



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 5

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

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

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

333^a seduta: martedì 22 maggio 2012

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Audizione di rappresentanti del Consiglio regionale del Veneto**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 9 e passim	* BONORA	Pag. 10, 15
BAIO (<i>Per il Terzo Polo:ApI-FLI</i>)	7	* PIPITONE	5, 9
COSENTINO (<i>PD</i>)	9, 16	SANDRI	4, 9, 18
GRAMAZIO (<i>PdL</i>)	15	SINIGAGLIA	7

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.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza del consiglio regionale del Veneto, il consigliere Claudio Sinigaglia, vice presidente della V commissione consiliare, il consigliere Antonino Pipitone, componente della V commissione consiliare e presidente dell'Associazione medici diabetologi del Veneto e del Trentino Alto-Adige, il consigliere Carlo Alberto Tesserin, componente della V commissione consiliare e presidente della commissione Statuto, il consigliere Sandro Sandri, componente della V commissione consiliare, il consigliere Diego Bottacin, componente della V commissione consiliare, il consigliere Lino De Marchi, responsabile dell'ufficio stampa, il consigliere Roberto Valente, responsabile del servizio relazioni esterne, la dottoressa Elena Peruzzo, responsabile della segreteria del presidente, la dottoressa Micaela Colucci, dirigente legislativo e il professor Enzo Bonora, professore ordinario di endocrinologia dell'Università di Verona.

I lavori hanno inizio alle ore 14,45.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti del Consiglio regionale del Veneto

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 15 maggio 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 rappresentanti del Consiglio regionale del Veneto. Sono presenti il consigliere Claudio Sinigaglia, vicepresidente della V commissione consiliare, il consigliere Antonino Pipitone, componente della V commissione consiliare e presidente dell'Associazione medici diabetologi del Veneto e del Trentino Alto-Adige, il consigliere Carlo Alberto Tesserin, componente della V commissione consiliare e presidente della commissione Statuto, il consigliere Sandro Sandri, componente della V commissione consiliare, il consigliere Diego Bottacin, componente della V commissione consiliare, il consigliere Lino De Marchi, responsabile dell'ufficio stampa, il consigliere Roberto Valente, responsabile del servizio relazioni esterne, la dottoressa Elena Peruzzo, responsabile della segreteria del presidente, la dottoressa Micaela Colucci, dirigente legislativo ed

il professor Enzo Bonora, professore ordinario di endocrinologia dell'Università di Verona, che ringraziamo per aver accolto il nostro invito.

Come noto, l'odierna audizione nasce dalla volontà di approfondire la recente legge n. 24 del 2011 varata dalla Regione Veneto per la lotta al diabete. È interesse della Commissione comprendere se tale normativa potrà costituire da modello per le altre Regioni.

SANDRI. Signor Presidente, ringrazio anzitutto per l'invito che ci è stato rivolto a seguito dell'incontro tenuto a Venezia nell'aprile scorso, durante il quale abbiamo avuto l'occasione di presentare la recente legge regionale per la lotta al diabete che abbiamo promulgato nel novembre 2011.

La legge in questione prende le mosse da un lavoro svolto per anni all'interno della Regione Veneto e che ha visto la luce nel 2003 in occasione dell'insediamento della commissione diabetologica regionale, volta inizialmente a mettere a fattore comune tutte le buone pratiche regionali per affrontare questo problema sanitario e sociale di primaria importanza, che – come si può verificare – continua ad espandersi al livello nazionale ed internazionale.

Nel corso del 2008, si è tenuta una conferenza regionale sul diabete che voleva porre ulteriori basi a quello che successivamente è stato definito dalla giunta regionale come «progetto diabete». In quel periodo io ero assessore alla sanità del Veneto e mi sono preso fortemente a carico tale problematica che ne ho fatto il progetto bandiera del mio assessorato. Al termine della legislatura sono stato riconfermato come consigliere regionale, ma non sono stato riconfermato nell'incarico; non è comunque terminato il mio impegno per tentare di portare avanti questo progetto che ritengo molto importante per la mia Regione.

Nel corso dei primi mesi di attività del consiglio regionale di recente insediamento ho potuto proseguire il progetto in collaborazione con il collega Pipitone, con il quale abbiamo compiuto passi in avanti molto importanti predisponendo un disegno di legge che finalmente ha unito tutte le esperienze maturate nel mondo della diabetologia del Veneto. In particolare, è stato avviato un progetto di rete che effettivamente ha unito le buone pratiche predisponendo vari livelli di assistenza che fino a quel momento erano lasciati alla sperimentazione e alle buone pratiche di ogni singola ULS.

Credo che il merito primario di questa legge sia nell'aver implementato il concetto di rete, in cui i medici di famiglia collaborano con gli specialisti in diabetologia e con tutti i numerosi specialisti che combattono questa patologia, come i cardiologi, gli ortopedici, i dietisti, gli psicologi (solo per citarne alcuni). Nella rete viene evidenziato il ruolo importante dal punto di vista sanitario e soprattutto dal punto di vista sociale delle associazioni di volontariato che svolgono – appunto – un compito assolutamente primario nella lotta a tale patologia.

A mio avviso, la legge deve essere ricordata per alcuni aspetti essenziali riguardanti, in particolare, la prevenzione, la diagnosi e la cura della

patologia in età pediatrica. Nella legge sono affrontate sia le problematiche dell'età adulta che quelle in età pediatrica. In questo senso siamo stati buoni «preveggenti», come dimostra un'indagine resa nota nella giornata di ieri da una Agenzia ANSA dalla quale risulta che il 25 per cento dei giovani americani in età compresa tra i 15 ed i 19 anni è già prediabete. Per tale motivo, è molto importante avviare politiche di prevenzione e di cura dell'alimentazione dei nostri ragazzi nelle scuole e nelle famiglie. Questo è un altro punto di primaria importanza contenuto nella legge.

