



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 2

*N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.*

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

**INDAGINE CONOSCITIVA SULLA PATOLOGIA DIABETICA  
IN RAPPORTO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ED  
ALLE CONNESSIONI CON LE MALATTIE NON TRASMISSIBILI**

326<sup>a</sup> seduta: martedì 17 aprile 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

**I N D I C E****Audizione di esperti**

* PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 10, 15 e passim	CHIAROMONTE . . . . .	Pag. 7, 16
ASTORE ( <i>Misto-ParDem</i> ) . . . . .	10	CRICELLI . . . . .	5, 13, 18
BAIO ( <i>Per il Terzo Polo:ApI-FLI</i> ) . . . . .	9, 18	SESTI . . . . .	3, 12, 15

---

**N.B.** L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.*

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il dottor Francesco Chiaromonte, rappresentante dell'International Diabetes Federation Europe (IDF), il professor Giorgio Sesti, presidente del Comitato scientifico dell'Italian Barometer Diabetes Observatory, nonché il dottor Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale (SIGM).*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,35.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Audizione di esperti**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla patologia diabetica in rapporto al Servizio sanitario nazionale ed alle connessioni con le malattie non trasmissibili, sospesa nella seduta del 3 aprile scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Oggi è prevista l'audizione di esperti. Ascolteremo quindi il dottor Francesco Chiaromonte, rappresentante dell'International Diabetes Federation Europe (IDF), il professor Giorgio Sesti, presidente del Comitato scientifico dell'Italian Barometer Diabetes Observatory, nonché il dottor Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale (SIGM), che ringraziamo per aver accolto il nostro invito.

*SESTI.* Signor Presidente, onorevoli senatori, rappresento qui l'*Italian Barometer Diabetes Observatory*.

Questo Osservatorio nasce da una iniziativa congiunta dell'Università di Roma «Tor Vergata», dell'associazione Diabete Italia (che coinvolge sia le associazioni dei pazienti che le società scientifiche SID e AMD), e dell'Associazione parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla prevenzione, con il supporto non condizionato di un'azienda farmaceutica.

Il consiglio scientifico, che qui rappresento, è molto variegato ed è composto da rappresentanti del Ministero della salute, dell'Istituto superiore di sanità, dell'associazione Diabete Italia, delle società scientifiche (Associazione medici diabetologi (AMD), Società italiana di diabetologia (SID), Società italiana di gerontologia e geriatria (SIGG), Società italiana

di endocrinologia e diabetologia pediatrica (SIEDP), Società italiana di medicina generale (SIMG)), del CEIS, del CENSIS, del Consorzio Mario Negri Sud, dell'AGENAS e di Cittadinanzattiva. Dunque, sono rappresentati quasi tutti gli attori che ruotano intorno alla malattia diabetica.

L'Osservatorio nasce per dare organicità e sistematicità alle diverse iniziative intraprese dal *Changing diabetes barometer*, il progetto internazionale che si prefigge di stimolare interventi clinici, economici, sociali e politici nella lotta al diabete.

L'obiettivo dell'Osservatorio è quello di diventare un modello di *partnership* intersettoriale nel diabete ed un efficace strumento di *think tank* tra le istituzioni, le società scientifiche, le associazioni dei pazienti, le università e tutti gli interlocutori coinvolti nella lotta al diabete con gli obiettivi ambiziosi di identificare le attività prioritarie sulle quali realizzare una *roadmap* sul diabete; raccogliere ed analizzare informazioni e dati; effettuare un *benchmarking* degli *outcome* clinici, economici e sociali; sviluppare modelli di prevenzione delle malattie cardio-metaboliche; predisporre documenti di sintesi.

Alla luce di tutto ciò, in questa brevissima relazione desidero porre all'attenzione della Commissione due punti che, come Comitato scientifico dell'*Italian barometer diabetes Observatory*, abbiamo ritenuto essenziali.

Innanzitutto, sottolineo la percentuale di obesità e sovrappeso nei bambini di otto-nove anni: nelle Regioni del Sud si registra una prevalenza di obesità e sovrappeso perché tale percentuale si riduce nelle Regioni del Nord. Per quanto concerne l'obesità negli adulti, si osserva che vi è lo stesso ordine di gradiente tra Nord e Sud perché nelle Regioni settentrionali la prevalenza di obesità e sovrappeso è inferiore rispetto alle Regioni meridionali. Peraltro (come si può evincere dalle tabelle contenute nella documentazione che ho consegnato agli Uffici della Commissione), vi è una sovrapposizione completa tra obesità e diabete, a dimostrazione del fatto che – si tratta di un concetto molto importante che dovrebbe essere considerato nella lotta contro il diabete – la malattia diabetica non è una malattia a se stante, ma è un *continuum* che parte dall'obesità già in età pediatrica e conduce alle malattie cardiovascolari. Come è ormai ben riconosciuto nel campo scientifico internazionale, il diabete è equivalente alle malattie cardiovascolari. Tutto ciò determina costi per la sanità estremamente elevati.

Sottopongo all'attenzione della Commissione un secondo punto che – ad avviso del comitato scientifico – rappresenta un problema che ci troveremo di fronte nei prossimi anni: mi riferisco alla questione dei migranti. Come risulta dai dati del 2009 resi noti dall'*International diabetes federation's* (IDF), le regioni del Nord Africa e del Medio Oriente, che registrano una maggiore emigrazione, hanno un'aumentata prevalenza della malattia. Innanzitutto, vi è una causa di origine genetica: nel momento in cui i migranti occidentalizzano il loro stile di vita, il rischio della malattia aumenta e sviluppano una maggiore incidenza del diabete; in secondo luogo, vi è una ridotta *awareness* dei rischi, cioè non si riconosce

il fatto che la malattia diabetica possa avere conseguenze molto gravi (ciò è legato al livello socio-economico dei Paesi di provenienza). Peraltro, il fatto che l'emigrazione sia associata anche ad una qualità dell'alimentazione e ad uno stile di vita non particolarmente benefici aumenta fortemente la prevalenza e l'incidenza della malattia diabetica nel nostro territorio.

