



MANIFESTO EUDF ITALIA



European Diabetes
Forum Italia

| 01

Chiamata all'Azione

| EUROPEAN DIABETES FORUM

L'European Diabetes Forum è stato fondato dall'Associazione Europea per lo Studio del Diabete (EASD) per riunire più parti interessate provenienti da tutto il panorama del diabete in Europa, incluse le organizzazioni correlate e le persone che soffrono di questa malattia.

Il Forum permetterà di ascoltare tutte le voci, a livello nazionale affinché l'azione politica possa essere indirizzata verso una migliore cura del diabete.

| VISIONE

Consentire ai sistemi sanitari di far fronte alla pandemia di diabete, ottenendo al contempo i migliori risultati possibili per le persone che soffrono di questa malattia.

| MISSIONE

Garantire la traduzione della ricerca in azioni politiche per una migliore cura del diabete a livello nazionale.



| CHIAMATA ALL'AZIONE

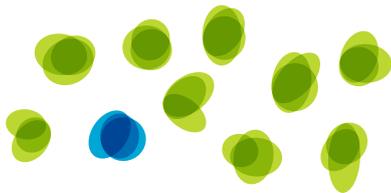
-Chiediamo a tutte le parti interessate di unirsi a questa chiamata delineando possibili soluzioni ad una situazione problematica del Diabete nel nostro Paese analizzandone le cause.

I 02 Il Problema

Nel 1989 è stata indetta una chiamata all'azione (dichiarazione di Saint Vincent). Tuttavia, più di 30 anni dopo, gli obiettivi proposti sono ben lungi dall'essere stati realizzati.

Tutti conoscono qualcuno che soffre di diabete e in futuro si prevede un aumento del numero di persone con questa malattia

PRESENTE



Quasi 1 persona su 10 in Europa soffre di diabete, pari a circa 60 milioni di persone.

CASI NON DIAGNOSTICATI

22 milioni

Si stima che attualmente vi siano circa 22 milioni di casi non diagnosticati in Europa¹.

FUTURO

81 milioni

Entro il 2045 il numero di persone con diabete aumenterà del 35%, arrivando a 81 milioni di persone in Europa¹.

NONOSTANTE



siano in corso ricerche per soddisfare le aspettative di prevenzione



possa essere prevenuto o notevolmente ritardato per molte persone

Il diabete uccide e causa gravi sofferenze, tuttavia le autorità sanitarie pubbliche non vi danno sufficiente priorità



Il diabete è un "killer silenzioso" Ogni 6 secondi qualcuno muore a causa di una complicazione legata al diabete², la maggior parte muore a causa di complicazioni cardiovascolari³.



Il diabete causa cecità, amputazione e insufficienza renale (il 10-20% delle persone con diabete muore per insufficienza renale) e contribuisce a ridurre la qualità della vita e alla perdita di produttività lavorativa².



Il diabete è una malattia mortale⁴. Una persona che soffre di diabete può morire fino a 15 anni prima⁵, in maniera simile a chi fuma (che può morire 10 anni prima) e a chi viene infettato dall'HIV (~ 11 anni prima)^{6/7}.

1. IDF Diabetes Atlas Ottava Edizione, International Diabetes Federation 2017
 2. IDF Diabetes atlas. settima edizione, 2015
 3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
 4. Casi di mortalità riportati dall'OMS 2015
 5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
 6. May Met et al. BMJ. 2011;343:d6016
 7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. OMS Rapporto Globale sul Diabete 2016
 9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
 10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012 <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
 11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

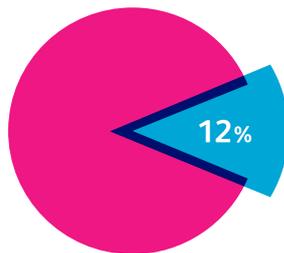
| 02

Il Problema (continua)

Il diabete costituisce un peso clinico e socioeconomico in crescita

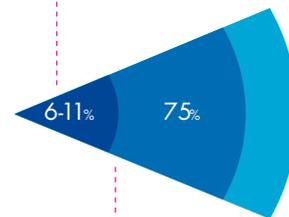


A causa dell'aumento dei casi di diabete, si stima che i **costi diretti e indiretti** per i sistemi sanitari e per la società **aumenteranno in modo significativo**.⁸