È stato poi fatto un ulteriore passo, previsto dall'articolato e concernente l'inserimento e le problematiche del paziente diabetico all'interno della scuola e del mondo lavorativo. Sappiamo quanti siano i problemi legati alle difficoltà che il paziente diabetico incontra all'interno del mondo del lavoro, sia per quanto riguarda l'inserimento, sia per quanto riguarda la conduzione di una normale vita lavorativa da paziente diabetico. Abbiamo cercato di porre le basi della legge basandoci sul concetto – che ribadisco ancora una volta – di rete assistenziale, che abbiamo voluto ulteriormente portare all'interno del nuovo piano socio-sanitario del Veneto, che verrà discusso e con ogni probabilità approvato nella seconda settimana del prossimo mese di giugno.

Rivolgo di nuovo a voi il ringraziamento per averci convocato qui in questa giornata e l'augurio e l'auspicio che tutti gli insegnamenti dati dalla nostra legge possano essere recepiti in una fase ancora più allargata, a livello nazionale ed internazionale.

PIPITONE. Signor Presidente, nel ringraziare lei e i componenti della Commissione sanità del Senato, vorrei aggiungere alcune brevi considerazioni a quanto ha detto il collega Sandri.

Si tratta di una legge che parte innanzi tutto dalla visione di tutte le altre leggi delle altre Regioni d'Italia; sulla base di questo, essa è stata aggiornata in base alle necessità odierne. Siamo partiti da un ragionamento: in Veneto (Regione di 5 milioni di abitanti) abbiamo 250.000 pazienti cui è già stato diagnosticato il diabete ed almeno altri 120.000-130.000 persone che sono ammalate e che non sanno di esserlo o sono in forma di prediabete.

Sulla base di questi dati «macroeconomici», abbiamo cercato di dare un'organizzazione alla diabetologia regionale. Gli obiettivi sono quelli della prevenzione, della diagnosi e della cura del diabete, al fine di dare a tutti i nostri pazienti la stessa omogeneità di cura, cioè le migliori cure possibili dovunque essi si trovino. In questo modo, abbiamo steso i 13 articoli che formano la legge, prevedendo innanzitutto un complesso integrato di interventi di prevenzione, diagnosi e cura. Questi interventi sono inseriti in quella che noi chiamiamo «rete regionale assistenziale diabetologica», di cui fanno parte i medici di base, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, gli specialisti diabetologi e così via; si tratta di tutte le figure che comunque devono curare il paziente diabetico.

Abbiamo previsto inoltre tutta una serie di percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali che debbono essere omogenei per tutte le aziende sanitarie; questa, per i nostri pazienti, è la garanzia di avere le stesse cure.

Questa rete regionale di assistenza diabetologica è ben schematizzata ed è molto chiara; essa è strutturata in tre livelli. Il primo livello (basale) è quello più vicino al paziente e riguarda la prevenzione; esso interessa il medico di base e il pediatra di libera scelta. Il secondo ed il terzo livello interessano le strutture diabetologiche delle aziende socio-sanitarie; il terzo livello, in particolare, riguarda le strutture più complesse, cui dovrebbero rivolgersi i pazienti più complicati.

Abbiamo previsto delle unità operative, semplici o complesse, in modo tale che l'attività diabetologica sia inserita in una struttura autonoma e che il paziente abbia la garanzia che quella struttura lo curi al meglio. Le strutture unità operativa semplice o complessa sono presenti in ogni azienda sanitaria, mentre almeno un'unità operativa complessa è presente in ogni Provincia.

Abbiamo anche previsto, per le due aziende ospedaliere universitarie di Padova e di Verona, una disponibilità di posti letto al fine di garantire la formazione degli specializzandi in endocrinologia e malattie del metabolismo.

L'articolo 8 è importantissimo dal punto di vista sociale, perché prevede interventi per l'inserimento nel mondo del lavoro e nella scuola dei nostri pazienti diabetici. Spesso i pazienti diabetici hanno problemi di lavoro ed hanno difficoltà a relazionarsi con i datori di lavoro. Si è cercato pertanto di definire delle norme che aiutassero i nostri pazienti, anche dal punto di vista organizzativo, ad essere inseriti nel mondo del lavoro e a svolgere, all'interno della struttura dove lavorano, delle mansioni più idonee, affinché possano vivere al meglio la loro patologia.

Lo stesso discorso riguarda la scuola: abbiamo inserito delle norme per tutelare non solo i bambini e gli adolescenti che vanno a scuola, ma anche le loro famiglie, affinché possano gestirli al meglio. Una parte importante della legge riguarda le associazioni dei pazienti diabetici, che hanno avuto e devono avere un ruolo importantissimo nella condivisione di questo percorso di diagnosi e cura.

C'è poi una parte che riguarda la formazione dei medici specialisti, dei medici di base e delle altre figure sanitarie e parasanitarie in campo diabetologico.

Abbiamo previsto inoltre l'istituzione di un registro regionale del diabete; questo ci consentirà di avere una particolare comprensione dell'epidemiologia della patologia e, sulla base di questo, ci consentirà di intervenire al meglio negli anni.

È stata infine prevista l'istituzione della commissione regionale per le attività diabetologiche, che in realtà già esiste in Veneto (essendo stata istituita con una legge del 2003), ma che da tre anni non viene rinnovata. Tale commissione è stata inserita all'interno dell'organicità di questa legge perché essa svolge un ruolo importante non solo nella condivisione

delle norme, ma anche per aiutare le nostre strutture regionali ad operare al meglio.

C'è infine una norma finanziaria.

Sostanzialmente, con questa legge, si cerca di non lasciare solo nessun paziente diabetico e di garantire la migliore qualità delle cure, senza tralasciare quell'importantissimo fattore umano e sociale che deve accompagnare tutti i nostri cittadini.

SINIGAGLIA. Signor Presidente, la ringrazio anch'io per l'occasione che ci avete offerto di presentare questa importante legge approvata nel novembre del 2011.

Vorrei soffermarmi su alcuni punti che ritengo fondamentali.

Mi riferisco innanzitutto al concetto di integrazione, che sostiene la rete dei servizi di assistenza, di diagnosi e di cura. Il modello veneto punta molto sull'integrazione: integrazione socio-sanitaria, integrazione tra istituzioni, integrazione per assicurare la continuità delle cure e per assicurare la diagnosi precoce ed interventi di prevenzione efficaci. Nel sistema di integrazione, tra tutti i soggetti che vi sono già stati elencati, è fondamentale il ruolo che assumono i protocolli di diagnosi e di terapia, in modo tale che uniscano le varie realtà ed i vari centri di riferimento (il medico di medicina generale, i centri diabetologici di secondo e di terzo livello). Il protocollo unisce, in modo tale che il paziente sappia esattamente quali sono i punti di riferimento, sappia dove rivolgersi e ci sia una presa in carico efficace (presa in carico, appropriatezza delle cure ed integrazione).