Dunque, si segnalano quattro punti. In primo luogo, esiste una sostanziale carenza di informazioni sulla prevalenza e l'incidenza della patologia e dei relativi costi, da cui nasce la necessità di un registro del diabete (al riguardo ricordo che recentemente l'Unione Europea con una risoluzione ha raccomandato a tutte le entità nazionali la creazione di un registro per la malattia diabetica). In secondo luogo, è prioritario investire in attività di prevenzione primaria già in età precoce, attraverso l'educazione ad un'alimentazione sana e l'attività fisica nelle scuole (è possibile che il gradiente Nord-Sud sia dovuto anche al minore uso o disponibilità di strutture nelle regioni meridionali o ad una minore *awareness* del problema dell'obesità), in attività di sensibilizzazione ed interventi sul piano sociale. In terzo luogo, in Italia vi è il cosiddetto modello unico (sulla base della legge 16 marzo 1987, n. 115) che andrebbe potenziato da una maggiore integrazione fra i centri specialistici (che costituiscono un grande patrimonio per la diabetologia italiana) e la medicina generale attraverso un processo di accreditamento; è opportuno che tali centri diventino un punto di riferimento accreditato per l'assistenza cardio-metabolica (e non soltanto per quella che viene definita glicemologica, cioè del controllo della glicemia), giacché tale patologia è un *continuum* che parte dall'obesità, passa attraverso il diabete e conduce alle malattie cardio-vascolari.

Infine occorre redigere, attuare e monitorare un piano nazionale sul diabete; in realtà, facendo parte della commissione che se ne sta occupando presso il Ministero della salute, posso dire che tale piano è in corso di redazione. È molto importante implementare il piano finalizzato alla promozione della salute, alla riduzione dei fattori di rischio, alla prevenzione primaria e secondaria (intendendo con primaria il passaggio da normopeso a sovrappeso e a obesità, ma anche una prevenzione primaria della malattia diabetica, cardiovascolare e ovviamente di quelle secondarie), allo *screening* per diagnosi precoce della malattia diabetica e al trattamento adeguato, da destinare alla popolazione generale per le categorie ad alto rischio (come i familiari dei pazienti diabetici o i migranti), in modo da poter ridurre le disparità tra le diverse popolazioni e utilizzare in modo ottimale le risorse sanitarie.

*CRICELLI.* Signor Presidente, onorevoli senatori, come è noto, negli ultimi anni il diabete mellito ha assunto una priorità all'interno dell'intervento del medico di medicina generale anche grazie a una collaborazione sempre più stretta con gli organismi scientifici della professione e al contributo di questa Commissione.

In questo momento dobbiamo sottolineare, anche in rapporto alle considerazioni che ci sono state inviate, tre problemi fondamentali. Il

primo è legato alla capacità di gestione di questa patologia complessa, la cui multifattorialità è nota, ma probabilmente ancora non completamente esplorata; il secondo consiste nell'affrontare questo come altri problemi clinici dal punto di vista della valutazione dei risultati ottenibili attraverso una corretta utilizzazione delle risorse; l'ultimo e non meno importante problema consiste nel valutare l'impatto degli interventi terapeutici (compresa la farmacoterapia) sull'evoluzione di una popolazione come quella diabetica che sta trovando una stabilizzazione e quindi concorre alle coorti che stanno invecchiando.

Rispetto a questo problema dobbiamo anche sottolineare l'esigenza della medicina generale, non risolta e malaffrontata, di poter concorrere all'uso di terapie che finora ci sono state in gran parte precluse. Noi riteniamo – come abbiamo sottolineato in una nota inviata al direttore generale dell'AIFA – che tutte le volte che si attribuisce soltanto al livello specialistico il compito di prescrivere alcuni farmaci, consolidati e in uso in tutti i Paesi del mondo da molti anni, si viola il principio di equità. A nostro avviso, tutti i cittadini di questo Paese, indipendentemente dai tetti di spesa posti dall'autorità regolatoria, hanno diritto a essere identificati ed eligibili per le terapie e solo la medicina generale garantisce che tutti i cittadini di questo Paese siano noti in quanto eligibili per qualunque terapia. Pertanto, abbiamo scritto all'AIFA sottolineando che il piano terapeutico violava fundamentalmente questo diritto e che naturalmente ciò non comportava la rinuncia alla collaborazione con gli specialisti, anzi evidenziando il nostro compito di far emergere i profili di quei pazienti eligibili per quella terapia senza affrontare il problema (che non spetta a noi e comunque non ai medici) di quali siano le risorse disponibili per questo; vogliamo semplicemente che, quali che siano le risorse disponibili, tutti i cittadini abbiano la possibilità di provare ad avere le terapie innovative.

La parte più importante, con la quale concludo il mio intervento, è l'iniziativa che stiamo portando avanti da alcuni anni sulla valutazione degli *outcome* e dei valori economici ad essi associati. Quest'anno per il nostro trentennale, a cui, signor Presidente, la invito a partecipare e spero che lei i suoi colleghi ci facciate l'onore di partecipare ai festeggiamenti che non sono ludici ma di tipo meramente scientifico, abbiamo lanciato uno *slogan* basato sull'idea di valutare i risultati dei processi di cura per ogni euro impiegato. Riteniamo paradossale e ridicolo da un certo punto di vista che in un Paese in cui i comparti delle cure primarie sono così fortemente informatizzati e in cui c'è una raccolta gigantesca di dati e di valutazioni economiche non si sappia esattamente se tutti i nostri interventi su tutti i pazienti si possano valutare. Noi siamo in grado di farlo, come del resto tutti i professionisti sono abituati a sapere se si sta lavorando bene e con risultati più o meno buoni e, come è noto, stiamo cominciando a pubblicare i dati; siamo peraltro dell'idea che, soprattutto in questa patologia, i risultati siano particolarmente visibili perché sono assai numerosi e ben studiati, inoltre il rapporto di collaborazione con i colleghi diabetologi è molto approfondito e sviluppato. Stiamo altresì cominciando a pubblicare i primi dati da cui si evince che utilizzando le ri-

sorse correnti è possibile aumentare l'efficienza di cura perlomeno del 25 o 30 per cento; è sufficiente applicare alcuni concetti di pratica clinica e valutare se quello che abbiamo fatto ha prodotto risultati anche economici, ma non primariamente e meramente di questo genere.

Concludo dicendo che sicuramente il diabete rappresenta una sorta di paradigma e esperimento di collaborazione tra istituzioni e associazioni scientifiche e professionali, che deve essere preso a modello per lo sviluppo di analoghi processi in tutte le altre patologie croniche.

*CHIAROMONTE.* Signor Presidente, io sono qui in rappresentanza della International diabetes federation, che è una federazione di 200 associazioni nazionali facenti capo a 160 Paesi, la cui missione consiste nella prevenzione e cura del diabete e nel sostegno a tutte le persone con diabete e a quelle a rischio; l'organizzazione, quindi, opera una strategia in questo senso attraverso azioni di patrocinio, ma anche studi clinici e epidemiologici, nonché attraverso un sostegno alle associazioni di volontariato.

