

Con il patrocinio di:



VILLA MONDRAGONE
CENTRE



Principis Obsta

ITALIAN BAROMETER
DIABETES OBSERVATORY



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA
TOR VERGATA

Associazione Parlamentare
per la tutela e la promozione
del diritto alla prevenzione



Associazione
diabete Italia



Indice Cartella Stampa “Il Diabete in Italia: strategie, fatti, dati e proposte per affrontare una moderna pandemia”

1. Comunicato stampa
2. Scheda Italian Barometer Report
3. Scheda Italian Barometer of Diabetes and Physical Activity
4. Scheda Italian Barometer Diabetes Observatory
5. Diabete fatti e cifre in Italia - da Italian Barometer Report 2011
6. I 20 punti per tracciare una “roadmap” italiana della strategia di lotta al diabete - da Italian Barometer Report 2011
7. Grafici
8. Scheda Changing Diabetes
9. Scheda Novo Nordisk

Con il patrocinio di:



Associazione Parlamentare
per la tutela e la promozione
del diritto alla prevenzione



Associazione
diabete Italia



Comunicato stampa

Diabete: Italia formica, non cicala

In Italia i costi per curare il diabete incidono per il 5,61% sulla spesa sanitaria e per lo 0,29% sul Pil: i valori più bassi tra i 5 principali Paesi europei, sulla base del rapporto "Burden of Disease, Cost and Management of Diabetes in EU5 Countries" della London School of Economics






Presentati al Senato a Roma dall'Italian Barometer Diabetes Observatory i rapporti "Italian Barometer Diabetes Report 2011: una roadmap per il diabete in Italia" e "Diabetes Physical Activity Report: gli stili di vita al centro dei programmi di prevenzione del diabete"

Roma, 4 ottobre 2011 – Il diabete cresce in tutto il mondo, anche nel nostro Paese, con un'accelerazione importante anno dopo anno. Secondo i dati ISTAT 2010, il 4,9% degli Italiani è colpito dalla malattia: erano meno del 3% all'inizio del secolo. A questi va aggiunta un'ulteriore quota - pari all'1-2% - di persone che hanno il diabete, ma non lo sanno. E la situazione è la medesima in tutto il pianeta.

Al pari dell'avanzare della malattia, crescono i suoi costi per ogni sistema sanitario. La London School of Economics ha recentemente elaborato un'analisi che mette a confronto l'andamento della malattia diabetica nei cinque principali Paesi europei: Germania, Francia, Italia, UK e Spagna. Il rapporto - *Burden of Disease, Cost and Management of Diabetes in EU5 Countries* - è stato illustrato in occasione di un incontro organizzato al Senato a Roma dall'Italian Barometer Diabetes Observatory, l'organismo istituito da Associazione parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla prevenzione, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Diabete Italia con il supporto non condizionante di Novo Nordisk S.p.A., volto a presentare l'Italian Barometer Diabetes Report 2011: una roadmap per il diabete in Italia, coordinato da Stefano Del Prato, Direttore Dipartimento di Endocrinologia e Metabolismo dell'Università degli Studi di Pisa e Presidente eletto della Società Italiana di Diabetologia..

"Alcuni risultati dell'indagine della London School of Economics sono illuminanti", ha detto Antonio Nicolucci, Responsabile Dipartimento Farmacologia Clinica e Epidemiologia del Consorzio Mario Negri Sud e Coordinatore Data Analysis Board dell'Italian Barometer Diabetes Observatory. "Incrociando, tra l'altro, i dati ottenuti dai ricercatori d'oltremarica con il prodotto interno lordo, il Pil, si ottiene una fotografia di un'Italia 'formica': con una spesa per curare il diabete che è la più bassa tra i cinque Paesi: sia per incidenza sulla spesa sanitaria complessiva (5,61%), sia per quota di Pil (0,29%)", ha spiegato Nicolucci (tabella 1).

Tabella 1: Incidenza del costo del diabete su spesa sanitaria e PIL in milioni di €, dati 2010

	Spesa per diabete mellito*	% spesa sanitaria	% PIL
Fra 	12.931	5,98	0,38
Ger 	43.268	16,73	1,00
Italy 	7.981	5,61	0,29
Spain 	5.447	5,73	0,29
UK 	19.926	12,18	0,67

* Milioni di €, dati del 2010

Il paragone con la formica è quanto mai appropriato, secondo Nicolucci, perché, come testimoniano i dati clinici, il livello di controllo della malattia e i risultati delle cure prestate nel nostro Paese alle persone con diabete sono di assoluto valore: "Anche e soprattutto nei confronti di Paesi come la Germania o la Gran Bretagna che spendono in percentuale sul Pil rispettivamente l'1% e lo 0,67%, più del triplo e del doppio di noi", ha aggiunto.

Anche nei costi diretti per paziente, a parte la Spagna (€ 1.708), il nostro Paese sarebbe più efficiente: Italia, € 2.783; Francia, € 5.432; UK, € 5.470; Germania, € 5.899.

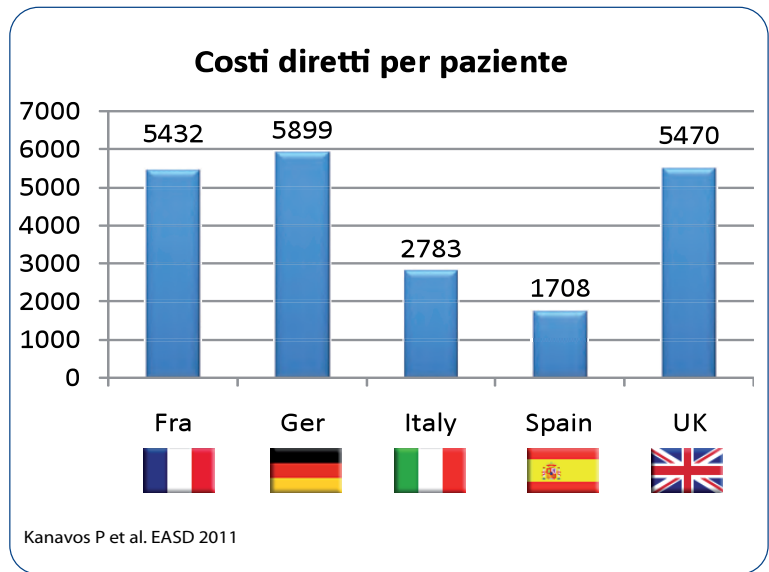
Tra le ragioni di questo positivo risultato italiano, si può quasi certamente annoverare l'unicità del nostro sistema sanitario in diabetologia. "Il sistema Italia, che rappresenta anche per altri Paesi un modello da seguire, è caratterizzato dalla diffusa presenza sul territorio nazionale di un gran numero di 'servizi specialistici di diabetologia', che si sono nel tempo organizzati con strutture di team multiprofessionale. Accanto a questi esistono 'centri di diabetologia pediatrica', che si fanno carico dei giovani affetti da diabete di tipo 1. L'elemento di forte positività di questa 'rete' diffusa è l'omogeneità di comportamenti e obiettivi, sostenuta da una cultura specialistica clinica e scientifica apprezzata a livello internazionale", ha detto Stefano Del Prato.