Un grande ruolo, come ricordato, svolge la prevenzione. Il progetto di legge punta a definire chi è il protagonista della prevenzione, che viene assegnata alle aziende ULSS, ai servizi di educazione e promozione della salute, agli enti locali, ai medici di medicina generale, alla medicina dello sport, alle farmacie e alle associazioni dei pazienti diabetici. Quindi, anche nella prevenzione è indispensabile l'integrazione tra i diversi soggetti che diventano protagonisti di questi interventi.

La commissione diabetologica, visto che si è parlato di inserimento nel mondo del lavoro, ha il compito di garantire la tutela dei soggetti diabetici, che potranno segnalare eventuali violazioni di legge subite nell'inserimento lavorativo, e di sensibilizzare gli enti pubblici e privati in ordine alle necessità terapeutiche chi svolge attività lavorativa e ha questa patologia.

Quindi, l'integrazione e, accanto a questa, i protocolli di diagnosi e cura.

PRESIDENTE. La ringrazio, consigliere Sinigaglia, per la sua relazione.

Lascio ora la parola ai colleghi.

BAIO (Per il Terzo Polo: ApI-FLI). Signor Presidente, voglio ringraziare i nostri ospiti, in particolare il consigliere Sandri, che ha consentito,

da assessore prima e da consigliere poi, l'approvazione di una legge del genere.

Vogliamo cercare di chiudere questa indagine conoscitiva per novembre, in occasione della giornata mondiale del diabete. Faccio una considerazione e poi alcune domande, alle quali, nel caso non aveste ora tutti gli elementi necessari, potrete anche rispondere in un secondo momento per iscritto. La considerazione è un apprezzamento per il lavoro preparatorio alla legge, per la legge stessa e per i principi che contiene, anche perché può essere di esempio – ce lo auguriamo – per il Sistema sanitario nazionale e per le altre regioni, che speriamo di informare anche con l'audizione di oggi.

Per quanto riguarda la patologia diabetica, il tema della rete e della multidisciplinarietà non sempre è applicato correttamente, ma nella cultura sanitaria e dei pazienti del nostro Paese fortunatamente è acquisito. Ci sono però alcuni aspetti ancora problematici. Per esempio, il tema dell'inserimento dei bambini e degli adolescenti nella scuola o il tema dell'inserimento lavorativo, soprattutto nelle fasi critiche della vita di un paziente diabetico.

Siccome mi sembra di capire che presto potreste – uso il condizionale perché in politica è meglio – approvare il piano sociosanitario regionale, come coniugate i principi espressi nella legge con il piano stesso (che li dovrà attuare), che ci auguriamo venga approvato al più presto?

Vengo ad una domanda specifica. Analizzando una ricerca di carattere economico che abbiamo raccolto e che è in nostro possesso, risulta che nel vostro territorio, accanto ad un buono e solido servizio, voi abbiate un costo più alto rispetto ad altre regioni per quanto riguarda i farmaci delle persone diabetiche, cioè insulina per il diabete di tipo 1 o ipoglicemizzanti, nella pluralità di farmaci oggi esistenti (alcuni innovativi, altri, invece, in uso da tempo), per il diabete di tipo 2. Ripeto, risulta che, rispetto alla popolazione diabetica oggi riconosciuta nella vostra regione, voi abbiate un costo alto, non nella spesa sanitaria complessiva, ma in questa voce nel capitolo diabete. Potete fornire qualche elemento in più? Essendo la vostra una regione modello, come mai registriamo questo dato? Perché puntate a usare sempre e in via prioritaria farmaci innovativi? Io avanzo questa ipotesi che magari è infondata, pur avendo una sua ragione, però vorrei capire.

Un tema emerso in tante altre audizioni fatte in occasione dell'indagine conoscitiva in oggetto è quello del registro. Quando avete scritto questa legge, che è importantissima, avete anche ipotizzato una soluzione in materia? Avete già in mente qualcosa per attuare questo punto della legge? Lo chiedo perché oggi in Italia i dati statistici sulla patologia diabetica sono contraddittori e, purtroppo, molto vaghi. Anche l'ISTAT, che abbiamo ascoltato la settimana scorsa, lo ha riconosciuto. È quindi difficile parlare di sistema nazionale se non abbiamo dati certi di riferimento. Quindi il registro è per noi un punto essenziale della vostra legge.

COSENTINO (*PD*). Signor Presidente, essendo anch'io interessato ai temi affrontati dalla collega Baio, vorrei chiederle se – derogando alle modalità normalmente seguite nello svolgimento delle nostre audizioni – si possa consentire ai nostri ospiti di rispondere subito ai quesiti posti per poi lasciare nuovamente a noi commissari la parola.

PRESIDENTE. Senatore Cosentino, sono d'accordo sulla sua proposta. Peraltro, il professor Bonora chiedeva la possibilità di aggiungere qualche puntualizzazione tecnica. Dunque non c'è alcun problema a che i dati richiesti vengano esposti. Infatti, avendo assistito a Venezia all'ottima presentazione dei dati generali sul diabete fatta dal professor Bonora e riproposta questa stamattina in conferenza stampa, mi ero già permesso – senza chiederlo alla Commissione – di organizzarne la riproposizione in Commissione.

Mi permetto di aggiungere, infine, alle richieste della senatrice Baio una domanda sull'organizzazione. Vorrei che ci venissero fornite maggiori delucidazioni su come sono strutturate territorialmente le unità operative semplici e complesse.

Ciò detto, do la parola ai nostri ospiti.

SANDRI. Signor Presidente, per quanto riguarda il piano socio-sanitario, sottolineo che la versione iniziale del progetto di legge non prevedeva il recepimento della legge per la lotta al diabete. In seguito, abbiamo presentato un emendamento che contiene i principi fondamentali che abbiamo esposto: esso è stato recepito all'interno del documento, è stato approvato in commissione e sarà discusso prossimamente.

