

Marzo 2025



Intergruppi Consigliari Regionali

*per una nuova politica contro
Diabete e Obesità*



Editore



ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l

Sede Istituzionale:

Piazza San Silvestro, 8 – 00187 Roma

Sede Operativa:

Via Giosuè Carducci, 125/B –
20099 Sesto San Giovanni – Milano

info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Direttore Responsabile

Marcello Portesi

Vice Direttore

Stefano Del Missier

Segreteria di Redazione

Ivana Marcon

Design e Illustrazioni

Aronne Nembrini

Stampato nel mese di Marzo 2025

Indice

01

INTRODUZIONE

Stefano Del Missier

04

02

INTERGRUPPI, UN SUCCESSO FIGLIO DELLA CRISI DEI PARTITI

Andrea Monti

05

03

LE SCELTE DELLE POLITICHE REGIONALI IN SANITÀ, L'IMPORTANZA DEL DIALOGO TRA POLITICA, CLINICI E PAZIENTI

Marcello Portesi

06

04

IL DIABETE: LA VERA PANDEMIA IN ATTO

Stefano Del Missier

09

05

UNA PANORAMICA SU ALCUNE ESPERIENZE REGIONALI

Redazione Regional Health +

10

06

CONCLUSIONI

Andrea Monti

26

Stefano Del Missier, Vice Direttore di Regional Health +

Dopo la riforma dei primi anni novanta, l'Italia nella sanità ha raggiunto risultati giudicati eccellenti a livello internazionale, ma la sua evoluzione nasconde luci e ombre ed occorre operare per contrastare o superare le disuguaglianze di varia natura che ancora oggi permangono nell'area della salute e nell'accesso ai servizi. Va detto che, negli ultimi anni, si sono visti tentativi un po' disordinati e non sempre incisivi della politica per tradurre in atto quanto la conoscenza aveva posto in evidenza, ma gli effetti sono stati spesso irrilevanti: alla base dei modesti risultati conseguiti, probabilmente, si pongono le dinamiche complesse che derivano dai 20 servizi regionali ai quali è demandata la responsabilità – gestionale e di governance – di assicurare risposte sanitarie adeguate, eque ed omogenee. A livello di ogni singola regione, infatti, entrano in gioco dinamiche economico-finanziarie, complessità di tipo socio-culturale, logiche politiche circoscritte territorialmente ma molto condizionanti, impreparazione o superficialità dei decisori rispetto a tematiche, specifiche priorità e urgenze in campo sanitario: una complessità decisionale che va affrontata e semplificata orientando e affiancando il decisore politico, almeno per quegli ambiti caratterizzati da patologie croniche come l'obesità e il diabete. Per esempio, siamo perfettamente consapevoli che il diabete sia una patologia devastante, non solo per le persone che lo contraggono, con tutte le sue comorbidità e gli impatti sulla vita quotidiana, ma anche per la sostenibilità dei sistemi sanitari universalistici e solidali: che il diabete assorba oltre l'8% del totale della spesa sanitaria pubblica è altrettanto noto, e non solo agli addetti ai lavori.

Non c'è paese moderno e civile che non abbia ben presente questi semplici dati e abbia tentato di mettere in moto politiche di contrasto, di prevenzione, di diagnosi, di cura e di assistenza aggiornate con quanto l'innovazione mette a disposizione, sia per quanto

riguarda le terapie, che per quanto riguarda i dispositivi medici. Con risultati non sempre all'altezza.

Quindi, perché questa pubblicazione? La risposta trova origine nelle diverse modalità con cui oggi vanno affrontate e definite le politiche sanitarie, ovvero in quella ricerca di consenso e di condivisione delle scelte che non può che accomunare pazienti, clinici e politici in una prospettiva di maggiore efficacia e di maggiore sostenibilità delle scelte. È il caso di quanto avvenuto a livello parlamentare, in cui, specie su tematiche di tipo sanitario e di notevole complessità, è stato possibile ottenere un elevato livello di attenzione della politica favorendo la costituzione di Intergruppi Parlamentari la cui funzione è stata triplice, ovvero:

- Creare cultura e informazione su argomenti particolarmente complessi e settoriali;
- Coinvolgere attivamente, in una logica di championship, esponenti politici precedentemente lontani da tali argomenti;
- Disporre di una task force politica che possa operare legittimamente all'interno dell'istituzione sollecitandone l'attenzione e promuovendo l'adozione di provvedimenti o nuove scelte politiche.

Uno schema che, in considerazione delle complessità che sappiamo caratterizzare l'enviroment regionale, potrebbe utilmente essere adottato nell'ambito dei consigli regionali nei quali potrebbe essere utile generare nuove e più diffuse correnti di pensiero su tematiche sanitarie di primaria grandezza. Questa ricerca di consenso e condivisione, infatti, deve avvenire nel concreto degli ambiti decisionali in cui quotidianamente si opera per rispondere alla domanda di salute delle persone con diabete o con obesità, quegli ambiti decisionali vicini e specifici, nelle realtà locali in cui questo può e deve avvenire. In questa pubblicazione, quindi, si dà evidenza di come la politica, nel senso più alto, ovvero quella delle sedi legislative e di indirizzo,

abbia aperto spazi di confronto e di condivisione, di ascolto e di costruzione del consenso, sia verso i clinici che verso i pazienti.

Il progetto coordinato da IHPB (ALIS editore) ha perseguito, in 9 Regioni italiane, l'obiettivo di favorire questi momenti di ascolto reciproco con l'obiettivo di non renderli fini a loro stessi, ma per fare in modo che diventassero l'incipit di un nuovo e rinnovato impegno della politica regionale (ovvero quella che ha la competenza costituzionale di organizzare e gestire i servizi sanitari) e che, per questo, dessero vita a nuovi strumenti in cui il patto della salute tra Stato e cittadini si rinnovasse secondo nuovi paradigmi e nuovi schemi di lavoro.

La nascita di Intergruppi Consiglieri (o di organismi analoghi) presso i Consigli Regionali di queste Regioni rappresenta l'inizio di una nuova stagione nella lotta al Diabete e all'Obesità, con l'obiettivo di formulare politiche sanitarie non solo pronte a cogliere le necessità di cambiamento e utilizzo di quanto messo a disposizione dall'innovazione tecnologica, ma anche più efficaci in quanto condivise con i principali attori di questa lotta, ovvero clinici e pazienti.



02

Intergruppi, un successo figlio della crisi dei partiti

Andrea Monti, Redazione Rh+

Oggi non conosciamo il numero esatto di "Intergruppi" costituiti e attivi in seno al Parlamento italiano: possiamo parlare solo di stime.

Attualmente se ne contano tra i 50 e i 60, non esiste però un registro che ne tenga conto, tantomeno una qualche normativa che ne regoli costituzione, scopi, vita e funzionamento. Sono quindi numeri empirici che danno però la misura di un modello di successo, probabilmente influenzato per una certa misura da un fenomeno di "moda" politica, ma oggettivamente capace di ritagliarsi uno spazio, un ruolo e una funzione che di tutta evidenza qualcun altro ha smarrito nel corso dei decenni.

Dobbiamo però porci una domanda, ovvero: qual è la cifra che contraddistingue e accomuna gli animatori di questi Intergruppi? Il pensiero ricorrente cade sulla condivisione di uno scopo, una finalità o un progetto, che unisce i diversi attori politici al di là delle diverse appartenenze di gruppo o partito politico: *"Su questi temi non esiste una divisione politica"*. Le dinamiche politiche all'interno di questi gruppi trasversali sono assolutamente diverse, all'apparenza diametralmente contrarie, rispetto alle zuffe dialettiche a cui siamo abituati all'interno dei due rami, sia Camera che Senato.

Al netto di qualche esperienza poco felice si può con ragione sostenere che questo sentire non si esaurisca in un mero principio enunciativo, magari una buona intenzione consegnata alla retorica. Molti Intergruppi lavorano davvero in armonia, raggiungendo anche risultati politicamente concreti, capaci di cambiare in meglio la vita di molti cittadini. Le ragioni del successo sono diverse. La pri-

ma è di tipo pratico: la base e la spinta aggregativa che soggiace la costituzione di un Intergruppo è comune e condivisa; quindi, è normale che al suo interno ogni elemento lavori in sintonia, antepo-
nendo l'interesse condiviso a quello di appartenenza partitica.

Non meno importante è il rapporto con il complesso mondo che vive fuori dai palazzi della politica: professionisti, associazioni, gruppi e singoli cittadini organizzati. Questi soggetti capitalizzano meglio l'attività degli Intergruppi apprezzando in loro un punto di riferimento stabile e accessibile, che diventa luogo privilegiato di scambio di idee, dialogo, ascolto e soprattutto di approfondimento

e analisi. Tutte attività feconde per elaborare proposte e indirizzi, aderenti davvero alle esigenze vive e concrete di chi necessita risposte. In fin dei conti, non è questo il ruolo del rappresentante politico? Quello di ascoltare le istanze dal basso per poi trasferirle nei luoghi dove le decisioni prendono corpo e forma?

Molti Intergruppi lavorano davvero in armonia, raggiungendo anche risultati politicamente concreti, capaci di cambiare in meglio la vita di molti cittadini.



Rimane da capire cosa sia davvero mutato rispetto al passato. Perché oggi l'Intergruppo è diventato uno strumento quasi indispensabile della politica, proliferando in una dimensione numerica che, a detta di alcuni, pare addirittura esagerata siano a sostituirsi ad uno schema tradizionale che ha sempre conformato la vita politica e parlamentare?

Così facendo il fenomeno appare come un pezzo della più grande crisi del modello dei partiti, almeno nel mondo delle democrazie di tipo occidentale. Un processo sicuramente generato, o comunque accelerato, dall'indebolimento delle istanze collettive consolidate (meglio conosciuto come "il crollo delle ideologie"), che per anni hanno alimentato un regime di divisioni totalizzanti, capace di caratterizzare la vita politica e parlamentare per decenni. Era infatti solo dentro il partito che si sviluppavano tesi e posizioni su ogni argomento, così come sempre il partito era lo strumento chiamato a dialogare con i gruppi e le associazioni. Il cittadino stesso era più propenso a conformarsi alle idee e alle tesi elaborate dal partito, a cui si affidavano le istanze e i bisogni. I partiti elaboravano programmi, i quali segnavano la rotta da seguire su ogni ambito e per ogni grande problematica. Oggi il sistema politico scivola verso il "leaderismo", i programmi solidi e duraturi sono sostituiti da posizioni estemporanee, volte a rispondere ad esigenze emergenti nel breve periodo. Gli Intergruppi sostituiscono proprio quel vuoto programmatico, in maniera più incisiva, profonda e agganciata ai portatori di istanze.

Oltre alla crisi dei partiti bisogna riconoscere che oggi lo scenario è molto diverso, per certi versi più complesso. A guidare l'aggregazione politica e sociale sono più i singoli temi di interesse, piuttosto che i partiti e le loro ideologie, le quali appaiono sempre più sbiadite. Ma se non è più il partito la chiave privilegiata per veicolare le istanze nei palazzi, è

Oggi il **sistema politico** scivola verso il "leaderismo", i programmi solidi e duraturi sono sostituiti da posizioni estemporanee, volte a rispondere ad esigenze emergenti nel breve periodo.

proprio la forma dell'Intergruppo ad apparire come modello ideale per assecondare questo modo nuovo e moderno di intendere l'impegno civile e politico.

DAL PARLAMENTO AI CONSIGLI REGIONALI

Che questo nuovo fenomeno conquistasse presto o tardi anche il livello regionale era del tutto naturale, persino scontato, nella misura in cui anche le regioni hanno la medesima potestà legislativa, perlomeno riguardo alle materie concorrenti. Proprio in un settore strategico come le politiche sanitarie, cuore dell'azione regionale, siamo convinti che l'attività degli Intergruppi potrà dispiegare i massimi benefici. La necessità di uno strumento che aiuti l'approfondimento su temi complessi, stimolando il confronto con soggetti qualificati e preparati, è di fondamentale importanza. In questo modo si potrà evitare che le scelte in politica sanitaria avvengano sempre e solo al di fuori del ruolo assegnato alle singole assemblee legislative. Proprio a livello regionale, dove la carenza di attenzione dell'opinione pubblica politica

è conclamata, questo nuovo modo di fare politica ha riscosso i primi successi. Dalla Lombardia alla Toscana, proseguendo con la Puglia e la Campania, i consiglieri regionali si sono dimostrati attenti e consapevoli di quanto fosse importante anche il rapporto con il mondo scientifico. Gli Intergruppi Consiglieri muovono i primi passi facendosi affiancare da un Comitato Tecnico Scientifico e Sociale, strumento imprescindibile per elaborare indirizzi e programmi in politica sanitaria. Questo impegno potrebbe concretizzarsi in un futuro che metta in luce un nuovo protagonismo dei Consigli Regionali, nell'interesse di cittadini e pazienti.

La necessità di uno **strumento** che aiuti l'approfondimento su temi complessi, stimolando il confronto con soggetti qualificati e preparati, è di fondamentale importanza.



