
CONTENTS

Click here for English



Cliquez ici pour le Français



Clicca qui per l'Italiano



Klicken Sie hier für Deutsch



Kliknij tutaj, aby wybrać
język Polski



Haga clic aquí para Español



European
Diabetes Forum

A CALL TO ACTION

To All Stakeholders in the
European Diabetes Landscape

| 01

Call to Action

| THE EUROPEAN DIABETES FORUM

The European Diabetes Forum has been founded by the European Association for the study of Diabetes (EASD) to bring together multiple stakeholders from across the diabetes landscape in Europe, including related organisations, as well as people with diabetes.

The Forum will make it possible for all voices, nationally and on a European level, to be heard to ensure that policy action can be directed towards better diabetes care.



| VISION

Enable healthcare systems to cope with the diabetes pandemic, while achieving the best possible outcomes for people with diabetes.



| MISSION

Ensure the translation of research into policy actions towards better diabetes care at a national level.



| CALL TO ACTION

We call out to all stakeholders in the diabetes landscape to unite behind this Call to Action, which outlines the problematic diabetes situation in Europe, the underlying causes, and the direction for solutions.

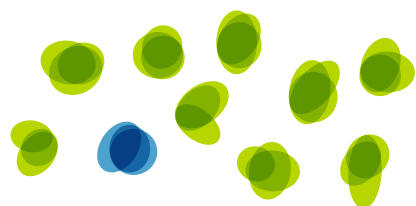
| 02

The Problem

A call to action (called the St. Vincent declaration) was launched in 1989. However, 30 years later, the proposed goals are far from being accomplished.

Everybody knows someone with diabetes, and in the future the number of people with diabetes is expected to rise

PRESENT



Nearly **1 out of 10** people in Europe have diabetes, amounting to around 60m people.¹

UNDIAGNOSED

22 million

It is estimated that there are currently about **22m undiagnosed cases in Europe**.¹

FUTURE

81 million

By 2045 the number of people with diabetes is expected to increase by 22% to **81m people** in Europe.¹

EVEN THOUGH



research is ongoing to fulfil the expectation of prevention.



can be prevented or substantially delayed in many people.

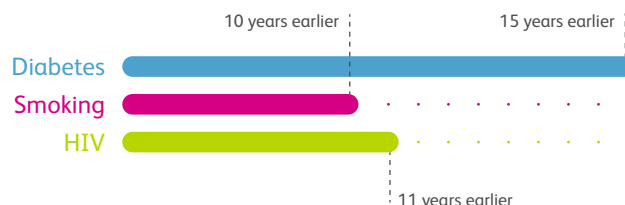
Diabetes kills and causes serious suffering, yet its treatment is not sufficiently prioritised by public health authorities.



Diabetes is a 'silent killer'. **Every 6 seconds someone dies from a diabetes related complication**², the majority of who die due to a cardiovascular event.³



Diabetes causes **blindness, amputation and kidney failure**, (10-20% of people with diabetes die from kidney failure), and contributes to **reduced quality of life** and **loss of working capacity**.²



Diabetes is a most deadly disease.⁴ A person with diabetes may die up to **15 years earlier**⁵, similar to smoking (dying 10 years earlier) and to infection with HIV (~ 11 years earlier).^{6/7}

1. IDF Diabetes Atlas Eight Edition, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes atlas, 7th edn, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Mortality numbers reported by WHO 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. WHO Global Report on Diabetes, 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

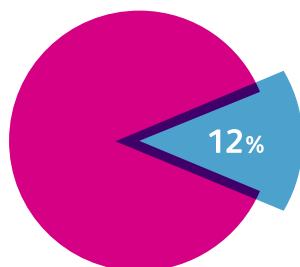
| 02

The Problem (continued)

Diabetes is a growing clinical and socio-economic burden

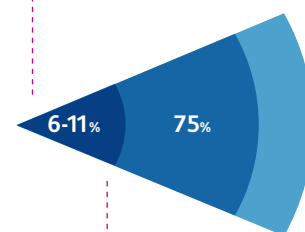


Due to the rise in diabetes prevalence, the **direct** and **indirect costs** for healthcare systems and society are expected to **increase significantly**.⁸



Diabetes is responsible for **12% of total health care expenditure**.⁹

Research has shown that 6-11% of the expenditure on diabetes is related to cost of **diabetes medicines**.¹⁰



No less than 75% of these costs relate to treating **preventable** diabetes-related cardiovascular and microvascular **complications**.¹¹

Healthcare systems are currently poorly designed and equipped to handle this growing pandemic effectively



Worsening long-term cost to healthcare systems due to a short-term focus on outcomes and budgeting.



Sub-optimal long-term outcomes for people with diabetes.



Inadequate integration between various parts of the healthcare system, including patients, primary care, and secondary care.



Mis-alignment between medical resources and the expanding patient population.

1. IDF Diabetes Atlas Eight Edition, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes atlas. 7th edn, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Mortality numbers reported by WHO 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. WHO Global Report on Diabetes, 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

| 03 Cause

Healthcare systems are currently insufficiently set-up to manage chronic, complex, and growing diseases like diabetes and, as a result, clinical inertia prevails



No focus on hospital cost savings or limiting loss of productivity of people with diabetes.



Limited integrated care approaches between different parts of the healthcare system across Europe.



Care pathway complexities + short term focus = poor patient experiences adherence, compliance outcomes.



Short term cycle budgeting deals with treatment expenditure in isolation. A siloed approach limiting opportunities for 'smart spending'.

There is limited alignment on appropriate outcomes for people with diabetes and their relation to the socio-economic burden

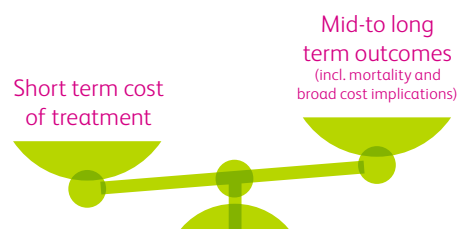
There is a **lack of clarity** of what constitutes:



appropriate outcomes for people with diabetes, beyond glycaemic control, beyond the short term.



the link between improving outcomes and socio-economic direct and indirect cost.



For people with diabetes, a degree of complacency combined with political inertia contributes to a lack of progress

**“Lifestyle”
disease**



Stigmatisation

Diabetes is a debilitating and fatal disease, yet it is often seen as just a lifestyle disease, leading to stigmatisation of people with diabetes.

Prevention of diabetes is not a priority, despite the increase in type 2 diabetes, mainly due to obesity.

Limited incorporation of scientific advances and broader evidence into policy and clinical action, thus limiting uptake of innovative treatments and management approaches that could improve outcomes.

1. IDF Diabetes Atlas Eight Edition, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes atlas. 7th edn, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Mortality numbers reported by WHO 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. WHO Global Report on Diabetes, 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

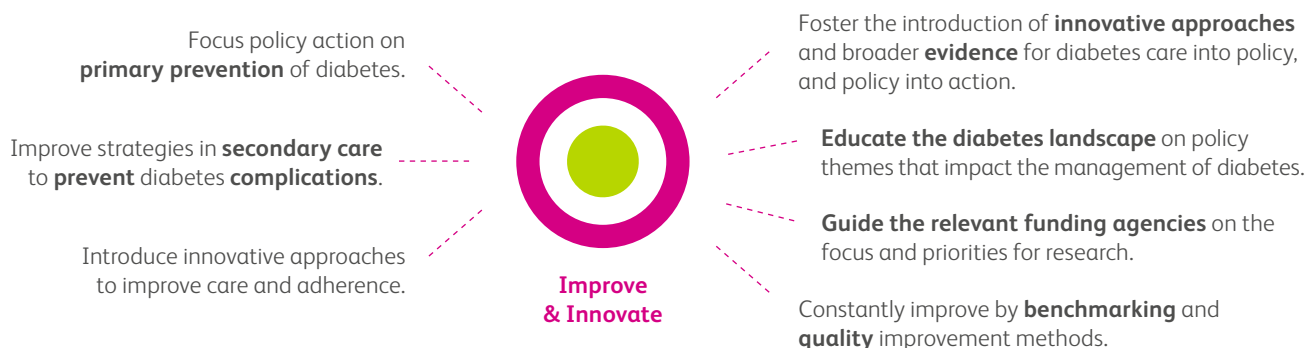
| 04

Directions for Solutions

Align on the ambition to improve outcomes,
by measuring and registering outcomes

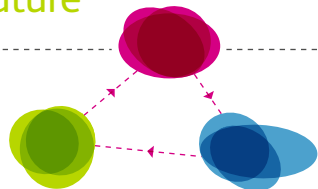


Continuously improve and innovate diabetes care, driven by policy action



Enlighten the way for integrated care and sustainable financing
of diabetes in the future

Address the **limitations of silo management** of diabetes.