Come noto, il piano socio-sanitario è una grande legge quadro che richiederà una serie di leggi applicative. Comunque, siamo fiduciosi del fatto che il recepimento dei principi fondamentali abbia messo le basi per l'implementazione della legge.

PIPITONE. Signor Presidente, non ricordo esattamente il dato della spesa farmaceutica per il diabete, ma penso che l'eccessivo costo possa essere riconducibile, almeno in buona parte, al fatto che le nuove molecole introdotte negli ultimi anni hanno costi significativi. Si deve tenere presente che vi sono farmaci per il diabete molto vecchi, che in gran parte sono ancora utilizzati, anche se provocano gravi complicanze, soprattutto in termini di ipoglicemia, negli anziani e anche in altre tipologie di soggetti. Si cerca, quindi, di spostare la cura verso quei farmaci più sicuri e che provocano meno complicanze. Pertanto, l'utilizzo dei nuovi farmaci sembra produrre un maggiore costo, ma in realtà genera risparmi in termini di ricoveri e di complicanze evitati. Al riguardo, il professor Bonora potrà aggiungere qualche considerazione.

Sottolineo, poi, la grande importanza del registro del diabete. Noi disponiamo di un sistema regionale epidemiologico che ha raccolto i dati relativi alla diabetologia. Siamo convinti della necessità di predisporre un registro molto puntuale e preciso (lo stiamo studiando con i nostri uf-

fici), affinché si possano monitorare l'esatto numero dei diabetici (anche se tale dato è rilevabile dall'esenzione) e soprattutto l'evoluzione della malattia e delle sue complicanze, anche rispetto alle terapie seguite. Dunque, vogliamo avere un quadro ampio che possa essere utile non solo alla Regione, ma anche al sistema sanitario.

Vorrei svolgere un'ultima osservazione in ordine al rapporto tra territorio ed unità operative, su cui si è soffermato anche il presidente Tomassini. Noi siamo convinti che il diabete si debba curare sul territorio e che quindi occorra spostare le risorse umane ed economiche là dove vive la gente, cioè sempre più vicino agli ammalati. In ospedale devono recarsi solo i casi veramente gravi. Pertanto, nella legge abbiamo previsto unità operative complesse e semplici anche di livello territoriale, pur mantenendo ovviamente i grandi presidi ospedalieri (in particolare, le due università). Siamo convinti, però, che occorra investire sul territorio.

Pertanto, il fatto di creare strutture diabetologiche territoriali aiuta i colleghi ad avere una crescita professionale lontano dall'ospedale e quindi rappresenta un incentivo a portare le migliori energie professionali al di fuori dell'ospedale.

BONORA. Signor Presidente, vorrei fare qualche commento sugli aspetti evidenziati.

Innanzitutto, per quanto riguarda la spesa dei farmaci antidiabete, mi risulta che in Veneto non sia molto diversa da quella sostenuta nel resto del Paese; vi sono alcune diversità rispetto ad altre realtà, ma la spesa per i farmaci antidiabetici del Veneto comunque non è tra quelle più elevate. Peraltro, il Veneto è una delle Regioni italiane che utilizza meno i farmaci più costosi nell'area del diabete, cioè quelli che appartengono alla nuova classe delle incretine. Vi sono differenze clamorose fra Veneto ed altre Regioni: ad esempio, in Calabria e in generale nel Sud del Paese tali farmaci vengono prescritti tre o quattro volte di più rispetto al Veneto. Credo che ciò faccia onore all'attenzione che i diabetologi e i medici del Veneto stanno ponendo nei confronti dell'uso delle risorse.

È possibile che parte della spesa per farmaci antidiabete sia legata ad un più alto uso di insulina, anche quelle di ultima generazione. Risulta che nel Veneto se ne utilizzano in grandi quantità (anche se non so se più che in Regioni). Nell'ambito della personalizzazione della cura e degli obiettivi glicemici nel diabetico l'intenzione è evitare (e il mondo scientifico ormai condivide tale concetto), le ipoglicemie. Queste ultime, infatti, peggiorano la qualità della vita in modo rilevante o addirittura uccidono. Se un diabetico ha avuto nella vita una ipoglicemia, ne avrà per sempre paura. Non si può pensare che un diabetico viva con questo timore solo perché si vuole risparmiare: ritengo sia disumano prescrivere insuline che aumentano il rischio di ipoglicemia! Deve esservi, dunque, un buon compromesso tra il risparmio e ciò che si vuole garantire ai cittadini.

Sottolineo, poi, che il Veneto è una Regione pilota dal punto di vista dell'implementazione della rete, che si è sviluppata negli anni Settanta e poi si è diffusa in modo capillare, forse con qualche ridondanza. Infatti,

la nuova legge è volta anche ad ottimizzare la distribuzione territoriale dei centri diabetologici nella loro configurazione di secondo e di terzo livello.

A tale proposito, ritengo si debba stare attenti ad usare la parola «territorio» in modo equivoco. A me personalmente non darebbe alcun fastidio che si scrivesse «unità territoriale» sulla targa della mia struttura nell'ospedale. È importante, che i diabetici vengano assistiti da chi sa curare la patologia, che poi sia territorio o ospedale non è rilevante. Una volta che in campo vi sono le risorse necessarie, non è importante che il paziente vada a curarsi in ospedale piuttosto che a 500 metri di distanza nel «territorio». E va bene chiamare «territorio» quello che sta dentro l'ospedale se questo soddisfa i requisiti. L'importante è che non si creino duplicati fra ospedale e territorio perché altrimenti la spesa raddoppia. Infatti, l'ospedale non può essere soppresso perché ha le sue competenze insopprimibili; quindi, il potenziamento del territorio può comportare il rischio di un aumento di spesa. Ripeto, pertanto, che si deve stare attenti e ottimizzare la distribuzione dei centri diabetologici.

Sottolineo, poi, che la creazione di un registro regionale del diabete si scontra con la questione del rispetto della *privacy*, che francamente non è chiaro come possa essere risolta. Io credo sia uno strumento molto prezioso per allocare risorse e per monitorare la situazione. L'Italia è molto forte nella epidemiologia e nella diabetologia ed ha già prodotto tanti dati utili; ritengo che questi possano essere utilizzati per allocare risorse.