03

Le scelte delle politiche regionali in sanità, l'importanza del dialogo tra politica, clinici e pazienti

Marcello Portesi, Direttore responsabile Regional Health +

Tutti concordano sul fatto che i principi di eguaglianza e universalità del Servizio Sanitario Nazionale costituiscono il presupposto irrinunciabile per assicurare la coesione sociale del Paese e per contrastare le disomogeneità derivanti dalle differenti condizioni socioeconomiche dei singoli territori. Una considerazione, questa, che sembra rappresentare in modo esplicito quanto più genericamente indica l'articolo 32 della Costituzione. Nessuno può negare che, in trentacinque anni di attività del Servizio Sanitario Nazionale, l'Italia, con il suo sistema assistenziale, ha raggiunto risultati giudicati eccellenti a livello internazionale. Tuttavia, la sua evoluzione, specialmente negli ultimi anni, ha prodotto luci e ombre che devono indurre ad operare per contrastare o superare le molte disuguaglianze che ancora permangono, soprattutto nell'ambito dell'accesso alle cure ai diversi servizi sanitari. Nel 2018, la commissione Igiene e Sanità del Senato condusse un'indagine conoscitiva sul

In trentacinque anni di attività del Servizio Sanitario Nazionale, l'Italia, con il suo **sistema assistenziale**, ha raggiunto risultati giudicati eccellenti a livello internazionale.

SSN che poneva al centro dell'attenzione il tema della garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità. Nel documento finale furono indicati alcuni dei temi centrali sui quali l'impegno politico avrebbe dovuto concentrarsi per rendere concreti tali principi: il finanziamento del SSN, la ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (i LEA) e il loro monitoraggio, la necessità di una *governance* per l'uniformità assistenziale, l'attenzione alle risorse umane, la formazione, la progressiva informatizzazione e la digitalizzazione della sanità, la legalità e la trasparenza.

LE COMPLESSITÀ DEI CONTESTI REGIONALI

Va detto che, negli ultimi anni, si sono manifestati tentativi un po' disordinati e non sempre incisivi della politica per tradurre in atto quanto l'indagine conoscitiva aveva posto in evidenza, ma gli effetti sono stati spesso irrilevanti. Alla base dei modesti risultati conseguiti fino ad oggi si pongono le dinamiche complesse che inevitabilmente derivano dai 20 servizi regionali ai quali è demandata la responsabilità – di *governance* e gestionale – di assicurare risposte sanitarie adeguate, eque ed omogenee.

In ogni regione, infatti, entrano in gioco dinamiche economico-finanziarie, complessità di tipo socioculturale e logiche politiche territorialmente circoscritte ma molto condizionanti. A questo si aggiunge l'impreparazione o la



superficialità dei decisori rispetto a temi, priorità e urgenze sanitarie. Un ginepraio decisionale, quindi, che va affrontato e semplificato, se possibile, orientando e affiancando il decisore politico, ponendolo nelle condizioni di avere consapevolezza, grazie anche al coinvolgimento di clinici e pazienti, della gravità e della dimensione almeno di alcune urgenze e criticità relative ad ambiti sanitari più impattanti e complessi, come quelli relativi alle patologie croniche.

Un ulteriore elemento di complessità deriva

anche dal fatto che, quasi sempre, le elezioni regionali generano un *turnover* di figure politiche che produce radicali mutamenti nei consigli regionali portando così all'inserimento di personalità molto eterogenee sul piano della cultura, della formazione e della provenienza lavorativa. Un fenomeno, questo, che condiziona fortemente la capacità di questi decisori politici di incidere con scelte consapevoli e adeguate rispetto alle effettive necessità.

GLI INTERGRUPPI PARLAMENTARI

Negli ultimi anni si è rilevato come all'interno del Parlamento italiano, specie su tematiche di tipo sanitario di notevole importanza e rilevanza sociale, è stato possibile sollecitare un elevato livello di attenzione della politica favorendo la costituzione di Intergruppi parlamentari focalizzati su temi specifici nei quali sono confluiti membri di Senato e Camera di diversa estrazione politica.

Questi organismi hanno consentito di ottenere alcuni risultati:

- Generare cultura e informazione su materie sanitarie particolarmente complesse e settoriali;
- Coinvolgere attivamente, in una logica di *championship*, esponenti politici precedentemente lontani da tali argomenti o disinformati;
- Disporre di una sorta di *task force* politica in grado di interagire legittimamente all'interno dell'istituzione parlamentare, sollecitandone l'attenzione e promuovendo l'adozione di

Negli ultimi anni si è rilevato come all'interno del Parlamento italiano, specie su tematiche di tipo sanitario di notevole importanza e rilevanza sociale, è stato possibile sollecitare un elevato livello di attenzione della politica favorendo la costituzione di **intergruppi parlamentari** focalizzati su temi specifici nei quali sono confluiti membri di Senato e Camera di diversa estrazione politica.

provvedimenti o nuove scelte politiche.

Partendo da quanto sta accadendo in Parlamento con la costituzione degli Intergruppi, in considerazione delle già evidenziate complessità che caratterizzano il contesto regionale, si sta replicando, nell'ambito dei consigli regionali, la costituzione di analoghi organismi grazie ai quali, con le stesse logiche, si sta cercando di generare nei decisori nuove consapevolezze e correnti di pensiero per offrire risposte sanitarie più efficienti e incisive in relazione alle necessità o priorità del territorio. Al netto di qualche esperienza poco felice si può con ragione sostenere che questo idem

sentire non si esaurisca in un mero principio enunciativo, magari una buona intenzione consegnata alla retorica. Molti Intergruppi lavorano davvero in armonia, raggiungendo anche risultati politicamente concreti, capaci di cambiare in meglio la vita di molti cittadini.

Molti intergruppi lavorano davvero in armonia, raggiungendo anche risultati politicamente concreti, capaci di cambiare in meglio la vita di molti cittadini.



04

Il Diabete: la vera pandemia in atto

Stefano Del Missier, Vice Direttore di Regional Health +

Credo sia esperienza di chiunque si occupi di sanità e, in particolare, di politica sanitaria, imbattersi nei diversi numeri con cui il diabete viene rappresentato non solo nei cosiddetti contesti professionali, ma anche nelle dinamiche – più o meno informate – con cui vengono fatte circolare informazioni su questa patologia nei media o sui social.

Una delle fonti più autorevoli e più esaustive sullo “stato dell’arte” di questa patologia è sicuramente la IBDO (Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation), che ogni anno fa una fotografia esaustiva dei principali indicatori sullo stato di salute del Paese per quanto riguarda, per l’appunto, le persone con diabete. In particolare, prendendo spunto dal 17° Rapporto IBDO - “I dati sul diabete in Italia e nelle Regioni: tra ricerca, innovazione, qualità della vita e ambiente” (luglio 2024) - troviamo non solo dati, ma anche un’ampia serie di testimonianze autorevoli sullo stato delle policy contro il diabete nel nostro paese.

Ma anche il Documento finale degli Stati Generali sul Diabete, che si sono tenuti a Roma lo scorso 14 maggio 2024 a cura di FeSDI (Federazione delle Società Diabetologiche Italiane), ha lanciato messaggi forti e chiari soprattutto con riguardo alle criticità che il SSN deve affrontare per la lotta contro Diabete e Obesità. Innanzitutto, nel sottolineare l’evidente necessità di ripensare il supporto agli assistiti favorendo l’integrazione tra centri endocrino-diabetologici e la medicina del territorio. Questi report considerano che solo il 30% delle persone con diabete riceve anche assistenza specialistica, e che solo una minoranza riesce ad accedere alle strutture diabetologiche per una consulenza da parte di dietisti o a percorsi di educazione terapeutica.

L’accesso alle strutture specialistiche e ai trattamenti, inoltre, risulta non solo differente tra le Regioni, ma anche all’interno di esse, rilevan-

do una distribuzione tutt’altro che ottimale delle strutture diabetologiche, lasciando spesso isolati gli specialisti (che non riescono ad erogare un’assistenza completa e incisiva), rendendo ancora più difficile la necessaria integrazione tra tutte le figure che l’assistito incontra nel suo percorso di cura, peggiorando gli outcome di salute e rendendo più frequenti le complicanze associate alla patologia.

La mancanza di risorse professionali, infine, evidenzia il perché sia necessaria una revisione dei paradigmi di policy sanitaria per contrastare il diabete e l’obesità, a fronte di numeri in espansione per tali patologie che impressionano anche chi non è addetto ai lavori: la percentuale di popolazione con diabete risultava del 4,6% della popolazione mondiale nel 2000, ha raggiunto il 9,1% nel 2017 e si stima raggiungerà il 11,7% nel 2045. Una vera e propria pandemia. A questo fatto si aggiunge il problema della sostenibilità economica: l’8%, almeno, della spesa sanitaria è assorbito da pazienti diabetici, percentuale destinata a salire con l’incremento della patologia che è stato stimato.

Possiamo quindi affermare che tenere monitorati non solo i dati epidemiologici, ma anche quelli relativi ai comportamenti e agli stili di vita, è quindi la prima azione per poter guardare il futuro del Servizio Sanitario con maggiore speranza.

Ritornando a quanto illustrato dal 17° Rapporto IBDO, troviamo alcuni indicatori che sono stati poi utilizzati nel corso di questo progetto, aprendo i lavori dei vari Forum regionali, ovvero:

- il numero di persone che dichiarano di essere diabetiche;
- e persone che svolgono/non svolgono attività fisica (la percentuale di popolazione, da chi pratica sport in modo continuativo o saltuario a chi non pratica né sport né attività fisica);

- i tassi di ospedalizzazione (per il diabete non controllato, per complicanze del diabete, per l’amputazione dell’arto inferiore in pazienti diabetici);
- la percentuale di bambini sovrappeso e obesi;
- il consumo di farmaci antidiabetici;
- i tassi di mortalità per diabete mellito, distinti per popolazione maschile e popolazione femminile.

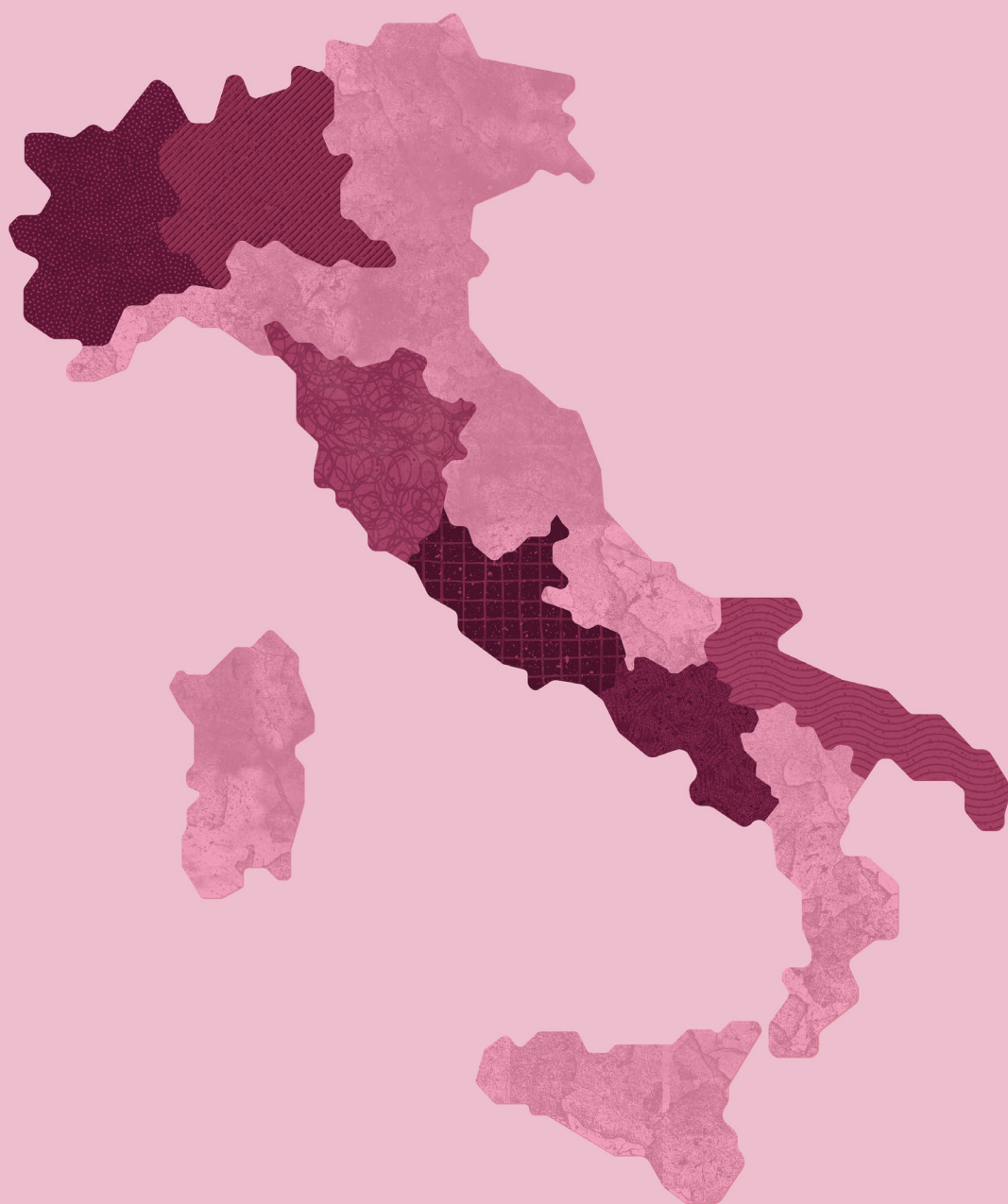
Il 17° Report di IBDO, quindi, ci offre una panoramica chiarissima dell’andamento dei suddetti dati dal 2000 al 2022, illustrando come i trend rappresentino un serio monito ai decisori politici affinché prendano non solo coscienza della situazione, ma si possano attivare per porre rimedio all’inerzia con cui il sistema sta affrontando tale pandemia.