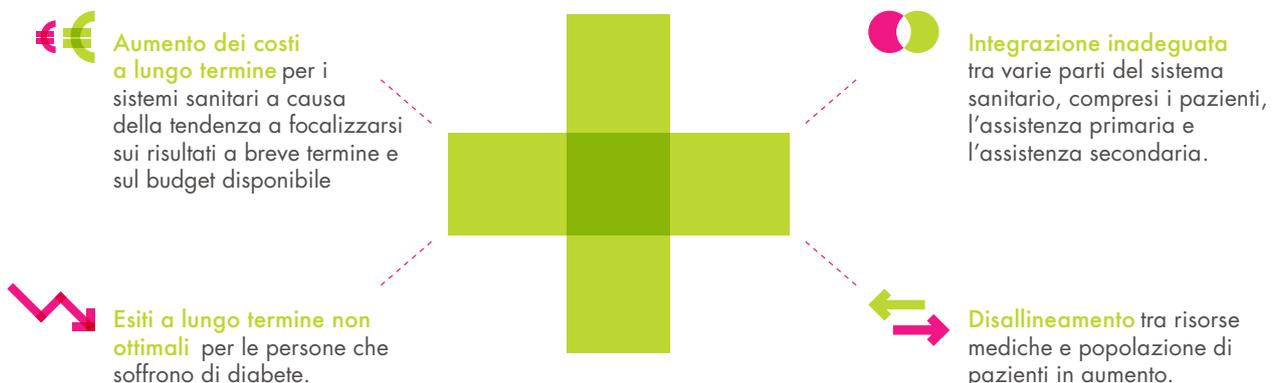
Il diabete è responsabile del **12% della spesa totale per l'assistenza sanitaria**.⁹

Le ricerche dimostrano che il **6-11% della spesa correlata al diabete è costituito dal costo delle medicine per questa malattia**.¹⁰



Non meno del **75%** di questi costi si riferiscono al trattamento delle **complicanze cardiovascolari e microvascolari prevenibili** legate al diabete.¹¹

Attualmente, i sistemi sanitari non sono sufficientemente progettati e attrezzati per poter gestire efficacemente questa crescente pandemia



1. IDF Diabetes Atlas Ottava Edizione, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes atlas, settima edizione, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Casi di mortalità riportati dall'OMS 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Mei et al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. OMS Rapporto Globale sul Diabete 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012; <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

Lo scenario italiano

L'Italia è un Paese con leggi, piani, linee guida, e regolamentazioni sul diabete, che definiscono i criteri di prevenzione assistenza e cura della persona con diabete

Legge 115/87

Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito

GU Serie Generale n.71 del 26-03-1987

Piano nazionale sulla malattia diabetica

approvato in Conferenza Stato-Regioni
il 6 dicembre 2012

Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità

"Linee Guida per il trattamento del diabete mellito di Tipo 2"

Pubblicata: 26/07/2021 - Ultimo aggiornamento: 23/02/2023

"La gestione del paziente adulto con diabete o con iperglicemia ricoverato in setting clinico non critico"

Pubblicata 20/02/2023

"La terapia del diabete mellito Tipo 1"

Pubblicata: 16/03/2022

STANDARD ITALIANI PER LA CURA DEL DIABETE MELLITO 2018



Lo scenario italiano (continua)

Nel 2022* erano circa 3,9 milioni i cittadini in Italia che dichiaravano di avere il diabete, il 6% della popolazione. Nel 2020 si sono registrati 20 mila decessi in più rispetto al 2019 con menzione di diabete in causa iniziale o in cause multiple, per complessivi 95 mila decessi, 11 ogni ora

*Italian Diabetes Barometer Report – Istat e IBDO Foundation

3,9 milioni

NUMERO DI PERSONE
CON DIABETE

2,6 milioni

NUMERO DELLE
PERSONE OVER 65
CON DIABETE

1 cittadino su 14

HA IL DIABETE

IL COSTO DEL NON FARE E' SUPERIORE A QUELLO DEL FARE

L'IMPATTO ECONOMICO DEL DIABETE



del budget sanitario totale in Italia è investito nel diabete.

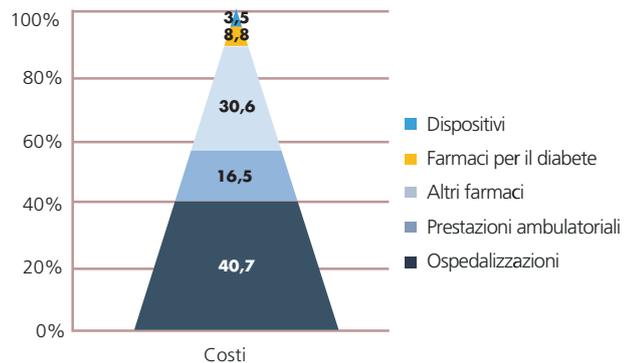
Il **8%** del budget sanitario totale in Italia è investito nel diabete.¹³⁻¹⁴

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).