Come si sa, la patologia diabetica è in forte espansione in tutto il mondo, ma presenta delle diversità in quanto a prevalenza; inoltre, le conseguenze del diabete si intersecano con le determinanti ambientali e genetiche, ma anche con le organizzazioni sanitarie delle varie nazioni; pertanto, a seconda di come questo intreccio si sviluppa si determinano conseguenze in termini di impatto del diabete sulla salute e sui costi dell'assistenza. Questa diversità nella prevalenza del diabete si realizza anche in aree geografiche abbastanza omogenee come l'Europa, dove la prevalenza varia dal 4,9 per cento dell'Italia fino all'8,9 per cento della Germania (quindi quasi il doppio), passando dal 6,4 e 6,1 per cento dalla Francia e del Regno Unito.

La citata diversità di prevalenza si realizza anche in una diversità di costi e di esiti; infatti, il costo medio *pro capite* varia molto, con un massimo in Germania e in un minimo in Spagna (che però si sta avviando verso livelli più alti) e anche in Italia con circa 2.700 euro per paziente diabetico.

La distribuzione dei costi, nell'ambito delle varie attività sanitarie, presenta diversità nelle nazioni europee. Ad esempio, il costo dell'ospedalizzazione – che rappresenta la voce prevalente nel costo dell'assistenza diabetica – è minimo in Italia mentre va ampliandosi in Francia, in Gran Bretagna ed in Germania.

Le diversità riscontrate nella prevalenza e nell'ambito dei costi dell'assistenza sanitaria si evidenziano anche in termini di esiti intermedi. Ad esempio, l'emoglobina glicosilata (che è il parametro di riferimento del compenso metabolico del diabete) presenta valori diversi nelle varie nazioni aderenti all'Unione Europea. Anche in questo caso, l'Italia ha una posizione di merito, in quanto i livelli italiani di emoglobina glicosilata sono tra i migliori nell'ambito delle popolazioni europee. Ciò dà merito all'assistenza sanitaria italiana, che si è realizzata grazie alla citata legge n. 115 del 1987 ed ai successivi atti legislativi che hanno contribuito

ad identificare il diabete come una malattia ad alto impatto sociale e hanno strutturato un'assistenza sanitaria basata sia sulle cure primarie che sull'assistenza specialistica. In Italia, i costi prevalenti sono, come nelle altre nazioni, seppure inferiori, rappresentati in larga misura dalle ospedalizzazioni; tuttavia alcuni dati del Ministero della salute evidenziano che i tassi di ospedalizzazione sono profondamente diversi tra le varie Regioni. Ciò coincide con il grado di applicazione regionale della citata legge n. 115 del 1987: questo provvedimento così come l'atto di intesa successivo hanno determinato un'impalcatura fornita dallo Stato la cui applicazione territoriale è stata demandata alle Regioni; purtroppo tale applicazione è avvenuta in modo del tutto difforme nell'ambito delle varie Regioni. Alcuni dati mostrano come, laddove vi è una maggiore presenza di strutture specialistiche diabetologiche ed una collaborazione con i medici di medicina generale, gli esiti in termini di ospedalizzazione siano minori, non solo rispetto ai tassi di ospedalizzazione, ma anche rispetto ai tassi di mortalità. Questo è un merito dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria italiana che consente di avere minori tassi di ospedalizzazione per il diabete ed anche esiti migliori in termini di durata e quindi qualità della vita.

La legge n. 115 del 1987 ha stabilito tre livelli essenziali di assistenza sanitaria: il primo è operato prevalentemente dai medici di medicina generale; il secondo ed il terzo livello sono deputati alle strutture diabetologiche territoriali ed intraospedaliere (per queste ultime con la collaborazione dei vari reparti ad alta intensità di cura). Purtroppo la disomogenea applicazione cui abbiamo poc'anzi fatto riferimento ha determinato il fatto che in molte realtà tali livelli agiscono ancora per compartimenti stagni, impedendo un'integrazione tra le varie professionalità.

In parte a ciò ha supplito l'impostazione data al Documento di indirizzo politico e strategico per la buona assistenza alle persone con diabete, sottoscritto dall'Associazione medici diabetologi, dalla Società italiana di diabetologia (SID) e dalla Società italiana di medicina generale (SIMG). Facendo riferimento al modello di assistenza alla patologia cronica, sono stati identificati sette livelli di popolazione, corrispondenti alla popolazione a rischio, all'assistenza domiciliare, al buon compenso e, via via, alla popolazione diabetica che presenta complicanze e quindi deve essere seguita con maggiore frequenza ed accuratezza.

Tutto ciò, però, non è sufficiente perché rischiamo di continuare a lavorare per compartimenti stagni, cosa che non dovrebbe mai avvenire nelle patologie croniche. Infatti, queste ultime possono presentare momenti di criticità che richiedono livelli diversi di intensità di cura. Pertanto, in questo quadro – seppure parzialmente virtuoso – manca lo sviluppo di realtà territoriali che in qualche modo si coordinano tra loro per formare percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali che consentano di mettere in rapporto i vari livelli di intensità di cura e di fornire al cittadino l'assistenza più appropriata, sia nell'ingresso alle cure a più alta intensità, sia nel ritorno verso il territorio.



In conclusione, la legge n. 115 del 1987 ha sicuramente posto l'Italia nella condizione di gestire meglio di altri Paesi l'epidemia di diabete; tuttavia la disomogenea applicazione realizzata nelle Regioni ed anche la variabilità organizzativa delle strutture diabetologiche e dell'assistenza al diabete in generale costituiscono un elemento di criticità. In ogni caso, vi possono essere grandi margini di miglioramento con l'introduzione di alcuni elementi anche a basso impatto economico, ad iso-risorse: si tratta di introdurre uno *standard* minimo nazionale nelle strutture diabetologiche ed un coordinamento dell'assistenza diabetologica in ogni ASL in grado di organizzare tutte le professionalità e le strutture presenti sul territorio in un sistema di rete funzionale ed integrata che garantisca la necessaria continuità assistenziale ai vari livelli di intensità di cura. Inoltre, si dovrebbero individuare modalità erogative dei presidi terapeutici comuni nelle varie Regioni: non è giusto che i cittadini siano trattati in modo diverso nel Lazio, in Emilia-Romagna o in Veneto.

BAIO (*Per il Terzo Polo:ApI-FLI*). Signor Presidente, ringrazio i nostri ospiti perché hanno aggiunto elementi conoscitivi importanti ai fini di una relazione conclusiva che speriamo vada incontro alle esigenze di tutte le persone diabetiche ed anche alle esigenze dei professionisti del settore.