Non sono, però, tutte rose e fiori. Il rapporto "Italian Barometer Diabetes Report 2011: una roadmap per il diabete in Italia" mette, infatti, in luce una serie di criticità che devono essere affrontate: dal 35% circa degli Italiani con diabete che ancora non hanno contatti con questa rete, e sono seguiti solo dal sistema delle cure primarie, alle diffuse disomogeneità strutturali e di efficienza tra i servizi di diabetologia sul territorio. "Il diabete è il paradigma di una malattia cronica ad alta diffusione e con grave impatto sulla qualità della vita del singolo e sulle condizioni socio-sanitarie della popolazione", ha detto ancora Del Prato. "Negli ultimi anni è stato potenziato soprattutto un modello orientato alle emergenze e al trattamento delle malattie acute. È necessario un cambiamento culturale, che promuova servizi di diabetologia a valenza territoriale più estesa, che concentrino al loro interno multiprofessionalità e multidisciplinarietà e che collaborino con la medicina generale coordinando le azioni di prevenzione e cura; un'organizzazione di competenze complementari, adeguate a dare risposta alle necessità di salute delle persone con diabete e di quelle a rischio di sviluppare la malattia", ha concluso.

Il diabete non può essere sconfitto se non viene affrontato alla radice: prevenire è meglio che curare. "La prevenzione del diabete di tipo 2 nelle persone a rischio è possibile con interventi mirati a migliorare lo stile di vita; modesti miglioramenti delle abitudini alimentari e della sedentarietà sono sufficienti a ottenere significativi effetti; inoltre, gli interventi di prevenzione con lo stile di vita sono economicamente vantaggiosi", ha spiegato Pierpaolo De Feo, Presidente dell'Italian Wellness Alliance e curatore del documento "Diabetes Physical Activity Report: gli stili di vita al centro dei programmi di prevenzione del diabete", anch'esso illustrato nell'incontro romano. "Il nostro documento vuole sollecitare un intervento mirato, attraverso un Piano sanitario nazionale che guardi alla prevenzione di diabete tipo 2 e obesità, due pericoli imminenti, e che coinvolga sinergicamente le aree dell'istruzione, dei trasporti, del lavoro, del commercio, del territorio, le assicurazioni, l'amministrazione finanziaria e la sanità" ha proseguito De Feo, che ha ricordato come si possa fare tesoro delle esperienze accumulate, soprattutto in Regione Umbria, dove presso l'Università di Perugia opera il Centro Universitario Ricerca Interdipartimentale Attività Motoria (CURIAMO), dedicato alla sperimentazione di metodologie per modificare positivamente le abitudini delle persone sedentarie e obese.

I rapporti presentati oggi, hanno sottolineato in piena sintonia il Sen. Antonio Tomassini, Presidente della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato, il prof. Renato Lauro, Rettore dell'Università Tor Vergata e Presidente dell'Italian Barometer Diabetes Observatory, e il dr. Umberto Valentini, Presidente di Diabete Italia, sono parte integrante di quel Progetto Nazionale nella lotta al diabete, protagonista dell'accordo di programma siglato dalle organizzazioni costituenti l'Osservatorio.

"È opinione comune tra gli opinion leader, gli stakeholder e i rappresentanti della società civile che per combattere il diabete e ridurre notevolmente le sue complicanze sia necessario investire nella prevenzione e nella diagnosi precoce," ha spiegato Lorenzo Mastromano, Vice President Novo Nordisk Europe. "La nostra aspirazione è di contribuire, sostenendo l'Italian Barometer Diabetes Observatory e le sue attività, a promuovere il dibattito e il confronto in tutti quei contesti istituzionali, dove diventa sempre più necessario prendere decisioni urgenti per affrontare questa malattia", ha concluso.



Con il patrocinio di:



VILLA MONDRAGONE
CENTRE



Principis Obsta

ITALIAN BAROMETER
DIABETES OBSERVATORY



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA
TOR VERGATA

Associazione Parlamentare
per la tutela e la promozione
del diritto alla prevenzione



Associazione
diabete Italia



ITALIAN BAROMETER REPORT 2011

“Una roadmap per il diabete in Italia”

Il diabete è una malattia in rapida crescita in tutto il mondo e anche in Italia, con complicanze spesso devastanti dal punto di vista sociale ed economico oltre che clinico. Per programmare possibili interventi futuri è indispensabile monitorare il progresso di tutte quelle iniziative in corso volte a gestire questa patologia dagli aspetti sempre più pandemici.

L'*Italian Barometer Report 2011*, fornisce una chiara fotografia della situazione nel nostro Paese, che deve far fronte all'emergenza diabete. Il Rapporto parte dal presupposto che l'analisi di esperienze e approcci diversi, finalizzati alla riduzione dell'incidenza del diabete, alla diagnosi precoce della malattia e al suo trattamento efficace, può essere un importante sostegno per la creazione e la valutazione di politiche per combattere il diabete.