Share and implement **best practices** regarding **integrated care solutions** to improve diabetes care.

Address the long-term **socio-economic** consequences for the people living with diabetes and the healthcare system.

Align incentives in the healthcare system to be matched to **longer-term outcomes** for people with diabetes.

1. IDF Diabetes Atlas Eight Edition, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes atlas. 7th edn, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Mortality numbers reported by WHO 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. WHO Global Report on Diabetes, 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

European
Diabetes Forum

UN APPEL À L'ACTION

À tous les acteurs
européens du diabète

| 01

Appel à l'action

| LE FORUM EUROPÉEN DU DIABÈTE

Le Forum européen du diabète a été fondé par l'Association européenne pour l'étude du diabète (EASD) afin de rassembler différents acteurs du diabète en Europe, y compris des organisations liées, ainsi que des personnes atteintes de diabète.

Le Forum permettra à toutes les voix, au niveau national et européen, d'être entendues afin de garantir que l'action politique puisse être orientée vers de meilleurs soins du diabète.



| VISION

Permettre aux systèmes de santé de faire face à la pandémie de diabète, tout en obtenant les meilleurs résultats possible pour les personnes atteintes de diabète.



| MISSION

Veiller à ce que la recherche se traduise par des actions politiques visant à améliorer les soins du diabète à l'échelle nationale.



| APPEL À L'ACTION

Nous appelons tous les acteurs du diabète à s'unir derrière cet Appel à l'action, qui décrit la situation problématique du diabète en Europe, les causes sous-jacentes et la direction à suivre pour trouver des solutions.

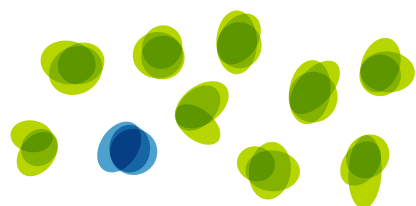
| 02

Le problème

Un appel à l'action (appelé la Déclaration de Saint-Vincent) a été lancé en 1989. Cependant, 30 ans plus tard, les objectifs proposés sont loin d'être atteints.

Tout le monde connaît quelqu'un qui souffre de diabète, et le nombre de personnes atteintes de diabète devrait augmenter

ACTUELLEMENT



Près **d'une personne sur dix** en Europe est atteinte de diabète, soit environ 60 millions de personnes.¹

NON DIAGNOSTIQUÉ

22 millions

On estime qu'il y a actuellement environ **22 millions de cas non diagnostiqués en Europe**.¹

L'AVENIR

81 millions

D'ici 2045, le nombre de personnes atteintes de diabète devrait augmenter de 22 % pour atteindre **81 millions** de personnes en Europe.¹

MÊME SI



la recherche est en cours pour répondre aux attentes en matière de prévention.



peut être évité ou considérablement retardé chez de nombreuses personnes.

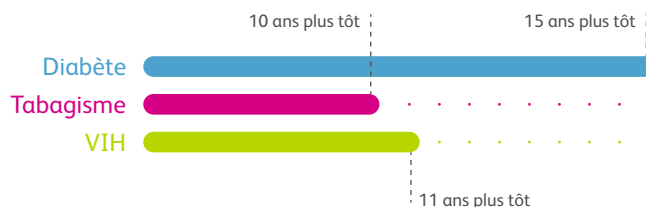
Le diabète tue et cause de graves souffrances, mais son traitement n'est pas suffisamment prioritaire pour les autorités de santé publique



Le diabète est un « tueur silencieux ». **Toutes les six secondes, une personne meurt d'une complication liée au diabète**², la majorité d'entre elles décède des suites d'un accident cardiovasculaire.³



Le diabète cause **la cécité, l'amputation et l'insuffisance rénale** (10 à 20 % des personnes atteintes de diabète meurent d'insuffisance rénale) et contribue à **réduire la qualité de vie et la perte de capacité de travail**.²



Le diabète est la maladie la plus mortelle.⁴ Une personne atteinte de diabète peut mourir jusqu'à **15 ans plus tôt**⁵, tout comme le tabagisme (mourir 10 ans plus tôt) et l'infection au VIH (+/- 11 ans auparavant).^{6/7}

1. Atlas du diabète de la FID, huitième édition, Fédération internationale du diabète, 2017
2. Atlas du diabète de la FID, 7e édition, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Chiffres de mortalité communiqués par l'OMS en 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. Rapport mondial de l'OMS sur le diabète, 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

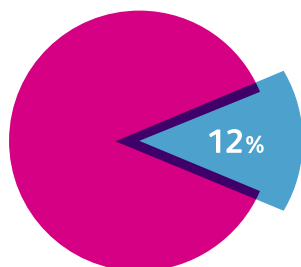
| 02

Le problème (suite)

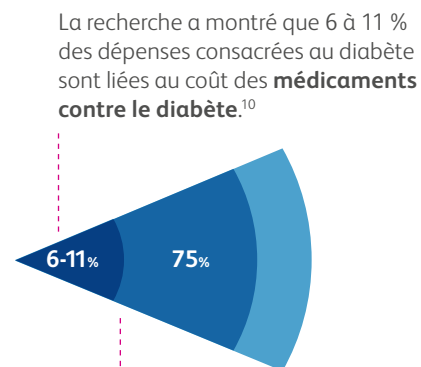
Le diabète est un fardeau clinique et socio-économique de plus en plus lourd



En raison de l'augmentation de la prévalence du diabète, les **coûts directs** et **indirects** pour les systèmes de santé et la société devraient **augmenter considérablement**.⁸



Le diabète est responsable de **12 % des dépenses totales en soins de santé**.⁹



La recherche a montré que 6 à 11 % des dépenses consacrées au diabète sont liées au coût des **médicaments contre le diabète**.¹⁰

Pas moins de 75 % de ces coûts sont liés au traitement des complications cardiovasculaires et microvasculaires **évitables liées au diabète**.¹¹

Les systèmes de soins de santé sont actuellement mal conçus et mal équipés pour faire face efficacement à cette pandémie croissante



Aggravation des coûts à long terme aux systèmes de soins de santé en raison de l'accent mis à court terme sur les résultats et la budgétisation.



Résultats à long terme sous-optimaux pour les personnes atteintes de diabète.



Intégration inadéquate entre les différentes parties du système de santé, y compris les patients, les soins primaires et les soins secondaires.



Décalage entre les ressources médicales et le nombre croissant de patients.

1. Atlas du diabète de la FID, huitième édition, Fédération internationale du diabète, 2017
2. Atlas du diabète de la FID, 7e édition, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Chiffres de mortalité communiqués par l'OMS en 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. Rapport mondial de l'OMS sur le diabète, 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

| 03

Cause

Les systèmes de soins de santé sont actuellement insuffisamment organisés pour gérer les maladies chroniques, complexes et croissantes comme le diabète et, par conséquent, l'inertie clinique prévaut



Aucun accent n'est mis sur les économies de coûts hospitaliers ou sur la limitation de la perte de productivité des personnes atteintes de diabète.



Des approches de soins intégrés limitées entre les différentes parties du système de soins de santé en Europe.



Complexité du cheminement des soins + orientation à court terme = faible observance du traitement par le patient, résultats de conformité.



La budgétisation par cycle à court terme traite les dépenses de traitement de manière isolée. Une approche cloisonnée qui limite les possibilités de « dépenses intelligentes ».

L'alignement sur les résultats appropriés pour les personnes atteintes de diabète et leur relation avec le fardeau socio-économique est limité

Il y a un **manque de clarté** quant à la définition de ce qu'il faut entendre par:



des résultats appropriés pour les personnes atteintes de diabète, au-delà du contrôle glycémique, au-delà du court terme.



le lien entre l'amélioration des résultats et les coûts socio-économiques directs et indirects.



Pour les personnes atteintes de diabète, un certain degré de complaisance combiné à l'inertie politique contribue à l'absence de progrès

Maladie liée au mode de vie



Stigmatisation

Le diabète est une maladie débilante et mortelle, mais il est souvent considéré comme une simple maladie liée au mode de vie, qui conduit à la stigmatisation des personnes atteintes de diabète.

La prévention du diabète n'est pas une priorité, malgré l'augmentation du diabète de type 2, principalement due à l'obésité.

Intégration limitée des progrès scientifiques et des données probantes dans les politiques et l'action clinique, ce qui limite l'adoption de traitements et d'approches de gestion novateurs qui pourraient améliorer les résultats.