Tutti i suddetti indicatori sono stati così utilizzati nei 9 Forum regionali, illustrando sia il dato nazionale, sia il dato all’interno della Regione: in questo modo, è apparso subito evidente quali fossero i gap che un’attenta e responsabile politica sanitaria regionale avrebbe dovuto da subito colmare, mettendo ordine tra le scelte fatte, i bisogni da soddisfare e le decisioni immediate da formalizzare e mettere in atto.

Considerando che il diabete ha bisogno di essere gestito e combattuto non solo per quanto riguarda le politiche di prevenzione, le strutture di diagnosi e cura, oltre che per i processi di assistenza, ma anche e soprattutto in quell’area “culturale” che ha a che fare, a tutti i livelli della nostra società, con la consapevolezza della patologia e delle sue comorbidità, ovvero di quei comportamenti che poi generano gli effetti devastanti di questa patologia, la nascita di Intergruppi Consiglieri nelle diverse Regioni non può che rappresentare una lieta notizia per chi ha contratto la patologia, per chi non sa di averla contratta e, soprattutto, per coloro che possono ancora evitare di contrarla.

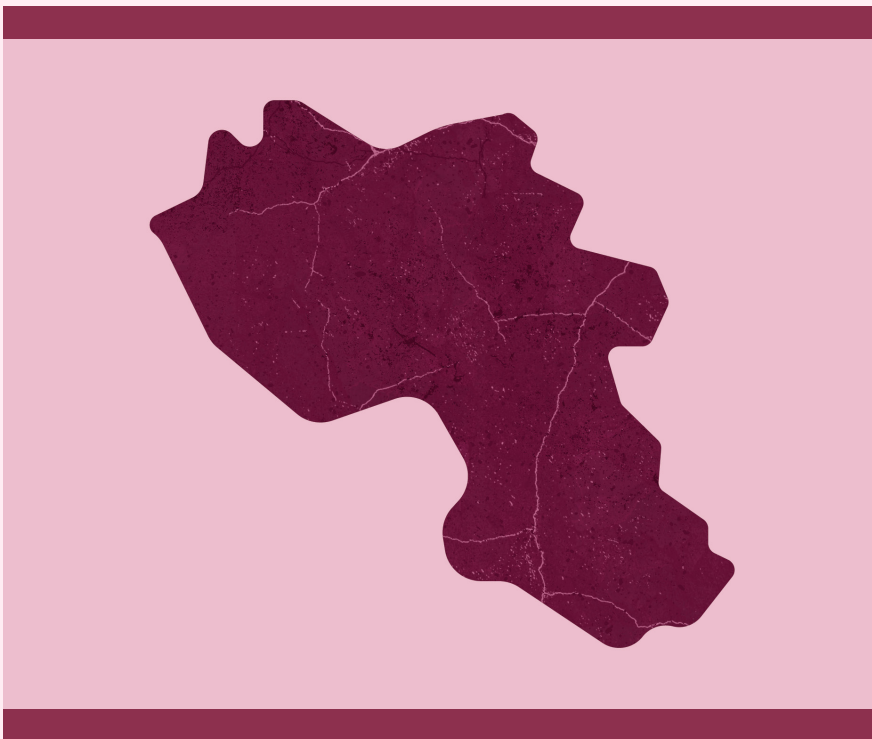
05

Una panoramica su alcune esperienze regionali



5.1

Risposte Coordinate al Diabete e all'Obesità in Campania



Il 13 novembre 2024, si è svolto un incontro cruciale che ha messo in luce le sfide sanitarie uniche della Campania nel combattere il diabete e l'obesità. Con la partecipazione di figure chiave nel panorama sanitario e politico regionale, l'evento ha catalizzato un dibattito vivace e produttivo, mirato a forgiare una strategia integrata per affrontare queste malattie croniche.

Fabiana Anastasio, ha aperto la sessione con un quadro chiaro delle difficoltà incontrate nella regione, tra cui spiccano un'alta prevalenza di obesità infantile e un accesso inadeguato alle cure per il diabete. La sua introduzione ha posto le basi per una discussione su come le politiche possono essere

modellate per affrontare queste criticità. "La nostra priorità è sviluppare percorsi di cura che non solo rispondano alle necessità immediate ma che siano anche sostenibili a lungo termine", ha affermato Anastasio.

Carmela Rescigno ha poi preso la parola, sottolineando l'urgente necessità di stabilire percorsi diagnostico-terapeutici più efficaci, in particolare per il trattamento del piede diabetico, spesso trascurato. "Affrontare questa lacuna nel nostro sistema sanitario è essenziale per prevenire complicazioni gravi e migliorare la qualità della vita dei nostri pazienti", ha insistito Rescigno.

La discussione si è spostata sull'importanza

Moderatore

Stefano del Missier

Partecipanti

Fabiana Anastasio
Katherine Esposito
Francesca Migliaccio
Maria Masulli
Tommaso Pellegrino
Alessia Piscopo
Raffaele Maria Pisacane
Carmela Rescigno
Iris Zani

dell'educazione preventiva con **Katherine Esposito**, che ha evidenziato come interventi mirati nelle scuole possano giocare un ruolo cruciale nel modellare le abitudini di vita fin dalla giovane età. "Integrare programmi di educazione alla salute nel curriculum scolastico è fondamentale per prevenire l'insorgenza di obesità e diabete tra i nostri giovani", ha proposto Esposito, ricevendo un'ampia approvazione dai presenti.

Raffaele Maria Pisacane ha ampliato il dibattito parlando delle disparità nell'accesso alle cure, enfatizzando la necessità di una distribuzione più equa delle risorse sanitarie. "Assicurare un accesso equo ai trattamenti è un dovere che dobbiamo ai nostri cittadini, indipendentemente dalla loro ubicazione geografica", ha dichiarato, segnalando come la telemedicina possa essere una soluzione innovativa per raggiungere aree remote.

Tommaso Pellegrino ha chiuso gli interventi mettendo in luce il ruolo delle tecnologie avanzate nel trasformare la gestione delle malattie croniche. "Investendo in tecnologie come i dispositivi di monitoraggio continuo della glicemia, possiamo non solo migliorare la gestione del diabete ma anche ridurre significativamente i costi a lungo termine per il nostro sistema sanitario", ha sottolineato Pellegrino.

Il consenso sull'importanza di un intergruppo consiliare è emerso chiaramente nel corso dell'incontro, segnando un passo avanti verso una politica sanitaria più coordinata e inclusiva. Questa iniziativa è stata accolta con entusiasmo, vista come un mezzo per tradurre le discussioni e le proposte in azioni concrete e politiche efficaci.

L'impatto del Diabete in Campania

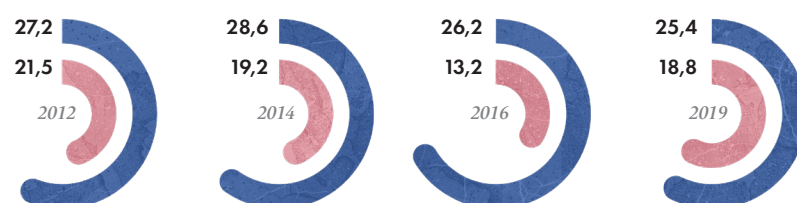
La Campania detiene il primato della prevalenza di sovrappeso/obesità infantile in Italia (**44,2%** contro una media nazionale: del **20,4%** per il sovrappeso e del **9,4%** per l'obesità). La prevalenza delle persone che dichiarano di essere diabetiche (**8,3%**) è la seconda più alta d'Italia dopo la Calabria (**8,5%**). È leggermente migliore rispetto ai dati nazionali il tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete in Campania è marcatamente più alto rispetto alla media nazionale sia per i maschi che per le femmine, sebbene nel 2019 si sia registrato un calo rispetto agli anni precedenti.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE **460.000**

Campania **5.609.536** abitanti, Provincia di Napoli (NA) **2.980.338** abitanti, Napoli **917.510** abitanti.

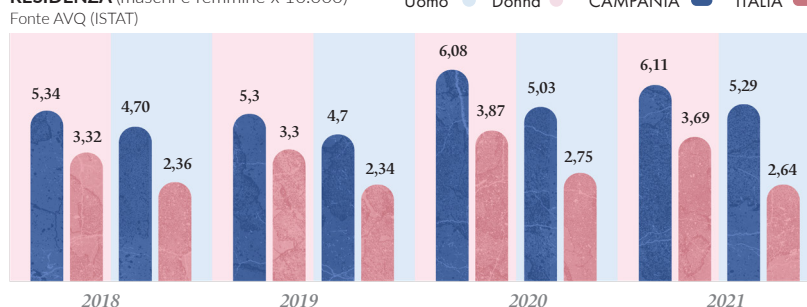
BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)

SOVRAPPESO ● OBESI ●



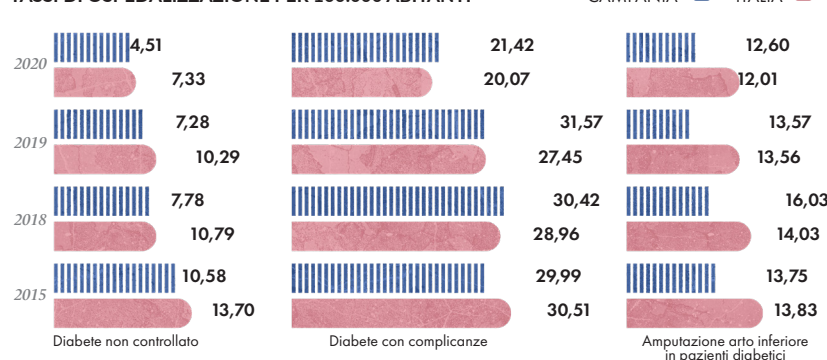
TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)

Uomo ● Donna ● CAMPANIA ● ITALIA ●



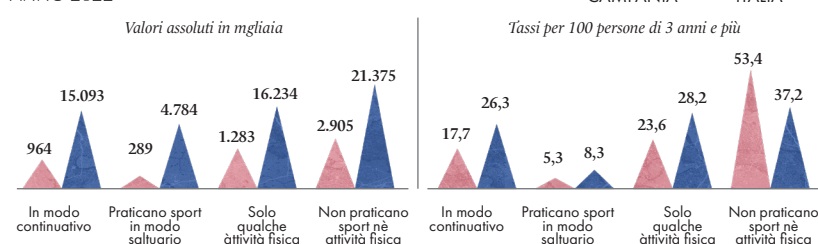
TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI

CAMPANIA ● ITALIA ●



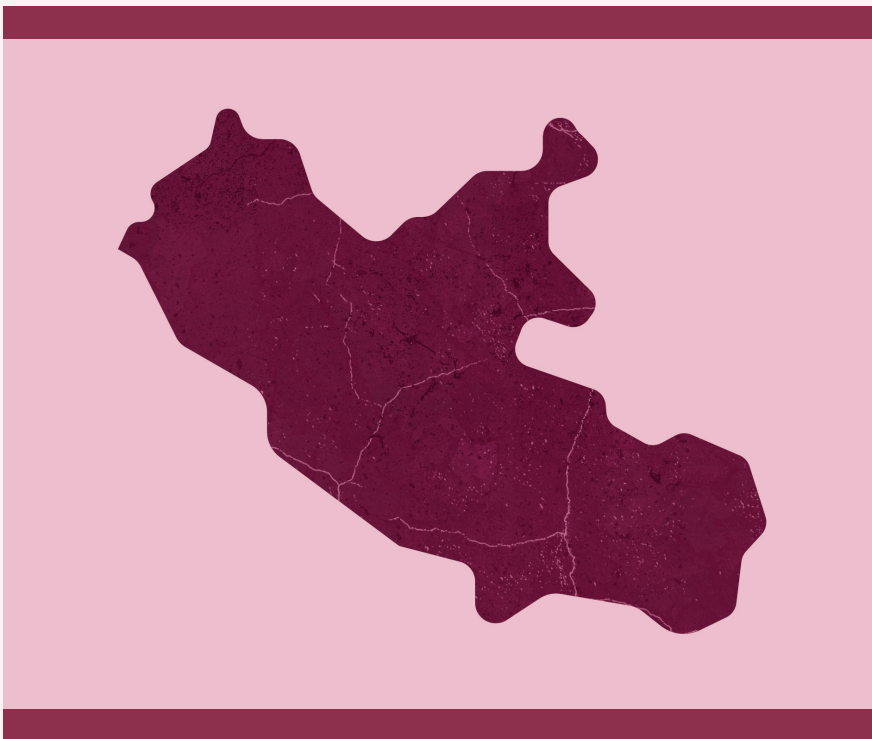
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

CAMPANIA ● ITALIA ●



5.2

Strategie Integrate per Combattere Diabete e Obesità nel Lazio



Moderatore

Stefano del Missier

Partecipanti

Gisella Cavallo
Lina Delle Monache
Vincenzo Fiore
Valeria Guglielmi
Claudia Arnaldi
Nicola Napoli
Maurizio Ridolfi
Alessia Savo
Elio Rosati

In un incontro a cui hanno partecipato un nutrito numero di esperti e personalità di spicco, il dibattito sul futuro della gestione di diabete e obesità nel Lazio si è acceso, riflettendo la necessità urgente di un approccio sistemico e coordinato. L'incontro ha messo in luce le sfide e ha delineato soluzioni innovative per una delle regioni più popolate d'Italia.

Gisella Cavallo, professoressa di endocrinologia, ha aperto la discussione con un quadro chiaro delle dimensioni del problema: oltre 400.000 diabetici e un crescente tasso di obesità infantile. "Queste cifre non sono solo statistiche; rappresentano una crisi sanitaria che richiede azioni immediate e de-

cisive", ha sottolineato Cavallo, instaurando subito un senso di urgenza tra i presenti.