La pubblicazione del Report, la cui redazione e analisi dei dati è affidata all'Istituto Mario Negri Sud, risulta fra gli obiettivi del Progetto Nazionale nella lotta al diabete in Italia e dell'*Italian Barometer Diabetes Observatory*.

Il Rapporto è curato da Stefano Del Prato, Dipartimento di Endocrinologia e Metabolismo Università degli Studi di Pisa.

Con il patrocinio di:



VILLA MONDRAGONE
CENTRE



ITALIAN BAROMETER
DIABETES OBSERVATORY



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI ROMA
TOR VERGATA

Associazione Parlamentare
per la tutela e la promozione
del diritto alla prevenzione



Associazione
diabete Italia



ITALIAN BAROMETER OF DIABETES AND PHYSICAL ACTIVITY

In Italia più di 23 milioni di persone dichiarano di non praticare sport o attività fisica nel tempo libero, pari al 40% della popolazione di 3 anni e più, secondo l'ISTAT (Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", Anno 2009). Questo stile di vita sedentario si associa ad un aumentato rischio di numerose condizioni patologiche, tra le quali il diabete di tipo 2.

La promozione dell'attività motoria e del corretto stile di vita quali strumenti primari di prevenzione e di miglioramento della salute delle persone con diabete è alla base della pubblicazione dell'*Italian Barometer of Diabetes and Physical Activity*. Il Rapporto vuole fornire un aggiornamento, rispetto alla prima edizione del 2007, sullo stato dell'arte, i cambiamenti, i risultati ottenuti e le iniziative in corso, rispetto all'uso dell'attività motoria e dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e cura del diabete in Italia, in relazione a quanto avviene a livello internazionale.

L'*Italian Barometer of Diabetes and Physical Activity* è stato sviluppato dall'*Italian Wellness Alliance*, istituita in accordo con le iniziative promosse dalla Organizzazione Mondiale della Sanità e, in particolare, dalla *Non-Communicable Diseases Alliance*. L'*Italian Wellness Alliance* comprende rappresentanti del mondo scientifico diabetologico, delle istituzioni e del mondo privato, finalizzati a promuovere sani stili di vita per ridurre la diffusione delle malattie non trasmissibili: diabete, malattie cardiovascolari, cancro e malattie respiratorie croniche.

L'*Italian Barometer of Diabetes and Physical Activity* è curato da Pierpaolo De Feo, presidente dell'*Italian Wellness Alliance*, professore Associato di Endocrinologia presso il Dipartimento di Medicina Interna, Università di Perugia, direttore del Centro Universitario Ricerca Interdipartimentale Attività Motoria (C.U.R.I.A.MO.) dell'Università di Perugia, e da Cristina Fatone, Dottoranda di ricerca in "Bioscienze, Biotecnologie e Biomateriali nelle Malattie Vascolari e Endocrinometaboliche", presso il C.U.R.I.A.MO. dell'Università di Perugia.

Con il patrocinio di:



VILLA MONDRAGONE
CENTRE



ITALIAN BAROMETER
DIABETES OBSERVATORY



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA
TOR VERGATA

Associazione Parlamentare
per la tutela e la promozione
del diritto alla prevenzione



Associazione
diabete Italia



ITALIAN BAROMETER DIABETES OBSERVATORY

L'*Italian Barometer Diabetes Observatory* è un progetto concreto volto ad affrontare la sfida che una malattia in rapida espansione come il diabete pone all'Italia e a tutto il mondo. L'iniziativa nasce dall'impegno congiunto di Associazione Parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla prevenzione, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Diabete Italia, con il supporto non condizionato dell'azienda farmaceutica Novo Nordisk, che il 22 marzo 2011 hanno siglato un accordo di programma, della durata di cinque anni, per l'attuazione del Progetto Nazionale nella lotta al diabete in Italia.

L'accordo prevede la realizzazione di un tavolo di lavoro operativo, l'*Italian Barometer Diabetes Observatory*, che avvalendosi della consulenza di esperti definisce azioni, indicatori e strumenti di verifica utili alla realizzazione del Progetto Nazionale in linea con quanto previsto dal Progetto Internazionale *Changing Diabetes Barometer*.

Tra gli obiettivi principali del Progetto Nazionale:

- la pubblicazione di un report annuale nazionale sullo stato di attuazione delle politiche sanitarie, assistenziali e sociali per la prevenzione del diabete (la cui redazione e analisi dei dati è affidata all'Istituto Mario Negri Sud);
- la realizzazione di una *roadmap* nazionale sul diabete in grado di tracciare le priorità d'intervento in Italia;
- l'individuazione di campagne sociali di sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulla prevenzione del diabete tipo 2 in Italia;
- la realizzazione annuale di un Forum nazionale e di Forum locali per l'analisi e il monitoraggio del diabete in Italia.

L'*advisory board* del Progetto Nazionale, che ha sede presso il centro di rappresentanza dell'Università Tor Vergata di Villa Mondragone, è presieduto dal Rettore dell'Ateneo Roma "Tor Vergata", prof. Renato Lauro, e co-presieduto dal Presidente dell'Associazione Parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla prevenzione, sen. Antonio Tomassini e dal Presidente di Diabete Italia, prof. Umberto Valentini.

L'*advisory board* è composto, inoltre, da un membro designato, rispettivamente da Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, AGENAS; CEFPAS; CENSIS; Istituto Mario Negri Sud, Novo Nordisk e dai Presidenti o loro delegati individuati dalle seguenti Società Scientifiche: Associazione Medici Diabetologi; Società Italiana di Diabetologia; Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica; Società Italiana di Medicina Generale; International Diabetes Federation; European Society for Paediatric Endocrinology. Ne fanno parte, inoltre, rappresentanti di altre Organizzazioni Scientifiche, Associazioni pazienti, Enti di Ricerca e Istituzioni Pubbliche e Private attive nel campo della ricerca, cura e prevenzione del diabete.