1. Atlas du diabète de la FID, huitième édition, Fédération internationale du diabète, 2017
2. Atlas du diabète de la FID, 7e édition, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Chiffres de mortalité communiqués par l'OMS en 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

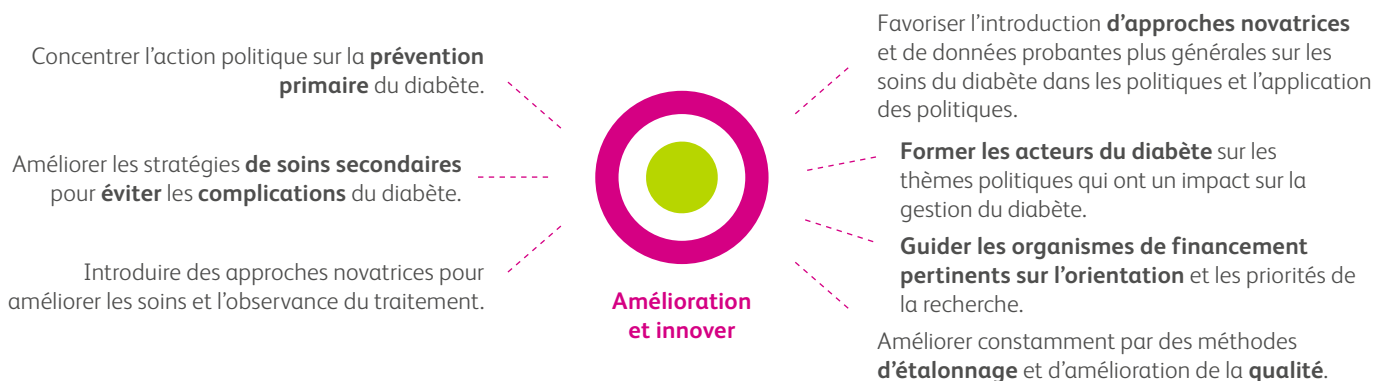
8. Rapport mondial de l'OMS sur le diabète, 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

Orientations pour les solutions

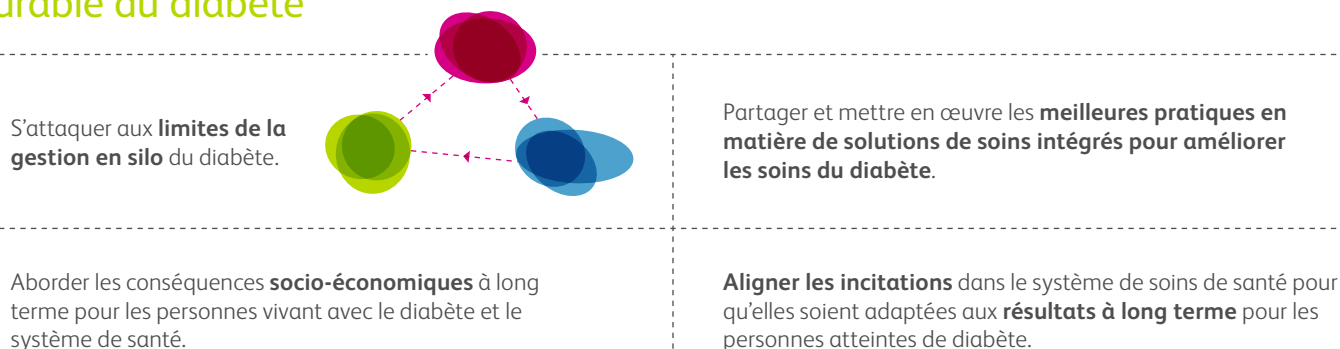
S'aligner sur l'ambition d'améliorer les résultats, en mesurant et en enregistrant les résultats



Améliorer et innover en permanence dans la prise en charge du diabète, en s'appuyant sur l'action politique



Ouvrir la voie à des soins intégrés et à un financement durable du diabète



1. Atlas du diabète de la FID, huitième édition, Fédération internationale du diabète, 2017
 2. Atlas du diabète de la FID, 7e édition, 2015
 3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
 4. Chiffres de mortalité communiqués par l'OMS en 2015
 5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
 6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
 7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. Rapport mondial de l'OMS sur le diabète, 2016
 9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
 10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
 11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

European
Diabetes Forum

CHIAMATA ALL'AZIONE

A tutti gli interessati nel
panorama Europeo del Diabete

| 01

Chiamata all'Azione

| EUROPEAN DIABETES FORUM

L'European Diabetes Forum è stato fondato dall'Associazione Europea per lo Studio del Diabete (EASD) per riunire più parti interessate provenienti da tutto il panorama del diabete in Europa, incluse le organizzazioni correlate e le persone che soffrono di questa malattia.

Il Forum permetterà di ascoltare tutte le voci, a livello nazionale e a livello europeo, affinché l'azione politica possa essere indirizzata verso una migliore cura del diabete.



| VISIONE

Consentire ai sistemi sanitari di far fronte alla pandemia di diabete, ottenendo al contempo i migliori risultati possibili per le persone che soffrono di questa malattia.



| MISSIONE

Garantire la traduzione della ricerca in azioni politiche per una migliore cura del diabete a livello nazionale.



| CHIAMATA ALL'AZIONE

Invitiamo tutte le parti interessate nel panorama del diabete a unirsi in questa chiamata all'azione, che delinea la problematica situazione del diabete in Europa, le cause alla sua base e indicazioni per soluzioni.

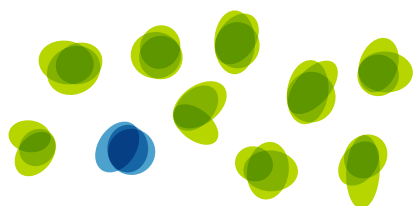
| 02

Il Problema

Nel 1989 è stata indetta una chiamata all'azione (chiamata la dichiarazione di San Vincenzo). Tuttavia, 30 anni dopo, gli obiettivi proposti sono ben lungi dall'essere stati realizzati.

Tutti conoscono qualcuno che soffre di diabete e in futuro si prevede un aumento del numero di persone con questa malattia

PRESENTE



Quasi **1 persona su 10** in Europa soffre di diabete, pari a circa 60 milioni di persone.¹

CASI NON DIAGNOSTICATI

22 milioni

Si stima che attualmente vi siano circa **22 milioni di casi non diagnosticati in Europa**.¹

FUTURO

81 milioni

Entro il 2045 il numero di persone con diabete aumenterà del 22%, arrivando a **81 milioni di persone** in Europa.¹

NONOSTANTE



siano in corso ricerche per soddisfare le aspettative di prevenzione



possa essere prevenuto o notevolmente ritardato per molte persone

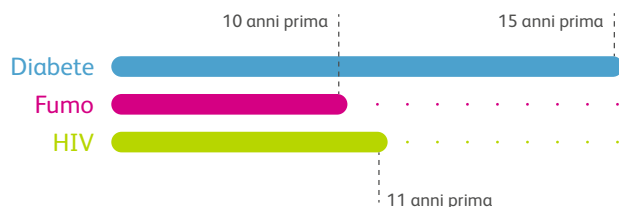
Il diabete uccide e causa gravi sofferenze, tuttavia le autorità sanitarie pubbliche non vi danno sufficiente priorità



Il diabete è un "killer silenzioso". Ogni **6 secondi qualcuno muore a causa di una complicazione legata al diabete**², la maggior parte muore a causa di complicazioni cardiovascolari.³



Il diabete causa **cecità, amputazione e insufficienza renale** (il 10-20% delle persone con diabete muoiono per insufficienza renale) e contribuisce a **ridurre la qualità della vita** e alla **perdita di produttività lavorativa**.²



Il diabete è una malattia mortale.⁴ Una persona che soffre di diabete può morire fino a **15 anni prima**⁵, in maniera simile a chi fuma (che può morire 10 anni prima) e a chi viene infettato dall'HIV (~ 11 anni prima).^{6,7}

1. IDF Diabetes Atlas Ottava Edizione, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes atlas, settima edizione, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Casi di mortalità riportati dall'OMS 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. OMS Rapporto Globale sul Diabete 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

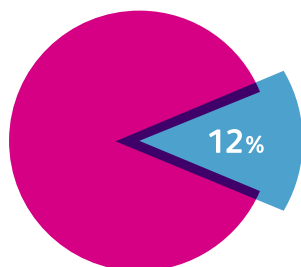
| 02

Il Problema (continua)

Il diabete costituisce un peso clinico e socioeconomico in crescita

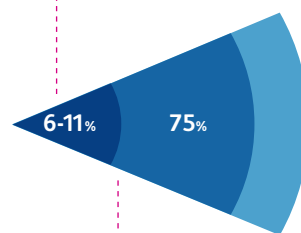


A causa dell'aumento dei casi di diabete, si stima che i **costi diretti e indiretti** per i sistemi sanitari e per la società **aumenteranno in modo significativo**.⁸



Il diabete è responsabile del **12% della spesa totale per l'assistenza sanitaria**.⁹

Le ricerche dimostrano che il 6-11% della spesa correlata al diabete è costituito al costo delle **medicine per questa malattia**.¹⁰



Non meno del 75% di questi costi si riferiscono al trattamento delle **complicanze cardiovascolari e microvascolari prevenibili** legate al diabete.¹¹

Attualmente, i sistemi sanitari non sono sufficientemente progettati e attrezzati per poter gestire efficacemente questa crescente pandemia



Aumento dei costi a lungo termine per i sistemi sanitari a causa della concentrazione a breve termine sui risultati e sul budget disponibile.