Venendo alle specifiche domande, il dottor Chiaromonte ha sottolineato, nella sintetica fotografia che ci ha offerto, un dato conosciuto, cioè la prevalenza del costo ospedaliero rispetto al resto delle terapie. Vorrei sapere, però, se sono disponibili confronti ed analisi più dettagliate per superare la difformità di dati che spesso si registra nella misurazione dei costi di ospedalizzazione del diabete. Infatti, i dati sono simili, ma non sempre uguali e comparabili; pertanto, ci servirebbe qualche elemento aggiuntivo che ci permetta di completare la fotografia che finora abbiamo raccolto.

Il dottor Cricelli ha evidenziato un altro aspetto di cui noi siamo a conoscenza, sul quale però non abbiamo dati oggettivi. Egli ha parlato di farmaci innovativi che non sempre sono garantiti in modo uniforme ed uguale (ricordo che uno dei due principi informativi del nostro sistema sanitario è proprio quello di uniformità e di uguaglianza).

Mi permetto di farle una richiesta che esula dall'indagine conoscitiva, ma che rientra in un'altra nostra competenza, perché come senatori potremmo presentare un atto di sindacato ispettivo, essendo venuti a conoscenza di casi specifici in cui, all'interno di ASL, aziende ospedaliere e centri di diabetologia, ad alcuni pazienti sono stati negati farmaci innovativi, oggi a disposizione sul mercato, di cui avevano avuto bisogno.

Dottor Sesti, ho riassunto il suo discorso in questo modo anche ai fini del documento conclusivo cui dovremo giungere. Lei ha parlato correttamente della direttiva europea che dovrà essere recepita dal nostro Paese; ci auguriamo di farlo e ci impegneremo sicuramente a livello ministeriale, ma anche noi come Commissione competente.

Comprendiamo la necessità e l'utilità del registro di cui lei ha parlato, ma la predisposizione non è sempre così semplice. Occorre poi lavo-

rare sull'ambito diagnostico e terapeutico che in Italia, pur con alcune differenze territoriali, è sufficientemente organizzato, mentre mi è sembrato più carente il settore della prevenzione e della diagnosi precoce, perché sappiamo che ancora oggi siamo in presenza di una popolazione che non sa di essere diabetica ma di fatto lo è. Ad esempio, alcuni dati forniti ieri a un convegno a Venezia, cui abbiamo partecipato il presidente Tomassini ed io, dimostrano che l'insorgenza della patologia diabetica nei bambini oggi avviene in età molto più bassa rispetto al passato, cioè intorno ai tre o quattro anni, mentre prima era intorno ai 9-12 anni. È positivo che oggi l'età di diagnosi si sia abbassata, ma dal punto di vista organizzativo è un onere aggiuntivo.

Accanto a questa sintesi lei evidenzia altri bisogni prioritari per il nostro Paese?

ASTORE (*Misto-ParDem*). Signor Presidente, io non uso fare commenti, ma andare direttamente alle domande e vorrei sapere per quali ragioni in questo campo ci sono tante associazioni. Si tratta di un'autonomia democratica che viene dal basso e che in questo caso andrebbe applaudita ed esaltata o è pilotata dall'alto?

In secondo luogo vorrei sapere come mai vi sono differenze enormi tra le Regioni d'Italia. Io ho scoperto che la mia Regione, nonostante sia una delle più longeve d'Italia dopo le Marche, è la prima per quanto riguarda il numero di diabetici; vorrei quindi sapere da cosa dipende questo fenomeno.

Sulla base delle considerazioni della senatrice Baio, credo anche io che i malati di diabete siano molti e che una buona percentuale non sappia di esserlo; vorrei quindi sapere se non sia opportuno intervenire a livello di prevenzione o con uno *screening* obbligatorio.

Avrei ora un'ultima domanda; sulla scorta di un'esperienza particolare che ho fatto quando ero assessore, credo che la soluzione del problema possa esser rappresentata dalla creazione obbligatoria nei piani regionali di una rete non solo sanitaria, ma a cui partecipano anche altri soggetti, e facente capo all'ospedale. In Italia è difficile portare l'ospedale sul territorio e se non si crea la rete di cui parlavo credo che veramente quella massa di popolazione diabetica non andrà verso la guarigione o non si porrà un freno a certe patologie che ne conseguono. Diversamente, dovremmo predisporre una direttiva di ordine nazionale, ma credo sia importante istituire una rete con a capo l'ospedale, ma comprendente anche i medici di base e i Comuni, insomma tutti i soggetti che devono concorrere alla prevenzione. Vorrei conoscere la vostra opinione al riguardo.

PRESIDENTE. Mi permetto di aggiungere alcune domande anche per dare alcune risposte al collega Astore. In primo luogo devo dire che i campioni per quanto concerne l'aspettativa di vita sono i pugliesi.

In secondo luogo, ho capito il sospetto del senatore Astore per la molteplicità delle associazioni presenti, ma debbo dire che se tale sospetto non è mai stato giustificato per le associazioni scientifiche che oggi sono

diversamente rappresentate in quest'audizione proprio per dar voce approcci diversi (cioè l'Europa, l'Italia e in particolare la medicina territoriale), lo era invece nella fidelizzazione posta in essere nelle associazioni dei malati. Debbo dire al senatore Astore che con l'Associazione parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla prevenzione abbiamo fatto un piccolo miracolo perché da quando nel 2007 siamo stati in America con il presidente Marino a raccogliere l'indicazione dell'organizzazione dell'ONU, che in una risoluzione aveva definito il diabete pandemia da combattere, il nostro Paese è riuscito ad avere una grande unione politica, nata in questa Commissione, delle società scientifiche e dei malati. Abbiamo cioè costruito realtà importanti e su questa strada i dati che emergeranno dall'indagine conoscitiva all'ordine del giorno daranno molta forza.

L'idea di creare una rete, che penso sia molto importante, mi induce a fare la prima domanda ai tre auditi presenti. Purtroppo si millantano o si certificano come diabetologi soggetti che in realtà sono genericisti, ma ormai la diabetologia richiede un approccio di grande specializzazione ed esperienza e io non la definirei neanche una specialità medica quanto piuttosto un'attitudine. Va quindi ripristinata una rete vigilata dai diabetologi, che devono riconoscere il più alto momento nell'alta specialità, ma che anche territorialmente devono trovare degli elementi di coordinamento e codificazione nel controllo da parte di diabetologi.

Sappiamo che in Italia ci sono circa 3 milioni di ammalati e in Europa 27 milioni, ma sappiamo anche che i casi non diagnosticati sono circa 1 milione in Italia e 10 milioni in Europa; vorrei sapere quindi quali sono le strategie per attivare una diagnosi più precoce e soprattutto ammettere un'emersione di questi soggetti.