A mio avviso, il registro sarebbe assai utile, ma bisogna assicurare le persone perché in questo momento hanno il terrore di dichiarare che hanno il diabete per questioni assicurative, per problemi legati alla patente e per altri aspetti. Tale timore ostacola l'acquisizione di una serie di informazioni. Oggi vi sono tantissime persone con diabete che non si rivolgono ai centri perché hanno paura di essere dichiarati diabetici e che ciò si possa tradurre in problemi nella vita sociale.

Passo ora all'illustrazione di una presentazione sul diabete. Signor Presidente, ringrazio lei e i senatori membri della Commissione per questa grande opportunità e per questo privilegio, nonché per l'attenzione. Credo che questo serva a fare il punto della situazione su una malattia che è molto più complessa di quanto non si pensi.

Il diabete è estremamente diffuso. In questo momento, in Italia, ci sono sicuramente 3 milioni di persone (forse anche qualcuna in più) che hanno questa malattia e che sanno di averla, perché qualcuno gliel'ha detto. Accanto a questi, ci sono dati epidemiologici solidi che dimostrano che c'è un altro milione e mezzo di persone che ha la malattia e che non sa di averla. Non sapere di avere il diabete quando c'è significa andare incontro per anni ai danni dell'iperglicemia senza fare nulla. Il ritardo di diagnosi medio calcolato è di 8-10 anni, durante i quali la glicemia fa danni in tutti gli organi.

Oltre al diabete, c'è una situazione che chiamiamo «prediabete»: si tratta di persone che hanno una glicemia modestamente aumentata, che stanno scivolando verso il diabete e sulle quali bisognerebbe fare prevenzione. Per inciso, aggiungo che già dei lievi rialzi della glicemia, senza

avere il diabete, arrecano dei danni cardiovascolari; queste persone hanno già un aumentato rischio di avere un infarto o un *ictus*. In totale, si tratta di 9 milioni di cittadini italiani o di persone che vivono in Italia.

Il diabete e il prediabete sono in continuo aumento. I dati epidemiologici prodotti nel Veneto indicano che ci sono in questo momento 500.000 casi di diabete e di prediabete e 20.000 nuovi casi di diabete ogni anno. Secondo le stime, tra dieci anni in ogni famiglia italiana ci sarà una persona con il diabete o un soggetto prediabete. Quindi tutti devono o dovranno affrontare questo problema, per la sua grande numerosità.

Il diabete è una malattia cronica che ha spesso presupposti evidenti fin dalla nascita. Nel caso del diabete di tipo 2 il tempo zero corrisponde alla presenza di geni di suscettibilità; su questi poi vanno ad agire i fattori ambientali (la sedentarietà, la dieta e l'eccesso alimentare, che diventano sempre più frequenti). Si passa attraverso una fase di prediabete e poi arriva il diabete, ora sempre più spesso a trenta o a quarant'anni (una volta cominciava a sessant'anni). Una volta c'era quello che la gente chiamava il diabete senile. È una bestialità (scusate se uso questo termine in quest'Aula); è sbagliato parlare di diabete senile, così com'è sbagliato parlare di diabete alimentare o dire: «Io porto alta la glicemia».

Il diabete, inoltre, va incontro alle complicanze croniche. Numerosità e cronicità generano un enorme equivoco. Qualcuno pensa che, siccome lo hanno in tanti e dura per tutta la vita, il diabete sia, una cosa da poco, una malattia semplice che chiunque può curare. Non è così: questa concezione è totalmente sbagliata. In realtà, il diabete è una malattia sistemica molto complessa e potenzialmente molto grave e questo va detto in maniera molto chiara, aperta ed esplicita. È una malattia molto grave che viene però sottovalutata da moltissimi pazienti, da molti medici (qualcuno pensa che la glicemia sia una variante costituzionale, come i capelli biondi, o la statura bassa o alta) e anche da molti amministratori della sanità.

Il diabete è una malattia sistemica. Perché una persona abbia la glicemia che si alza, devono entrare in gioco tanti organi (pancreas, muscoli, tessuto adiposo, cellule che producono l'insulina, reni, intestino, cervello) che alterano la loro funzione contemporaneamente; stiamo parlando del diabete di tipo 2. Tanti sono gli organi coinvolti nell'origine del problema e tanti organi, quando la glicemia si alza, sono coinvolti nei danni: l'occhio (retinopatia), il rene (nefropatia), i nervi, il cuore. Soffre anche la cute e ci sono manifestazioni osteoarticolari, nel tubo digerente, nel cervello e così via. Quando la glicemia è alta, soffre tutto l'organismo in quanto si tratta di una malattia sistemica.

Le complicanze non si sviluppano dopo anni e anni dalla comparsa della malattia. Ci sono persone che hanno complicanze nel momento in cui viene diagnosticato il diabete, proprio a causa dei molti anni in cui la malattia non è stata riconosciuta. Su 1.000 pazienti di nuova diagnosi a Verona, solo il 20 per cento non presenta alcuna complicanza, tutti gli altri hanno complicanze che riguardano i grossi e i piccoli vasi, l'oc-

chio, il rene, i nervi. L'80 per cento presenta dunque delle complicanze già al momento della diagnosi.

Queste complicanze possono diventare molto gravi, anche gravissime. Il diabete è una delle prime – se non la prima in assoluto – cause di cecità; è una delle principali cause di insufficienza renale cronica, con necessità di dialisi o di trapianto (in un reparto di emodialisi, su dieci persone che fanno dialisi, due hanno il diabete); è di gran lunga la principale causa di amputazione non traumatica (dita, piede, arti); è una concausa importante di infarto ed *ictus*.

Scusatemi se sono così crudo, ma credo che queste cose vadano conosciute, per potersi organizzare e lottare contro questa patologia. I dati epidemiologici italiani hanno dimostrato che in dieci anni, tra i malati di diabete, un maschio su otto e una donna su sedici avranno un infarto, che più spesso sarà fatale rispetto ai non diabetici, oppure avranno bisogno di fare una rivascolarizzazione delle coronarie. Inoltre, un maschio ogni sedici e una donna ogni sedici avranno un *ictus*, che sarà più spesso fatale rispetto ai non diabetici. Tutto questo dà la misura della gravità della malattia.