Diabete: fatti e cifre in Italia

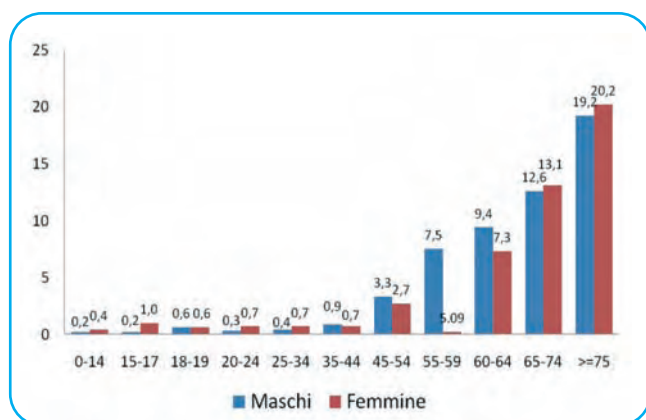




La prevalenza del diabete e dell'obesità

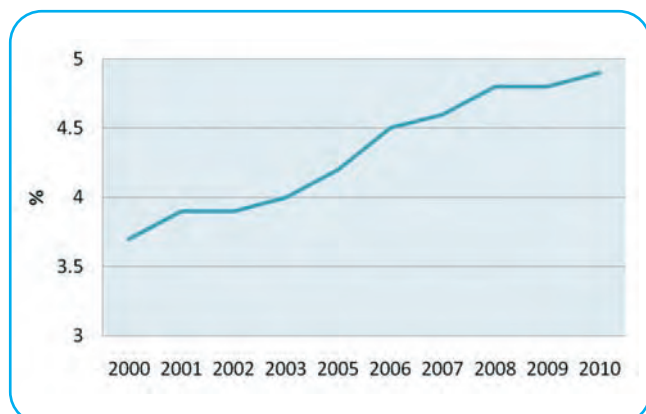
In base ai dati ISTAT, la prevalenza del diabete in Italia, riferita all'anno 2009 e stimata su tutta la popolazione, è pari al 4,9%. La prevalenza sale al 12,8% nella fascia di età fra i 65 e i 74 anni, e raggiunge il 19,8% oltre i 75 anni (Figura 1).

Figura 1.



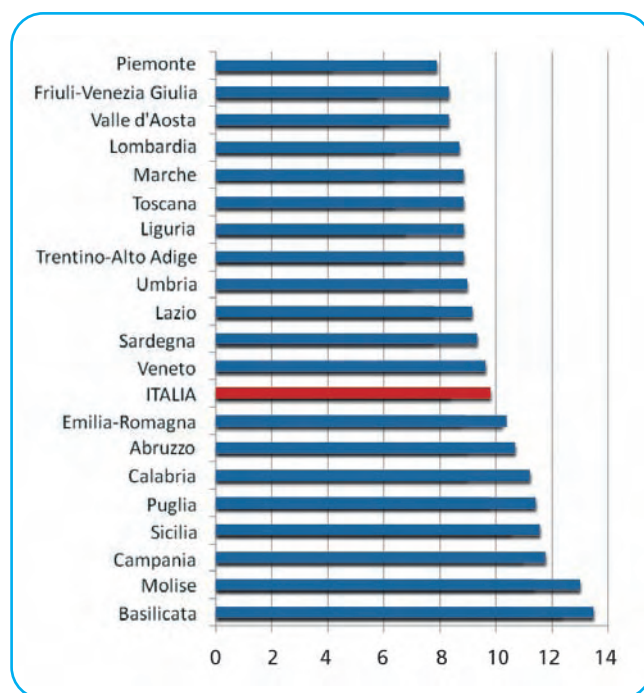
In pratica quasi 3 milioni di persone in Italia sono affette da diabete (di cui oltre il 90% da diabete di tipo 2), alle quali va aggiunta una quota stimabile di circa un milione di persone che, pur avendo la malattia, non ne sono a conoscenza. Nell'arco di soli 9 anni, dal 2000 al 2009, la prevalenza del diabete in Italia è cresciuta dal 3,7% al 4,9% (figura 2), mentre fra i soggetti di età ≥ 65 anni si è verificato un incremento dal 12,5% al 16,3%.

Figura 2.



E' inoltre presente un chiaro gradiente geografico con alcune regioni del Sud nelle quali la prevalenza del diabete ha già ampiamente superato il 6% (Figura 3).

Figura 3.



Le stime dell'International Diabetes Federation (IDF), riferite alla più ristretta fascia di età fra i 20 e i 75 anni, prevedevano per il 2025 più di 3,2 milioni di persone in Italia e 333 milioni nel mondo colpite dal diabete, con un incremento di oltre il 70% rispetto ai dati odierni (tabella 1).

Tabella 1. Prevalenza del diabete in Italia e nel mondo: confronto fra i dati del 2003 e le previsioni per il 2025

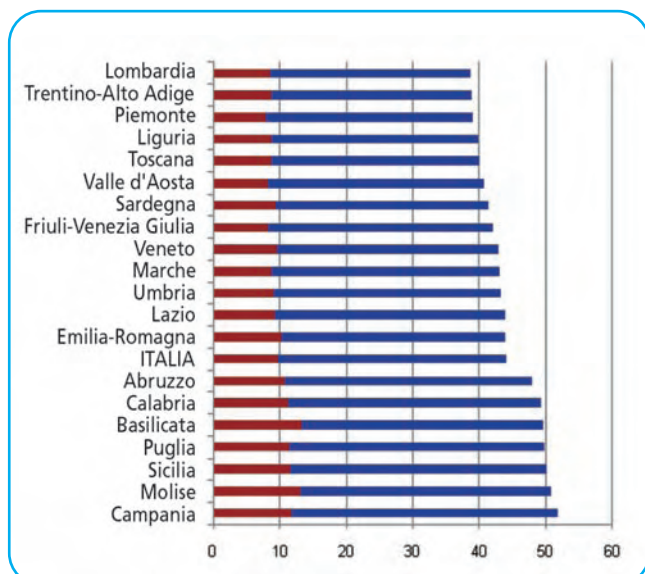
	Italia		Mondo	
	2003	2025	2003	2025
Popolazione adulta (milioni) (20-79 anni)	43,925	40,482	3.800	5.300
Prevalenza del diabete (%)	6,6%	7,9%	5,1%	6,3%
Persone con diabete (milioni) (20-79 anni)	2,9	3,2	194	333

Di fatto, già oggi abbiamo raggiunto questa stima, con oltre 15 anni di anticipo. Il fenomeno tuttavia riguarda tutto il mondo e gli incrementi maggiori sono previsti nei Paesi in via di sviluppo, nei quali nel 2025 risiederà oltre il 75% delle persone affette da diabete.