Esiti a lungo termine non ottimali per le persone che soffrono di diabete.



Integrazione inadeguata tra varie parti del sistema sanitario, compresi i pazienti, l'assistenza primaria e l'assistenza secondaria.



Disallineamento tra risorse mediche e popolazione di pazienti in aumento.

1. IDF Diabetes Atlas Ottava Edizione, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes atlas, settima edizione, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Casi di mortalità riportati dall'OMS 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. OMS Rapporto Globale sul Diabete 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

| 03

Causa

Attualmente, i sistemi sanitari non sono organizzati in maniera adeguata per gestire malattie croniche, complesse e in crescita come il diabete e, di conseguenza, prevale l'inerzia clinica



Nessuna attenzione nei confronti dei risparmi sui costi ospedalieri o sulla limitazione della perdita di produttività delle persone che soffrono di diabete.



Approcci limitati di assistenza integrata tra le diverse parti del sistema sanitario in tutta Europa.



Complessità del percorso assistenziale ➕ focus a breve termine ➡ scarsa esperienza delle esperienze dei pazienti e dei risultati di conformità.



Il bilancio del ciclo a breve termine riguarda le spese di trattamento in isolamento. Un approccio "a compartimenti stagni" che limita le opportunità di "spesa intelligente".

Vi è un allineamento limitato sui risultati appropriati per le persone che soffrono di diabete e la loro relazione con la spesa socio-economica

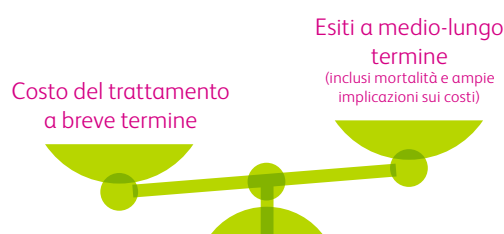
Non vi è sufficiente chiarezza per quanto riguarda ciò che costituisce:

1

risultati appropriati per le persone che soffrono di diabete, oltre al controllo glicemico, oltre al breve termine

2

il legame tra miglioramento dei risultati e costi socio-economici diretti e indiretti



Per le persone che soffrono di diabete, un grado di noncuranza combinato con l'inerzia politica contribuisce alla mancanza di progressi

Malattia come stile di vita ➡ Stigmatizzazione di vita

Il diabete è una malattia debilitante e fatale, ma è spesso vista come una malattia dovuta allo stile di vita, il che porta alla stigmatizzazione delle persone che ne soffrono.

La prevenzione del diabete non è una priorità, nonostante siano aumentati i casi di diabete di tipo 2, principalmente a causa dell'obesità.

Incorporazione limitata dei progressi scientifici e di prove più ampie nell'azione politica e clinica, limitando così l'adozione di trattamenti e approcci di gestione innovativi che potrebbero migliorare gli esiti.

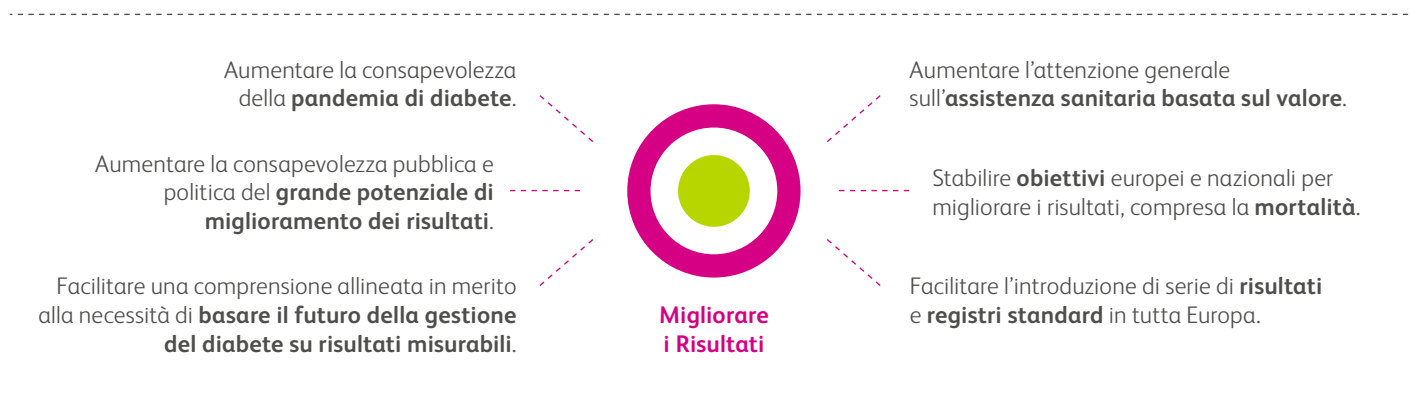
1. IDF Diabetes Atlas Ottava Edizione, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes atlas, settima edizione, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Casi di mortalità riportati dall'OMS 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. OMS Rapporto Globale sul Diabete 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

| 04

Indicazioni per soluzioni

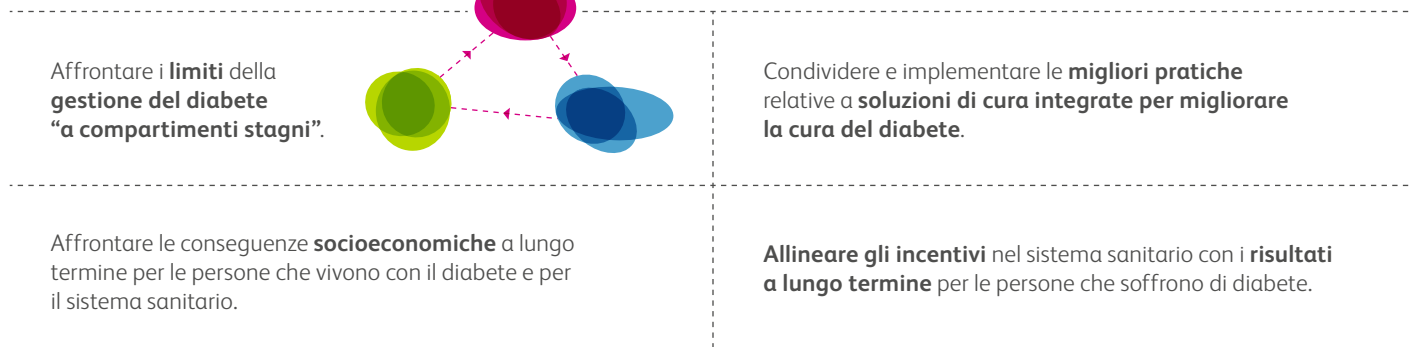
Allinearsi con l'ambizione di migliorare i risultati, misurandoli e registrandoli



Migliorare e innovare continuamente la cura del diabete, con la guida dell'azione politica



Aprire la strada all'assistenza integrata e al finanziamento sostenibile del diabete in futuro



1. IDF Diabetes Atlas Ottava Edizione, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes atlas, settima edizione, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Casi di mortalità riportati dall'OMS 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. OMS Rapporto Globale sul Diabete 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

European
Diabetes Forum

HANDLUNGSAUFRUF

An alle Interessenvertreter der
europäischen Diabeteslandschaft

| 01 Handlungsaufruf

| DAS EUROPÄISCHE DIABETESFORUM

Das Europäische Diabetesforum wurde von der European Association for the study of Diabetes (EASD) mit der Absicht gegründet, verschiedenste Interessenvertreter der europäischen Diabeteslandschaft, darunter verbundene Organisationen sowie Menschen mit Diabetes, zusammenzubringen.

Das Forum ermöglicht es allen Interessenvertretern auf nationaler wie auch auf europäischer Ebene gehört zu werden, um so sicherzustellen, dass Maßnahmen zur besseren Diabetesvorsorge ergriffen werden können.



| VISION

Das Gesundheitswesen bei der Bewältigung der Diabetespandemie unterstützen und dabei auf bestmögliche Resultate für Menschen mit Diabetes achten.



| MISSION

Die Übertragung von Forschungsergebnissen auf Maßnahmen zur besseren Diabetesvorsorge auf Staatsebene sicherstellen.



| HANDLUNGSAUFRUF

Wir rufen alle Interessenvertreter der Diabeteslandschaft dazu auf, sich hinter diesem Handlungsaufwurf zu vereinigen, der die besorgniserregende Diabetessituation in Europa, die zugrundeliegenden Ursachen sowie Lösungsansätze beschreibt.