In un'unità intensiva coronarica, il 20 per cento dei maschi e il 10 per cento delle donne ricoverati per un infarto hanno il diabete; in una *stroke unit*, dove si cura l'*ictus*, succede la stessa cosa. Le *slide* che sto proiettando mostrano i piedi di alcuni diabetici ricoverati negli ultimi due o tre mesi a Verona. Queste persone restano ricoverate in ospedale per mesi, spesso non hanno guarigione e subiscono un'amputazione; inoltre, se guariscono, spesso ritornano con un altro problema allo stesso piede o a quello contro laterale. Il 30 per cento di questi pazienti non sapeva di avere il diabete quando è arrivato in ospedale. Come mai non lo sapeva? Poca sensibilità per la malattia, trascuratezza, negligenza? La *slide* successiva mostra la gamba di una paziente che è ricoverato in questo momento nel mio reparto; gli è stato già amputato un arto e stiamo cercando di salvargli l'altro, ma non so se ci riusciremo.

Il diabete è una malattia complessa, che va curata da tanti professionisti della salute. Sicuramente il medico di famiglia deve essere fra quelli che partecipano alla cura, su questo non c'è dubbio; però serve anche un *team* diabetologico. Il *team* è irrinunciabile; servono gli esperti, che sanno curare questa malattia perché hanno competenza ed esperienza, sanno destreggiarsi fra i numerosissimi farmaci e fra i molteplici esami strumentali e di laboratorio specifici. Servono il diabetologo, il dietista e l'infermiere del *team* diabetologico e a volte serve che a questi si affianchino il cardiologo, il nefrologo, il neurologo, l'oculista e altri specialisti. Il diabete è una varietà molto speciale di malattia cronica. In molte circostanze e in molte Regioni (il presidente Tomassini è lombardo e lo sa) si sta pensando di affrontare la cura delle malattie croniche, con pacchetti di prestazioni forfettarie pagate ad organizzazioni esterne all'ospedale che se ne facciano carico. Il diabete in questa modalità di cura non dovrebbe entrarci, a mio avviso. Le malattie croniche di cui si parla per allestire modelli comuni di cura sono l'osteartrosi, la patologia peptica, la broncop-

neuropatia cronica ostruttiva, lo scompenso cardiaco. Si tratta di malattie nelle quali c'è un solo organo interessato, diversamente dal diabete, in cui tutti gli organi sono interessati. Le altre malattie hanno un solo o nessun parametro di laboratorio da monitorare, mentre il diabete ne ha ventidue. Gli esami strumentali per monitorare questa malattia, sono uno o due, mentre per il diabete sono tredici. Le classi di farmaci da utilizzare e fra cui destreggiarsi con abilità, conoscendo benefici e svantaggi, per il diabete sono trentadue, mentre per queste malattie sono al massimo una mezza dozzina. Gli specialisti coinvolti in queste malattie sono uno solo: il cardiologo per lo scompenso, lo pneumologo per la BPCO, il gastroenterologo per l'ulcera peptica, il reumatologo per l'osteoporosi. Per il diabete gli specialisti sono dodici.

Per tutti questi motivi, il diabete è molto costoso. I costi sociali in questo momento in Italia sono pari a circa l'8 per cento della spesa del Sistema sanitario nazionale, quasi tutto (il 70 per cento) per le complicanze, non per i farmaci. Si tratta di 8,25 miliardi di euro all'anno, perché i diabetici sono 3 milioni e il costo medio individuale è pari a 2.750 euro (la metà di quanto spendono per il diabete nel Regno Unito, in Germania o in Francia). Vi sono poi le spese individuali aggiunte a quelle pubbliche, perché la persona a volte ci mette del suo per curarsi. Bisogna inoltre distinguere tra costi diretti per la cura della malattia e delle complicanze e costi indiretti, alcuni tangibili (l'assenza dal lavoro perché c'è la malattia o il parente deve accompagnare il paziente in ambulatorio che si traducono in un mancato guadagno) ed altri costi morali ed intangibili, ma pesantissimi. Quanto costa una disabilità? Che valore diamo ad un'amputazione o ad una morte prematura? E la qualità di vita di queste persone è ridotta. Chi ha il diabete sa che gli viene chiesto spessissimo di fare una cosa inerente alla malattia. Gli viene chiesto di seguire una dieta e lui deve pensare almeno tre volte al giorno a come deve mangiare. Gli viene chiesto di andare a camminare, se non è molto avanti con gli anni, tutti i giorni, magari anche due volte, magari gli viene chiesto anche di camminare velocemente. Gli viene chiesto di prendere farmaci per il diabete due, tre, quattro volte al giorno. A volte sono iniezioni, che certo non sono piacevoli. Gli viene chiesto di prendere altri farmaci, questi sono necessari per il colesterolo elevato o per l'ipertensione. Gli viene chiesto di misurare le glicemie. Anche questo non è piacevole. Bucarsi un dito fa un po' male. Se lo si deve fare cinque o sei volte al giorno non è piacevole. La qualità della vita peggiora. Bisogna andare dal medico ogni tanto. Bisogna andare a fare esami strumentali. Bisogna andare a fare esami di laboratorio. Un diabetico nel corso della vita deve imporsi da 100.000 a 500.000 azioni a causa della malattia, il che vuol dire che la qualità della sua vita non è come quella di una persona senza il diabete.

Questa che vedete è l'aspettativa di vita di un diabetico e di un non diabetico secondo i dati americani. I dati italiani indicano numeri migliori di questi per i diabetici, ma non totalmente diversi. L'aspettativa di vita di un maschio di 50 anni senza il diabete anni è di 28 anni (quindi arriva fino a 78 anni), mentre se ha il diabete è di 21 anni. L'aspettativa di

vita di una femmina di 50 anni senza il diabete è di 34,7 anni (quindi arriva fino a quasi 85 anni), mentre se ha il diabete è di 26. Ciò vuol dire che, in media, il diabete accorcia la vita di 7-8 anni. Pessima qualità, o compromessa qualità, di vita e anche ridotta durata di vita nel diabete.