Lina Delle Monache, ha preso la parola per esplorare le difficoltà pratiche nella cura quotidiana dei pazienti. "La burocrazia spesso rallenta o complica inutilmente il trattamento efficace. Dobbiamo semplificare i piani terapeutici e abbracciare la digitalizzazione per rendere la gestione delle cure più agile" ha proposto, collegando direttamente la sua osservazione alla necessità di riforme strutturali.

Il dibattito si è intensificato con l'intervento di **Alessia Savo**, Presidente della Commissione Sanità del Lazio, che ha presentato

una proposta innovativa: la creazione di un intergruppo consiliare. "Questo gruppo avrà il compito di coordinare gli sforzi di tutte le agenzie e garantire che le nostre politiche siano non solo efficaci ma anche eque" ha detto Savo, ottenendo apprezzamenti per l'approccio proattivo.

Vincenzo Fiore, specialista di diabetologia, ha aggiunto un ulteriore strato alla discussione, evidenziando la necessità di una rete diabetologica meglio organizzata.

"I centri multidisciplinari devono diventare la norma, non l'eccezione, per trattare efficacemente il diabete e prevenire le sue complicanze", ha suggerito Fiore, sottolineando che la qualità delle cure deve essere omoge-

nea in tutta la regione.

Valeria Guglielmi e Claudia Arnaldi, entrambe focalizzate sulla prevenzione, hanno parlato dell'importanza di interventi educativi mirati. "Dobbiamo iniziare dalla base, educando i nostri bambini su nutrizione e attività fisica nelle scuole, e integrare questi programmi con supporto continuo dai pediatri e dai centri diabetologici", hanno condiviso, mostrando come la prevenzione possa ridurre significativamente la pressione sul sistema sanitario a lungo termine.

La chiusura dell'incontro ha visto Nicola Napoli e Elio Rosati, rappresentanti delle associazioni dei pazienti, enfatizzare la necessità di una sanità partecipativa. "Includere i pazienti nei processi decisionali migliora non solo le politiche ma anche il loro rispetto e attuazione", hanno affermato, rafforzando il messaggio che la lotta contro il diabete e l'obesità nel Lazio sarà vinta solo attraverso un impegno collettivo e inclusivo.

L'impegno a lavorare insieme, rafforzato dall'accordo sull'Intergruppo Consiliare, ha segnato un momento di speranza e determinazione, ponendo le basi per un futuro in cui la salute pubblica nel Lazio possa affrontare con successo queste sfide cruciali.

L'impatto del Diabete nel Lazio

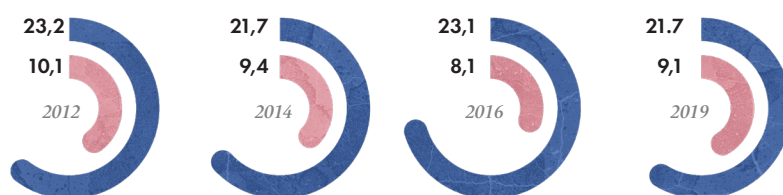
Nel Lazio il 6,9% della popolazione si dichiara affetto da diabete. Il Lazio è una regione con una prevalenza dell'obesità superiore alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità: 9,4%). Il tasso di ospedalizzazione per amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici è tra i più bassi in Italia. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete, che nel 2000 era superiore alla media nazionale per entrambi i sessi, è diminuito negli ultimi anni, e nel 2020 è sceso lievemente al di sotto della media nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE **391.000**

Lazio **5.720.536** abitanti, Provincia di Roma (RM) **4.227.059** abitanti, Roma **2.755.309** abitanti.

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)

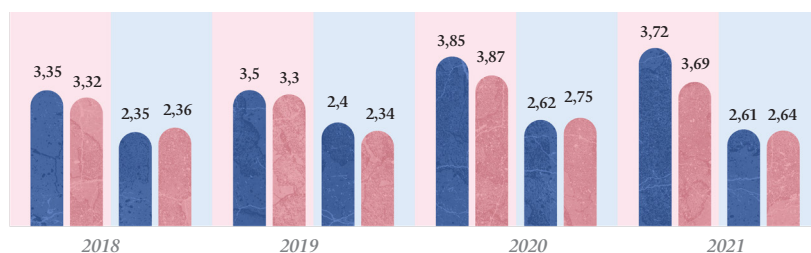
SOVRAPPESO ■ OBESI ■



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)

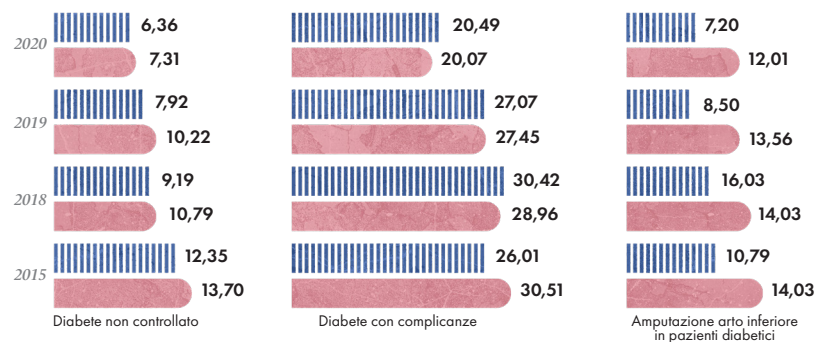
Fonte AVQ (ISTAT)

Uomo ■ Donna ■ LAZIO ■ ITALIA ■



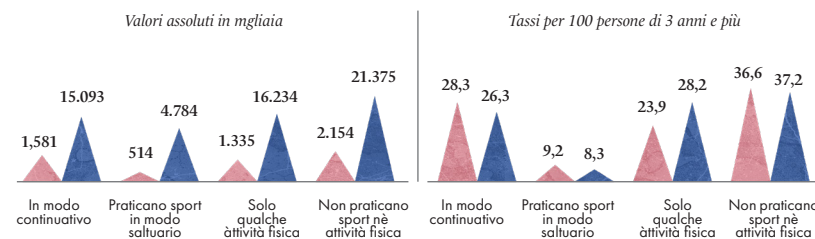
TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI

LAZIO ■ ITALIA ■



PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

LAZIO ■ ITALIA ■



5.3

Innovazione e Integrazione: La Risposta del Piemonte al Diabete e all'Obesità



In una giornata caratterizzata da un dibattito vivace e costruttivo, esperti e politici del Piemonte si sono riuniti per affrontare le sfide del diabete e dell'obesità, due delle principali problematiche sanitarie della regione. L'obiettivo? Sviluppare una strategia integrata che migliorasse non solo la cura ma anche la prevenzione di queste malattie croniche.

Luigi Genesio Icardi, Presidente della IV Commissione Sanità della Regione Piemonte e Consigliere regional, ha introdotto l'incontro sottolineando i successi raggiunti e le sfide ancora aperte. "Abbiamo avanzato molto nella costruzione di una rete di assistenza, ma il nostro lavoro non è finito. L'integrazione dei servizi e l'innovazione continua sono

cruciali per rispondere efficacemente alle esigenze dei pazienti", ha detto Icardi, introducendo così il tema centrale della giornata. Segue il contributo di **Fabio Broglio**, che ha messo l'accento sull'importanza di aggiornare i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA). "L'evoluzione continua delle nostre pratiche è fondamentale per tenere il passo con le innovazioni nel campo medico e garantire che ogni paziente riceva il miglior trattamento possibile", ha affermato Broglio, sostenendo la necessità di una revisione periodica dei protocolli di trattamento.

Mentre **Maria Masulli** ha enfatizzato l'importanza dell'educazione continua, proponendo l'espansione dei programmi di prevenzione: "Incorporare l'educazione alla

Moderatore

Stefano del Missier

Partecipanti

Fabio Broglio

Umberto Goglia

Luigi Genesio Icardi

Ezio Labaguer

Maria Masulli

Daniele Valle

Giuseppe Rovera

salute nelle scuole e nei programmi comunitari può ridurre significativamente l'incidenza di queste condizioni in futuro".

Ezio Labaguer ha poi ricordato l'importanza del coinvolgimento dei pazienti nei processi decisionali. "Integrare le esperienze dei pazienti nella creazione di PDTA migliora non solo l'efficacia ma anche l'accettazione delle strategie terapeutiche", ha condiviso, evidenziando la necessità di una collaborazione più stretta tra medici e pazienti.

L'intervento di **Umberto Goglia** ha portato una prospettiva economica al dibattito, discutendo come l'efficienza dei costi debba essere una considerazione chiave nella gestione del diabete e dell'obesità. "Ottimizzare la spesa sanitaria senza compromettere la qualità delle cure è una delle nostre principali sfide", ha detto Goglia, invitando a una gestione più strategica delle risorse.

Giuseppe Rovera ha parlato dell'obesità grave come di una sfida che richiede un approccio multidisciplinare. "Abbiamo bisogno

di un modello di cura che integri specialisti, medici di base e strutture di supporto per trattare efficacemente questa condizione complessa", ha suggerito, mentre **Daniele Valle** ha chiuso la serie di interventi sottolineando l'esigenza di adattare le strutture sanitarie

alle mutevoli necessità di una popolazione che invecchia e che presenta un'incidenza crescente di malattie croniche. La giornata si è conclusa con un impegno condiviso a proseguire la collaborazione, e l'istituzione di un Intergruppo Consiliare per promuovere le

strategie discusse è stata accolta con entusiasmo. Questa iniziativa è vista come un passo fondamentale per consolidare i progressi fatti e per garantire che le politiche sanitarie del Piemonte rimangano all'avanguardia nella lotta contro il diabete e l'obesità.

Intervista



Luigi Genesio Icardi: Presidente della IV Commissione Sanità della Regione Piemonte e Consigliere regionale.

Domanda 1: Il diabete, secondo molte fonti, per l'8 per cento impatta sul totale della spesa sanitaria: questo non dovrebbe indurre le Regioni a definire una sorta di

road-map di interventi mirati, progressivi e compatibili con il quadro economico? Come si potrebbe fare?

Risposta 1: Concordo sul fatto che il diabete sia una malattia cronica che impatta notevolmente sulla spesa sanitaria. La letteratura scientifica ha valutato alcune variabili sociali che incidono sul suo sviluppo. Aumento dell'urbanizzazione, disuguaglianze socioeconomiche, stili di vita meno attivi e diete più povere, infatti, sono spesso i motivi principali alla base del diabete di tipo 2 e dell'obesità. Le Regioni potrebbero sviluppare un piano sostenibile di prevenzione con l'obiettivo principale di contrastare e prevenire il sovrappeso in età infantile. Quest'ultimo aumenta notevolmente il rischio di insorgenza precoce del diabete di tipo 2 ed è un forte predittore di obesità in età adulta. A tale proposito, ci tengo a ricordare che la Commissione Bilancio della Camera, nel dicembre 2024, ha approvato un emendamento presentato dall'Intergruppo parlamentare "Obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili", finalizzato a istituire un Fondo mirato per la cura e prevenzione dell'obesità. Oltre al fondo stanziato, inoltre, si attende nel primo trimestre del 2025, la discussione e l'approvazione della proposta di legge contenuta nell'Atto della Camera dei Deputati n.741, che mira a riconoscere l'obesità come malattia e inserirla nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e nel Piano Nazionale delle Cronicità, promuovere stili di vita sani a livello locale partendo dai Comuni, combattere lo stigma sociale e le disuguaglianze sanitarie e garantire un accesso equo alle cure su tutto il territorio nazionale, incluse terapie nutrizionali, farmacologiche e chirurgiche. **Domanda 2:** Essendo verosimile che non tutti gli interventi possano essere attivati in una unica soluzione, è possibile identificare una scala di priorità temporale? Dove agire da subito?

Risposta 2: Credo che servirebbero politiche finalizzate ad attuare strategie di intervento per affrontare la crescente diffusione sia del diabete sia dell'obesità, per bloccare queste malattie prima che inizino. Per questa ragione, si dovrebbero potenziare gli interventi in

favore della salute urbana e del contrasto al sovrappeso infantile e dell'obesità. Sviluppare politiche preventive significa mettere a sistema i livelli di responsabilità di tutte le istituzioni pubbliche e private, orientate dalle logiche di community-building per lo sviluppo di comunità più consapevoli ed educate alla salute.

Domanda 3: Un elemento di criticità registrato da più parti riguarda il tema delle gare d'acquisto centralizzate per i sistemi di misurazione dei livelli glicemici. Come coniugare il tema di adeguate competenze tecniche che supportano le scelte con l'evoluzione continua dovuta all'innovazione tecnologica?

Risposta 3: È necessario che tutti gli attori coinvolti nei processi di acquisto e gestione dei contratti pubblici, tra i quali ci sono le centrali di committenza e i soggetti aggregatori regionali Consip, le imprese fornitrici di dispositivi medici, farmaci, tecnologie e servizi e la Federazione delle Associazioni Regionali degli Economisti e Provveditori della sanità (FARE), dialoghino per generare evidenze e raccomandazioni di management e policy per favorire la transizione da un modello di procurement operativo a un modello di procurement strategico. Serve analizzare quali sono le migliori prassi internazionali, produrre modelli e strumenti di valutazione in grado di evidenziare la performance delle Centrali e l'efficacia delle diverse soluzioni adottate, analizzare le principali dinamiche istituzionali, organizzative e di mercato elaborando i dati su base empirica.