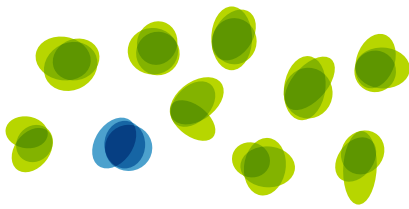
| 02

Das Problem

Im Jahr 1989 kam es zu einem Handlungsauftrag (der sogenannten St. Vincent-Deklaration). 30 Jahre später ist ein Erreichen der darin beschriebenen Ziele jedoch nicht absehbar.

Jeder kennt eine an Diabetes erkrankte Person und in Zukunft wird die Zahl der Menschen mit Diabetes laut Vorhersagen noch weiter steigen

GEGENWART



Fast **jeder zehnte** Europäer leidet an Diabetes, insgesamt also etwa 60 Millionen Menschen.¹

NICHT DIAGNOSTIZIERT

22 Millionen

Die Zahl der nicht diagnostizierten Fälle in Europa **wird derzeit auf 22 Millionen** geschätzt.¹

ZUKUNFT

81 Millionen

Prognosen zufolge wird die Zahl der Menschen mit Diabetes in Europa bis 2045 um 22% auf insgesamt **81 Millionen Menschen** ansteigen.¹

OBWOHL



Prävention der derzeitige Fokus der Forschung ist.



Diabetes bei vielen Menschen verhindert oder das Auftreten erheblich verzögert werden kann.

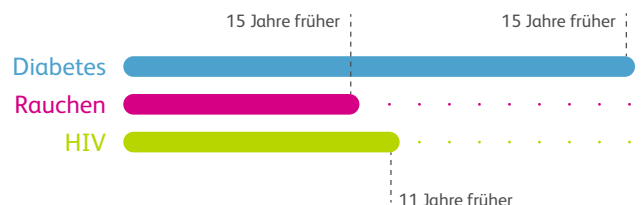
Obwohl Diabetes tödlich ist und zu schwerem Leid führt, wird der Behandlung von den zuständigen Gesundheitsbehörden nicht die notwendige Priorität eingeräumt



Diabetes „tötet leise“. **Alle 6 Sekunden stirbt ein Mensch an Komplikationen², die durch Diabetes hervorgerufen werden;** der Großteil davon erliegt einem kardiovaskulären Ereignis.³



Diabetes führt zu **Blindheit, Amputationen und Nierenversagen** (10-20% aller Menschen mit Diabetes sterben an Nierenversagen) und **hat verminderte Lebensqualität und Arbeitsunfähigkeit zur Folge.**²



Diabetes ist eine überaus tödliche Erkrankung.⁴ Menschen mit Diabetes sterben **bis zu 15 Jahre früher⁵**, was mit Rauchen (Tod 10 Jahre früher) oder einer HIV-Infektion (~ 11 Jahre früher) vergleichbar ist.^{6/7}

1. IDF Diabetes Atlas (engl.), 8. Auflage, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes Atlas (engl.) 7. Auflage, 2015
3. Roger u.a. Circulation 2011(engl.);123:e18-e209
4. Sterblichkeitszahlen der WHO 2015 (engl.)
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May M u.a. BMJ (engl.). 2011;343:d6016
7. Lohse N u.a. Ann Intern Med (engl.). 2007;146 (2):87-95

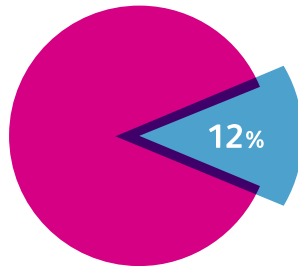
8. WHO Diabetesbericht (engl.), 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Ausgaben für Diabetes, Krankheitsbelastung und Kontrolle in 5-EU-Mitgliedsstaaten, London School of Economics, 2012 (engl.), <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, u.a. Exp Clin Endocrinol Diabetes (engl.). 2007;115:495-501.

Das Problem (Fortsetzung)

Diabetes stellt eine immer größer werdende klinische und sozioökonomische Belastung dar

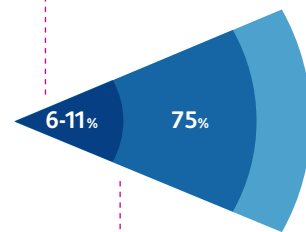


Aufgrund der steigenden Verbreitung von Diabetes werden voraussichtlich auch die **direkten und indirekten Kosten** für Gesundheitssysteme sowie die Gesellschaft **erheblich steigen**.⁸



12% aller Gesundheitsausgaben entfallen auf Diabetes.⁹

Forschungsergebnissen zufolge entfallen 6-11% der Ausgaben für Diabetes auf die Kosten für **Diabetesmedikamente**.¹⁰



Mindestens 75% der Ausgaben entfallen auf die Behandlung von **vermeidbaren** kardiovaskulären und mikrovaskulären **Komplikationen**, die durch Diabetes hervorgerufen werden.¹¹

Derzeit sind der Aufbau und die Ausstattung unseres Gesundheitswesens nicht für die effektive Bewältigung dieser wachsenden Pandemie geeignet



Steigende Langzeitkosten für das Gesundheitswesen, da der Fokus nur auf kurzfristigen Ergebnissen und Budgetplanung liegt.



Langfristige Ergebnisse sind für Menschen mit Diabetes nicht zufriedenstellend.



Unzureichende Integration zwischen den verschiedenen Bestandteilen des Gesundheitswesens, darunter Patienten sowie Grund- und Sekundärversorgung.



Diskrepanz zwischen medizinischen Ressourcen und der wachsenden Patientenzahl.

1. IDF Diabetes Atlas (engl.), 8. Auflage, International Diabetes Federation 2017
 2. IDF Diabetes Atlas (engl.) 7. Auflage, 2015
 3. Roger u.a. Circulation 2011(engl.);123:e18-e209
 4. Sterblichkeitszahlen der WHO 2015 (engl.)
 5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
 6. May M u.a. BMJ (engl.). 2011;343:d6016
 7. Lohse N u.a. Ann Intern Med (engl.). 2007;146 (2):87-95

8. WHO Diabetesbericht (engl.), 2016
 9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
 10. Ausgaben für Diabetes, Krankheitsbelastung und Kontrolle in 5-EU-Mitgliedsstaaten, London School of Economics, 2012 (engl.), <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
 11. Martin S, u.a. Exp Clin Endocrinol Diabetes (engl.). 2007;115:495-501.

| 03

Ursachen

Momentan ist der Aufbau unseres Gesundheitswesens nicht ausreichend für den Umgang mit chronischen, komplexen und sich ausbreitenden Krankheiten wie beispielsweise Diabetes geeignet, was wiederum vermehrt klinische Trägheit zur Folge hat



Kein Fokus auf Einsparungen bei den Behandlungskosten oder die Einschränkung des Produktivitätsverlusts von Menschen mit Diabetes.



Integrierte Behandlungsansätze zwischen den verschiedenen Bestandteilen des europäischen Gesundheitswesens gibt es nur sehr begrenzt.



Komplexität von klinischen Behandlungspfaden
+ kurzfristiger Fokus = mangelhaftes Augenmerk auf die Patientenerfahrung und Resultate bei der Einhaltung.



Kurzfristige Budgetplanung betrachtet Behandlungsausgaben isoliert. Der isolierte Ansatz schränkt die Möglichkeiten für „intelligente Ausgaben“ ein.

Es besteht eine Diskrepanz zwischen angemessenen Resultaten für Menschen mit Diabetes und ihr Verhältnis zur sozioökonomischen Belastung

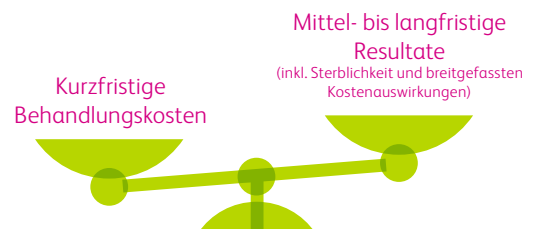
Es besteht Unklarheit darüber:



was, abgesehen von Blutzuckerkontrolle und kurzfristigen Lösungen, ein angemessenes Resultat für Menschen mit Diabetes darstellt.



wie sich die Verbindung zwischen der Verbesserung der Resultate und den direkten und indirekten sozioökonomischen Kosten darstellt.



Für Menschen mit Diabetes führt die Mischung aus einem gewissen Maß an Selbstgefälligkeit und politischer Trägheit zu mangelnden Fortschritten

Zivilisationskrankheit → Stigmatisierung

Obwohl Diabetes eine einschränkende und tödliche Krankheit ist, wird es oftmals als „Zivilisationskrankheit“ abgetan, was zu einer Stigmatisierung von Menschen mit Diabetes führt.

