

Anni 2000-2011

IL DIABETE IN ITALIA

■ Nel 2011 sono quasi 3 milioni le persone che dichiarano di essere affette da diabete, il 4,9% della popolazione.

■ Il diabete è più diffuso nelle classi più svantaggiate laddove i fattori di rischio, quali obesità e inattività fisica, sono più comuni.

■ Valori superiori alla media si registrano al Sud, dove risiedono 900 mila diabetici, contro 650 mila al Nord-ovest, 600 mila al Centro, 450 mila al Nord-est e circa 350 mila nelle Isole.

■ La diffusione (prevalenza) del diabete aumenta al crescere dell'età: oltre i 75 anni almeno una persona su cinque ne è affetta. Su 100 diabetici 80 hanno più di 65 anni e 40 più di 75.

■ Sotto i 74 anni il diabete è più diffuso tra gli uomini.

■ Negli ultimi dieci anni si contano 800 mila diabetici in più a causa dell'invecchiamento della popolazione e di una maggiore diffusione della malattia. Tra il 2000 e il 2011 il tasso standardizzato di prevalenza passa da 3,9 per 100 persone a 4,6. Nello stesso periodo, invece, la mortalità è in lieve flessione.

■ Nel 2009 il diabete è stato riconosciuto come causa principale di morte in 20.760 casi. Nello stesso anno sono inoltre ben 71.978 i decessi per i quali nella scheda di morte è indicato anche il diabete.

■ Tra il 2003 e il 2010 aumentano i contatti tra i diabetici e il medico di medicina generale: il numero medio per paziente passa da 9 a 13 per gli uomini e da 12 a 15 per le donne. Anche le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e gli esami di laboratorio subiscono un incremento.

■ Si riducono, invece, i ricoveri, da 120.804 nel 2000 a 96.787 nel 2010. In particolare, diminuiscono i ricoveri potenzialmente inappropriati. Anche il ricorso al regime ordinario è in calo a favore di trattamenti in *day hospital* o in regime ambulatoriale.

■ Tra gli anziani affetti da diabete circa un terzo vive da solo, mentre il 38,6% vive in coppia senza figli. Più critica la condizione delle donne anziane con diabete, che nel 42,7% dei casi vivono da sole.

■ Le complicanze del diabete possono essere estremamente invalidanti e compromettere la funzionalità di organi essenziali: cuore (infarto del miocardio, cardiopatie), reni (insufficienza renale), vasi sanguigni (ipertensione o altre malattie cardiovascolari, ictus, ecc.), occhi (glaucoma, retinopatie, ecc.).

FIGURA 1. IL DIABETE IN ITALIA. NUMERO ASSOLUTO PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA. Anno 2011, valori in migliaia

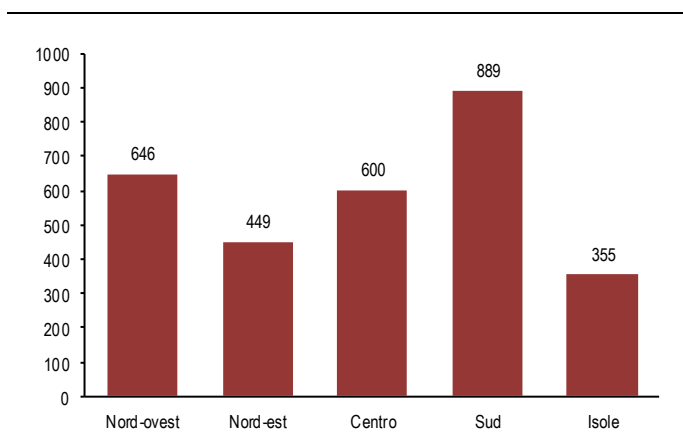
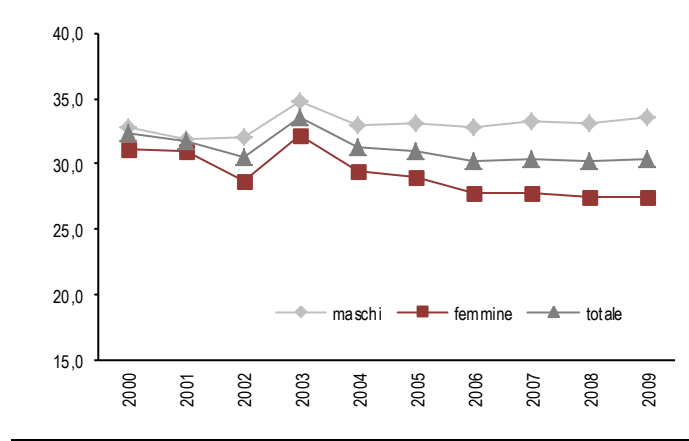


FIGURA 2. TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ PER DIABETE IN ITALIA. Anni 2000-2009, valori per 100.000 mila abitanti



In aumento i malati di diabete

Nel 2011 sono quasi 3 milioni le persone che dichiarano di essere affette da diabete, il 4,9% della popolazione italiana. La diffusione, ovvero la prevalenza, aumenta al crescere dell'età: oltre i 75 anni almeno una persona su cinque ne è affetta. Su 100 diabetici 80 sono anziani con più di 65 anni, 40 hanno più di 75 anni. L'analisi per genere evidenzia una maggiore diffusione negli uomini sotto i 74 anni.

PROSPETTO 1. I MALATI DI DIABETE IN ITALIA, NUMERO ASSOLUTO PER GENERE ED ETÀ.

Anni 2000 e 2011, valori assoluti in migliaia e valori percentuali

2000							
	Maschi	Femmine	Totale		Maschi	Femmine	Totale
	Numero di diabetici (valori in migliaia)				Distribuzione percentuale		
0-54	10	7	18		1	1	1
55-64	222	225	447		22	19	21
65-74	488	508	996		49	44	46
75 e più	233	401	634		23	35	30
Totale	995	1.155	2.149		100	100	100
2011							
	Maschi	Femmine	Totale		Maschi	Femmine	Totale
	Numero di diabetici (valori in migliaia)				Distribuzione percentuale		
0-54	6	13	20		0	1	1
55-64	310	247	557		22	16	19
65-74	633	570	1.205		46	37	41
75 e più	400	733	1.133		29	47	39
Totale	1.383	1.556	2.939		100	100	100

PROSPETTO 2. IL DIABETE IN ITALIA, TASSI DI PREVELENZA PER GENERE ED ETÀ.

Anni 2000 e 2011, valori per cento abitanti

2000			2011			
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	Numero di diabetici per cento persone della stessa classe di età					
0-54	0,9	0,8	0,9	1,1	0,8	1,0
55-64	6,8	6,7	6,7	8,4	6,4	7,4
65-74	13,2	11,0	11,9	15,3	12,4	13,7
75 e più	14,7	15,0	14,9	17,9	20,6	19,5
Tasso totale	3,6	3,9	3,8	4,7	5,0	4,9
Tasso standardizzato	4,0	3,9	3,9	4,8	4,3	4,6

I tassi di prevalenza standardizzati per età sono più bassi nelle regioni del Nord. Valori più elevati della media si evidenziano in Calabria, Basilicata, Puglia, Campania, Molise, Sicilia, Abruzzo; quelli più bassi a Bolzano e nelle Marche. Risiedono al Sud 900 mila diabetici, 650 mila al Nord-ovest, 600 mila al Centro, 450 mila al Nord-est e circa 350 mila nelle Isole. Negli ultimi dieci anni si registra un incremento della diffusione del diabete in tutte le regioni.

A livello nazionale il tasso di prevalenza standardizzato per età passa da 3,9% nel 2001 a 4,6% nel 2011.

Tra il 2000 e il 2011 si contano 800 mila diabetici in più, anche in conseguenza dell'invecchiamento della popolazione. La geografia per genere rimane sostanzialmente invariata.