Questo va conosciuto bene quando si pensa a cosa fare per curare questa malattia. In Italia abbiamo una formidabile rete di centri diabetologici che si sono sviluppati a partire dagli anni '70 e che si è ampliata nel tempo. Ne abbiamo più di 500 in Italia, ben distribuiti sul territorio nazionale. Ce ne sono molti di più al Nord, che è più popoloso rispetto al Sud e si è organizzato prima. Questi centri hanno ottenuto grandi risultati. Il compenso medio del diabete in Italia è migliore che in altri Paesi. L'incidenza delle complicanze croniche in Italia è più bassa che in altri Paesi. I dati di mortalità sono migliori in Italia che negli altri Paesi. Questo è il risultato dato dall'avere questi centri diabetologici.

Quello che vedete è un dato veronese, che possiamo prendere come rappresentativo di tutta Italia. È la sopravvivenza di chi va e di chi non va nel centro diabetologico, perché fa differenza andare o non andare. A sinistra c'è la mortalità per tutte le cause. A destra c'è la mortalità cardiovascolare. Questi sono i tassi di sopravvivenza. A cinque anni l'80 per cento dei diabetici vive, il che vuol dire che il rimanente 20 per cento muore (per tutte le cause). Chi non va al centro muore di più. In caso di mortalità cardiovascolare la differenza è ancora più ampia, come è ovvio, perché la malattia cardiovascolare è la principale causa di morte. Se cerchiamo di rendere questo dato più facilmente comprensibile, le vite salvate con l'assistenza al centro sono dieci ogni 1.000 diabetici che ci vanno. Le vite perdute sono dieci per ogni 1.000 persone con il diabete che non vanno mai al centro. Si tratta di decine di migliaia di vite salvate o perdute ogni anno.

GRAMAZIO (*PdL*). Questi dati terrorizzano.

BONORA. Lo so, ma bisogna conoscere la realtà.

I dati dimostrano il beneficio della assistenza specialistica sulla sopravvivenza dei diabetici italiani. In proposito mi duole notare che il numero dei pazienti che vanno al centro diabetologico negli ultimi 10-15 anni è progressivamente calato. Il mio centro di Verona a metà anni '90 assisteva 7.500 diabetici sui 15.000 della città, mentre adesso ne assiste 4.500. Questo perché qualcuno dice ai pazienti che è meglio non andare. In tutta Italia tra quelli che vanno (circa 1,5 milioni) si salvano circa 30.000 vite all'anno con l'assistenza del centro. Tra quelli che non vanno (circa 1,5 milioni) si perdono circa 30.000 vite all'anno. In dieci anni il non andare al centro diabetologico comporta la perdita di 300.000 vite. Immaginate Catania e Bari, due città da 300.000 abitanti, entrambe popolate da diabetici. In una tutti vanno al centro, nell'altra nessuno. In dieci anni quest'ultima è vuota perché tutti i diabetici sono morti. Allora c'è da allocare risorse con raziocinio. Adesso vanno molto di moda, e l'ho imparato da voi, il *cost impact* e la *spending review*. In questo momento in

molte regioni italiane si è attivata la gestione integrata, in una versione che non è quella del Veneto, perché una cosa importante della legge veneta è che la gestione integrata prevede che tutti diabetici, dall'inizio della malattia, debbano essere curati insieme dal *team* diabetologico e dal medico di famiglia. Alcune varianti della gestione integrata invece prevedono di mandare alcuni pazienti sempre al centro e altri mai, così che poi i risultati sulla mortalità saranno analoghi a quelli che ho fatto vedere. L'incentivo ai medici di medicina generale per fare questa gestione integrata che, a volte, è un po' precaria, è di 100 euro per paziente diabetico per anno. Bisogna che chi amministra la sanità sappia che con 100 euro si pagano tre visite al centro diabetologico. Quindi l'attività specialistica comporta la stessa spesa di una attività non specialistica. Vi ho fatto vedere i risultati sulla mortalità, quindi ci si deve porre il quesito: a parità di spesa, o con meno spesa, perché si dovrebbe mandare il paziente al centro (anche una o due volte all'anno)? Quale strategia rende di più?

Spending review. Quale priorità nella spesa sanitaria complessiva? Per garantire due visite diabetologiche all'anno ai tre milioni di diabetici italiani servono 150 milioni di euro. Ebbene questi soldi si stanno già spendendo per pagare la terapia con farmaci biologici a 15.000 pazienti con la psoriasi o con l'artrite, che non sono malattie come il diabete. Quale spesa rende di più in termini di qualità e di quantità di vita?

Spending review. Quale priorità nella spesa sanitaria in campo endocrino-metabolico? Così che non si dica che il professor Bonora ce l'ha con i dermatologi o con i reumatologi! La spesa per garantire una visita diabetologica all'anno a tutti i tre milioni di diabetici italiani è di 75 milioni di euro. Con quella spesa si paga la terapia con GH (ormone della crescita) a 8.000 pazienti con deficit di GH dell'adulto. Non si tratta dunque di un bambino che deve crescere, ma di un adulto di 40-50-60 anni, per il quale forse c'è un certo miglior benessere, ma nessun evidente vantaggio in termini di sopravvivenza.

Per chiudere. Quando devo spendere i soldi della comunità dovrei ricordare che il diabete uccide, ma psoriasi artrite reumatoide e deficit di GH dell'adulto non uccidono. A parità di consumo di risorse, si può decidere di fare una cosa o l'altra. Bisognerebbe che questa scelta fosse sempre a vantaggio di chiari benefici.

PRESIDENTE. È terminata qui l'esposizione complessiva.
Lascio ora la parola ai colleghi.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, condivido e apprezzo le considerazioni svolte adesso dal professor Bonora e il lavoro che il consiglio regionale del Veneto e, in particolare la V Commissione, hanno fatto in questi anni per raggiungere questo risultato.

Torno su una riflessione che vale anche per le ultime considerazioni, perché quando il decisore politico decide sulla *spending review* o sul *cost impact*, se lo fa sui dati ha la forza di motivare le proprie decisioni di fronte all'opinione pubblica. È molto più importante curare per tutti il dia-

bete che non spendere soldi su prodotti la cui validità ed efficacia non è accertata e non risulta dai dati.