In secondo luogo, vorrei far notare al medico di medicina generale che in Italia c'è una grossa discussione sui nuovi farmaci, con una battaglia di dati spesso in contraddizione tra di loro: ad esempio, in una conferenza mi sono sentito confutare dall'AIFA dati che poi mi sono stati riconfermati dall'IMS. A mio avviso, ciò è gravissimo perché a questo punto devo cominciare a pensare che esiste un meccanismo di ostruzione nei confronti delle nuove terapie che non risponde alle necessità dei pazienti né – forse – a ragioni economiche, perché valutando questi nuovi farmaci anche sotto il profilo economico, dobbiamo tener conto – lo chiedo a voi – della tollerabilità a lungo termine dopo il primo impiego, cioè nella continuità di cura, non solo dell'effetto del primo farmaco che si è utilizzato, ma della capacità di adeguarsi continuamente nel tempo.

Noi sappiamo che alcuni dei più grandi problemi dei diabetici, tali da diminuire dai sette agli otto anni la loro aspettativa di vita rispetto alla popolazione normale, è la mancata frequentazione del centro antidiabetico o l'interruzione periodica delle terapie e non credo che ciò sia poco. A mio avviso, quando si invoca il criterio della prudenza rispetto alle nuove terapie, è sbagliato dimenticare che al di fuori dei nostri confini queste sono già in uso da due anni (e quindi vi sono dati abbastanza sufficienti)

e che i metodi precedenti, per quanto sicuramente importanti, non sono esenti da effetti collaterali e talvolta mortali nel tempo. Pertanto, ritengo che un minimo di lungimiranza nell'affrontare i nuovi percorsi sia importante.

A ciò si collega la seconda questione: occorrerebbe effettuare un elenco delle pratiche costose tuttora in uso, che potrebbero essere superate dai metodi moderni. Si tratterebbe di abituarsi ad una prassi più semplice e moderna, anche se magari un po' più costosa, abbandonandone una vecchia che non funziona.

Mi permetto di citare un esempio. Ieri, in relazione alla morte di un giocatore su un campo di calcio per un problema cardiaco, è stato proposto – credo in buona fede – di effettuare l'elettrocardiogramma a tutti i bambini delle scuole elementari. Non so se questo può essere un elemento di *screening* o di diagnosi precoce che può evidenziarci il problema. A mio avviso, sono soldi buttati via!

Ritengo che dobbiamo avviare azioni predittive e di prevenzione utilizzando strumenti idonei; l'uso di strumenti inappropriati darebbe l'impressione di fare qualcosa, ma in realtà non sarebbe veramente utile per contrastare la patologia.

Infine, vorrei rivolgere una domanda specifica al medico di medicina generale che io considero il baricentro di tutta la materia e l'elemento di collegamento tra l'alta specializzazione ed il territorio. Vorrei sapere come può essere migliorata la sorveglianza dei malati diabetici (penso soprattutto ai *caregiver*). Infatti, questi malati – che per lo più hanno una certa età – vengono curati in casa: si pone, dunque, problema di educare i malati al di fuori delle superstizioni e delle tolleranze perniciose. Ad esempio, può accadere che, dopo aver seguito una dieta corretta per una settimana, si diano al malato due torte perché è Pasqua! È chiaro che ciò è molto pericoloso per questo genere di ammalati. Per tale motivo, diventa fondamentale un sistema di tutoraggio.

In secondo luogo, vorrei capire come si può creare una rete a sostegno dei malati cronici (non mi riferisco agli acuti), anche perché ormai è indubbio che il diabete sia il generatore di almeno tre o quattro malattie principali che portano alla cronicità.

*SESTI.* Signor Presidente, rispondendo alla domanda posta dalla senatrice Baio, sottolineo che ho appreso con grande soddisfazione che vi sarà uno sforzo da parte del Governo e del Parlamento per accogliere la risoluzione recentemente adottata dall'Unione Europea in relazione alla malattia diabetica: se si riuscisse a fare almeno una piccola parte di quanto richiesto dal Parlamento europeo, si compirebbero grandi passi in avanti per il trattamento del diabete, sia per la diagnosi precoce che per l'appropriatezza delle cure; inoltre, ciò sarebbe molto importante anche ai fini della ricerca. Io sono principalmente un ricercatore (non voglio utilizzare il termine celebrativo «scienziato») e quindi credo fortemente nell'importanza di fare ancora molta ricerca.

In relazione alla domanda specifica, rispondo che – come ha affermato il Presidente – spesso il diabete rimane ignoto perché non sono mai state effettuate autentiche campagne di *screening* per la malattia diabetica, mentre esistono *screening* molto appropriati che hanno ottenuto grande successo. Penso, ad esempio, a quelli di carattere ginecologico per i tumori dell'utero o della mammella o anche per il tumore del colon (nel campo oncologico vi sono eccellenti esempi di diagnosi precoce e di prevenzione). Peraltro, anche se il diabete è una malattia facilmente prevedibile, spesso non viene diagnosticato nella sua fase iniziale. Eppure noi sappiamo bene quali sono i soggetti a rischio: la malattia diabetica ha il vantaggio rappresentato dal fatto che è possibile selezionare i pazienti a rischio e quindi ridurre l'impatto economico effettuando uno *screening* dedicato esclusivamente alla popolazione che è stata individuata per motivi banalmente genetici (basta chiedere se ha un familiare diabetico), per l'incremento ponderale o il sovrappeso o per la presenza di altre malattie concomitanti come ad esempio l'ipertensione; si può, dunque, focalizzare l'attenzione soltanto sui soggetti veramente a rischio. Ciò eviterebbe quanto osservato dalla senatrice Baio, cioè il ricovero di diabetici non diagnosticati nel momento in cui hanno l'evento cardiovascolare maggiore oppure il loro trasferimento da un'unità di terapia intensiva coronarica perché hanno avuto l'infarto senza sapere di avere il diabete. Tutto ciò evidentemente ha costi enormi perché quando si arriva all'ospedalizzazione siamo alla base della piramide ed i costi diventano intollerabili.

Vorrei fare un piccolo appunto perché rappresento un esempio virtuoso di contenitore dove sono presenti molte società scientifiche, cittadini, associazioni dei malati e quant'altro: è vero che nel campo del diabete vi sono molte associazioni, le quali non sono nate recentemente ma hanno una loro storia e soprattutto perseguono missioni diverse. È vero che si stanno cercando (come è accaduto per altre patologie e come avviene spesso in Europa e nel resto del mondo) forme di aggregazione e di federazione affinché punti fondamentali, come quelli oggi al nostro esame, siano un bene comune di tutti coloro che ruotano intorno alla malattia, dal cittadino con il diabete – che ovviamente è al primo posto – a tutti gli operatori del campo.