È noto, infine, che le complicanze del diabete possono essere estremamente invalidanti e quindi contribuire a peggiorare la qualità degli anni da vivere, compromettendo la funzionalità di organi essenziali: cuore (infarto del miocardio, cardiopatie), reni (insufficienza renale), vasi sanguigni (ipertensione o altre malattie cardiovascolari, ictus, ecc.), occhi (glaucoma, retinopatie, ecc.).

Mortalità in lieve declino

Il numero di persone residenti e decedute in Italia in cui il diabete è individuato come la causa principale di morte è passato da 17.547 nel 2000 a 20.760 nel 2009. Nello stesso anno, il numero dei decessi in cui il diabete è indicato nella scheda di morte come causa multipla di morte - il diabete può essere la causa principale oppure una concausa che ha contribuito al decesso - è molto più elevato e pari a 71.978 decessi.

Il diabete risulta molto spesso associato ad un'altra causa di morte e come tale contribuisce al progressivo peggioramento delle condizioni di salute fino al decesso.

PROSPETTO 3. IL DIABETE IN ITALIA COME CAUSA PRICIPALE DI MORTE O CAUSA MULTIPLA DI MORTE.
Anno 2009, valori assoluti, tasso grezzo e tasso standardizzato, per centomila (a)

	Causa iniziale di morte			Causa multiple di morte		
	Decessi	Tassi grezzi	Tassi STD	Decessi	Tassi grezzi	Tassi STD
Maschi						
<45	58	0,4	0,3	192	1,2	1,1
45-64	1.028	13,2	13,7	3.617	46,4	48,2
65+	7.646	149,8	158,5	29.254	573,0	598,7
Totale	8.732	30,2	33,5	33.063	114,3	125,8
Femmine						
<45	22	0,1	0,1	84	0,5	0,5
45-64	541	6,7	6,8	1.805	22,2	22,8
65+	11.465	162,8	136,3	37.026	525,9	443,1
Totale	12.028	39,2	27,5	38.915	126,8	89,6
Totale						
<45	80	0,3	0,2	276	0,9	0,8
45-64	1.569	9,9	10,2	5.422	34,1	35,1
65+	19.111	157,3	146,6	66.280	545,7	509,3
Totale	20.760	34,8	30,3	71.978	120,7	105,4

(a) I tassi standardizzati sono stati calcolati con il metodo diretto utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione al Censimento 2001.

Tra le cause di morte nei soggetti con diabete risultano più frequenti le malattie cardiache e cerebro-vascolari (incluse le malattie ipertensive e le malattie ischemiche del cuore) e i tumori del

pancreas. Al crescere dell'età, aumentano sia i decessi in cui il diabete è la causa principale sia quelli in cui esso è una causa multipla di morte.

Al di sotto dei 45 anni di età il tasso grezzo di mortalità per diabete è molto basso, pari a 0,3 casi ogni 100 mila abitanti, sale a 9,9 tra i 45 e i 64 anni e raggiunge i 157,3 decessi per 100 mila persone oltre i 65 anni.

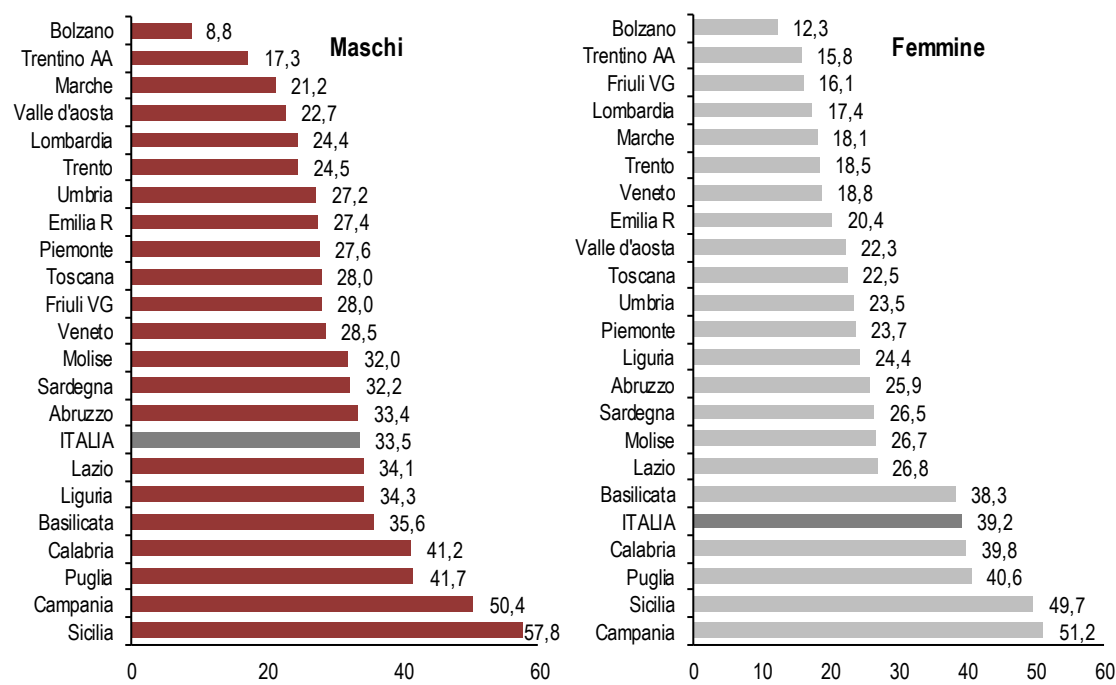
La geografia della mortalità presenta ampie differenze nei livelli regionali che riflettono la distribuzione sul territorio della diffusione della malattia: sono le aree meridionali e insulari ad avere i livelli di mortalità più elevati.

Fra il 2000 e il 2009 i tassi di mortalità per diabete sono molto più alti del valore medio nazionale in Campania, Sicilia, Puglia, Calabria e Basilicata. Nel 2009 il tasso di mortalità degli uomini residenti in Sicilia è pari a 57,8 decessi per 100 mila abitanti, valore 1,7 volte più alto del tasso italiano. Per le donne è invece la Campania ad avere i valori più elevati con un tasso del 51,2 per 100 mila, 1,3 volte superiore a quello medio nazionale.

Il tasso di mortalità standardizzato per età per diabete subisce una lieve flessione nel tempo: il valore passa infatti da 31,1 decessi per 100 mila abitanti nel 2000 a 30,3 nel 2009. Si osserva, quindi, da un lato la diminuzione del tasso di mortalità e dall'altro un aumento dei decessi per diabete. Questa apparente contraddizione trova la spiegazione nell'incremento della popolazione anziana: in soli dieci anni le persone con più di 75 anni sono passate da 4 milioni e mezzo a oltre 6 milioni.

La mortalità ha subito una lieve riduzione sotto i 65 anni, in entrambi i sessi e, solo per le donne, anche sopra i 65 anni. Di conseguenza, nelle età anziane è aumentata la distanza tra uomini e donne, a vantaggio di queste ultime.

FIGURA 3. LA MORTALITÀ PER DIABETE IN ITALIA PER GENERE E REGIONE DI RESIDENZA.
Anno 2009, tassi standardizzati, per centomila



Segnali di miglioramento si notano per le donne residenti nelle regioni del Sud: infatti, il calo più sensibile della mortalità si osserva proprio nelle regioni caratterizzate da più elevati livelli di mortalità per diabete (Campania, Puglia, Calabria, Abruzzo e Molise). Tra gli uomini si registra, al contrario, un lieve aumento dei livelli di mortalità nella maggior parte delle regioni, determinato soprattutto dall'aumento dei tassi di mortalità per diabete sopra i 65 anni. Solo per gli uomini residenti in 5 regioni del Mezzogiorno si riscontra, invece, una leggera riduzione della mortalità per diabete (Basilicata, Calabria, Abruzzo, Molise e Sardegna).