Domanda 4: Ormai è condiviso che si debba disegnare un più omogeneo sistema assistenziale per il diabete: da dove partire? Quale potrebbe essere la sede nella quale cominciare ad elaborare una policy compiuta e sistemica per la cura del diabete?

Risposta 4: Il diabete, come tutte le malattie croniche, richiede un maggiore coinvolgimento della sanità territoriale. Le Case della Comunità, l'assistenza domiciliare e l'estensione della telemedicina possono facilitare la gestione del diabete. La telemedicina può contribuire ad ottimizzare la gestione delle risorse estendendo ad un maggior numero di pazienti un regolare follow-up, contenendo i costi, superando i limiti legati a barriere geografiche, all'attività lavorativa dei pazienti, ai tempi di prenotazione e di attesa per le visite ambulatoriali, alla difficoltà di spostamento. Può, inoltre, permettere di gestire a distanza situazioni acute riducendo la frequenza del ricorso ad accessi ospedalieri. Servono, quindi, politiche volte a sperimentare modelli di assistenza che riescano a coniugare le soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente per la promozione della teleassistenza domiciliare, teleconsulto specialistico, telemonitoraggio domiciliare, telesorveglianza, telecontrollo, telesoccorso e teleallarme.

Domanda 5: Oggi emerge pesantemente il binomio obesità-diabete,

soprattutto nella popolazione in ambito scolastico. Come e con chi dovrebbe intervenire l'assessorato alla sanità per evitare una pandemia della cronicità fin dalla giovane età?

Risposta 5: Se l'impegno dei team diabetologici coinvolge infermieri, medici e dietisti per offrire un approccio personalizzato alle migliaia di persone che devono gestire quotidianamente il carico della patologia diabetica, ritengo che servano anche psicologi ed educatori per progettare con gli insegnanti programmi appositi per l'adozione di stili di vita sani fin dall'infanzia. La persona con problemi di obesità, infatti, fin dall'età scolare, sperimenta una forma di stigma sociale quando riceve solo l'invito a mangiare meno e a muoversi di più, atteggiamento che sottintende l'unica responsabilità della persona rispetto alla sua condizione. Bisogna intervenire con progetti multidisciplinari grazie alla co-progettazione svolta da tutte le professioni che si rivolgono alla salute e all'educazione dei giovani. **Domanda 6:** Per il diabete e l'obesità tutti concordano sull'esistenza di ampi spazi di miglioramento dei livelli assistenziali se vi fosse un maggior coordinamento tra ospedale e territorio. Cosa si potrebbe fare in questa direzione?

Risposta 6: Per contrastare e prevenire il diabete e l'obesità serve un coordinamento orientato a nuove forme di collaborazione tra i professionisti della salute, Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, medici specialisti, psicologi, odontoiatri, infermieri, fisioterapisti, ma anche con il mondo della scuola, dello sport, con le associazioni e con gli Enti locali, per sviluppare un piano integrato di buone pratiche accreditate scientificamente nel campo dell'alimentazione e dell'attività fisica, che possano aiutare i cittadini a mantenersi in salute, superando la separazione fra prevenzione e cura.

L'impatto del Diabete nel Piemonte

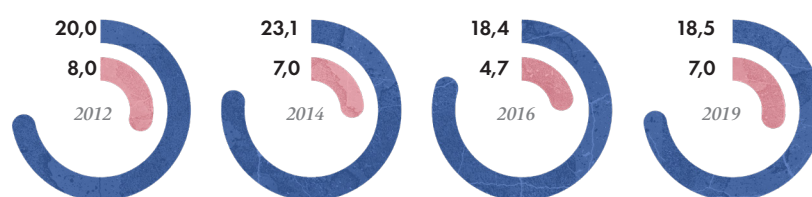
71 cittadini su 100 si dichiarano affetti da diabete in Piemonte. Il Piemonte è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile inferiore rispetto alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso 20,4%, obesità 9,4%). La prevalenza del diabete nel 2022 è risultata superiore alla media nazionale. Il tasso di ospedalizzazione per diabete non complicato e diabete con complicanze è nettamente inferiore in confronto al dato nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE 297.000

Piemonte 4.251.351 abitanti, Provincia di Torino (TO) 2.204.632 abitanti, Torino 847.398 abitanti.

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)

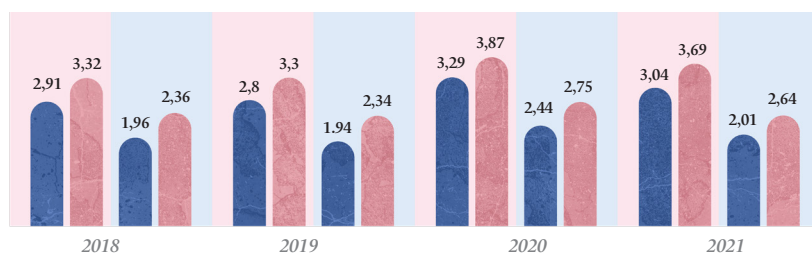
SOVRAPPESO ■ OBESI ■



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)

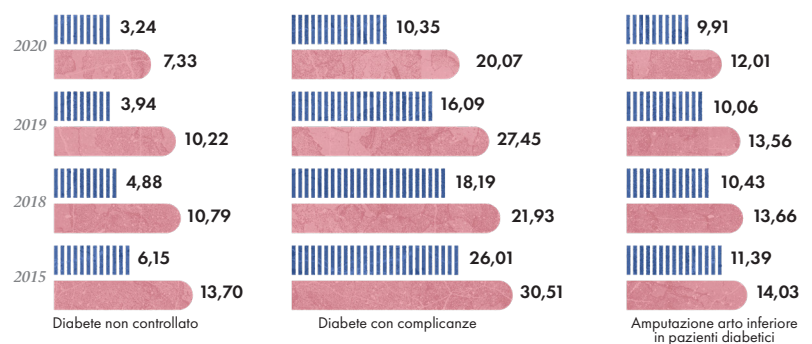
Fonte AVQ (ISTAT)

Uomo ■ Donna ■ PIEMONTE ■ ITALIA ■



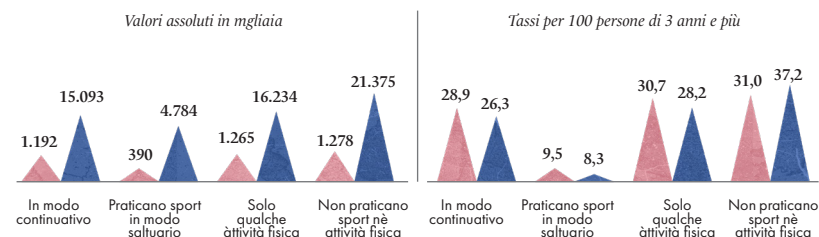
TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI

PIEMONTE ■ ITALIA ■



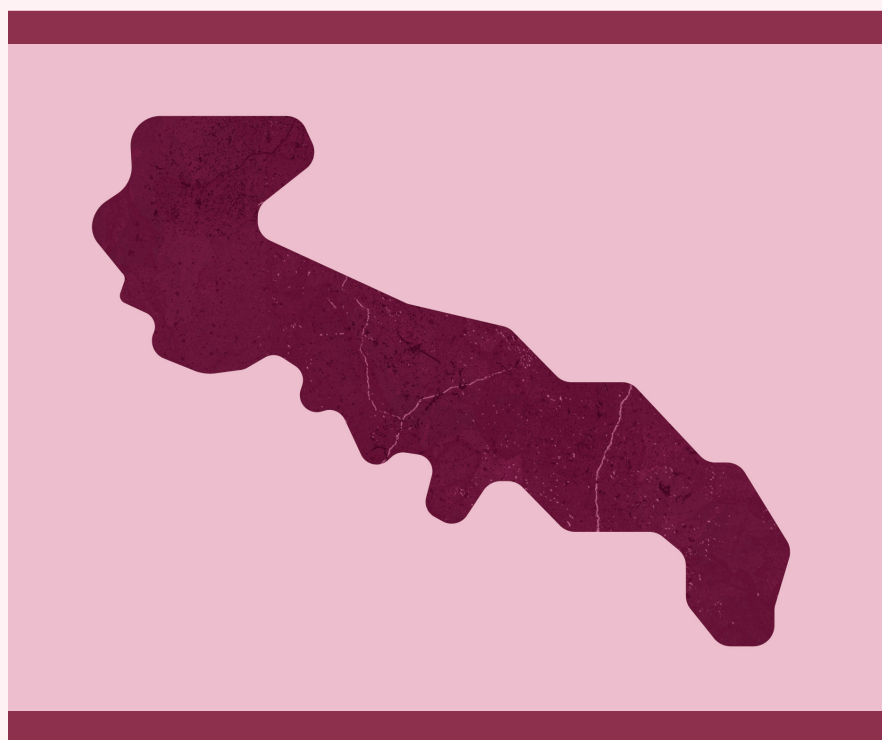
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

PIEMONTE ■ ITALIA ■



5.4

Interventi Multidisciplinari per il Diabete e l'Obesità in Puglia: Una Prospettiva Integrata



Moderatore

Stefano del Missier

Partecipanti

Daniele Amoruso
Pasquale Caldarola
Antonio Giovanni De Maria
Stefano Del Missier
Pier Luigi Lopalco
Lucia Parchitelli
Elvira Piccinno
Monica Priore
Fabrizio Serra
Giuseppe Traversa
Mauro Vizzino

Un incontro significativo tenutosi il 22 luglio 2024 ha visto la partecipazione di eminenti esperti pronti a discutere e proporre soluzioni innovative per affrontare queste crescenti sfide sanitarie. L'apertura dell'evento è stata segnata dall'intervento del Dott. Daniele Amoruso, che ha messo in luce l'urgenza della situazione. Con una chiara preoccupazione per l'aumento delle patologie, Amoruso ha enfatizzato l'importanza di un dialogo costruttivo tra professionisti del settore sanitario, politici e comunità locali. "Affrontare efficacemente il diabete e l'obesità richiede una collabo-

razione senza precedenti," ha affermato, sottolineando la necessità di un'immediata azione coordinata.

Durante la discussione, Pier Luigi Lopalco ha introdotto nella discussione il tema delle case di comunità. Questi centri, secondo Lopalco, potrebbero servire come nodi vitali per la gestione integrata delle malattie croniche, coinvolgendo diverse figure professionali in un ambiente focalizzato sul paziente. La visione di Lopalco è quella di un sistema sanitario più coeso, dove le case di comunità agiscono come pilastri di supporto e prevenzione.

Lucia Parchitelli ha poi preso la parola, arricchendo il dibattito con la sua passione per l'educazione alla salute. Ha illustrato come l'obesità e il diabete non siano solo questioni mediche ma anche sociali e educative. Parchitelli ha proposto l'introduzione di programmi di educazione alimentare nelle scuole e campagne pubbliche di sensibilizzazione per informare i cittadini sui rischi e sulle terapie disponibili.

La tecnologia è stata un altro tema caldo, brillantemente trattato da Monica Priore. Esperta in tecnologie mediche, Priore ha

criticato l'attuale accesso limitato a strumenti avanzati per la gestione del diabete. "Ampliare i centri prescrittori di tecnologie diabetologiche è cruciale per garantire che nessun paziente venga lasciato indietro," ha insistito, evidenziando come le innovazioni possano trasformare la cura e la qualità della vita dei pazienti.

L'incontro si è concluso con un forte consenso sulla necessità di adottare un approccio olistico. L'entusiasmo per la proposta di un Intergruppo Consiliare per guidare le iniziative sulla salute ha riflettuto la volontà comune di implementare soluzioni durature. Questa cooperazione tra diversi settori promette di rivoluzionare la gestione del diabete e dell'obesità in Puglia, ponendo le basi per un futuro più sano.

L'impatto del Diabete in Puglia

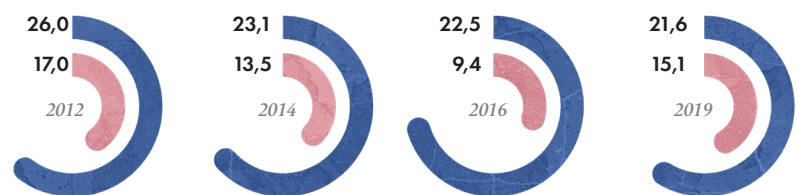
La prevalenza del diabete in Puglia è del **7,6%** ed è superiore alla media italiana.. La prevalenza di obesità infantile è superiore alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso **20,4%**, obesità: **9,4%**) Il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze si è ridotto significativamente negli ultimi anni. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete risulta superiore al dato medio nazionale sia per i maschi che per le femmine.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE **296.000**

Puglia **3.907.683** abitanti, Provincia di Bari (BA) **1.225.048** abitanti, Bari **316.736** abitanti.