Oltre all'invecchiamento della popolazione (la prevalenza di diabete aumenta all'aumentare dell'età), l'epidemia di diabete è da attribuire, in larga misura, all'aumento della percentuale di persone obese, dovuto alla progressiva riduzione dell'attività fisica e al cambiamento delle abitudini alimentari.

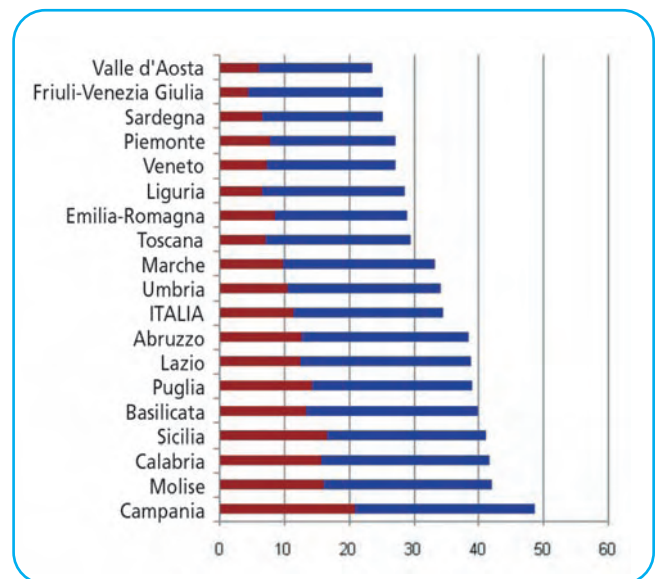
Le stime riferite ISTAT al 2005 evidenziano che, utilizzando la classificazione dell'OMS, più di un terzo della popolazione adulta (34,2% delle persone di 18 anni e più), è in sovrappeso, mentre il 9,8% è francamente obeso. L'obesità è in crescita nel nostro Paese: sono circa 4 milioni e 700 mila le persone adulte obese, con un incremento percentuale di circa il 9% rispetto a cinque anni fa. L'incremento dell'obesità è stato registrato soprattutto nella popolazione maschile, in particolare nei giovani adulti di 25-44 anni e tra gli anziani. Parallelamente al gradiente nord-sud nella prevalenza di diabete, anche l'obesità e il sovrappeso diventano più frequenti passando da nord a sud. Nelle regioni meridionali, una persona su due è in sovrappeso o francamente obesa (figura 4).

Figura 4.



Anche in Europa sta inoltre emergendo il problema dell'obesità infantile che, oggi, interessa circa 5 milioni di bambini in età scolare, con un incremento di 250.000 casi all'anno. In Italia, i dati del progetto OKkio alla SALUTE mostrano come, fra i bambini di 8-9 anni di età, il 23,6% sia in sovrappeso e il 12,3% sia obeso. Anche in questo caso, il fenomeno è più diffuso al sud: in Campania un bambino su due è in sovrappeso o obeso (figura 5).

Figura 5.



Tale fenomeno si associa alla comparsa, anche in età infantile e adolescenziale, del diabete di tipo 2, classicamente considerato una prerogativa dell'età adulta. Poiché in Europa occidentale, in base alle stime dell'IDF, oltre l'80% dei casi di diabete è attribuibile all'obesità, è facile comprendere come la lotta all'obesità e al diabete vadano di pari passo, e come sia necessario uno sforzo congiunto di politiche sociali e sanitarie per arginare un fenomeno in continua espansione.

L'impatto del diabete

Le enormi ricadute in termini assistenziali ed economici legate alle complicanze cardiovascolari, renali, oculari e neuropatiche del diabete potrebbero infatti in pochi anni rendere non più sostenibili e qualitativamente inadeguati



gli sforzi necessari al controllo della malattia e le risorse disponibili per fronteggiarla (tabella 2).

Tabella 2. L'impatto del diabete e delle sue complicanze.

Mortalità	Il diabete è la quinta causa di morte nel mondo e riduce le aspettative di vita di 5-10 anni
Complicanze cardiovascolari	Sono da 2 a 4 volte più frequenti in presenza di diabete e sono responsabili del 60-80% dei decessi
Complicanze oculari	La retinopatia diabetica rappresenta la prima causa di cecità legale in età lavorativa
Complicanze renali	Il diabete rappresenta la prima causa di dialisi
Complicanze agli arti inferiori	Il 15% dei soggetti con diabete sviluppa nel corso della vita un'ulcera agli arti inferiori e un terzo di questi pazienti va incontro ad amputazione.
Complicanze neuropatiche	La disfunzione erettile colpisce fino al 50% degli uomini con diabete di lunga durata

Il diabete rappresenta la quinta causa di morte, ed ogni anno quasi tre milioni di persone nel mondo muoiono di questa malattia. A causa soprattutto delle complicanze cardiovascolari, la causa più importante di morbilità e mortalità associate al diabete, l'aspettativa di vita si riduce di 5-10 anni. Dal 60% all'80% delle persone affette da diabete muoiono infatti a causa di malattie cardiovascolari. Queste ultime sono da due a quattro volte più frequenti nelle persone con diabete, rispetto a quelle senza diabete di pari età e sesso, e sono soprattutto le complicanze più gravi, quali infarto, ictus, scompenso cardiaco e morte improvvisa, a colpire più spesso chi ha il diabete. La retinopatia diabetica costituisce la principale causa di cecità legale fra i soggetti in età lavorativa ed è inoltre responsabile del 13% dei casi di handicap visivo. Circa un terzo dei soggetti con diabete è affetto da retinopatia e ogni anno l'1% viene colpito dalle forme più severe di questa patologia. Sulla base delle stime in continuo aumento nella prevalenza del diabete, e considerando che il 3-5% dei soggetti con diabete è affetto da retinopatia ad alto rischio, 60.000-100.000 cittadini italiani sono a rischio di cecità se non individuati e curati in tempo.