Una patologia dai quadri clinici complessi

Per studiare l'associazione del diabete con altre malattie croniche vengono analizzate sia le schede di dimissione ospedaliera (Sdo), dove sono riportate le altre patologie del paziente che possono aver contribuito alla definizione delle terapie e servizi sanitari prestati durante il ricovero sia le schede di morte.

Nel 2010 sono stati rilevati 698.506 ricoveri di diabetici. Oltre 600 mila ricoveri (86% del totale) sono stati effettuati per motivi diversi dal diabete, ma questa malattia ha contribuito ad aggravare il quadro patologico dei ricoverati. Le diagnosi principali dei ricoveri che hanno come concausa il diabete sono rappresentate prevalentemente da malattie del sistema circolatorio (41% del totale), malattie del sistema respiratorio (11%) e del sistema genitourinario (9,6%).

In media sono riportate poco più di due patologie su ogni scheda, ma nel caso dei ricoveri in cui è menzionato il diabete questo valore raddoppia, il che indica che generalmente questa malattia è inserita in un quadro morboso complesso. Il diabete si associa fortemente a malattie quali le ulcere degli arti inferiori (quasi 8 volte rispetto ai non diabetici), obesità (6 volte), osteomielite (5 volte), dislipidemie (4 volte), malattie del fegato (3 volte) ed altre malattie nutrizionali e metaboliche (3 volte). Tra i casi di ricovero con diabete, risulta doppia l'associazione con le malattie del sistema circolatorio ed in particolare con le malattie ipertensive, le malattie ischemiche del cuore e le malattie delle arterie. Sebbene non si evidenzino associazioni tra il diabete e il gruppo di patologie dell'occhio nel complesso, risulta significativa l'associazione con le malattie della retina, i disturbi visivi e la cecità. Anche le malattie respiratorie, sia croniche che acute, sono più frequenti nel gruppo dei diabetici rispetto a quello dei non diabetici.

Anche sulla scheda di morte sono in genere riportate più cause, tra le quali viene selezionata la causa iniziale, ovvero quella maggiormente responsabile del decesso, che si utilizza per le statistiche di mortalità. Occorre ricordare che sulla scheda di morte il medico certificatore è tenuto a riportare tutti gli stati morbosi che hanno contribuito al decesso, anche se non lo hanno causato direttamente. Le patologie del deceduto che non hanno avuto alcun ruolo nel causare la morte non dovrebbero essere riportate sulla scheda. Per questo motivo non si può affermare che quando il diabete non è riportato sul certificato il deceduto non era diabetico, ma si può ritenere che il diabete non abbia contribuito significativamente a quel decesso o che si è in presenza di altre patologie rilevanti che hanno portato il medico ad omettere il diabete. Questo spiega la bassa associazione del diabete con patologie quali i tumori maligni.

Nel 2009 i decessi dei residenti in Italia con menzione di diabete sono 71.978. Mediamente sulla scheda di morte vengono riportate quattro patologie, mentre nel caso delle schede in cui una delle cause è il diabete, questo valore sale a 5,5.

Le associazioni osservate nei dati di mortalità sono analoghe a quelle osservate nelle Sdo. Anche nel caso delle cause multiple di morte risultano molto associate al diabete alcune malattie metaboliche e nutrizionali, quali le dislipidemie e l'obesità è presente in genere con una frequenza 5 volte superiore ai non diabetici. L'associazione con le malattie del sistema circolatorio (con un eccesso di rischio del 30% rispetto ai non diabetici) è di minore intensità rispetto alle Sdo. Nei dati

di mortalità si registrano associazioni con malattie che rappresentano le complicanze del diabete a carico del sistema circolatorio periferico quali 'alcune malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo', in particolare le ulcere da decubito, la gangrena e l'insufficienza renale.

Nel caso delle schede di morte, si evidenzia un'associazione positiva anche con il glaucoma e, in generale, con le malattie dell'occhio e degli annessi oculari nel complesso.

Obesità e sedentarietà principali fattori di rischio

È noto come obesità e sedentarietà rappresentino fattori di rischio per la salute connessi con l'insorgenza di numerose patologie croniche. Di contro, una dieta salutare, un peso normale, un'attività fisica moderata e continua nel tempo riducono il rischio di diverse patologie degenerative e mortali, in particolare del diabete, influenzando i lipidi nel sangue, la pressione arteriosa, la trombosi, la tolleranza al glucosio, l'insulino-resistenza ed altri cambiamenti metabolici.

Come già osservato in molte indagini epidemiologiche il diabete è spesso associato a obesità e a comportamenti sedentari. Infatti, se complessivamente nella popolazione adulta (di 18 anni e più) la prevalenza di diabete è pari al 5,8%, tra gli adulti obesi la quota raggiunge il 15,2%, in crescita di cinque punti rispetto al 2001; tale quota cresce all'aumentare dell'età fino a raggiungere il 29,9% tra gli anziani di 75 anni e più, anche in questo caso in crescita, rispetto al 2001, di otto punti.

PROSPETTO 4. PREVALENZA DI PERSONE DI 18 ANNI E PIÙ AFFETTE DA DIABETE PER INDICE DI MASSA CORPOREA E DISTRIBUZIONE PERCENTUALE, PER GENERE.

Anno 2011, per 100 persone con le stesse caratteristiche

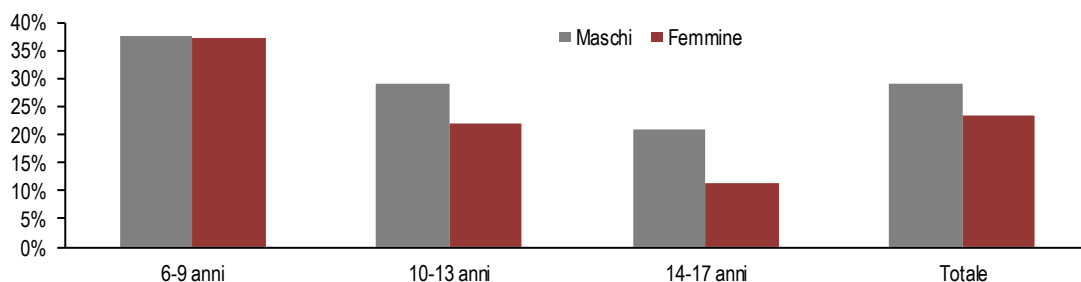
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	Prevalenza diabete			Persone affette da diabete			Totale popolazione		
Sottopeso	1,1	2,7	2,5	0,2	2,2	1,3	0,8	5,0	3,0
Normopeso	3,4	3,2	3,3	25,8	32,2	29,2	42,9	58,9	51,2
Sovrappeso	6,1	8,7	7,1	48,2	39,2	43,5	45,5	26,8	35,8
Obesi	13,8	16,7	15,2	25,8	26,3	26,1	10,7	9,4	10,0
Totale	5,7	5,9	5,8	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Un'attenzione particolare merita il problema dell'obesità infantile, essendo documentata la sua valenza predittiva rispetto all'eccesso di peso nell'età adulta.

Nel 2010, più di un ragazzo (6-17 anni) su quattro (26,2%) è obeso o in sovrappeso, proporzione analoga a quanto rilevato nel 2000; a partire dall'età di 10 anni il fenomeno inizia ad essere più frequente nei maschi che nelle femmine. L'eccesso di peso è più frequente nei ragazzi quando almeno uno dei genitori è a sua volta in sovrappeso o obeso. La percentuale dei ragazzi in eccesso ponderale sale al 33,1 % nel caso in cui entrambi i genitori siano in sovrappeso o obesi.