*CRICELLI.* Signor Presidente, cercherò di rispondere in modo chiaro ad alcune domande, iniziando da quella posta dal senatore Astore (che forse è quella più semplice). Non ritengo vi siano troppe associazioni, anche perché queste sono rappresentative degli elementi professionali in campo; tra l'altro, esse hanno saputo trovare – forse unico caso in tutto il panorama delle associazioni del nostro Paese – una straordinaria sinergia. È stato già fatto riferimento ad un documento, che è da tutti misconosciuto: per la prima volta è stata trovata una larga intesa su come ripartire i rispettivi compiti senza creare conflittualità e disarmonie. Questo documento è stato prodotto tre anni fa ed è stato già presentato a due Ministri, ma purtroppo per ora non siamo riusciti a darvi pratica attuazione. In sostanza, noi ci siamo divisi i compiti per non creare momenti di vuoto, di

*gap*, tra i vari interventi professionali. Ripeto che è la prima volta che ciò accade. Vi invieremo nuovamente il documento che l'ex ministro Fazio affidò al dottor Palumbo, il quale lo affidò a qualcun altro (poi io ne ho perso le tracce!). Dunque, questo è uno degli elementi fondamentali da cui partire.

In secondo luogo, io so essere polemico, ma in questo caso voglio fare soltanto una considerazione: alcuni anni fa (circa 12 anni fa), fu introdotto all'interno della Commissione unica del farmaco (l'AIFA non esisteva) il concetto di piano terapeutico, secondo il quale alcune patologie o meglio alcuni farmaci non sono di libera prescrizione da parte del medico di medicina generale e vengono affidati – secondo criteri che allora si ispiravano all'intensità di cura e alla complessità del caso – esclusivamente allo specialista.

Devo dire che, come si dice volgarmente, qualcuno si è fatto prendere la mano e lentamente il piano terapeutico, che era nato esclusivamente per prodotti ad alta specializzazione, è stato esteso a un gran numero di categorie farmacologiche e di classi terapeutiche; di conseguenza, tutte le volte che si vuole contingentare la prescrizione di un farmaco, in genere la si associa a un tetto di spesa e poi si dice che per rispettarlo è necessario trattare soltanto i casi più complicati. Si tratta, quindi, di un cane che si rincorre la coda, perché, essendoci poche risorse, si definisce un tetto e poi si curano soltanto i pazienti più gravi.

In realtà, secondo il piano terapeutico, i più fortunati, coloro i quali vengono visitati da un medico in grado di prescrivere quel farmaco, ricevono la prescrizione; questo per colpa di nessuno e soprattutto non degli specialisti. Ciò crea quello che scientificamente definiamo un modello di Bayes per la popolazione, perché si tratta di un terno al lotto: chi vive in una Regione dove i servizi diabetologici sono molto efficienti, diffusi ed è semplice accedervi perché c'è un'ottima distribuzione, ha la *chance* di vedersi prescrivere un farmaco e di essere profilato correttamente; chi vive in una Regione che non offre questi servizi e non viene visitato dal medico titolato a prescrivere quei farmaci non li prende.

Ci sono poi dei fenomeni straordinari per cui, malgrado tutto, la percentuale di prescrizione di questi farmaci è maggiore laddove i servizi diabetologici sono meno frequenti e intensi, ma l'AIFA non ha mai saputo spiegarci questo fenomeno. Nessuno ha mai saputo spiegare, credo neanche i colleghi diabetologi, perché in Calabria si prescrivessero (ora è cambiato) quantità otto volte maggiori di incretinomimetici che in Piemonte.

Se ne conclude che non stiamo parlando del diabete e di farmaci specifici, ma, come lei ha sottolineato, di un principio generale del diritto dei cittadini a usufruirne. Quando si ha una soluzione terapeutica, bisogna chiedersi come si possa evitare di procedere in base a una sorta di terno al lotto, cioè che la prescrizione del farmaco avvenga se una persona vive in una condizione fortunata, se è al corrente, se ha un medico bravo e magari è amico di un diabetologo, mentre se la persona è sfortunata questo farmaco non lo prenderà mai.

A questo io aggiungerei una riflessione. Nel bando AIFA che uscirà tra poco, stiamo presentando, credo in collaborazione con le associazioni cugine della diabetologia nel settore B5, un progetto sulla medicina generale per valutare gli impatti di questa cura, perché non sappiamo esattamente quale effetto abbia realmente sui pazienti.

È interessante rispondere anche all'obiezione di chi sostiene che questi farmaci sono di nicchia e non vanno impiegati in maniera estensiva. Credo sia corretto da parte dell'AIFA e delle istituzioni porre il problema, ma altrettanto doveroso da parte nostra rispondere; quindi questo è uno degli elementi che ci vedranno impegnati.

Tra l'altro, avevo omesso di dire che stiamo nuovamente lavorando alla composizione del rapporto dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed) che l'AIFA e l'Istituto superiore sanità approntano tutti gli anni. Il nome del rapporto è molto noto, ma totalmente sconosciuto nei contenuti, nel senso che delle 1.000 copie circa che ricevo dall'Istituto superiore di sanità me ne restano più di 900. Questo rapporto è importante perché è il primo in cui si fotografano in maniera istituzionale i consumi e l'impiego dei farmaci anche in ragione della loro appropriatezza. Potremmo quindi ricavare tutti i dati di cui abbiamo bisogno dal rapporto OsMed, che presenteremo come tutti gli anni a maggio, con tutte le informazioni della medicina generale; quindi credo sia opportuna una visione da parte della Commissione.

È un rapporto dell'Agenzia italiana del farmaco e dell'Istituto superiore di sanità, che viene abitualmente presentato nella sala Pocchiari.

PRESIDENTE. Esiste un capo rapporto?

*CRICELLI.* Sì credo che quest'anno siano ancora Dacas, Ruffo e qualcun'altro, ma posso darvi qualche aggiornamento sui nominativi, perché abbiamo un nostro collaboratore. È molto interessante perché non ho mai visto nessun rappresentante del Parlamento alla presentazione del rapporto.

PRESIDENTE. Sapevo che esiste e anche ieri c'era un relatore in questo campo. Le ho fatto questa domanda per sapere chi chiamare in audizione nell'ambito della presente indagine conoscitiva.