Trotz des Anstiegs an Fällen von Typ-2-Diabetes, der hauptsächlich auf Fettleibigkeit zurückzuführen ist, wird der Diabetesprävention keine Priorität eingeräumt.

Wissenschaftliche Fortschritte und neue Erkenntnisse werden bei politischen und klinischen Maßnahmen nur bedingt berücksichtigt, was zu einer beschränkten Umsetzung von innovativen Behandlungsmethoden und Verwaltungskonzepten, die bessere Resultate mit sich bringen könnten, führt.

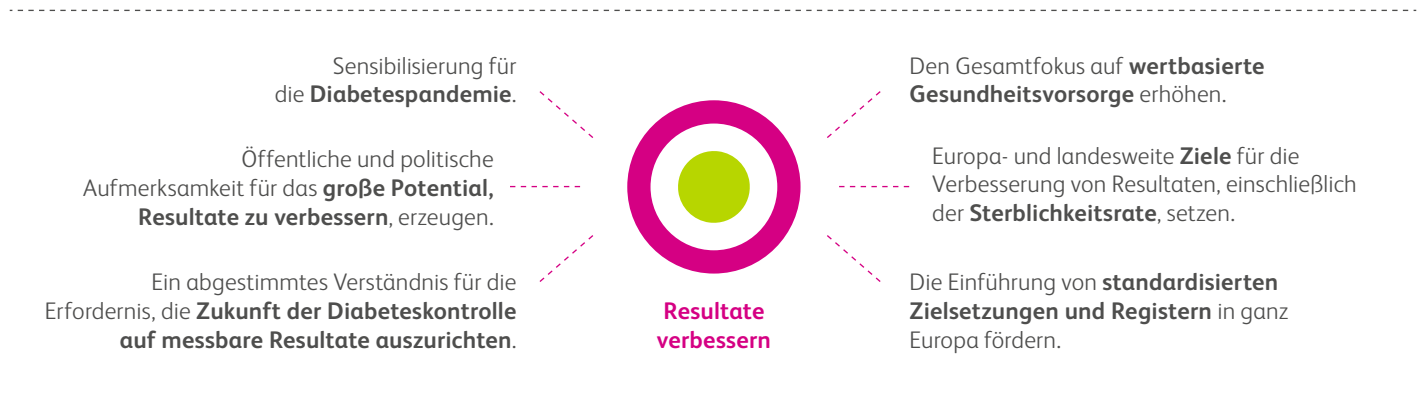
1. IDF Diabetes Atlas (engl.), 8. Auflage, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes Atlas (engl.) 7. Auflage, 2015
3. Roger u.a. Circulation 2011(engl.);123:e18-e209
4. Sterblichkeitszahlen der WHO 2015 (engl.)
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May M u.a. BMJ (engl.). 2011;343:d6016
7. Lohse N u.a. Ann Intern Med (engl.). 2007;146 (2):87-95

8. WHO Diabetesbericht (engl.), 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Ausgaben für Diabetes, Krankheitsbelastung und Kontrolle in 5-EU-Mitgliedsstaaten, London School of Economics, 2012 (engl.), <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, u.a. Exp Clin Endocrinol Diabetes (engl.). 2007;115:495-501.

| 04

Lösungsansätze

Ausrichtung auf das Ziel, Resultate durch das Messen und Erfassen dieser Resultate zu verbessern



Durch politische Maßnahmen für die kontinuierliche Verbesserung und Innovation der Behandlung von Diabetes sorgen



Aufzeigen von Möglichkeiten für zukünftige integrierte Diabetesbehandlung und nachhaltige Finanzierung



1. IDF Diabetes Atlas (engl.), 8. Auflage, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes Atlas (engl.) 7. Auflage, 2015
3. Roger u.a. Circulation 2011(engl.);123:e18-e209
4. Sterblichkeitszahlen der WHO 2015 (engl.)
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May M u.a. BMJ (engl.). 2011;343:d6016
7. Lohse N u.a. Ann Intern Med (engl.). 2007;146 (2):87-95

8. WHO Diabetesbericht (engl.), 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Ausgaben für Diabetes, Krankheitsbelastung und Kontrolle in 5-EU-Mitgliedsstaaten, London School of Economics, 2012 (engl.), <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, u.a. Exp Clin Endocrinol Diabetes (engl.). 2007;115:495-501.

European
Diabetes Forum

WEZWANIE DO DZIAŁANIA

Do wszystkich interesariuszy zaangażowanych
w problem cukrzycy w Europie

Wezwanie do działania

| EUROPEJSKIE FORUM CUKRZYCY

Europejskie Forum Cukrzycy zostało stworzone przez Europejskie Stowarzyszenie Badań nad Cukrzycą (EASD), aby zrzeszyć interesariuszy zaangażowanych w problem cukrzycy w Europie, włączając stosowne organizacje, jak i pacjentów chorujących na cukrzycę.

Forum umożliwi wymianę opinii, na poziomie krajowym i europejskim, dzięki czemu prace ustawodawcze nad stosownymi politykami w tym zakresie będą mogły posuwać się w kierunku zapewnienia lepszej opieki nad pacjentami z cukrzycą.



| WIZJA

Umożliwienie stworzenia systemów opieki zdrowotnej, które radzą sobie z pandemią cukrzycy, równocześnie zapewniając najlepsze możliwe rezultaty leczenia dla osób chorych na cukrzycę.



| MISJA

Przełożenie wyników badań na działania ustawodawcze prowadzące do zapewnienia lepszej opieki nad osobami chorymi na cukrzycę na poziomie krajowym.



| WEZWANIE DO DZIAŁANIA

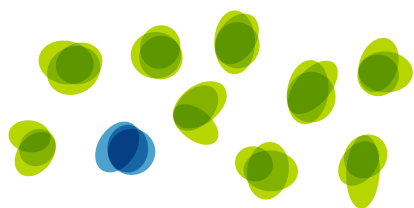
Wzywamy wszystkich interesariuszy zaangażowanych w problem cukrzycy do zjednoczenia się w ramach tej inicjatywy, która prezentuje problem cukrzycy w Europie wraz z przyczynami oraz kierunkami rozwoju przyszłych rozwiązań.

02 Problem

Niniejsze wezwanie do działania (zwane deklaracją z St. Vincent) po raz pierwszy opublikowano w 1989 r. Jednak minęło 30 lat, a proponowane cele wciąż nie zostały osiągnięte.

Każdy zna kogoś chorego na cukrzycę, a w przyszłości liczba osób chorych na cukrzycę ma jeszcze wzrosnąć

TERAŻNIEJSZOŚĆ



Blisko 1 na 10 osób w Europie ma cukrzycę, co przekłada się na około 60 mln ludzi.¹

NIEZDIAGNOZOWANI

22 milionów

Szacuje się, że obecnie w Europie występuje około 22 mln niezdiagnozowanych przypadków cukrzycy.¹

PRZYSZŁOŚĆ

81 milionów

Do roku 2045 liczba ludzi chorych na cukrzycę w Europie ma wzrosnąć o 22% do 81 mln.¹

MIMO ŻE...



przewiduje się, że dzięki bieżącym badaniom możliwe będzie zapobieganie cukrzycy.



u wielu ludzi można zapobiec lub opóźnić zachorowanie na ten typ cukrzycy.

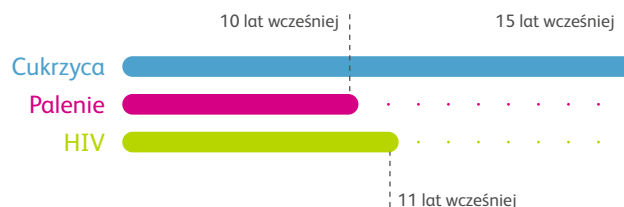
Cukrzyca zabija i wywołuje znaczne cierpienie pacjentów, a mimo to leczenie nie jest traktowane wystarczająco priorytetowo przez organy ds. zdrowia publicznego



Cukrzyca to „cichy zabójca”. Co 6 sekund ktoś umiera w skutek powikłań cukrzycowych², większość z takich osób umiera na choroby układu krążenia.³



Cukrzyca prowadzi do ślepoty, amputacji i niewydolności nerek (10-20% osób chorych na cukrzycę umiera na niewydolność nerek) i przyczynia się do obniżenia jakości życia i utraty zdolności do pracy²



Cukrzyca to najbardziej zabójcza choroba.⁴ Osoba chora na cukrzycę może umrzeć o 15 lat wcześniej⁵ – podobnie jak palacze (zgon o 10 lat wcześniej) i osoby zarażone wirusem HIV (~ 11 lat wcześniej)^{6,7}

1. IDF Diabetes Atlas Eight Edition, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes Atlas. 7 edycja, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Dane o śmiertelności według WHO 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. Raport globalny WHO o cukrzycy, 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

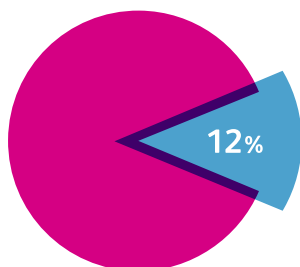
| 02

Problem (kont.)