Le percentuali dei ragazzi in sovrappeso o obesi aumenta passando dal Nord al Sud del paese con percentuali particolarmente elevate in Campania (36,6%) e in Sicilia (31,7%).

FIGURA 4. RAGAZZI FRA 6 E 17 ANNI IN ECCESSO DI PESO, PER GENERE E CLASSI DI ETÀ .
Anno 2010, valori percentuali



Una maggiore diffusione del diabete si osserva anche tra le persone che non praticano attività fisica: l'8,1% contro il 5% nella popolazione di 3 anni e più. Anche la sedentarietà è in aumento tra i diabetici, nel 2001 era pari al 6,3%. In tutte le fasce d'età, ad eccezione delle bambine e delle giovani donne (3-24 anni), i soggetti diabetici presentano comportamenti sedentari molto più diffusi di quelli che si registrano sul totale della popolazione.

PROSPETTO 5. PERSONE DI 3 ANNI E PIÙ AFFETTE DA DIABETE PER PRATICA DI ATTIVITÀ FISICO-SPORTIVA E GENERE. Anno 2011, per 100 persone con le stesse caratteristiche

	Maschi			Femmine			Totale		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	Prevalenza diabete			Persone affette da diabete			Totale popolazione		
In modo continuativo	1,7	1,1	1,4	8,9	3,7	6,2	26,0	18,0	21,9
In modo saltuario	2,4	1,6	2,1	6,2	2,4	4,2	12,6	7,9	10,2
Qualche attività fisica	5,6	3,6	4,5	29,8	20,1	24,7	26,0	29,2	27,7
Mai	7,7	8,4	8,1	55,0	72,6	64,3	35,0	44,4	39,8
Non indicato	-	10,8	6,5	-	1,2	0,6	0,4	0,6	0,5
Totale	4,9	5,2	5,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Per valutare il rischio di diabete, a parità di altre condizioni, è stato applicato un modello logistico in cui come variabili esplicative sono state utilizzate il sesso, l'età, il titolo di studio (utilizzato come indicatore di status), la pratica di attività fisica, l'indice di massa corporea e la ripartizione geografica.

Considerando tutta la popolazione di 45 anni e più, al crescere dell'età aumenta il rischio di essere affetto da diabete (sopra i 65 anni è 4 volte più elevato rispetto alla classe di età 45-54 anni). Nelle donne è complessivamente più basso di oltre il 15% rispetto agli uomini. L'obesità triplica il rischio, rispetto ai normopeso, mentre un titolo di studio basso rispetto a un diploma o una laurea lo aumenta di 1,7 volte; lo stesso vale per l'inattività fisica, che lo fa aumentare del 35% rispetto a chi pratica regolare attività; per chi risiede al Sud, infine, il rischio aumenta del 50% rispetto ai residenti al Nord.

In aumento i diabetici che dichiarano cattive condizioni di salute

Per una valutazione globale delle condizioni di salute, la percezione dello stato di salute rappresenta un importante riferimento, in quanto consente di cogliere la multidimensionalità del concetto di salute, inteso, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, come lo stato di "completo benessere fisico, mentale e sociale". Sono molti gli studi che documentano l'importante valore predittivo della salute percepita rispetto sia all'ospedalizzazione che all'evento morte.

Tra le persone affette da diabete si registrano, in tutte le classi di età, quote notevolmente più elevate della media di quanti riferiscono di stare male o molto male, il 30,9% contro il 5,7% nella popolazione totale.

PROSPETTO 6. PERSONE PER PRESENZA DI DIABETE E PERCEZIONE DELLO STATO DI SALUTE, PER GENERE. Anno 2011, per 100 persone con le stesse caratteristiche

	Maschi	Femmine	Totale		Maschi	Femmine	Totale
	Popolazione con diabete				Totale popolazione		
Bene o molto bene	23,0	10,8	16,5		75,1	67,2	71,1
Né bene né male	53,6	51,7	52,6		20,3	26,0	23,2
Male o molto male	23,4	37,5	30,9		4,5	6,8	5,7
Totale	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0

La percezione negativa aumenta con l'età ed è peggiore per le donne, ma la quota di chi dichiara di stare male o molto male tra i diabetici è già rilevante tra le persone fino a 24 anni: è pari all'11,4% a fronte dello 0,5% nella popolazione complessiva. Raddoppia nella fascia di età 25-44 anni (19,4%), raggiunge il 27,7% tra le persone di 65-74 anni, fino al 41,8% tra gli ultrasessantacinquenni. La maggioranza dei diabetici comunque dichiara di stare bene o molto bene anche nella popolazione più anziana.

PROSPETTO 7. PERSONE PER PRESENZA DI DIABETE E PER LIMITAZIONI CHE DURANO DA ALMENO 6 MESI, PER GENERE. Anno 2011, per 100 persone con le stesse caratteristiche

	Maschi	Femmine	Totale		Maschi	Femmine	Totale
	Popolazione con diabete				Totale popolazione		
Informazione mancante	3,5	2,5	2,9		9,0	9,1	9,0
Limitazioni gravi	19,3	26,8	23,3		4,1	5,5	4,8
Limitazioni non gravi	42,8	46,2	44,6		12,7	16,2	14,5
Nessuna limitazione	34,4	24,5	29,2		74,1	69,3	71,6
Totale	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0

Il diabete è spesso associato a limitazioni di diversa gravità nello svolgere le normali attività della vita quotidiana. In tutte le fasce d'età la quota di persone con diabete che dichiarano di non avere limitazioni rispetto alla popolazione complessiva è più bassa: tra i 25-44 anni è il 42,5%. Le quote più elevate di persone con diabete con limitazioni gravi si registrano tra gli anziani: 28,3%, in

particolare tra le donne (31,4% vs 24,1%). Mentre per le limitazioni non gravi la quota si attesta al 44,7%.

Un quarto dei diabetici vive da solo

Il contesto familiare in cui vivono i diabetici merita particolare attenzione, soprattutto per le possibili conseguenze in termini di carico assistenziale da parte dei servizi esterni alla famiglia. Le famiglie in cui vivono i diabetici sono caratterizzate da un limitato numero di componenti: si tratta soprattutto di coppie senza figli (33,5%) e persone sole (26,4%). Tra i diabetici con età tra i 45 ed i 64 anni poco più della metà vive in un nucleo familiare con figli, il 25,5% in coppia senza figli, il 13,3% da soli. Tra gli anziani la quota delle persone sole con diabete raggiunge un terzo, mentre il 38,6% vive in coppie senza figli. Critica la condizione delle donne anziane con diabete che nel 42,7% dei casi vivono da sole contro il 19,1% degli uomini. A tale situazione si accompagna anche uno svantaggio delle condizioni economiche: la maggioranza delle donne anziane con diabete dichiara che le risorse economiche di cui dispone la propria famiglia sono scarse o assolutamente insufficienti (53,4%). In generale, i diabetici che riferiscono di disporre di risorse scarse o insufficienti sono il 51,4%; tale percentuale raggiunge nel Sud il 57%.

Il diabete è più frequente tra le persone con basso titolo di studio

Le disuguaglianze tra individui, gruppi sociali, territori possono essere efficacemente misurate anche tramite il titolo di studio, potente *proxy* di status sociale nel caso della salute. Il diabete rientra tra quelle patologie croniche che continuano a colpire le classi più svantaggiate, dove più frequentemente si osservano comportamenti che ne possono favorire l'insorgenza (obesità, sedentarietà, cattiva alimentazione, scarsa attenzione ai controlli dello stato di salute) o aggravarne le complicanze. La disuguaglianza sociale è particolarmente accentuata a partire dai 45 anni per le donne. Tra i 45 e i 64 anni la prevalenza del diabete è dello 0,7% tra le laureate, 2,2% tra le diplomate, mentre raggiunge il 10,5% tra coloro che hanno al massimo conseguito la licenza elementare. Analogamente, per le donne di 65 anni e più la prevalenza è pari al 5,3% tra le laureate e si quadruplica tra le anziane di più basso status sociale (19,9%). Tra i coetanei maschi le differenze persistono, ma in misura decisamente più contenuta: si passa dal 14,4% tra i laureati al 18,2% tra gli anziani con basso titolo di studio: per gli uomini, quindi, il diabete si presenta come "fenomeno trasversale". Le disuguaglianze sociali sono confermate dall'analisi condotta sul *follow-up* dei soggetti intervistati nell'indagine sulla salute del 1999-2000, di cui sono stati registrati i ricoveri e i decessi verificatisi negli anni successivi.