Il 30-40% dei pazienti con diabete di tipo 1 e il 5-10% di quelli con diabete di tipo 2 sviluppano una insufficienza renale terminale dopo 25 anni di malattia. In Italia oltre il 10% della popolazione dializzata è affetta da diabete e la percentuale sale a oltre il 30% nella fascia di età fra 46 e 75 anni. L'aspettativa di vita di un paziente in dialisi è infe-

riore di un terzo rispetto a un soggetto di pari età, sesso e razza, ed è pari a 9 anni se la dialisi è iniziata attorno ai 40 anni e a poco più di 4 anni se è iniziata a 59 anni. Nei dializzati diabetici la mortalità a un anno dall'inizio della dialisi aumenta del 22%. I soggetti diabetici nefropatici hanno un rischio di complicanze vascolari di 20-40 volte superiore e il 60-80% dei decessi in questa popolazione è dovuto a cause vascolari.

Le complicanze agli arti inferiori, legate sia al danno vascolare che a quello neurologico, aumentano con l'età fino ad interessare più del 10% dei pazienti con oltre 70 anni. Il 15% dei soggetti con diabete sviluppa nel corso della vita un'ulcera agli arti inferiori, e un terzo di questi pazienti va incontro ad amputazione. Il 50% dei soggetti sottoposti ad amputazione non traumatica è affetto da diabete. Il tasso di mortalità nei soggetti con diabete è doppio in presenza di tali complicanze e il 50% dei soggetti sottoposto ad amputazione maggiore va incontro a morte entro 5 anni.

Le complicanze neuropatiche sono inoltre responsabili di disfunzione erettile, che colpisce fino al 50% degli uomini con diabete di lunga durata. Questa condizione ha un enorme impatto sulla qualità della vita dei pazienti, e rappresenta un importante fattore di rischio di depressione. L'enorme peso clinico e sociale della malattia diabetica si traduce in un altrettanto drammatico impatto sul consumo di risorse. Una recente analisi su un campione di circa 9 milioni di cittadini appartenenti a 21 ASL del centro-sud Italia ha documentato come una persona con diabete su quattro si ricovera in ospedale almeno una volta nel corso di 12 mesi. Il rischio di ricovero in ospedale per complicanze/comorbilità, a parità di età e sesso, è da due a otto volte maggiore in presenza di diabete (tabella 3), con enormi ricadute economiche. Il costo per paziente con diabete è infatti più del doppio della media nazionale, ed è attribuibile in misura preponderante ai ricoveri ospedalieri, che rappresentano oltre il 60% dei costi complessivi. I costi crescono inoltre esponenzialmente con il numero di complicanze croniche. Fatto pari a uno il costo annuale di un paziente senza complicanze, il costo quadruplica in presenza di una complicanza, è 6 volte maggiore in presenza di due complicanze, circa 9 volte maggiore in presenza di tre complicanze, e 20 volte maggiore in presenza di 4 complicanze.

Tabella 3. Rischio di ospedalizzazione per specifiche cause nelle persone senza diabete, di pari età sesso, e ASL di appartenenza

Complicanze e patologie concomitanti	OR (IC 95%)
Infarto del miocardio	1,85 (1,77-1,92)
Cardiopatía ischemica	2,47 (2,41-2,53)
Scompenso cardiaco	2,48 (2,40-2,56)
Aritmie	1,49 (1,45-1,53)
Complicanze cerebrovascolari	2,02 (1,97-2,07)
Ictus ischemico	2,07 (1,96-2,18)
Ictus emorragico	1,26 (1,12-1,40)
Complicanze renali	2,82 (2,73-2,91)
Neuropatia	3,77 (3,55-4,00)
Complicanze oculari	1,74 (1,70-1,79)
Complicanze arti inferiori	6,01 (5,44-6,64)
Vasculopatia periferica	4,09 (3,94-4,24)
Amputazioni	8,77 (7,16-10,8)
Malattie infettive	1,87 (1,83-1,90)

L'andamento temporale degli ultimi anni e le proiezioni dei dati epidemiologici tracciano un quadro inequivocabile, che pone il diabete fra le grandi emergenze sanitarie per gli anni a venire. In assenza di un adeguato monitoraggio e di iniziative rivolte alla prevenzione del diabete e dell'obesità e all'ottimizzazione dell'assistenza per le persone con diabete, presto le risorse disponibili, in termini sia umani che economici, potrebbero non essere più sufficienti a garantire ai cittadini le cure più adeguate. Non è escluso che questo possa determinare, per la prima volta dopo oltre un secolo, un declino nelle aspettative di vita della popolazione, come recentemente paventato.

I 20 punti per
tracciare una
"Roadmap"
italiana della
strategia
di lotta
al diabete