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)

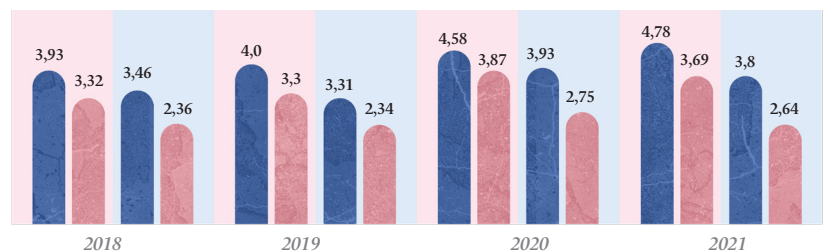
SOVRAPPESO ■ OBESI ■



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA (maschi e femmine x 10.000)

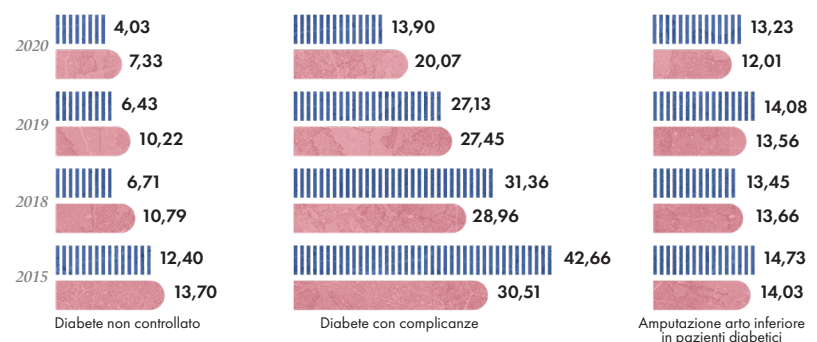
Fonte AVQ (ISTAT)

Uomo ■ Donna ■ PUGLIA ■ ITALIA ■



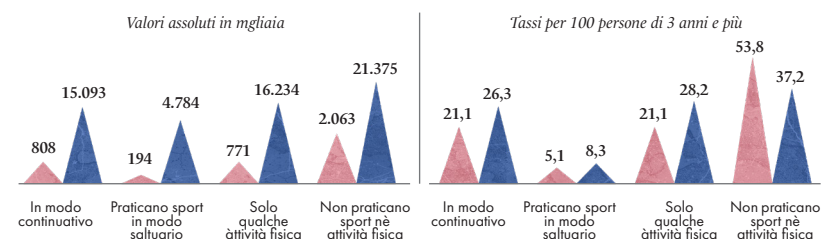
TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI

PUGLIA ■ ITALIA ■



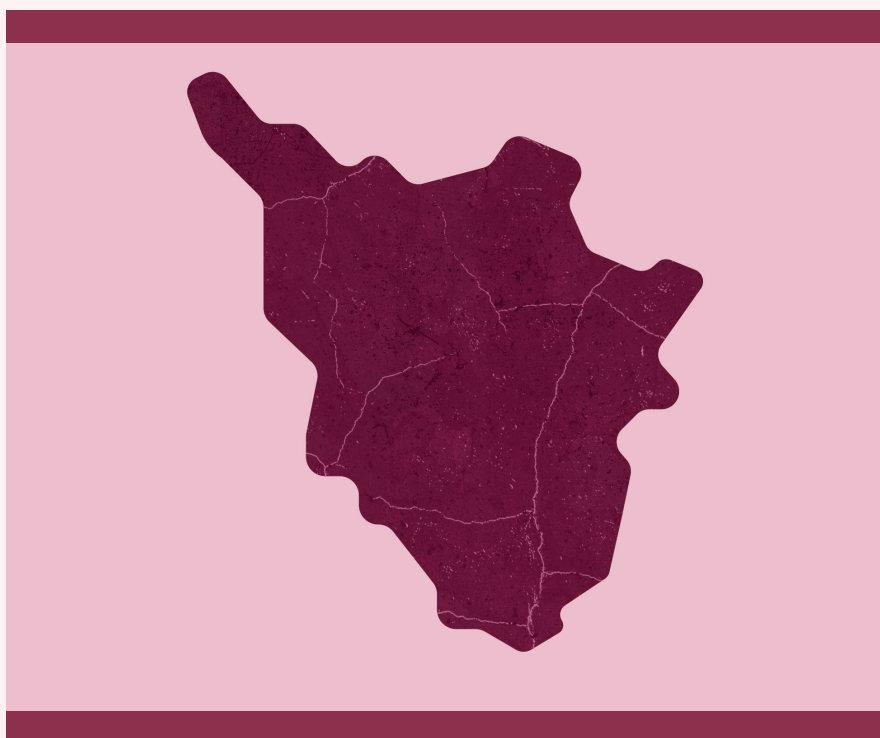
PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022

PUGLIA ■ ITALIA ■



5.5

Innovazioni e Collaborazioni in Toscana



Moderatore

Stefano del Missier

Partecipanti

Mirene Anna Luciani
Edoardo Mannucci
Laura Sambuco
Donatella Spadi
Enrico Sostegni
Marco Sonnini
Andrea Ulmi

La Toscana si distingue per l'adozione di pratiche innovative nella gestione del diabete e dell'obesità, un approccio sottolineato durante l'incontro del 26 luglio 2024 che ha visto la partecipazione di figure chiave nel campo della medicina e della politica. La discussione ha evidenziato un modello di cura che integra tecnologie avanzate, collaborazione interdisciplinare e un forte sostegno politico.

Andrea Ulmi, proponente della medicina basata sul valore, ha introdotto il concetto di migliorare non solo la quantità ma anche la qualità delle cure fornite. Ulmi ha sottolineato l'importanza di trattamenti personalizzati, basati su risultati misurabili, che migliorano la salute complessiva dei pazienti. "Questo cambiamento di paradigma non solo rende il trattamento più efficace ma anche più sosteni-

bile a lungo termine", ha spiegato. Parallelamente, la tecnologia ha un ruolo fondamentale, come evidenziato da Ulmi nel contesto dei dispositivi di monitoraggio continuo della glicemia. Questi strumenti, ha detto, "non solo facilitano la gestione quotidiana della malattia ma offrono anche insight preziosi per personalizzare l'assistenza."

Marco Sonnini, Presidente della Federazione Toscana Diabete, ha portato la prospettiva dei pazienti, enfatizzando l'accesso equo alle cure. La Toscana ha fatto passi da gigante per assicurare che tutti i pazienti, indipendentemente dalla loro situazione geografica o economica, abbiano accesso a trattamenti di alta qualità. "L'equità nell'accesso alle cure è fondamentale per combattere efficacemente queste malattie croniche", ha affermato Sonnini.

Enrico Sostegni, Presidente della Commissione Sanità, ha aggiunto un ulteriore strato alla discussione, sottolineando come le decisioni politiche debbano supportare e facilitare le innovazioni mediche. L'istituzione dell'intergruppo Consiliare, proposta durante l'incontro, è stata vista come un passo cruciale per mantenere l'impulso innovativo. "Con questo gruppo, possiamo sistematizzare gli sforzi e trasformare le nostre politiche sanitarie in modelli di successo replicabili", ha evidenziato Sostegni. Questo incontro ha quindi consolidato l'importanza di un approccio multidisciplinare, con la collaborazione tra diversi settori che si rivela essenziale per affrontare le sfide imposte dal diabete e dall'obesità. Con il sostegno di tutti i partecipanti, l'intergruppo Consiliare si propone di guidare la regione verso un futuro in cui la salute diventa un obiettivo condiviso e raggiungibile.

Intervista



Andrea Ulmi: Consigliere regionale Toscana - Merito e Lealtà - Vicepresidente III commissione - Sanità Comuni.

Il diabete è una di quelle patologie multifattoriali che si sposa bene con il cambio di paradigma in sanità che sto

portando avanti in Regione Toscana, cercando di affermare il principio della medicina basata sul valore, poiché dà "valorizzazione" al concetto di prevenzione primaria e, quindi, di stili di vita, nonché ad un'attività di lavoro in equipe che richiede proprio la multidisciplinarietà, caratteristica delle problematiche del diabete.

Domanda 1: Il diabete, secondo molte fonti, per l'8 per cento impatta sul totale della spesa sanitaria: questo non dovrebbe indurre le Regioni a definire una sorta di road map di interventi mirati, progressivi e compatibili con il quadro economico? Come si potrebbe fare?

Risposta 1: Sicuramente potenziare l'assistenza sanitaria dalla base (MMG/PLS), creando spazi e tempi dedicati, con personale infermieristico specializzato/dietisti, per l'educazione sanitaria dei soggetti a rischio e follow up dei diagnosticati. Rinforzare le connessioni tra ospedale e territorio e adeguare la formazione dei MMG con la capacità diagnostica di primo livello, possibilmente con un corso di specializzazione di tipo universitario, anziché con un corso di tirocinio. Creare infine le condizioni per una stabilizzazione della popolazione.

Domanda 2: Essendo verosimile che non tutti gli interventi possano essere attivati in un'unica soluzione, è possibile identificare una scala di priorità temporale? Dove agire da subito?

Risposta 2: Se gli interventi sono ben strutturati e organizzati non è necessario creare una scala di priorità temporale, bensì una sequenza di interventi connessi tra di loro, rendendo molto solidi quelli alla base per ridurre i costi della diagnostica, delle terapie, degli accessi ospedalieri.

Domanda 3: Un elemento di criticità registrato da più parti riguarda il tema delle gare d'acquisto centralizzate per i sistemi di misurazione dei livelli glicemici. Come coniugare il tema di adeguate competenze tecniche che supportano le scelte, con l'evoluzione continua dovuta all'innovazione tecnologica?

Risposta 3: Nelle gare di appalto Estar, incaricata di espletare le procedure, convoca specialisti di adeguata esperienza in grado di valutare i prodotti, le loro caratteristiche e di posizionarli in lotti in base alle specifiche tecniche. Queste gare, una volta concluse, hanno una validità temporale e possono essere modificate/sottoposte a varianti in caso di aggiornamenti tecnologici.

Domanda 4: Ormai è condiviso che si debba disegnare un più omogeneo sistema assistenziale per il diabete: da dove partire? Quale potrebbe essere la sede nella quale cominciare ad elaborare una policy compiuta e sistemica per la cura del diabete?

Risposta 4: Riprendo il concetto di medicina basata sul valore per elaborare un sistema di cura multidisciplinare, per la multifattorialità della malattia stessa, con un'attenzione particolare alla prevenzione primaria degli stili di vita, in particolar modo fumo e obesità.

Domanda 5: Oggi emerge pesantemente il binomio obesità-diabete, soprattutto nella popolazione in ambito scolastico. Come e con chi dovrebbe intervenire l'assessorato alla sanità per evitare una pandemia della cronicità fin dalla giovane età?

Risposta 5: L'informazione non basta per sensibilizzare la popolazione: i MMG/PLS dovrebbero essere messi nella condizione di poter migliorare le loro prestazioni (sarebbero interessanti delle schede di valutazione) attraverso strumenti di analisi della popolazione a rischio e forniti di altrettanti mezzi per ottenere dei risultati tangibili in termini di miglioramento di stile di vita (es. sospensione del fumo, attività fisica strutturata, alimentazione) attraverso schede elaborabili a fini statistici (es. quanti pazienti hanno smesso di fumare, quanti sono dimagriti, quanti hanno migliorato i loro parametri di laboratorio in termini di glicemia, assetto lipidico), perché i risultati devono essere misurabili.

Domanda 6: Per il diabete e l'obesità tutti concordano sull'esistenza di ampi spazi di miglioramento dei livelli di assistenza se vi fosse un maggior coordinamento tra ospedale e territorio. Cosa si potrebbe fare in questa direzione?

Risposta 6: Tutti i tentativi di coordinare ospedale e territorio o sono durati poco, o non sono stati recepiti da tutti i MMG/PLS; inoltre c'è una certa fascia di popolazione che si rivolge direttamente ai PS con accessi impropri. Purtroppo per migliorare la situazione è necessario imporre un comportamento, ma è comunque vero che ciò non è possibile se non si mettono i MMG/PLS in condizione di lavorare con i giusti sostegni (numero massimale di assistiti, età media in aumento con pazienti cronici e complicati).

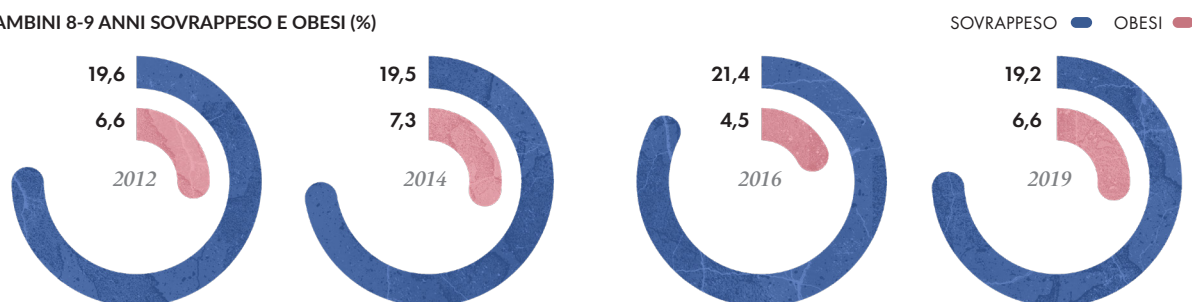
L'impatto del Diabete in Toscana

La prevalenza del diabete in Puglia è del **7,6%** ed è superiore alla media italiana.. La prevalenza di obesità infantile è superiore alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso **20,4%**, obesità: **9,4%**) Il tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze si è ridotto significativamente negli ultimi anni. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete risulta superiore al dato medio nazionale sia per i maschi che per le femmine.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE **203.000**

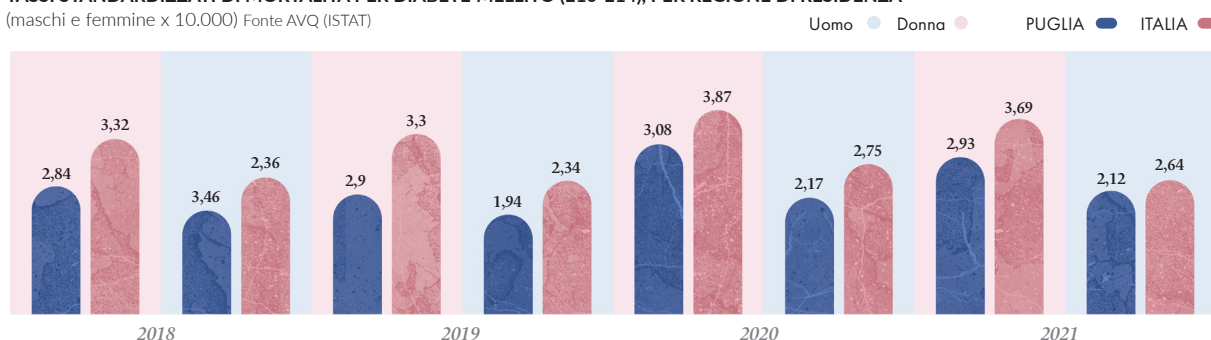
Toscana **3.661.981** abitanti, Provincia di Firenze (FI) **988.194** abitanti, Firenze **362.742** abitanti.