Rispetto alle donne non affette da diabete con lo stesso titolo di studio, il rischio di mortalità triplica tra le donne con diabete e licenza media inferiore ed è più del doppio tra quante hanno conseguito al massimo la licenza elementare, mentre il rischio relativo di mortalità è più contenuto (circa una volta e mezzo) tra le donne diabetiche che hanno un livello di istruzione più alto (laurea/diploma superiore).

A livello territoriale lo svantaggio si riscontra nel Centro Italia dove il rischio relativo di mortalità nella popolazione anziana affetta da diabete con titolo di studio basso è di circa il 30% superiore rispetto alle persone diabetiche con livello di istruzione elevato della stessa età e area territoriale.

Sempre più frequenti i contatti con il medico di base

Altre importanti informazioni sulla patologia diabetica sono desumibili dal database *Health Search* della Società italiana dei medici di medicina generale (SIMG), grazie al quale, per i pazienti con più di 15 anni affetti da diabete mellito di tipo2, è possibile descrivere il ricorso a visite mediche specialistiche o presso il medico di medicina generale, l'effettuazione di esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, analizzare i consumi farmaceutici.

Sono esclusi dal database i consumi sanitari che il paziente diabetico effettua senza ricorrere al medico di medicina generale, cioè eventuali visite mediche o esami effettuati nel settore privato senza prescrizione del medico di medicina generale (MMG) e le prestazioni sanitarie prescritte direttamente al paziente dai centri diabetologici pubblici. Il quadro è di estremo interesse soprattutto dal punto di vista della dinamica.

Il medico di medicina generale è certamente un punto di riferimento importante per la diagnosi precoce del diabete e per un adeguato monitoraggio dei comportamenti dei pazienti affetti da diabete. La quasi totalità dei pazienti si rivolge almeno una volta nell'anno al medico di medicina generale. La percentuale è passata dal 93% nel 2003 al 97% nel 2010 negli uomini e dal 94% al 99% nelle donne. Le donne si rivolgono al medico di famiglia con una frequenza leggermente più elevata degli uomini: effettuano mediamente 15 contatti l'anno contro i 13 degli uomini. Questo dato è significativamente più elevato della media riferita a tutte le patologie che è pari a 8 nelle donne e a 6 negli uomini. Il dato nel 2010 risulta in aumento rispetto al 2003 quando il numero medio di contatti era pari a 12 nelle donne e a 9 negli uomini.

Il numero medio di contatti aumenta all'aumentare dell'età e tende ad essere pari al doppio nei pazienti con più di 75 anni rispetto ai pazienti con meno di 45 anni.

PROSPETTO 8. NUMERO MEDIO DI CONTATTI ALL'ANNO CON IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER PAZIENTI CON DIABETE MELLITO DI TIPO2 PER SESSO E CLASSE DI ETÀ. Anni 2003 e 2010

	Classi di età					Totale
	<45	45-54	55-64	65-74	75+	
Maschi						
2003	6	8	8	10	12	9
2010	8	10	11	14	16	13
Femmine						
2003	8	11	11	12	12	12
2010	9	13	15	16	16	15

Fonte: Elaborazioni nell'ambito del protocollo di ricerca tra Istat, CEIS Tor Vergata, SIMG su database Health Search

In aumento il ricorso alle cure e l'utilizzo di farmaci specifici

Nei pazienti affetti da diabete mellito di tipo2 aumenta nel tempo la quota di persone che effettua visite specialistiche, esami di laboratorio ed esami diagnostici per il tramite del medico di medicina generale¹.

Gli esami diagnostici sono quelli che interessano la quota più elevata di pazienti (85% degli uomini e 87% delle donne); seguono gli esami di laboratorio (80% vs. 82%) e le visite specialistiche (68%

¹ Le elaborazioni e i dati presentati sono effettuati nell'ambito del protocollo di ricerca tra Istat, CEIS Tor Vergata, SIMG su database Health Search. Si ringrazia in particolare il prof. Vincenzo Atella e il suo gruppo di ricerca per il contributo fornito all'elaborazione e all'analisi dei dati.

vs. 71%). Le donne ricorrono a questi servizi sanitari in misura maggiore degli uomini e le differenze di genere tendono a mantenersi costanti nel tempo.

Non si osservano differenze significative di genere nel numero medio di prestazioni sanitarie per paziente. Ogni paziente effettua in media 3 visite specialistiche all'anno, 24 esami di laboratorio se uomo, 25 se donna, 27 esami diagnostici per paziente negli uomini e 29 nelle donne.

I profili per genere ed età delle tre tipologie di prestazioni sanitarie sono molto simili. Il numero medio di prestazioni per paziente cresce al crescere dell'età con un massimo tra i 75 e i 79 anni. Decresce leggermente dopo gli 80 anni. Gli esami di laboratorio variano da un minimo nella classe 35-44 anni pari a 14 per ogni paziente negli uomini e a 20 nelle donne, ad un massimo nella classe di età 75-79 anni pari a 28 negli uomini e 27 nelle donne. Gli esami diagnostici presentano valori solo leggermente più alti, ma con analoghe differenze per età e sesso.

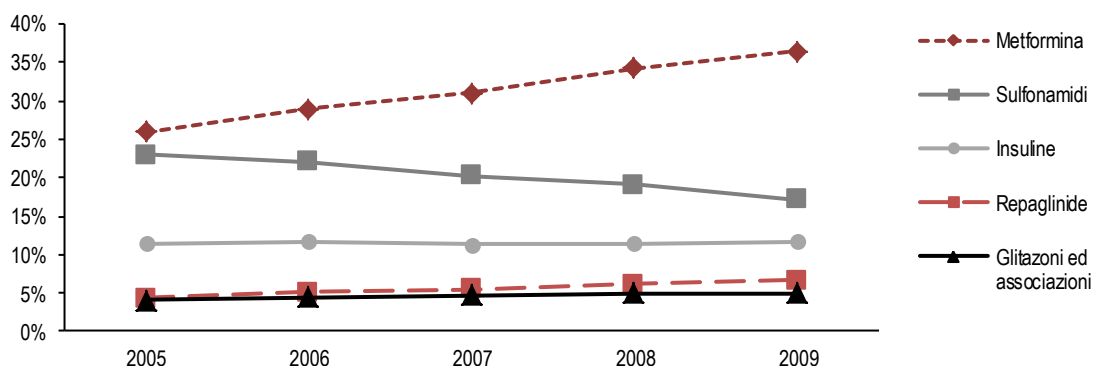
L'analisi per ripartizione geografica non mostra differenze significative nel territorio.

Tra il 2003 e il 2009, analizzando i dati sui farmaci prescritti dai medici di medicina generale, si è registrato un aumento importante nella prevalenza d'uso di metformina (la prescrizione passa dal 15,2% al 36,5% dei pazienti). Negli anni più recenti si è ridotto il consumo di sulfonamidi (dal 23% dei pazienti del 2005 al 17,2% del 2009). La repaglinide mostra un costante aumento tra il 2003 e il 2009 pur mantenendosi su percentuali più basse rispetto ad altri farmaci. L'uso dell'insulina rimane sostanzialmente stabile nel tempo e viene prescritta nel 2009 all'11,7% dei pazienti.