1. creare consapevolezza nella popolazione generale e responsabilità tra i gestori politici relativamente alla serietà del problema e, soprattutto, sulle possibilità di un'azione preventiva efficace, anche alla luce della Risoluzione delle Nazioni Unite e delle delibere comunitarie;
2. finanziare la lotta al diabete per implementare piani e politiche d'intervento, tra cui i processi di incentivazione per migliorare la qualità dell'assistenza e dei servizi, la razionalizzazione delle spese sanitarie vive, l'integrazione e il coordinamento di varie forme di assistenza;
3. a livello nazionale e regionale, i governi e gli amministratori pubblici, hanno la responsabilità di proporre politiche di intervento all'insegna della salute e di assicurare un'azione integrata in tutti i settori per definire programmi di intervento, caratterizzati da direttive nazionali ma capaci di ricadere in modo coordinato a livello di Governo Regionale e Locale;
4. la prevenzione del diabete di tipo 2 è tanto più efficace quanto più è duratura, e va considerata un vero e proprio investimento in salute e sviluppo;
5. è compito della società offrire un contesto ambientale che faciliti uno stile di vita più salutare;
6. i servizi sanitari devono essere pronti ad affrontare l'attuale e il futuro carico della malattia, elaborando strategie che permettano l'erogazione di prestazioni consone;
7. il cittadino deve essere messo in condizione di promuovere il proprio stato di salute, di interagire con i servizi sanitari ed essere parte attiva della gestione della malattia;
8. per garantire il diritto alla salute è fondamentale che tutti abbiano accesso alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e ai servizi sanitari;
9. la cura della persona con diabete deve essere affrontata in maniera sinergica da tutte le componenti assistenziali, siano esse specialistiche o generaliste, attraverso protocolli di assistenza che individuino la presa in carico del paziente, le responsabilità di cura ed i percorsi terapeutici;
10. la formazione universitaria e post-universitaria deve considerare in maniera nuova l'esigenza di una classe medica che abbia una competenza culturale, scientifica e clinica della diabetologia. La figura del diabetologo dovrebbe essere opportunamente ed ufficialmente accreditata così già come avviene in altri Paesi Europei;
11. strutturare il team diabetologico, definendo le caratteristiche minime della sua composizione e rivalutando la figura dell'infermiere diabetologico e dell'educatore;
12. i finanziamenti alla ricerca scientifica di base, clinica e sociale nel diabete devono trovare un posto prioritario nelle strategie ministeriali e delle agenzie preposte;
13. i cambiamenti della società devono essere considerati nell'ambito di un più ampio disegno strategico. Invecchiamento della popolazione, aumento dell'obesità, multi-etnia possono cambiare in modo sostanziale lo scenario attuale;
14. linee guida e standard di cura del diabete devono trovare un'applicazione uniforme su tutto il territorio nazionale, garantendo un flusso di informazione e omogeneizzazione delle direttive nazionali con quelle regionali;
15. diagnosticare e trattare precocemente è necessario per consentire una qualità di intervento terapeutico appropriato, in grado di ridurre il costo clinico, sociale ed economico delle complicanze;
16. la persona con diabete deve essere centrale a tutte le strategie, assicurando un miglioramento della qualità di vita, garantendo un'assistenza non solo clinico-farmacologica, ma anche psicologica;
17. acquisire dati di prevalenza e incidenza del diabete sia su base nazionale che regionale, consolidando quelli esistenti e sviluppando sistemi di analisi per la valutazione di outcome clinici, economici e sociali;
18. considerare la diversità e la criticità del diabete nelle varie fasi della vita (giovane, dell'anziano, nella donna in gravidanza...) fornendo supporto adeguato alle famiglie e all'individuo predisponendo percorsi adeguati alle specifiche esigenze;
19. promuovere la formazione di nuove figure professionali, nell'ambito del coordinamento degli interventi nella prevenzione, dell'assistenza e della clinical governance;
20. sostenere l'importanza dell'innovazione terapeutica, farmacologia e tecnologica nella cura del diabete, tenendo conto della complessità della malattia, delle sue implicazioni sociali ed economiche, del miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete e condividere queste informazioni al fine di garantire la necessaria evoluzione della strategia di intervento.

Il Changing Diabetes Barometer report vuole essere catalizzatore d'esperienze differenti in grado di coinvolgere in analisi, confronto e prese di decisioni i responsabili delle scelte di sanità pubblica, in particolare il Parlamento, il Ministero della salute e le Regioni sulle scelte prioritarie in tema di prevenzione e cura del diabete.

Con il patrocinio di:



VILLA MONDRAGONE
CENTRE



ITALIAN BAROMETER
DIABETES OBSERVATORY



Associazione Parlamentare
per la tutela e la promozione
del diritto alla prevenzione



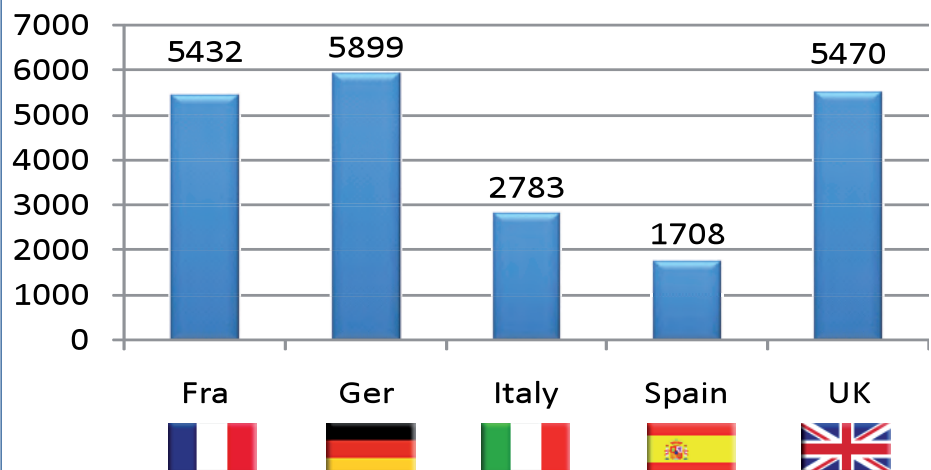
Associazione
diabete Italia



		Spesa per diabete mellito*	% spesa sanitaria	% PIL
Fra		12.931	5,98	0,38
Ger		43.268	16,73	1,00
Italy		7.981	5,61	0,29
Spain		5.447	5,73	0,29
UK		19.926	12,18	0,67

* Milioni di €, dati del 2010

Costi diretti per paziente



Kanavos P et al. EASD 2011

Con il patrocinio di:



VILLA MONDRAGONE
CENTRE



ITALIAN BAROMETER
DIABETES OBSERVATORY



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI ROMA
TOR VERGATA

Associazione Parlamentare
per la tutela e la promozione
del diritto alla prevenzione



Associazione
diabete Italia



La campagna mondiale “Changing Diabetes”

Il diabete è una delle patologie più diffuse al mondo: oggi sono circa 194 milioni le persone con diabete, pari al 5,1 per cento della popolazione adulta mondiale e si stima che nel 2025 potrebbero diventare 380 milioni.

Senza contare che molti altri milioni di persone, non eseguendo il monitoraggio della glicemia e conducendo stili di vita non corretti, potrebbero essere diabetiche senza saperlo e non rientrare in alcun tipo di valutazione statistica.