Cukrzyca wywołuje rosnące obciążenie społeczno-gospodarcze i kliniczne

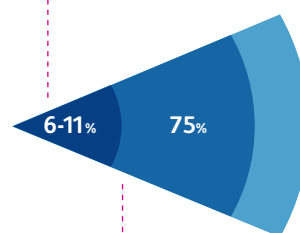


W związku ze wzrostem liczby zachorowań na cukrzycę przewiduje się, że koszty pośrednie i bezpośrednie dla systemów zdrowia i dla społeczeństwa znacznie wzrosną.⁸



Cukrzyca odpowiada za 12% całości wydatków na opiekę zdrowotną.⁹

Według badań, 6-11% wydatków na cukrzycę wiąże się z lekami przeciwcukrzycowymi.¹⁰



Co najmniej 75% tych kosztów wiąże się z leczeniem powikłań sercowo-naczyniowych i układu mikrokrążenia, którym można zapobiegać.¹¹

Obecne systemy zdrowia są źle opracowane i nie są w stanie skutecznie radzić sobie z narastającą pandemią



Narastające koszty długoterminowe ponoszone przez systemy zdrowia z uwagi na skupianie się na rozwiązaniach krótkoterminowych i budżecie.



Nieoptymalne rezultaty długoterminowe dla osób chorych na cukrzycę



Niewłaściwa integracja pomiędzy różnymi częściami systemu zdrowia, włączając pacjentów, placówki podstawowej opieki zdrowotnej i placówki specjalistyczne.



Brak dopasowania zasobów medycznych do rosnącej populacji pacjentów.

1. IDF Diabetes Atlas Eight Edition, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes Atlas. 7 edycja, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Dane o śmiertelności według WHO 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. Raport globalny WHO o cukrzycy, 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

| 03

Przyczyna

Obecne systemy opieki zdrowotnej nie są właściwie przystosowane do radzenia sobie z przewlekłymi, skomplikowanymi i narastającymi chorobami, takimi jak cukrzyca, w rezultacie placówki kliniczne pozostają bezradne



Brak skupienia się na oszczędności kosztów dla szpitali albo ograniczeniu strat produktywności osób chorych na cukrzycę



Ograniczona integracja pomiędzy różnymi placówkami ochrony zdrowia w Europie.



Komplikacje w systemie ochrony zdrowia + skupianie się na celach krótkoterminowych = słabe wyniki względem pacjentów i brak zgodności.



Budżetowanie oparte na cyklach krótkoterminowych rozpatruje wydatki na leczenie oddzielnie od innych czynników. Wąskie spojrzenie ogranicza szanse na „inteligentne wydawanie” pieniędzy z budżetu.

Nie dostrzega się do końca powiązań pomiędzy zapewnieniem właściwej opieki dla osób chorych na cukrzycę a jej wpływem na obciążenia społeczno-ekonomiczne wywoływane przez chorobę

Brak jasności co do tego:

1

jakie cele należy ustanowić w zakresie opieki nad osobami chorymi na cukrzycę, poza kontrolowaniem stężenia glukozy we krwi, w perspektywie krótkoterminowej

2

jakie są powiązania pomiędzy poprawą uzyskiwanych wyników a pośrednimi i bezpośrednimi kosztami społeczno-ekonomicznymi.



Dla ludzi chorych na cukrzycę, takie bez troskie podejście w połączeniu z bezradnością polityczną prowadzi do braku postępów

Choroba cywilizacyjna → **Napiętnowanie**

Cukrzyca to wyczerpująca, śmiertelna choroba, a mimo to jest często postrzegana wyłącznie jako choroba cywilizacyjna, co prowadzi do napiętnowania osób chorych na cukrzycę.

Zapobieganie cukrzycy nie jest postrzegane jako czynność priorytetowa pomimo wzrostu liczby przypadków zachorowań na cukrzycę typu 2, głównie z powodu otyłości.

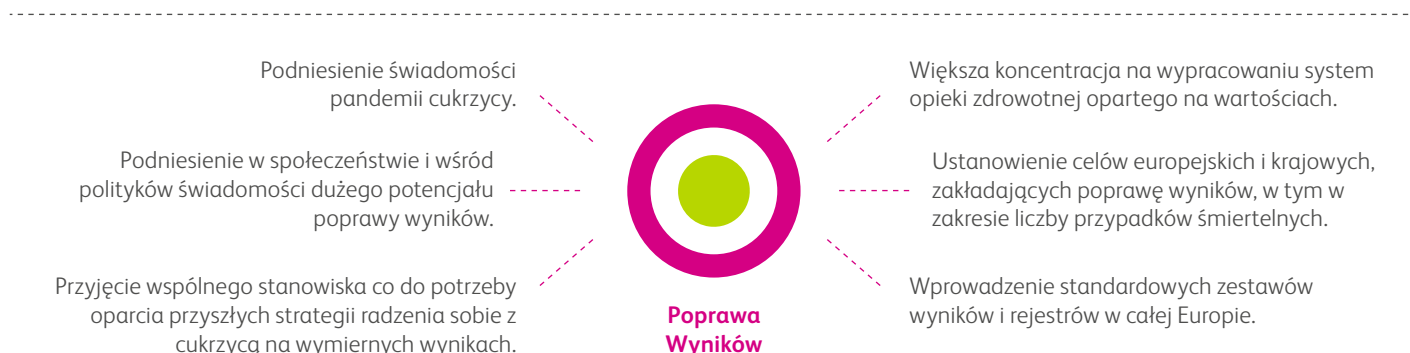
Niewystarczające zintegrowanie postępów w nauce i wyników powszechnych badań z działaniami ustawodawczymi i klinicznymi ogranicza wdrażanie w życie innowacyjnych metod leczenia i wprowadzanie strategii zarządzania, które mogłyby prowadzić do osiągnięcia lepszych wyników.

1. IDF Diabetes Atlas Eight Edition, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes Atlas. 7 edycja, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Dane o śmiertelności według WHO 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

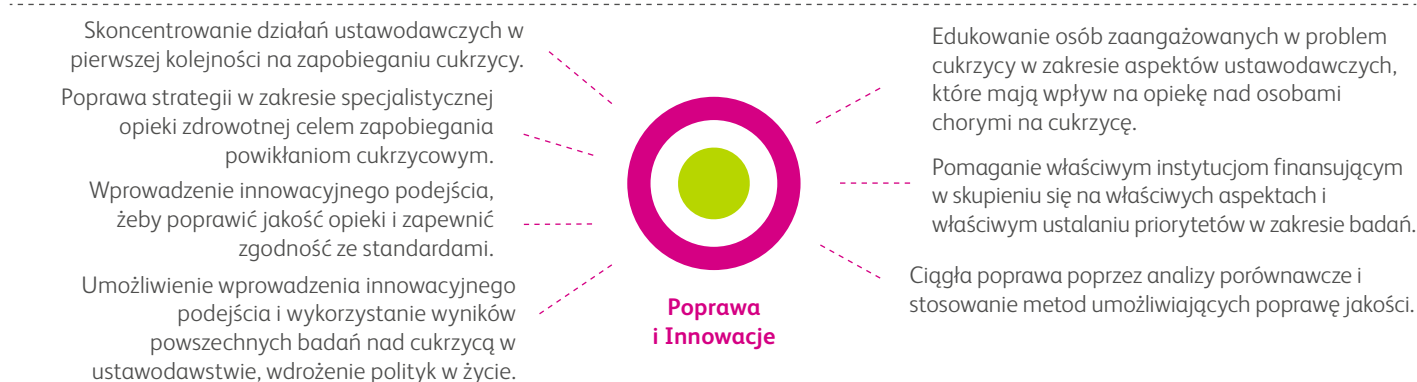
8. Raport globalny WHO o cukrzycy, 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

Kierunki rozwoju rozwiązań

Przyjęcie wspólnej strategii, zakładającej poprawę wyników poprzez pomiary i dokumentowanie uzyskiwanych wyników



Ciągła poprawa i innowacje w zakresie opieki nad osobami chorymi na cukrzycę w oparciu o działania ustawodawcze



Wskazywanie drogi do zintegrowanej opieki zdrowotnej i zrównoważonego finansowania opieki nad osobami chorymi na cukrzycę w przyszłości



1. IDF Diabetes Atlas Eight Edition, International Diabetes Federation 2017
2. IDF Diabetes Atlas, 7 edycja, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Dane o śmiertelności według WHO 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration. JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016
7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. Raport globalny WHO o cukrzycy, 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

European
Diabetes Forum

UNA LLAMADA A LA ACCIÓN

Para todas las Partes Interesadas
en el Marco de la Diabetes Europea

Llamada a la Acción

| EL FORO EUROPEO DE DIABETES

El Foro Europeo de Diabetes ha sido fundado por la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD, por sus siglas en inglés) para reunir a múltiples partes interesadas de todos los aspectos del marco de la diabetes en Europa, incluyendo organizaciones relacionadas, así como también personas con diabetes.