L'aumento importante nella prevalenza d'uso della metformina è in linea con i protocolli di trattamento del diabete mellito di tipo2 che individuano in questo principio attivo il trattamento di prima scelta soprattutto per le persone obese e in sovrappeso ma anche per le altre.

Il profilo prescrittivo non risulta differenziato per ripartizione geografica. Tuttavia nelle isole si tendono a consumare più insulina e metformina. Il consumo di insulina risulta nettamente più elevato tra i pazienti di 15-44 anni, mentre per gli altri farmaci si osserva una tendenza crescente all'aumentare dell'età.

FIGURA 5. PREVALENZA D'USO DI FARMACI PER IL DIABETE MELLITO DI TIPO2 PER CATEGORIA TERAPEUTICA. Anni 2005-2009, valori percentuali



Fonte: "VI Report HS" 2010, Health Search

In calo i ricoveri ospedalieri

L'Oms ha più volte sottolineato la necessità di limitare il ricorso eccessivo ai ricoveri e di puntare all'integrazione e inclusività del sistema di assistenza per garantire il miglioramento della qualità

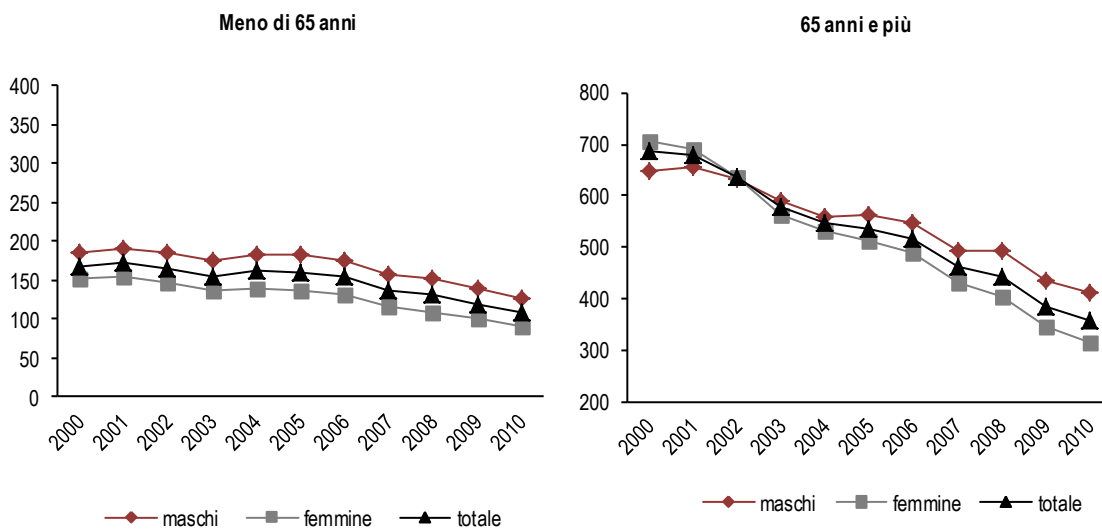
delle cure. Tra i circa 3 milioni di persone che dichiarano di soffrire di diabete, il 3,3% ha subito almeno un evento di ricovero ospedaliero. Tale percentuale è molto più alta (13%) per le persone con meno di 45 anni e diminuisce rapidamente all'aumentare dell'età fino ai 75 anni e oltre per cui si rilevano 2 ricoveri ogni 100 malati. La percentuale di malati che subisce il ricovero ospedaliero è più elevata negli uomini di tutte le età.

I tassi di ricovero per diabete presentano una spiccata variabilità regionale. Essi rispecchiano in parte la diversa prevalenza della malattia, più elevata al Sud, ma il divario tra i tassi è talmente ampio da ipotizzare che intervengano anche altri fattori legati al funzionamento dei sistemi sanitari regionali. A fronte di 160 ricoveri in Italia ogni 100 mila abitanti, se ne registrano 469 in Puglia, 396 in Basilicata, 375 in Molise, 220 nel Lazio. Queste sono anche le regioni in cui è più elevata la percentuale di persone con diabete che viene ospedalizzata. All'opposto troviamo la Valle d'Aosta con soli 39 residenti ricoverati per diabete ogni 100 mila, il Veneto con 66, il Friuli-Venezia Giulia con 70 e l'Abruzzo con 72.

Negli ultimi dieci anni il numero dei ricoveri per diabete è sceso da 120.804 nel 2000 a 96.787 nel 2010 (il dato si riferisce ai casi in cui il diabete viene indicato nella scheda di dimissione ospedaliera come diagnosi principale). Se si considerano invece tutti i ricoveri che includono il diabete in una qualsiasi delle diagnosi, sia essa principale o secondaria, il numero delle ospedalizzazioni è nel 2010 di 698.506 (era di 740.178 10 anni prima). Tale valore costituisce nel 2010 circa il 6% di tutte le ospedalizzazioni della popolazione residente.

Il tasso di ricovero per diabete standardizzato per età si riduce nel tempo passando da 266,1 ricoveri per 100 mila abitanti nel 2000 a 155,7 nel 2010.

FIGURA 6. TASSI STANDARDIZZATI DI RICOVERO PER DIABETE COME DIAGNOSI PRINCIPALE IN ITALIA, PER GENERE. Anni 2000-2010, tassi per centomila abitanti



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di dimissione ospedaliera.

A fronte, quindi, di un incremento della popolazione anziana, con il conseguente incremento del numero dei pazienti diabetici e di una lieve diminuzione dei livelli di mortalità, i ricoveri si riducono drasticamente. Tale riduzione si osserva a tutte le età, sia per i maschi che per le femmine, anche se quella più elevata si osserva nei tassi sopra i 65 anni di età ed in particolare nelle donne. Tra il

2000 ed il 2010 il tasso di ricovero a queste età si riduce drasticamente da 708 per 100.000 a 315 nelle donne e da 649 a 411 negli uomini.

È interessante osservare che nel 2000 il tasso di ricovero per diabete nelle donne over 65 era superiore rispetto agli uomini. Questa tendenza, tuttavia, si inverte a partire dal 2003 e, progressivamente, la distanza fra i due sessi aumenta fino a raggiungere, nel 2010, un tasso di ricovero maschile superiore del 30% rispetto a quello femminile.

Il tasso standardizzato di ricovero maschile supera quello delle donne di circa il 50% (181,3 rispetto a 132,5 per 100 mila). Tale differenza si riscontra in tutte le classi di età ma diminuisce con l'avanzare dell'età.

Tra il 2000 e il 2010, la geografia dell'ospedalizzazione per diabete non ha subito forti cambiamenti. I livelli più alti, sia tra gli uomini che tra le donne sono sempre in Puglia, Basilicata e Molise ma anche in altre regioni del Sud. Fanno eccezione la Sardegna e l'Abruzzo che passano da livelli del tasso di ricovero superiori alla media nazionale nel 2000 a livelli inferiori alla media nel 2010 per entrambi i sessi. In particolare l'Abruzzo passa da valori di 278 negli uomini e 287 per 100 mila nelle donne nel 2000 (media nazionale rispettivamente pari a 272 e 257) a valori pari a 77 e 57 nel 2010 che corrispondono a circa la metà del tasso osservato.

Il ruolo dei servizi sanitari nella gestione della patologia cronica

L'analisi dei dati relativi ai ricoveri per diabete può fornire importanti indicazioni sulla qualità dei servizi sanitari. I ricoveri per patologia diabetica possono dipendere da un'elevata prevalenza della malattia, ma anche da carenze nella gestione del paziente. Un aumento dei ricoveri si può verificare per effetto di un possibile peggioramento delle condizioni di salute del paziente con l'insorgenza di complicazioni che richiedono il ricovero, ma anche per effetto di un utilizzo improprio delle strutture ospedaliere, ovvero il ricovero in regime ordinario di pazienti che dovrebbero essere trattati in *day hospital* o in regime ambulatoriale.