*CRICELLI.* Signor Presidente, vi manderò delle copie; benché ponderoso, è un rapporto di grande interesse.

Signor Presidente, come è noto, nella discussione del patto per la salute sono state individuate (poi negate e successivamente riproposte) alcune priorità per quanto riguarda la medicina generale e l'unica a non essere mai stata smentita riguarda il riordino delle cure primarie. Gli elementi di tale riordino sono in discussione questa settimana presso il Ministero della salute e la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e prevedono un totale rinnovamento del sistema di cure primarie, che dovrà passare attraverso le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), che

avranno una dimensione grosso modo equivalente a quella distrettuale (quindi dai 70 ai 100 medici), e poi all'interno dell'AFT ci sarà una riorganizzazione per unità di cure complesse.

Non credo che oggi sia possibile capire esattamente, ma io mi chiedo che senso abbia riorganizzare le cure primarie in questa maniera se non per farle funzionare in modo diverso e migliore e per attribuire a queste cure primarie rinnovate, costose e complesse funzioni che ammortizzino gli investimenti. Per esempio, se pensiamo di aggregare 12 medici, invece che farli lavorare ognuno nel proprio studio, ma di continuare a curare come prima l'ipertensione e le malattie croniche quali il diabete, penso sia meglio restare come siamo.

Immagino quindi che ci sarà una multiprofessionalità e, poiché il modello applicativo del *chronic care model* toscano ha molte applicazioni in quasi tutte le Regioni, è evidente che chi si occupa delle patologie croniche non trasmissibili dovrà lavorare insieme. Pertanto, all'interno delle unità di cure complesse si dovrà lavorare con il diabetologo, con l'esperto di patologie cardiovascolari, col cancerologo, con l'esperto di malattie respiratorie e poi con il fisioterapista e il geriatra. Questo è previsto anche se ogni Regione procederà secondo la propria volontà o in maniera coerente con il proprio modello. Il patto per la salute prevede esplicitamente che al massimo si possa condividere il concetto di AFT sulla sua struttura generale, ma che anche per i medici non è possibile discutere le specifiche organizzative di ciascuna Regione. Quindi in una ci saranno le Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP), le Unità complesse di cure primarie (UCCP), le UCCS, in una le UCS, con criteri che non è dato conoscere del tutto.

Chiaramente dovremo considerare quanto segue: il costo in farmaci per il diabete di un paziente anziano, ben compensato, che sta bene (ad esempio come mio padre di 90 anni) è irrisorio, cioè 3,20 euro al mese, perché mio padre prende solo la metformina, che costa circa 3 euro al mese, invece ogni mese deve spendere 80 euro in pannoloni. Quindi, il vero problema è che se continuiamo a concentrarci sulla terapia medica e non ci occupiamo dei pannoloni e dei sussidi staremo sbagliando tutto. Mio padre potrebbe permettersi di curarsi per il diabete anche privatamente, ma non si può permettere i pannoloni, le traverse e la sedia a rotelle.

Allora nelle UCCP, nelle AFT e nel patto per la salute occorrerà trovare una sostenibilità per questi aspetti. Ometterò di affrontare il tema della badante, ma un'audizione su questo tema sarebbe utile ed esilarante, anzi vi invito a farla perché voi spesso non vedete i dati concreti.

*CHIAROMONTE.* Signor Presidente, rispondo innanzi tutto alla domanda posta dalla senatrice Baio in relazione ai dati delle ospedalizzazioni. In realtà, il dato del costo di ospedalizzazione del diabete è sotto-stimato. La difficoltà nel reperimento dei dati deriva anche dal fatto che l'ospedalizzazione del diabetico subisce variazioni in termini di costo proporzionale alla presenza di complicanze: se vi è una complicanza, ha un



costo, se vi sono due complicanze ha un costo maggiore e se vi sono più complicanze il costo aumenta ulteriormente.

Inoltre, si pone il problema delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), in cui non sempre viene riportata la diagnosi di diabete; credo sia in corso una proposta di revisione di tali schede proprio perché ci si è resi conto del problema. Negli Stati Uniti è stato calcolato che il 22 per cento delle giornate di ricovero è occupato da persone con diabete (anche se tale malattia non rappresenta la principale causa di ricovero).

Inoltre, è vero che fino ad ora si è registrata una effettiva correlazione tra longevità e diabete (rispondo così parzialmente anche alla domanda del senatore Astore): la maggior parte dei nostri assistiti si colloca in una fascia di età *over 65* e la prevalenza aumenta ancor per gli *over 75*. Tuttavia è comunque in atto un'inversione di tendenza: si prevede che nel 2030 il diabete diventerà la quarta causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari, l'ictus e i tumori dell'apparato respiratorio. L'intreccio tra diabete, età ed ospedalizzazioni induce effettivamente a riconsiderare l'impostazione dell'assistenza sanitaria.

Spero che le affermazioni del dottor Cricelli non vadano nella direzione di quanto realizzato in Gran Bretagna. In quel Paese (che vuole mantenere ad ogni costo la sua originalità, oltre che per la guida, anche per altre questioni), il costo dell'ospedalizzazione è superiore alla media europea ed anche il costo *pro capite* è molto superiore a quello italiano. Condivido, dunque, l'esigenza di riorganizzare le cure primarie (anche se non sta a me indicarne il modo), purché ciò non sfoci in un bipolarismo tra medici di medicina generale ed ospedale, che rischierebbe di «far scoppiare gli uni e di affondare gli altri».

Al riguardo sottolineo che non è tanto importante la collaborazione con il diabetologo in quanto specialista. Noi parliamo da sempre di strutture diabetologiche in cui si abbia un'assistenza legata a multiprofessionalità, dove vi siano infermieri dedicati, dietisti e, laddove possibile, psicologi e quindi vi sia quell'insieme di professionalità che può garantire un approccio integrato della patologia cronica. In questo senso, è importante che le strutture diabetologiche si adeguino ad uno *standard* minimo.

La prescrizione di farmaci può derivare anche dal fatto che in realtà molte diabetologie non sono tali, ma sono solo ambulatori che trattano il diabete in modo occasionale, se non per un paio di ore a settimana; è diverso, però, il caso di strutture con *standard* minimi.

Quanto al discorso dei farmaci, sono d'accordo sul fatto che debba essere valutato il rapporto costo-efficacia, non solo considerando la spesa farmacologica. Concordo anche sul fatto che la spesa farmacologica e quella per l'assistenza ambulatoriale rappresentano le voci minori per il diabete; ritorno sul concetto che la maggior voce è costituita dalla spesa legata ai ricoveri.