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)

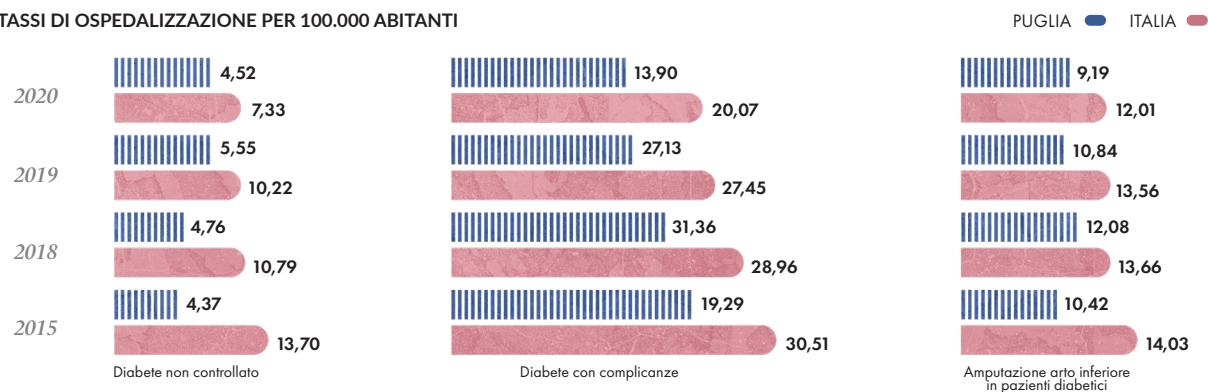


TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA

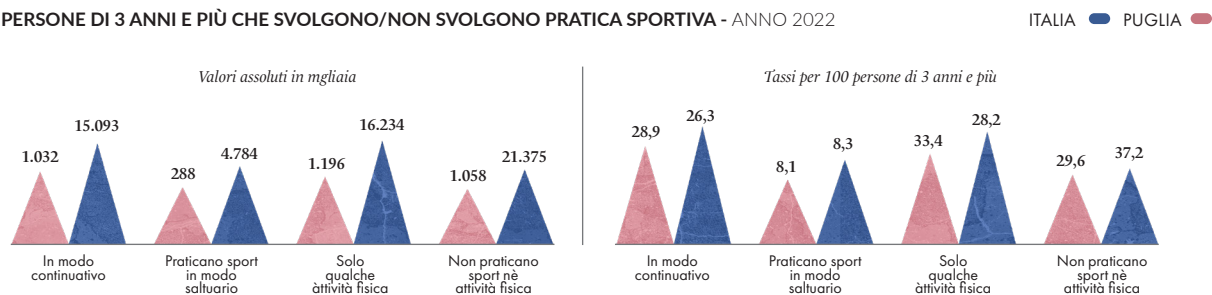
(maschi e femmine x 10.000) Fonte AVQ (ISTAT)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI

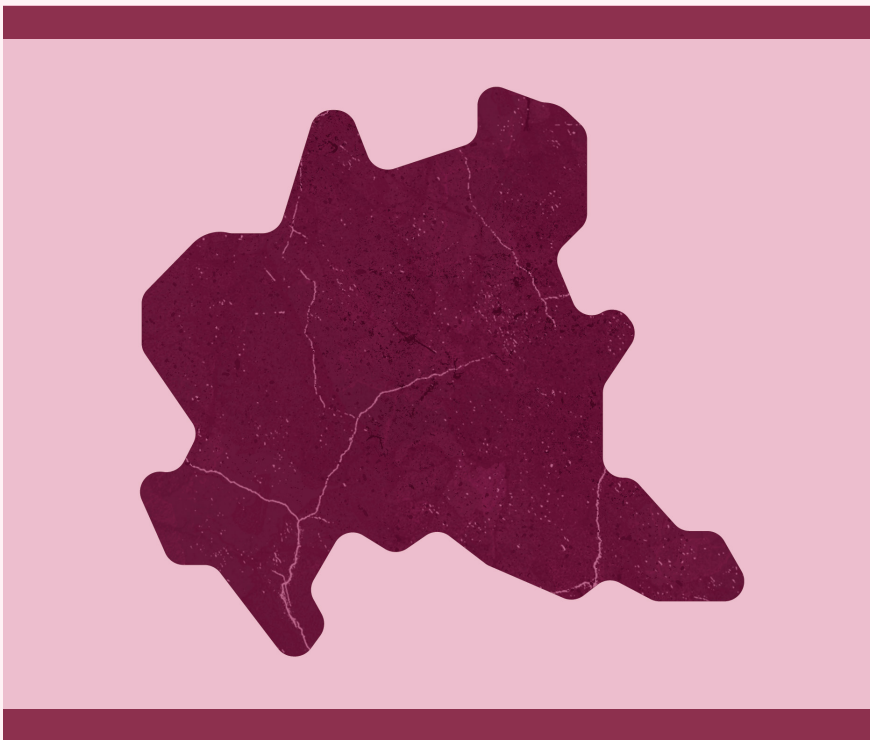


PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022



5.6

Incontro sulla Prevenzione del Diabete e dell'Obesità in Lombardia: Verso Politiche di Salute Integrate



Moderatore

Stefano del Missier

Partecipanti

Stefano Genovese

Silvia Scurati

Anna Ludovica Fracanzani

Maria Luigia Mottes

Iris Zani

termine, destinato a impattare la salute pubblica e il sistema sanitario in futuro.

LA CENTRALITÀ DELLA POLITICA SANITARIA E DELLA PREVENZIONE

Durante l'incontro, **Stefano Genovese** ha condiviso dati sull'obesità infantile, confermando che, sebbene la Lombardia si collochi positivamente rispetto alla media nazionale, permangono disparità nell'accesso alle cure per i cittadini di livello socio-economico più basso. Genovese ha sottolineato l'importanza di terapie innovative, come la *Semaglutide*, farmaco utile nella riduzione di eventi cardiovascolari, ma attualmente non coperto dal Servizio Sanitario Nazionale, il che accentua la disuguaglianza. Ha anche richiamato la necessità di sviluppare registri specifici per il diabete di tipo 1 e 2 in Lombardia, al fine di migliorare il monitoraggio

Milano - Si è svolto lo scorso 12 giugno, in Regione Lombardia, un incontro di grande rilevanza, focalizzato su due delle principali sfide di salute pubblica contemporanee: il diabete e l'obesità. L'evento, moderato dal direttore **Stefano Del Missier**, ha riunito esperti clinici, consiglieri regionali e associazioni di pazienti per discutere strategie integrate di prevenzione e trattamento di queste patologie croniche, che continuano a registrare numeri preoccupanti nella regione e nel Paese.

GUARDARE OLTRE UN APPROCCIO MERAMENTE AM-

MINISTRATIVO

Durante il discorso di apertura, Del Missier ha evidenziato come l'incontro sia nato sotto l'egida di Italian Health Policy Brief con l'obiettivo di superare un approccio meramente amministrativo.

La problematica del diabete è particolarmente urgente: oltre 500.000 cittadini lombardi sono diagnosticati come diabetici, mentre la prevalenza dell'obesità infantile è in crescita, con più del 25% dei bambini tra gli 8 e i 10 anni in sovrappeso o obesi. Questa statistica rappresenta un rischio a lungo

gio e la gestione di queste patologie.

NASCE L'IDEA DI UN INTERGRUPPO REGIONALE

Silvia Scurati, consigliere regionale, ha proposto la costituzione di un Intergruppo a livello del Consiglio regionale, per affrontare in modo strategico le questioni legate a diabete e obesità. L'obiettivo è sensibilizzare e coordinare iniziative legislative e politiche sanitarie. Scurati ha suggerito anche l'importanza dell'educazione alimentare nelle scuole, sottolineando come la povertà economica sia un fattore che ostacola l'adozione di stili di vita salutari.

INVESTIRE SU EDUCAZIONE, SENSORI GLICEMICI E SPORT

Alcuni interventi hanno posto l'accento sull'educazione alla salute. La consigliere regionale **Claudia Carzeri**, ha proposto l'iniziativa delle "palestre della salute", spazi dove lo sport è somministrato come terapia.

Anna Ludovica Fracanzani ha sottolineato come le malattie metaboliche spesso insorgano già in età pediatrica, sottolineando la necessità di interventi tempestivi per prevenire complicanze future. Tra le proposte concrete, **Maria Luigia Mottes** ha suggerito di ampliare l'accesso ai sensori glicemici per il monitoraggio continuo della glicemia, consentendo ai pazienti di gestire meglio la malattia e ridurre il rischio di complicanze.

CRUCIALE COINVOLGERE I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E LE ASSOCIAZIONI

Paola Pedrini, rappresentante della FIMMG, ha enfatizzato il ruolo dei medici di famiglia nella prevenzione e nell'educazione dei pazienti. Ha proposto l'espansione delle prescrizioni per i farmaci antidiabetici, il cui accesso è ancora limitato. Anche le associazioni di pazienti sono state coinvolte: **Iris Zani** di Amici Obesi Onlus ha annunciato l'imminente discussione di un disegno di legge sull'obesità alla Camera, una proposta

legislativa che potrebbe essere supportata dalle azioni dell'Intergruppo Regionale.

UN NUOVO APPROCCIO PER IL FUTURO DELLA SALUTE PUBBLICA

L'incontro si è concluso con la consapevolezza che, per affrontare con successo le sfide del diabete e dell'obesità, è necessaria una visione sinergica e integrata, che coinvolga non solo le istituzioni sanitarie, ma anche le scuole, le famiglie e le comunità locali. La proposta di un Intergruppo Consiliare rappresenta un passo avanti verso una strategia coordinata e sostenibile, auspicando che possa trasformarsi in misure concrete nel prossimo futuro.

Questa discussione ha messo in luce l'importanza di affrontare in modo multidisciplinare le patologie croniche come il diabete e l'obesità, che richiedono non solo interventi clinici ma anche azioni di sensibilizzazione e di miglioramento degli stili di vita della popolazione lombarda.

Intervista



Silvia Scurati: Consigliera di Regione Lombardia e del comune di Bareggio

Domanda 1: Il diabete, secondo molte fonti, per l'8 per cento impatta sul totale della spesa sanitaria: questo non dovrebbe indurre le Regioni a definire una sorta di road-map di interventi mirati,

progressivi e compatibili con il quadro economico? Come si potrebbe fare?

Risposta 1: Sicuramente il primo passo da fare è prendere necessariamente coscienza di come il problema non sia più rimandabile. In Lombardia, per esempio, oltre il 25% dei bambini tra gli 8 e i 10 anni è in sovrappeso o obeso e in Italia quasi 4 milioni di persone soffrono di diabete, di cui 700.000 solo in Lombardia, mentre circa 2,6 milioni di persone in regione sono in sovrappeso e più di 880.000

adulti sono obesi. Questi alcuni dati dai quali è necessario partire, in quanto la condivisione esatta delle informazioni in possesso del servizio sanitario consisterebbe di mettere in campo una serie di interventi di prevenzione che tengano conto anche il tema dell'ereditarietà della patologia. Tutto ciò consentirebbe non solo di ridurre i costi legati alla cura dei pazienti ma anche all'aumento della qualità della vita delle persone stesse e dei loro familiari.

Domanda 2: Essendo verosimile che non tutti gli interventi possano essere attivati in una unica soluzione, è possibile identificare una scala di priorità temporale? Dove agire da subito?

Risposta 2: Fermo restando la parte dedicata alla prevenzione, per quanto riguarda invece la gestione dei pazienti, proprio per varietà di casistiche e soprattutto per le diverse fasce di età interessate, preferirei pensare ad un sistema che percorra in parallelo strade diverse. Ci sono una molteplicità di azioni che si possono mettere in campo anche attraverso un adeguato intervento legislativo. Possiamo citare per esempio il potenziamento della formazione specialistica, vigilare affinché vi sia un accesso omogeneo alle cure, la necessità di istituire registri regionali delle patologie, così come l'accessibilità ai farmaci innovativi e puntare anche sulla formazione e l'informazione per i

medici di medicina generale, in modo da intervenire in maniera tempestiva con un coordinamento migliore.

Domanda 3: Un elemento di criticità registrato da più parti riguarda il tema delle gare d'acquisto centralizzate per i sistemi di misurazione dei livelli glicemici. Come coniugare il tema di adeguate competenze tecniche che supportano le scelte con l'evoluzione continua dovuta all'innovazione tecnologica?