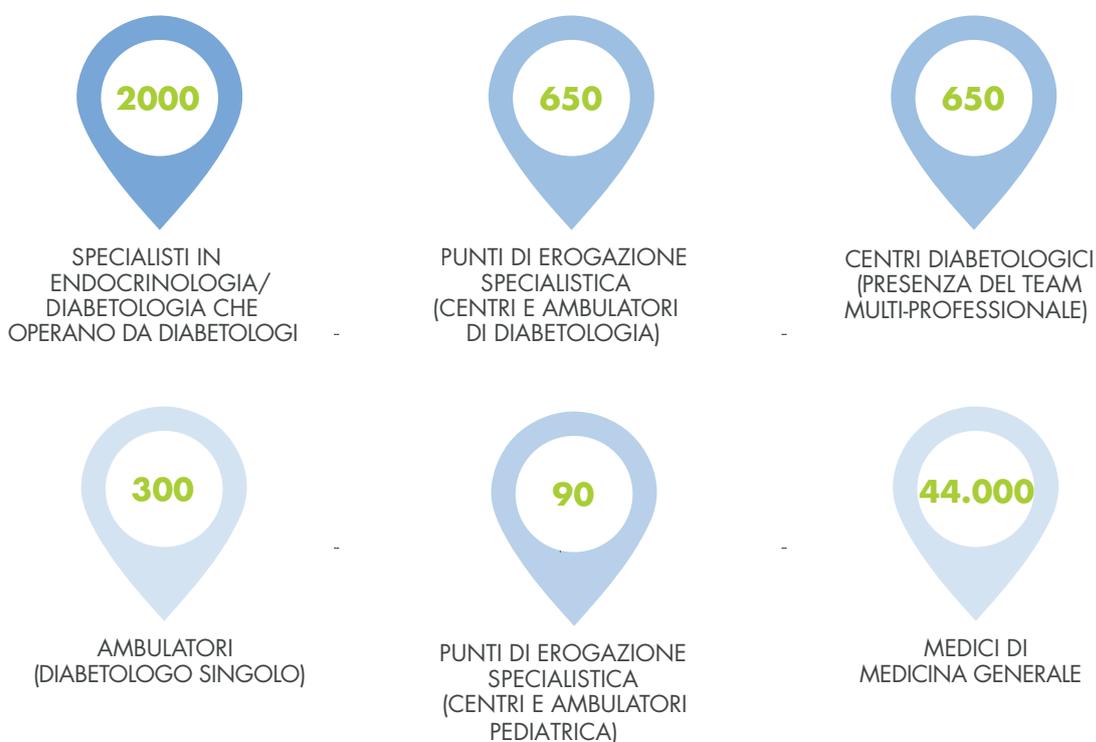
IL PESO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

- Il diabete aumenta il rischio di ospedalizzazione per diversi fattori.
- Le persone con diabete corrono un **rischio 2 volte** maggiore di essere ricoverate, rispetto alle persone senza diabete.
- Il **20-25%** delle persone con diabete vengono ricoverate almeno una volta durante l'anno.
- La durata del ricovero aumenta del 20% in presenza di diabete.
- Oltre 50 milioni di euro ogni anno vengono spesi in Italia per ricoveri causati da una grave ipoglicemia.

Lo scenario italiano (continua)

UN SISTEMA DI CURE EFFICACE IN GRADO DI DARE
RISPOSTE ALLA PERSONA CON DIABETE*

*Position paper FeSDI (AMD-SID) Le opportunità per l'assistenza diabetologica alla luce del PNRR



Lo scenario italiano (continua)

ESISTONO CRITICITÀ CHE VANNO AFFRONTATE

CRITICITÀ NELL'ASSISTENZA DIABETOLOGICA

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

DISUGUAGLIANZA

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

CARENZA DI RISORSE UMANE

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

ETEROGENITÀ

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

DIFFICOLTÀ DI ACCESSO AI DATI

Non esistono Registri né per il diabete di tipo 1 né per il diabete di tipo 2, l'accesso ai dati amministrativi a scopo di ricerca è spesso ostacolato a livello.

SPECIALISTI ISOLATI

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

INSUFFICIENTE UTILIZZO DELLA DIGITALIZZAZIONE

La diabetologia italiana si è in gran parte dotata di utili strumenti elettronici per la gestione dei dati clinici. La condivisione di questi con altri specialisti e con la rete della medicina generale è tuttavia ancora estremamente limitata.

POCA INTEGRAZIONE

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

| 04

Cause

Attualmente, i sistemi sanitari non sono organizzati in maniera adeguata per gestire malattie croniche, complesse e in crescita come il diabete e, di conseguenza, prevale l'inerzia clinica



Nessuna attenzione nei confronti dei risparmi sui costi ospedalieri o sulla limitazione della perdita di produttività delle persone che soffrono di diabete.



Approcci limitati di assistenza integrata tra le diverse parti del sistema sanitario in tutta Europa.