Si tratta di una vera e propria pandemia che potrebbe essere contenuta attraverso controlli costanti, evitando così le sue peggiori complicanze.

Novo Nordisk, azienda leader nella ricerca e nella cura del diabete, ha dunque come obiettivo principale la cura ed il benessere delle persone con diabete e si adopera affinché esse possano vivere la propria vita in modo normale, incoraggiandole a monitorare la propria patologia.

Un obiettivo che nel corso degli anni si è ampliato in vera e propria responsabilità sociale al punto da progettare una forte azione di sensibilizzazione e di informazione globale sul diabete e su come cambiare il modo in cui tale patologia è percepita dalle persone che ne sono affette, dalle loro famiglie, dalla comunità scientifica, dalle istituzioni politiche e sanitarie.

Questa azione prende il nome di **“Changing Diabetes”**, una campagna di informazione pubblica rivolta a tutti coloro che sono interessati direttamente o indirettamente dal diabete.

Novo Nordisk è infatti convinta che attraverso questa campagna si possano aiutare milioni di persone non solo a controllare la propria patologia e a ridurre il loro rischio di andare incontro a complicazioni a lungo termine, ma a prevenirla attraverso adeguati stili di vita.

Nell’ambito di “Changing Diabetes” Novo Nordisk ha realizzato numerose iniziative in collaborazione con organismi scientifici di rilievo nazionale ed internazionale, come ad esempio l’IDF (International Diabetes Federation).

Questa collaborazione, che ha coinvolto anche istituzioni e persone con diabete, è riuscita ad ottenere una attenzione su questa patologia che si può definire globale, raggiungendo risultati di grande rilievo internazionale, quali:

La Risoluzione delle Nazioni Unite sul diabete, siglata nel dicembre 2006, in cui l’ONU ha dichiarato *“il 14 novembre, l’attuale Giornata Mondiale del Diabete, quale Giornata delle Nazioni Unite”* ed ha invitato *“tutti gli Stati Membri, le organizzazioni delle Nazioni Unite, e le altre organizzazioni internazionali, la società civile - comprese le organizzazioni non governative ed il settore privato -, ad osservare la Giornata Mondiale del Diabete nella maniera adeguata, al fine di sensibilizzare l’opinione pubblica sul diabete e sulle sue complicanze così come sulla sua prevenzione e cura, anche attraverso forme di istruzione e i mass media”*

Il “Global Changing Diabetes Leadership Forum”, primo forum mondiale sul diabete organizzato dall’IDF con il supporto di Novo Nordisk, tenutosi il 13 ed 14 marzo 2007 a New York, nel corso del quale 20 delegazioni – provenienti da tutto il mondo e formate da istituzioni, decisori politici e giornalisti – si sono confrontate sulle necessità legate al mondo del diabete compiendo, così, un primo passo verso la strada auspicata dalla Risoluzione delle Nazioni Unite. Tra gli speaker anche Bill Clinton che ha raccomandato tra l’altro *“non fate come me, cibi sani e palestra o rischiate la morte”*.

Con il patrocinio di:



VILLA MONDRAGONE
CENTRE



ITALIAN BAROMETER
DIABETES OBSERVATORY



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA
TOR VERGATA

Associazione Parlamentare
per la tutela e la promozione
del diritto alla prevenzione



Associazione
diabete Italia



Novo Nordisk

L'Azienda

Novo Nordisk, azienda farmaceutica leader mondiale nel settore della diabetologia, dispone della più ampia gamma di prodotti per il diabete del settore, compresi i dispositivi più avanzati per iniettare e somministrare l'insulina.

Novo Nordisk è anche leader nel campo della gestione dell'emostasi, della terapia con ormone della crescita e della terapia ormonale sostitutiva. Con sede in Danimarca, Novo Nordisk ha circa 25.000 dipendenti in 75 Paesi e commercializza i propri prodotti in 179 Paesi.

La storia

Da oltre ottant'anni Novo Nordisk è impegnata nella diabetologia. La sua storia ha inizio nel 1922 quando August Krogh, un fisiologo danese vincitore del Premio Nobel, e la moglie Marie, affetta da diabete tipo 2, andarono a trovare i ricercatori canadesi Frederick Banting e Charles Best, i quali avevano cominciato l'anno prima ad estrarre l'insulina dal pancreas dei bovini.

L'anno successivo all'incontro, August Krogh aprì un'azienda in Danimarca, la Nordisk Insulin Laboratorium, che cominciò a produrre insulina per la cura del diabete. Uno dei primi collaboratori di August Krogh, Harald Pedersen, nel 1925 fondò un'azienda concorrente: la Novo Therapeutic Laboratory. Nel 1989 Novo e Nordisk decisero di unire le forze diventando la Novo Nordisk A/S. Dopo essere state in concorrenza per oltre sessant'anni, le due aziende hanno potuto concentrare e mettere insieme le proprie forze allo scopo di sviluppare nuovi prodotti ipoglicemizzanti. La nuova azienda fu chiamata Novo Nordisk A/S.

I prodotti

Novo Nordisk studia come sconfiggere il diabete in tutte le fasi della malattia. Nel 1985 uno scienziato dei Novo Research Laboratories suggerì di utilizzare l'ingegneria delle proteine per modificare il DNA dell'insulina e produrre così molecole migliori a scopo terapeutico. Questo metodo ha permesso di trasformare il tipo di insulina prodotta modificando determinati aminoacidi della catena proteica. Le insuline così modificate sono dette analoghi dell'insulina. Gli analoghi hanno gli stessi effetti biologici dell'insulina umana ma possiedono un profilo farmacocinetico migliore, in grado di simulare il profilo fisiologico dell'insulina dopo iniezione sottocutanea. Gli analoghi sono disponibili in formulazioni diverse con differenti profili d'azione, allo scopo di soddisfare le esigenze individuali dei pazienti diabetici.

Novo Nordisk è l'unica azienda ad avere un portafoglio completo di insuline analoghe. Grazie al proprio portafoglio di alternative, Novo Nordisk è in grado di offrire ai medici specialisti la possibilità di impostare diversi regimi terapeutici per soddisfare le esigenze individuali della persona con diabete.