Il 53% dei ricoveri è trattato in *day hospital* quando il diabete è la diagnosi principale, mentre se il diabete è menzionato in una qualsiasi diagnosi tale percentuale scende al 16%: nella quasi totalità di casi si tratta di ricoveri per acuti e solo una minima parte viene dimessa da reparti di lungodegenza o riabilitazione.

PROSPETTO 9. DIMISSIONI OSPEDALIERE PER DIABETE PER REGIME DI RICOVERO E TIPO DI ATTIVITÀ.

Anno 2010, valori assoluti e percentuali

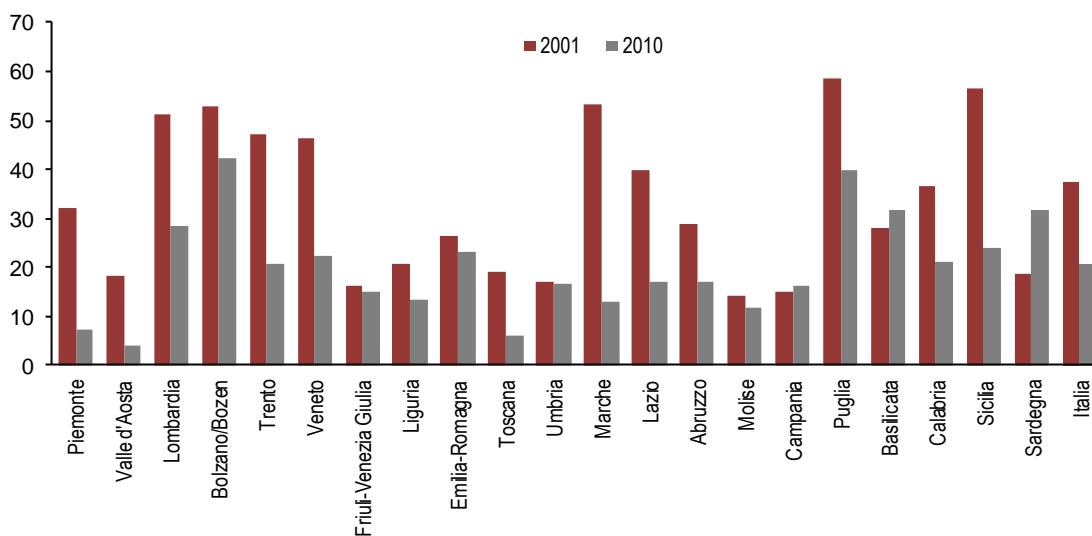
	Diabete in diagnosi principale		Diabete in qualsiasi diagnosi	
	Maschi	Femmine	Totale	
Regime ordinario				
A (per acuti)	44.284	96,5	539.665	91,8
L (lungodegenza)	1.444	3,1	16.498	2,8
R (riabilitazione)	173	0,4	31.709	5,4
Totale ordinario	45.901	100,0	587.872	100,0
Regime di day hospital				
A (per acuti)	50.861	100,0	108.042	97,7
R (riabilitazione)	25	0,0	2.592	2,3
Totale day hospital	50.886	100,0	110.634	100,0
Totale	96.787		698.506	

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Al fine di esplorare se le differenze territoriali osservate dipendono da una gestione non appropriata della patologia diabetica e delle sue complicanze, sono stati calcolati alcuni indicatori ospedalieri che forniscono informazioni indirette sul funzionamento dei servizi territoriali.

Tra gli indicatori predisposti dal Ministero della salute per il Programma operativo appropriatezza, rientra il tasso di ricovero standardizzato per diabete non controllato senza complicanze. Tale indicatore è una *proxy* della capacità dei servizi territoriali di prendere in carico i pazienti diabetici tramite l'attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici appropriati. Generalmente bassi valori indicano buona qualità dei servizi territoriali, valori elevati indicano ricorso improprio alle strutture ospedaliere e scarsa efficacia delle strutture specialistiche territoriali. Tra il 2001 e il 2010 il tasso è diminuito passando da 37,3 per 10 mila abitanti a 20,8. La riduzione dei tassi è stata generalizzata nelle regioni, con l'eccezione di Campania, Basilicata e Sardegna. Tuttavia i divari regionali sono rimasti molto ampi: il tasso varia da valori molto bassi (4 per 100 mila in Valle d'Aosta, 6,2 in Toscana, 7,2 in Piemonte) a valori molto alti (42,3 a Bolzano, 40 in Puglia, 31,8 in Basilicata, 31,6 in Sardegna).

FIGURA 7. TASSI STANDARDIZZATI DI RICOVERO IN ITALIA PER 'DIABETE NON CONTROLLATO SENZA COMPLICANZE'. Anni 2001 e 2010, tassi per centomila abitanti di 18 anni e più (a)



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute, Schede di dimissione ospedaliera.

(a) Sono inclusi solo i ricoveri ordinari per acuti in strutture pubbliche e private accreditate

Un altro indicatore che fornisce una misura indiretta della qualità dei servizi territoriali è il tasso di giornate di degenza per ospedalizzazione potenzialmente inappropriata. Tale indicatore quantifica le giornate di degenza che possono essere contrastate con una migliore assistenza extra-ospedaliera e corretta gestione delle cronicità. Il calcolo è stato effettuato considerando una selezione di patologie correlate al diabete. Nel 2010 il tasso di giornate di degenza standardizzato ammonta a 40,1 per 100 mila abitanti. Questo dato è in forte calo rispetto al 2002 quando ammontava a 68,2 per 100 mila. Ancora una volta si osserva una decisa variabilità regionale dei tassi. Puglia, Sicilia, Calabria e provincia autonoma di Trento sono le aree territoriali con i valori più elevati. Emilia-Romagna, Lombardia e Basilicata le regioni con i tassi più bassi.

Una gestione più efficiente della patologia diabetica ed una migliore rispondenza ai bisogni dei pazienti possono essere perseguiti anche sperimentando forme alternative al ricovero in regime

ordinario. Tra gli indicatori individuati nel Patto per la salute 2010-2012 rientrano i Drg potenzialmente inappropriati in regime di degenza ordinaria. Per tali Drg è auspicabile che si riducano i ricoveri in regime ordinario trasferendoli in regime di *day hospital* o in regime ambulatoriale. Tra questi rientrano i Drg 294 e 295 riferiti al diabete. Nel 2010 la percentuale di ricoveri in regime ordinario per questi Drg ammonta al 38,7% ed è in calo rispetto al valore del 2001 (50,8%). Tuttavia, per una corretta interpretazione, questo indicatore necessita di essere letto insieme al tasso di ricovero per i due Drg selezionati, anch'esso diminuito in maniera significativa da 197 ricoveri per 100 mila abitanti a 108,4. Nelle regioni che hanno deospedalizzato i pazienti trasferendoli in regime ambulatoriale, i tassi di ricovero sono diminuiti ed è stato raggiunto l'obiettivo di una maggiore appropriatezza al pari di quelle regioni che hanno trasferito i pazienti dal regime ordinario al *day hospital*. L'analisi congiunta dei due indicatori mostra quindi che, nonostante Veneto, Friuli-Venezia Giulia ed Emilia Romagna trattino una quota molto elevata di ricoveri (compresa tra l'80 e il 90%) in regime ordinario, hanno tassi di ricovero per i due Drg riferiti al diabete molto bassi, mentre Basilicata, Puglia e Molise, che trattano circa il 20% dei ricoveri in regime ordinario, hanno tassi di ricovero molto più elevati della media nazionale. Non si rilevano casi di regioni con elevati tassi di ricovero accompagnati ad una elevata percentuale di ricoveri in regime ordinario, ad indicare che vi è una diffusa tendenza a trattare i pazienti diabetici con servizi alternativi rispetto al regime ordinario, sebbene in *setting* assistenziali differenziati (*day hospital* o ambulatorio).