Complessità del percorso assistenziale focus a breve termine scarsa esperienza delle esperienze dei pazienti e dei risultati di conformità.



Il bilancio del ciclo a breve termine riguarda le spese di trattamento in isolamento. Un approccio "a compartimenti stagni" che limita le opportunità di "spesa intelligente".

Vi è un allineamento limitato sui risultati appropriati per le persone che soffrono di diabete e la loro relazione con la spesa socio-economica

Non vi è sufficiente chiarezza per quanto riguarda ciò che costituisce:



risultati appropriati per le persone che soffrono di diabete, oltre al controllo glicemico, oltre al breve termine



il legame tra miglioramento dei risultati e costi socio-economici diretti e indiretti



Per le persone che soffrono di diabete, un grado di noncuranza combinato con l'inerzia politica contribuisce alla mancanza di progressi

Malattia come stile di vita → Stigmatizzazione di vita

Il diabete è una malattia debilitante e fatale, ma è spesso vista come una malattia dovuta allo stile di vita, il che porta alla stigmatizzazione delle persone che ne soffrono.

La prevenzione del diabete non è una priorità, nonostante siano aumentati i casi di diabete di tipo 2, principalmente a causa dell'obesità.

Incorporazione limitata dei progressi scientifici e di prove più ampie nell'azione politica e clinica, limitando così l'adozione di trattamenti e approcci di gestione innovativi che potrebbero migliorare gli esiti.

1. IDF Diabetes Atlas Ottava Edizione, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes atlas. settima edizione, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Casi di mortalità riportati dall'OMS 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met et al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. OMS Rapporto Globale sul Diabete 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012; <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

| 05

Indicazioni e soluzioni

Allinearsi con l'ambizione di migliorare i risultati, misurandoli e registrandoli

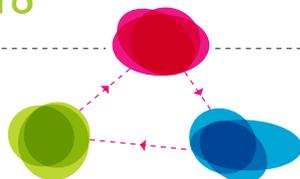


Migliorare e innovare continuamente la cura del diabete, con la guida dell'azione politica



Aprire la strada all'assistenza integrata e al finanziamento sostenibile del diabete in futuro

Affrontare i limiti della gestione del diabete "a compartimenti stagni".



Condividere e implementare le migliori pratiche relative a **soluzioni di cura integrate** per migliorare la cura del diabete

Affrontare le conseguenze **socioeconomiche** a lungo termine per le persone che vivono con il diabete e per il sistema sanitario.

Allineare gli incentivi nel sistema sanitario con i **risultati a lungo termine** per le persone che soffrono di diabete.

1. IDF Diabetes Atlas Ottava Edizione, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes atlas. settima edizione, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Casi di mortalità riportati dall'OMS 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. OMS Rapporto Globale sul Diabete 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012; <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

Un Manifesto per Il diabete in Italia

- 1. Implementare** l'assistenza integrata come un insieme emergente di pratiche che cerca di allontanarsi da un'assistenza frammentata, episodica e basata sul servizio, per favorire un'assistenza continua, coordinata e focalizzata sui risultati;
- 2. Potenziare e Razionalizzare** l'assistenza alla persona con diabete, favorendo la crescita di ampie strutture specialistiche per l'adulto e per il bambino in costante e dinamico collegamento in rete con il territorio;
- 3. Favorire** la digitalizzazione sanitaria per aiutare a prevenire, diagnosticare e curare il diabete e migliorare l'aderenza delle persone affetta dalla malattia;
- 4. Promuovere** l'uso di registri e dei sistemi di raccolta dati, integrandoli nel sistema di cura del diabete ed utilizzandoli quali strumenti essenziali per migliorare la qualità della cura della malattia garantendo risultati migliori per le persone con diabete;
- 5. Aumentare** i fondi per la ricerca sul diabete e sulle malattie endocrino-metaboliche;
- 6. Formare** personale sanitario (infermieri, podologi, psicologi, dietologi ..) da inserire nei team multidisciplinari per migliorare il sistema di cura della persona con diabete in tutte le fasce di età;
- 7. Incrementare** i posti per i medici in formazione specialistica in endocrinologia e malattie del metabolismo;
- 8. Tutelare** i diritti della persona con diabete nell'attività lavorativa, scolastica e sportiva;
- 9. Promuovere** campagne di sensibilizzazione rivolte ai cittadini sulla prevenzione dell'obesità e del diabete, centrate sulla educazione a comportamenti alimentari salutarì e sulla incentivazione dell'attività fisica;
- 10. Garantire** il pieno accesso alle cure e ai trattamenti in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale; assicurando equo accesso all'impiego delle tecnologie avanzate per il trattamento del diabete, in particolare in età pediatrica.

Partner principali



Partner istituzionali



Partner scientifici



Partner sociali



Partner aziendali



European Diabetes
Forum Italia