologo nel suo ruolo di coordinatore dell'intero percorso di cura, anche attraverso una formazione specifica dedicata alle competenze manageriali.

Documento condiviso ed approvato

Villa Mondragone, Monte Porzio Catone Roma 14 Marzo 2024

Documento condiviso e approvato da:

Federazione delle Società di Diabetologia - FeSDI

Intergruppo Parlamentare Obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili

Intergruppo Parlamentare sulla prevenzione e cura delle malattie degli occhi

Associazione Italiana di dietetica e nutrizione clinica - ADI

Associazione Medici Diabetologi - AMD

Associazione Medici Endocrinologi - AME

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO

Cittadinanzattiva

Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi - CNOP

Diabete Italia

European Diabetes Forum - EUDF Italia

Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti Medicina Interna - FADOI

Federazione Italiana Medici Di Medicina Generale - FIMMG

Associazione Italiana Diabetici - FAND

Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche - FISM

Italian Barometer Diabetes Observatory - IBDO

Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani - OSDI

Società Italiana di Diabetologia - SID

Società Italiana di Endocrinologia - SIE

Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica - SIEDP

Società Italiana di Medicina Generale - SIMG

Società Italiana di Medicina Interna - SIMI

Società Italiana Nefrologia - SIN

Società Italiana di Pediatria - SIP

Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare - SIPREC

Confidiamo che quanto espresso in questo documento, redatto a garanzia di milioni di cittadini italiani e delle loro famiglie, possa trovare piena condivisione istituzionale, sinergia politica e applicazione concreta