Risposta 3: Ormai tutte le gare pubbliche rispondono a criteri ben precisi, che coniugano le esigenze legate ai costi e alle forniture con l'innovazione tecnologica che possa dare risposte sicure ai pazienti. In Regione Lombardia, per esempio, ARIA è l'azienda che si occupa degli acquisti cercando di fare sinergia tra competenze specializzate su tecnologie, infrastrutture, acquisti e conoscenza del territorio. Peraltro, sul tema specifico dei sistemi di misurazione dei livelli glicemici, abbiamo anche previsto all'interno delle regole del sistema sanitario, la distribuzione dei sensori CGM e FGM per il monitoraggio del glucosio nelle farmacie per facilitare l'accesso ai pazienti.

Domanda 4: Ormai è condiviso che si debba disegnare un più omogeneo sistema assistenziale per il diabete: da dove partire? Quale potrebbe essere la sede nella quale cominciare ad elaborare una policy compiuta e sistemica per la cura del diabete?

Risposta 4: Prima di tutto è necessario procedere con campagne di sensibilizzazione verso la popolazione sui rischi del diabete di tipo 2 promuovendo, come anche evidenziato prima, l'uso dei sensori per il monitoraggio glicemico per rendere più consapevoli le persone legate ai rischi associati al diabete. Il secondo elemento è che tutti i sistemi sanitari sono ormai da anni chiamati ad affrontare scelte di politica sanitaria profondamente diverse da quelle a cui siamo stati abituati. Questo però vuole dire trasformare e cambiare le scelte del passato, con un nuovo approccio alla politica sanitaria e per questo un nuovo confronto aperto e continuo con tutti gli stakeholders coinvolti. Di certo si dovrà rafforzare e ottimizzare l'assistenza e mettere in rete le strutture e i professionisti in modo da garantire una migliore qualità dell'assistenza.

Domanda 5: Oggi emerge pesantemente il binomio obesità-diabete, soprattutto nella popolazione in ambito scolastico. Come e con chi dovrebbe intervenire l'assessorato alla sanità per evitare una pandemia della cronicità fin dalla giovane età?

Risposta 5: Come anticipato in precedenza, il dato che vede oltre il 25% dei bambini lombardi tra gli 8 e i 10 anni sia in sovrappeso o obeso lancia sicuramente un campanello d'allarme. Si deve intervenire su tutti i fronti per promuovere la prevenzione e l'educazione alla salute, concentrando anche sulla corretta educazione alimentare e sull'educazione fisica. Per questo quando abbiamo fondato l'Intergruppo regionale su obesità, diabete e stili di vita abbiamo anche

coinvolto una serie di professionisti, dai diabetologi ai nutrizionisti, dai cardiologi al mondo sportivo; anche insieme alla dg welfare di Regione Lombardia dobbiamo pensare a come colmare non solo parti normative mancanti ma impegnarci, tutti insieme, per meglio dialogare e comunicare con i giovani, con le loro famiglie e anche con le istituzioni scolastiche e il terzo settore.

Domanda 6: Per il diabete e l'obesità tutti concordano sull'esistenza di ampi spazi di miglioramento dei livelli assistenziali se vi fosse un maggior coordinamento tra ospedale e territorio. Cosa si potrebbe fare in questa direzione?

Risposta 6: Concorro sulla necessità di mettere in rete e coordinare al meglio tutte le figure di riferimento, per esempio potenziando le Case della Salute e le farmacie dei servizi come punti di riferimento per la diagnosi, la prevenzione e la gestione del diabete e dell'obesità, integrando figure professionali come nutrizionisti e specialisti in diabetologia e nutrizione. Così come un maggiore coinvolgimento mirato da parte dei MMG, anche attraverso una formazione mirata.

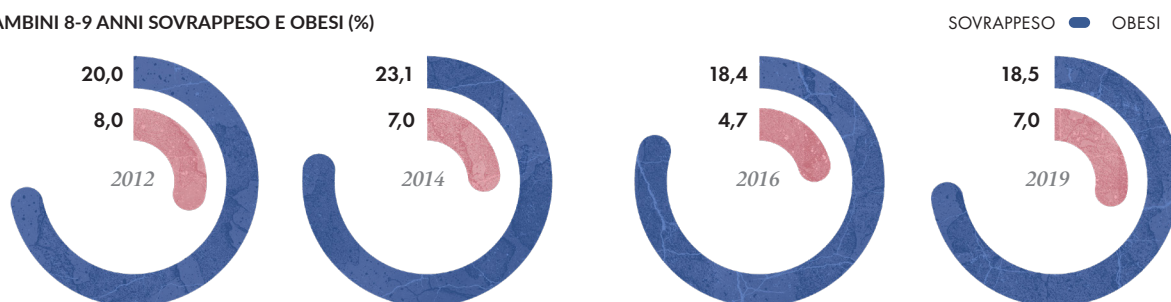
L'impatto del Diabete in Toscana

In Lombardia il **5,9%** della popolazione si dichiara affetto da diabete. La Lombardia è una regione con una prevalenza dell'obesità infantile inferiore alla media nazionale (media nazionale: sovrappeso **20,4%**, obesità: **9,4%**). Il consumo di farmaci antidiabetici è leggermente in crescita dal 2016 al 2020. Tutti gli indicatori di ospedalizzazione specifici sono peggiori rispetto alla media nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità per diabete è saldamente al di sotto della media nazionale.

N° DI PERSONE CHE DICHIARANO DI ESSERE DIABETICHE **587.000**

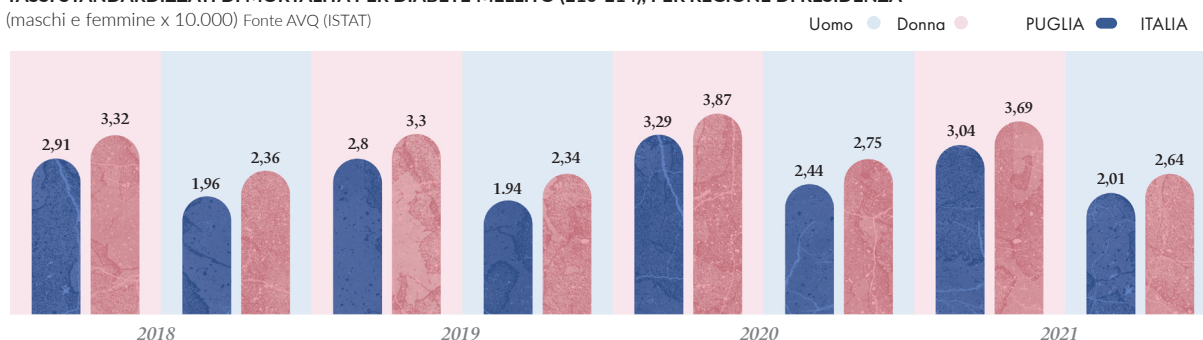
Lombardia **9.976.509** abitanti, Provincia di Milano (MI) **3.228.006** abitanti, Milano **1.358.420** abitanti.

BAMBINI 8-9 ANNI SOVRAPPESO E OBESI (%)

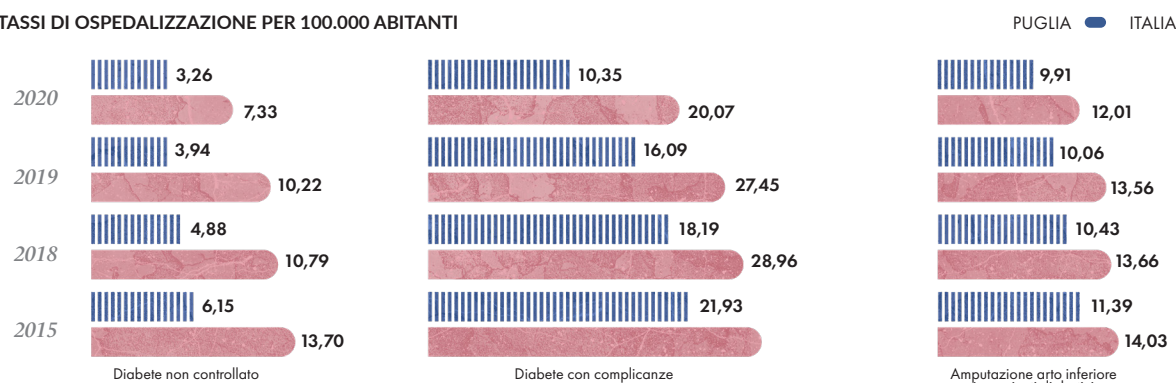


TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITÀ PER DIABETE MELLITO (E10-E14), PER REGIONE DI RESIDENZA

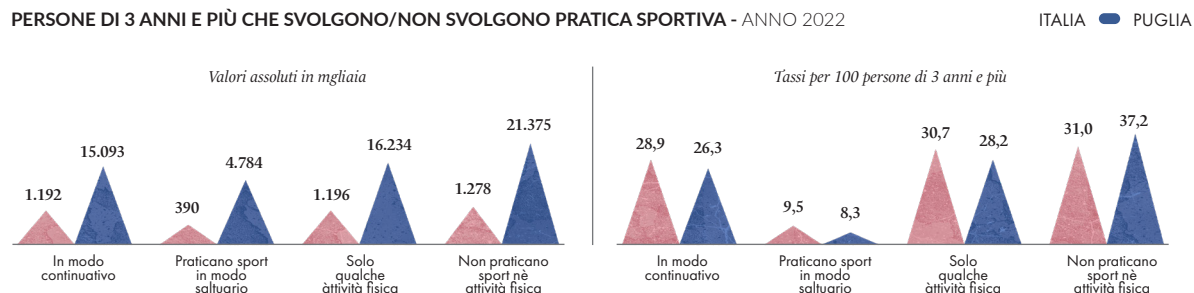
(maschi e femmine x 10.000) Fonte AVQ (ISTAT)



TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER 100.000 ABITANTI



PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ CHE SVOLGONO/NON SVOLGONO PRATICA SPORTIVA - ANNO 2022



Andrea Monti, Redazione Rh+

In questo numero abbiamo attraversato l'Italia, da nord a sud, incrociando diverse realtà regionali. Al termine di questo viaggio in noi scaturisce una riflessione:

quella contro il diabete e l'obesità si trasforma in una vera e propria lotta, superando la mera questione sanitaria, diventando a tutti gli effetti un'emergenza sociale e politica. In fondo i numeri ce lo confermano: sono milioni gli italiani costretti a convivere con queste patologie, generando costi umani, sociali ed economici sempre più alti. I numeri ci consegnano una diagnosi assolutamente chiara, mentre al contrario è la cura a rimanere fuori fuoco, talvolta lontana e frammentaria. Alle spalle abbiamo un'epoca in cui la politica, in tema sanitario, ha oscillato tra promesse e misure inefficaci, tra piani ambiziosi e risorse insufficienti. Davanti a noi, questa è la speranza, abbiamo la possibilità di costruire un approccio diverso, più pragmatico, concreto ed efficace.

Con questo sguardo positivo abbiamo voluto raccontare la nascita di numerosi Intergruppi Consiglieri Regionali, una novità che potrebbe persino rivoluzionare l'approccio alla governance sanitaria regionale. Allontanarsi da un modello di decisioni calate dall'alto, costruendo un confronto costante tra istituzioni, clinici e pazienti. La politica che torna protagonista, partendo dall'ascolto, ragionando sui dati, provando a costruire soluzioni condivise. Un modello che, mutuato dalla dimensione parlamentare italiana, si sta diffondendo anche nelle Regioni, dove in fondo si gioca la partita più rilevante e cocente dell'assistenza sanitaria.

In Lombardia, Piemonte, Toscana, Lazio, Campania e Puglia, i primi risultati sono già evidenti: gli intergruppi hanno favorito un approccio che garantisce una maggiore attenzione alla prevenzione, senza

dimenticare l'esigenza di una gestione più efficiente delle risorse, raggiungibile anche attraverso l'introduzione di tecnologie innovative per la cura.

Non dobbiamo però peccare di eccessivo ottimismo, facendoci trascinare dall'entusiasmo e dall'euforia per questa novità. Perché la sfida è solo all'inizio. I numeri, raccontati in questo numero ci confermano come il diabete sia una pandemia silenziosa che colpisce oltre 4 milioni di italiani, generando costi che superano addirittura l'8% della spesa sanitaria nazionale, e anche l'obesità, spesso sottovalutata, è in costante crescita, specie tra i più giovani. Prevenzione, educazione sanitaria, percorsi terapeutici più accessibili: sono questi i pilastri su cui costruire un nuovo approccio, capace di garantire equità di cure e sostenibilità economica.

Gli Intergruppi possono rappresentare una delle chiavi per trasformare le buone intenzioni, di cui la politica spesso fa indigestione, in azioni concrete. Senza dubbio dobbiamo cogliere la loro nascita come un segnale assolutamente positivo, senza dimenticare per che il loro successo dipenderà dalla capacità di mantenere alta l'attenzione, nonché la forza di poter tradurre le discussioni in provvedimenti.

Ma c'è un aspetto che diventa davvero cruciale e fondamentale perché questa iniziativa non si riduca in un esperimento, magari anche riuscito ma isolato: è indispensabile che tutto ciò diventi un metodo strutturato, replicabile, addirittura capace di contaminare altri settori della politica sanitaria e sociale. Il nostro auspicio, così come il nostro impegno come rivista, è che la sanità del futuro non si riduca ad essere vissuta solo come un tema da campagna elettorale, oppure come un'occasione ghiotta per scatenare una tempesta politica. Il tema della salute dovrà essere un pilastro centrale della programmazione politica, capace di garantire a tutti i cittadini una qualità di vita migliore.

Gli Intergruppi Consiglieri Regionali potrebbero aver aperto una strada nuova. Riuscirà ora la politica a percorrerla fino in fondo? Questa è la sfida.