Glossario

Prevalenza: una misura di frequenza che indica il livello di diffusione di una malattia nella popolazione. Si calcola con il rapporto fra il numero di individui affetti dalla malattia rilevati in una popolazione in un arco temporale (ad esempio l'anno) e il numero degli individui della popolazione osservati nello stesso periodo. Si può parlare di prevalenza dei casi ovvero del numero assoluto dei malati ma anche di prevalenza in una data popolazione, ovvero la proporzione dei malati nella popolazione.

Causa iniziale o causa principale di morte: la malattia o evento traumatico che, attraverso eventuali complicazioni o stati morbosi intermedi, ha condotto al decesso. Sulle schede di morte il medico che certifica il decesso e deve indicare la sequenza morbosa che ha condotto alla morte e gli eventuali altri stati morbosi rilevanti. Le statistiche di mortalità per causa fanno riferimento alla "causa iniziale" di tale sequenza.

Causa multipla di morte: sono le malattie o le lesioni certificati dal medico nella scheda di morte, esse può essere concausa o causa iniziale di morte.

Day hospital: ricovero ospedaliero in regime di degenza diurna. Tale particolare forma di erogazione dell'assistenza ospedaliera viene effettuata in divisioni, sezioni o servizi ospedalieri per fini diagnostici e/o curativi e/o riabilitativi e risponde a tutte le seguenti caratteristiche funzionali:

- si tratta di ricovero o ciclo di ricoveri programmato/i;
- è limitato a una sola parte della giornata e non ricopre quindi l'intero arco delle 24 ore dal momento del ricovero;
- fornisce prestazioni multiprofessionali e/o multispecialistiche, che necessitano di un tempo di esecuzione che si discosta in modo netto da quello necessario per una normale prestazione ambulatoriale.

Diagnosi principale alla dimissione: costituisce la condizione morbosa principale trattata o presa in esame durante il ricovero, ovvero la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i più importanti problemi assistenziali e quindi ha assorbito la maggiore quantità di risorse in termini diagnostici e/o di trattamento. La diagnosi principale di dimissione deve essere

codificata secondo la “Classificazione internazionale delle malattie” (Icd-9), che rappresenta l’edizione italiana della **International classification of diseases** basata sulle raccomandazioni della IX Conferenza di revisione tenutasi a Ginevra nel 1975.

Diagnosis related group (DRG): La classificazione della casistica ospedaliera basata essenzialmente sulla diagnosi principale di dimissione e degli interventi chirurgici e terapie effettuati nel corso del ricovero. Queste classi costituiscono il sistema Drg che è alla base del nuovo sistema di finanziamento degli istituti di cura, basato su tariffe specifiche associate ai singoli Drg.

Dimissione ospedaliera: momento conclusivo dell’iter di ricovero ospedaliero. La dimissione corrisponde all’ultimo contatto con la struttura in cui si è svolto il ciclo assistenziale.

Body mass Index (BMI) è l’indice di massa corporea e si ottiene dal rapporto tra peso (kg)/altezza (metri al quadrato)

Secondo la classificazione dell’OMS si definisce:

Sottopeso $BMI < 18,5$

Normopeso $18,5 \leq BMI < 25$

Soprappeso $25 \leq BMI < 30$

Obeso $BMI \geq 30$

Ricovero ordinario: ammissione in ospedale con pernottamento (il paziente vi trascorre almeno una notte).

Rischio relativo standardizzato per età, è una misura utilizzata per l’analisi dell’associazione del diabete con altre patologie e viene dato dal rapporto tra la proporzione delle dimissioni o delle schede di morte con una determinata patologia tra i pazienti che hanno il diabete e la proporzione di questa stessa patologia tra le dimissioni o i decessi in assenza di diabete. L’indicatore, essendo standardizzato per età, tiene conto delle diverse distribuzioni per età nei due gruppi.

Tasso grezzo è il rapporto tra gli eventi osservati e la popolazione complessiva, e misura la frequenza del fenomeno oggetto di studio nella popolazione reale

Tasso standardizzato è una misura del fenomeno al netto della struttura per età della popolazione. Tutti i tassi sono standardizzati per età con la popolazione al censimento del 2011.

Ospedalizzazione per diabete non controllato senza complicanze: sono i ricoveri ordinari per acuti in strutture pubbliche o private accreditate con diagnosi principale cod. ICD-9-CM 250.02, 250.03 (sono esclusi i pazienti deceduti in ospedale, provenienti da altri istituti di cura, afferenti a MDC 14 e MDC 15)

Giornate di degenza per ospedalizzazione potenzialmente inappropriata. Sono le giornate di degenza che possono essere contrastate con una migliore assistenza extra-ospedaliera e corretta gestione delle cronicità. Sono inclusi i ricoveri con le seguenti caratteristiche:

diagnosi principale 357.2 Polineuropatia in diabete e diagnosi secondarie 250 (diabete mellito), 251.0 (coma ipoglicemico), 785.4 (gangrena);

diagnosi principale 366.41 Cataratta diabetica e diagnosi secondarie 250 (diabete mellito), 251.0 (coma ipoglicemico);

diagnosi principale 362.83 Edema retinico e diagnosi secondarie 250 (diabete mellito), 251.0 (coma ipoglicemico);

diagnosi principale 365.44 Glaucoma associato a sindromi sistemiche e diagnosi secondarie 250 (diabete mellito), 251.0 (coma ipoglicemico);

diagnosi principale 785.4 Gangrena e diagnosi secondarie 250.7 (diabete con complicazioni circolatorie periferiche).

Nota metodologica

L'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), il Dipartimento DISA per le statistiche sociali ed ambientali (DISA) svolge diverse elaborazioni indagini sia di natura esaustiva che campionaria volte a rilevare informazioni per studiare lo stato di salute della popolazione italiana, le sue caratteristiche sociali e demografiche, l'evoluzione nel tempo e sul territorio delle misure di prevalenza, mortalità e dimissione ospedaliera. È inoltre possibile studiare le disuguaglianze sociali nelle persone che hanno dichiarato di avere il diabete, la multicronicità nei pazienti diabetici e lo stato di salute percepito nonché la qualità della vita, la prevenzione e gli stili di vita, il consumo dei servizi sanitari.

Altre misure sono disponibili e in grado di dare una misura dei ricoveri potenzialmente inappropriati e la corretta gestione della patologia cronica da parte dei servizi sanitari, ma anche l'uso dei farmaci, la spesa complessiva pro-capite.

Segue un elenco delle principali indagini e studi che l'Istat conduce e dalle quali derivano tutte le misure illustrate in questo documento.

Indagini condotte dall'ISTAT:

Indagine sui decessi e sulle cause di morte (esaustiva e annuale)

Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana" (annuale e campionaria)

Indagine sulla salute ed il ricordo ai servizi sanitari (campionaria anno 2004-2005)

Indagine di Follow-up, Database Indagine Salute Istat 1999-2000 - Mortalità 1999-2007 - Ospedalizzazione 2001-2008

Elaborazioni Istat da altre fonti:

Schede di dimissione ospedaliera SDO (annuale, Ministero della salute)

Importanti informazioni sulla patologia diabetica sono desumibili dal database Health search della Società italiana dei medici di medicina generale (SIMG). Tale database raccoglie una molteplicità di informazioni derivanti dalla pratica clinica quotidiana dei medici di medicina generale (MMG). Le elaborazioni sul database Health Search sono effettuate nell'ambito del protocollo di ricerca tra Istat, CEIS Tor Vergata, SIMG.