I dati sono fondamentali e da questo punto di vista seguirò, oltre a guardare la vostra legge con attenzione, l'iter successivo, perché considero decisiva per questa strategia l'affermazione di una politica di registro delle malattie e di valutazione tecnica, professionale e scientifica dei dati che ci consenta di dire che tutto quello che stiamo seminando produce risultati. Questo perché, in teoria, definiamo degli splendidi ed efficaci percorsi di cura, decidiamo di mettere in rete strutture di servizio, offriamo alle professioni la possibilità di farlo, ma poi non sappiamo se l'utenza risponda o meno e in quale misura risponda, se al 100, all'80 o al 70 per cento. Il professor Bonora diceva che c'è una difficoltà nell'utilizzo dei dati, che sono tutti disponibili. I dati sono tutti disponibili e sono ricavabili dalle schede di dimissione ospedaliera (da oltre 15 anni) o dalla spesa specialistica e farmaceutica. In realtà, un lavoro organizzato sui dati potrebbe consentire una valutazione – appunto – da registro di malattia molto avanzato. Il Garante della *privacy*, però, pone alcune osservazioni al riguardo. Per il medico sarebbe utilissimo sapere ogni quanto tempo il suo paziente effettua un'emoglobina glicata, se viene monitorato il percorso, se il consumo di farmaci segue i protocolli definiti oppure se vi sono lunghi periodi di buco. In realtà, il medico potrebbe avere tali informazioni, ma le stesse potrebbero pervenire anche al sistema sanitario a livello di distretto, di ASL e di centro riferimento, ovviamente in forma anonima per non intaccare la *privacy* della persona. Per noi sarebbe utilissimo sapere se in un determinato distretto di Verona vi sono 7.000 pazienti diabetici, di cui 3.000 non seguono il percorso di cura come previsto e quali sono i medici di famiglia; un richiamo a quei medici di famiglia consentirebbe di mettere intorno alla struttura l'unità operativa di primo e di secondo livello.

In realtà, alcune Regioni hanno risolto il problema del rispetto della *privacy* e – è buffo affermarlo in questa sede – anche il Parlamento lo ha risolto. Infatti, nessuno lo sa, ma in uno dei decreti legislativi in tema di federalismo, che è già legge, è stato stabilito l'obbligo di trasformare, attraverso un algoritmo, il codice fiscale in un codice numerico che consenta il monitoraggio dei percorsi di cura. In realtà, questa è un'operazione che già si compie in diverse Regioni, ma sarebbe utile averne una unica a livello nazionale per disporre di un solo dato. Dunque, il codice fiscale si deve trasformare in un codice numerico di 18 cifre, assolutamente anonimo, che non permetta di risalire alla persona, se non quando si effettua l'operazione di *link*. Quindi, attraverso il codice numerico (ed il piano socio-sanitario potrebbe operativamente deciderlo subito, entro il mese di giugno) potremmo tenere sotto controllo, insieme al medico di famiglia, una persona che è inserita nel registro del diabete, monitorando la sua spesa farmaceutica e le sue visite specialistiche. Potremmo creare un sistema che consenta un governo di politiche della salute sulla base dei protocolli e guidato dalle strutture di secondo livello, che hanno anche una funzione di indirizzo. In realtà, nel nostro Paese sono già state indi-

viduate soluzioni al problema del rispetto della *privacy*; tuttavia non si riesce a rendere – alla stregua di altri Paesi europei, come ad esempio il Regno Unito – operative le scelte eccellenti che sono state fatte con la legge regionale del Veneto e ad avere un *report* mensile dal quale risulti quanti passi in avanti siano stati effettivamente compiuti per ciascuno degli assistiti.

La Regione Veneto si pone all'avanguardia anche nel dibattito nazionale, ma è assai curioso che una norma di legge esistente non venga applicata e che una discussione su questi temi non venga svolta né in sede di Conferenza Stato-Regioni né all'interno della società scientifica. Eppure penso che, come avviene per altre gravi malattie, lo strumento del registro, con il monitoraggio dei percorsi di cura, possa rendere compatibili i costi crescenti con la necessità di intervenire a tutela della salute della popolazione, considerati la gravità, il carattere sociale ed i numeri di questa malattia.

Mi aspetto che l'odierna audizione possa spingere tutti noi a rendere sempre più incalzante nei confronti del Governo la richiesta di definire ed applicare regole di anonimizzazione dei dati che consentano il lavoro alle strutture di ricerca e, nello stesso tempo, possa spingere le Regioni a non limitarsi a definire i programmi, ma anche a controllare i risultati per verificare che le scelte vengano effettivamente applicate.

SANDRI. Signor Presidente, ringrazio il senatore Cosentino per le preziose osservazioni che terremo sicuramente presenti.

Condivido pienamente quanto evidenziato in merito al registro del diabete.

Vi è un altro aspetto della legge, che forse oggi non è stato approfondito: abbiamo previsto una norma finanziaria con una quantificazione di 11,5 milioni di euro, che per la nostra Regione è sufficientemente importante. Preciso, però, che non si utilizzano nuove risorse finanziarie, ma si razionalizzano e quindi si recuperano risorse già esistenti ed anche già spese. Sempre nell'ottica della *spending review* di cui si tanto parla (che è stata menzionata poc'anzi anche dal professor Bonora), abbiamo voluto dare un messaggio di razionalizzazione ed ottimizzazione delle risorse erogate dalle varie aziende sanitarie della nostra Regione. Mediante questa legge vogliamo rendere uniforme l'erogazione delle cure ai diabetici nella nostra Regione. Infatti, la legge prevede che le migliori pratiche esercitate nell'una o nell'altra delle nostre aziende locali vengano diffuse ovunque, utilizzando quelle stesse risorse che attualmente vengono erogate a macchia di leopardo.

PRESIDENTE. Ringrazio i rappresentanti del consiglio regionale del Veneto con i quali ci complimentiamo ancora per l'importante risultato raggiunto con l'approvazione di una legge specifica per il contrasto al diabete. Penso che la relazione del professor Bonora, che forse è stata un po' provocatoria, abbia colpito, ma nello stesso tempo abbia posto l'attenzione

sul problema del diabete, così come noi auspichiamo con l'indagine conoscitiva in corso.

Chiedo al professor Bonora la cortesia di consegnare la documentazione agli Uffici della Commissione affinché possa essere trasmessa a tutti i senatori.

Dichiaro quindi conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,55.