Per quanto riguarda la rete, sottolineo che il documento già citato rappresenta una sintesi effettuata dalle società di diabetologia e dalle società delle cure primarie in ordine all'assistenza al diabete. Si tratta di un passo in più rispetto a quanto fatto dalla legge n. 115 del 1987. Manca,

però, ancora qualcosa: a livello territoriale manca l'attivazione di percorsi che effettivamente riescano a mettere in connessione i vari soggetti che prestano assistenza al diabete. Se non riusciamo a fare questo, non sarà mai possibile realizzare la rete. L'attivazione di tali percorsi deve avvenire sulla base delle risorse disponibili. Dobbiamo creare in ogni ASL una cabina di regia, un coordinamento o qualcosa del genere, per far sì che tutte le professionalità che si incentrano sulla cura al diabete possano costruire percorsi per intensità di cura – ripeto – con le risorse che hanno a disposizione.

BAIO (*Per il Terzo Polo:ApI-FLI*). Signor Presidente, desidero porre un'ulteriore domanda al dottor Cricelli in merito al lavoro dei medici di medicina generale. Da quanto risulta, questi medici incrociano nell'arco di un anno l'80-90 per cento dei pazienti in carico (credo non vi siano altre categorie di medici che incontrano così tante persone). All'interno della popolazione che i medici di medicina generale incontrano, vi è una minoranza, che si aggira intorno al 6 per cento (il dato oscilla tra il 5,8 e il 5,9 per cento a seconda delle Regioni), di pazienti diabetici. Vorrei sapere se è fattibile l'effettuazione da parte dei medici di medicina generale di uno *screening* in modo diffuso ed efficace (le cui modalità sarebbero ancora da studiare e da valutare perché ora vorrei soltanto capire l'attuabilità di un ragionamento di questo genere).

Un cittadino può rivolgersi al medico di medicina generale per qualsiasi patologia o perché pensa di avere una patologia che poi fortunatamente non ha. Dunque, vorrei sapere se il medico di medicina generale potrebbe avviare un'iniziativa in questo senso attraverso un esame diagnostico banale, cioè la rilevazione del tasso di glicemia, che però è indicativo di quello che potrebbe essere un problema (la rilevazione di tale tasso non può essere considerato l'unico elemento di accertamento, ma rappresenta un importante indicatore iniziale). Ciò faciliterebbe il problema soprattutto dal punto di vista economico.

CRICELLI. Signor Presidente, proprio in questi giorni, ho analizzato gli ultimi dati epidemiologici del nostro centro di ricerca (*Health Search*), che ormai osserva alcuni milioni di cittadini. I dati epidemiologici sono molto attendibili perché sono validati. Cito, in particolare, i dati relativi al diabete mellito dell'età adulta perché noi osserviamo solo il 15 per cento degli *under 14*. Come noto, però, il diabete mellito di tipo 2 è comparso ormai anche nella prima infanzia. In questo momento abbiamo una stima media in tutta la popolazione italiana del 6,5-6,6 per cento, pertanto ci avviciniamo moltissimo alla stima teorica. Riteniamo quindi che i pazienti non diagnosticati non siano più dello 0,3-0,5 per cento, tenendo conto che parallelamente all'incremento della prevalenza della patologia aumenterà anche il numero di persone non diagnosticate.

Non riteniamo utile fare uno *screening* a tappeto della popolazione, ma è preferibile – ed è quello che facciamo – la tecnica fondamentale della prevenzione, cioè il famoso *at risk targeting*. Cerchiamo cioè di in-

dividuare e concentrare la rilevazione dei parametri di base che possono far sospettare un diabete mellito secondo profili e caratteristiche di familiarità che conosciamo bene. In Italia, l'individuazione, fatta alcuni anni fa, di un indicatore *proxy* di diabete mellito come la misurazione della circonferenza corporea ha avuto un successo breve quanto infelice. Tale iniziativa fu creata da Sirchia e finanziata dal patron della Technogym; abbiamo distribuito circa 2,5 milioni di strumenti, dopo di che, anche forti del fatto che la sindrome metabolica è scomparsa, a un certo punto quell'iniziativa non ha avuto più successo.

Noi invece continuiamo a dare ai nostri medici l'indicazione di considerare come sintomo tracciante il sovrappeso e soprattutto l'obesità addominale, che probabilmente è un indicatore empirico. Quindi, se andassimo a concentrare le indicazioni, mi rendo conto che il rapporto tra la scientificità della prova e l'empiricità dei comportamenti non è totalmente sovrapponibile, ma, se sottoponessimo tutti i pazienti italiani con la pancia eccedente anche ad uno *screening* sommario, potremmo forse scoprire ancora quel restante 0,5 per cento di diabetici. Credo che questo si possa fare, ma evidentemente si tratta di un'iniziativa di sanità pubblica, su cui il nostro Paese è fortissimo sulla carta, ma abbastanza debole nelle applicazioni. Ritengo quindi opportuno convocare il dottor Oleari, direttore generale prevenzione e sanità del ministero della Salute, per chiedergli di condividere questa o altre strategie di questo tipo.

PRESIDENTE. Mi perdoni, ma vorrei segnalare che il nuovo direttore della direzione generale prevenzione del ministero della Salute è il dottor Giuseppe Ruocco.

Prima di concludere questa procedura, vorrei ricordare una questione cui ha accennato la senatrice Baio. Ieri abbiamo partecipato in Veneto a una manifestazione non usuale in cui è stata illustrata la legge n. 24 del 2011, varata dalla Regione Veneto per contrastare il diabete. Si è trattato di una pagina molto bella, perché è stata scritta da due componenti del consiglio regionale uniti in questa funzione, benché appartenenti a partiti assolutamente opposti e in contrasto tra di loro. Tale iniziativa ha altresì dimostrato come la lunga tradizione culturale di contrasto del diabete nel Veneto si sia tradotta in una rete di copertura territoriale di secondo livello, coordinata in tutti gli aspetti (quindi per quanto concerne il *nursing* e gli strumenti necessari) e molto ben fatta. Sarà nostro compito fornirvi il testo di quella legge.

Si è inoltre manifesta la disponibilità del presidente della commissione sanità del consiglio regionale del Veneto a interloquire con la nostra Commissione nell'ambito dell'indagine conoscitiva in corso e io mi occuperò di individuare lo strumento regolamentare o informale per poter realizzare tale incontro che considero di estrema utilità.

Ciò detto, ringrazio i nostri ospiti per le valutazioni svolte e dichiaro chiusa l'audizione.

Comunico che la documentazione consegnata dagli auditi, poiché nulla osta, sarà resa disponibile alla pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 15,50.*