El Foro hará posible que se oigan todas las voces, a nivel nacional y a nivel europeo, para asegurar que las acciones de políticas puedan dirigirse hacia una mejor atención de la diabetes.



| VISIÓN

Facultar a los sistemas de atención sanitaria para que hagan frente a la pandemia de la diabetes, a la vez que alcanzan los mejores posibles resultados para las personas con diabetes.



| MISIÓN

Asegurar la traducción de las investigaciones en las acciones de políticas hacia una atención mejor de la diabetes a nivel nacional.



| LLAMADA A LA ACCIÓN

Desafiamos a todas las partes interesadas en el marco de la diabetes a apoyar esta Llamada a la Acción, que resume la problemática situación de la diabetes en Europa, las causas subyacentes y la dirección que debemos tomar para obtener soluciones.

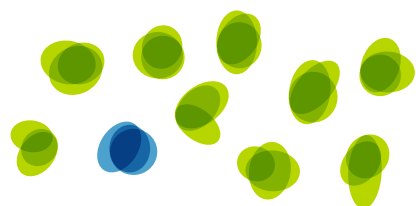
| 02

El Problema

Se introdujo una llamada a la acción (denominada la Declaración de Saint Vincent) en 1989. Sin embargo, 30 años después, los objetivos que se propusieron están lejos de alcanzarse.

Todo el mundo conoce a alguien con diabetes, y se prevé que en el futuro el número de personas con diabetes va a aumentar

PRESENTE



Casi 1 de cada 10 personas en Europa sufre de diabetes, lo que equivale a alrededor de 60 millones de personas.¹

SIN DIAGNOSTICAR

22 millones

Se estima que actualmente existen alrededor de 22 millones de casos sin diagnosticar en Europa.¹

FUTURO

81 millones

Se prevé que para el 2045 el número de personas con diabetes aumente un 22% hasta 81 millones de personas en Europa.¹

A PESAR DE QUE



hay investigaciones en desarrollo para cumplir con la expectativa de prevención



puede evitarse o retrasarse considerablemente en muchas personas

La diabetes mata y causa un sufrimiento grave, sin embargo las autoridades de salud pública no priorizan lo suficiente su tratamiento



La diabetes es una 'asesina silenciosa'. Cada 6 segundos alguien muere de una complicación², relacionada con la diabetes, la mayoría de los que mueren lo hacen debido a un evento cardiovascular.³



La diabetes causa ceguera, amputación e insuficiencia renal, (del 10 al 20% de personas con diabetes mueren de insuficiencia renal), y contribuye a la reducción de la calidad de vida o a la pérdida de la capacidad laboral.²



La diabetes es una enfermedad de las más mortales.⁴ Una persona con diabetes puede morir hasta 15 años antes⁵, es parecido a fumar (puede morir 10 años antes) y a una infección con VIH (~ 11 años antes).^{6/7}

1. Atlas de la Diabetes de la FID, Octava Edición, Federación Internacional de Diabetes 2017

2. Atlas de la Diabetes de la FID, Séptima Edición, 2015

3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209

4. Cifras de mortalidad citadas por la OMS, 2015

5. The Emerging Risk Factors Collaboration (Colaboración de Factores de Riesgo Emergentes). JAMA 2015;314:52

6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016

7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95

8. Informe Mundial sobre la Diabetes de la OMS, 2016

9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf

10. Gasto de la diabetes, carga de la enfermedad y gestión en 5 países de la UE, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>

11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

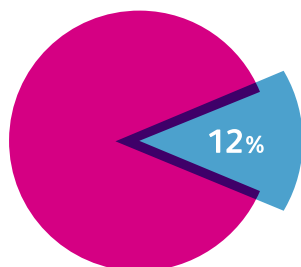
| 02

El Problema (continuación)

La diabetes es una carga clínica y socioeconómica cada vez mayor

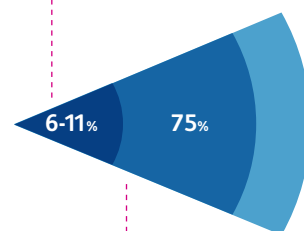


Debido al aumento de la prevalencia de la diabetes, se prevé que los costes directos e indirectos para los sistemas de atención sanitaria y para la sociedad van a aumentar significativamente.⁸



La diabetes es responsable del 12% del gasto total en atención sanitaria.⁹

Las investigaciones han mostrado que el 6-11% del gasto en diabetes está relacionado con el coste de las medicinas para la diabetes.¹⁰



Al menos el 75% de estos costes está vinculado a tratar complicaciones cardiovasculares y microvasculares evitables relacionadas con la diabetes.¹¹

Los sistemas de atención sanitaria están actualmente mal diseñados y equipados para poder hacer frente de manera efectiva a esta pandemia cada vez mayor



Coste a largo plazo cada vez mayor para los sistemas de atención sanitaria debido a un enfoque a corto plazo de resultados y presupuestos



Resultados a largo plazo que distan de ser óptimos para los enfermos de diabetes



Integración inadecuada entre varias partes del sistema de atención sanitaria, incluyendo pacientes, atención primaria, y atención secundaria



Desequilibrio entre los recursos médicos y la población cada vez más amplia de pacientes

1. Atlas de la Diabetes de la FID, Octava Edición, Federación Internacional de Diabetes 2017
2. Atlas de la Diabetes de la FID, Séptima Edición, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Cifras de mortalidad citadas por la OMS, 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration (Colaboración de Factores de Riesgo Emergentes). JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016

7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95
8. Informe Mundial sobre la Diabetes de la OMS, 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Gasto de la diabetes, carga de la enfermedad y gestión en 5 países de la UE, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

| 03

Causa

Los sistemas de atención sanitaria no tienen instalaciones suficientes actualmente para gestionar enfermedades crónicas, complejas y cada vez más populares como la diabetes y, como resultado, se impone la inercia clínica



No existe un enfoque en ahorrar costes a los hospitales o en limitar la pérdida de la productividad de los enfermos de diabetes.



Estrategias de atención sanitaria integradas limitadas entre las diferentes partes del sistema sanitario por toda Europa.



Complicaciones de las vías de atención + enfoque a corto plazo = poca lealtad por las experiencias de los pacientes, pocos resultados de cumplimiento.



Acuerdos presupuestarios con periodos a corto plazo sobre gastos del tratamiento aislados. Un enfoque dividido que limita oportunidades para un 'gasto inteligente'.

Hay una armonización limitada en conseguir resultados apropiados para las personas con diabetes y su relación con la carga socioeconómica

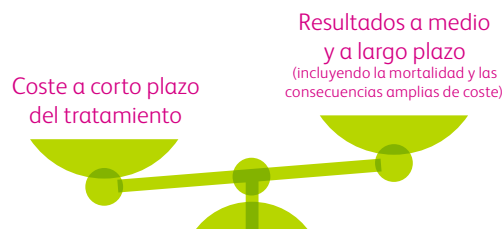
Hay una falta de claridad en lo que constituye:



resultados adecuados para personas con diabetes, más allá del control de la glucosa, más allá del corto plazo



el vínculo entre mejorar los resultados y el coste socioeconómico directo e indirecto



Para los enfermos de diabetes, un grado de complacencia combinado con la inercia política contribuye a que haya una falta de progreso

Enfermedad de estilo de vida



Estigmatización

La diabetes es una enfermedad debilitante y mortal, sin embargo a menudo se ve simplemente como una enfermedad del estilo de vida, llevando a la estigmatización de las personas con diabetes.

Evitar la diabetes no es una prioridad, a pesar del aumento de la diabetes tipo 2, principalmente debido a la obesidad.

Existe una inclusión limitada de los avances científicos y de pruebas más amplias en políticas y en la acción clínica, que por consiguiente limita la adopción de tratamientos y enfoques de gestión innovadores que podrían mejorar resultados.

1. Atlas de la Diabetes de la FID, Octava Edición, Federación Internacional de Diabetes 2017
2. Atlas de la Diabetes de la FID, Séptima Edición, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Cifras de mortalidad citadas por la OMS, 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration (Colaboración de Factores de Riesgo Emergentes). JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016

7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95
8. Informe Mundial sobre la Diabetes de la OMS, 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Gasto de la diabetes, carga de la enfermedad y gestión en 5 países de la UE, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

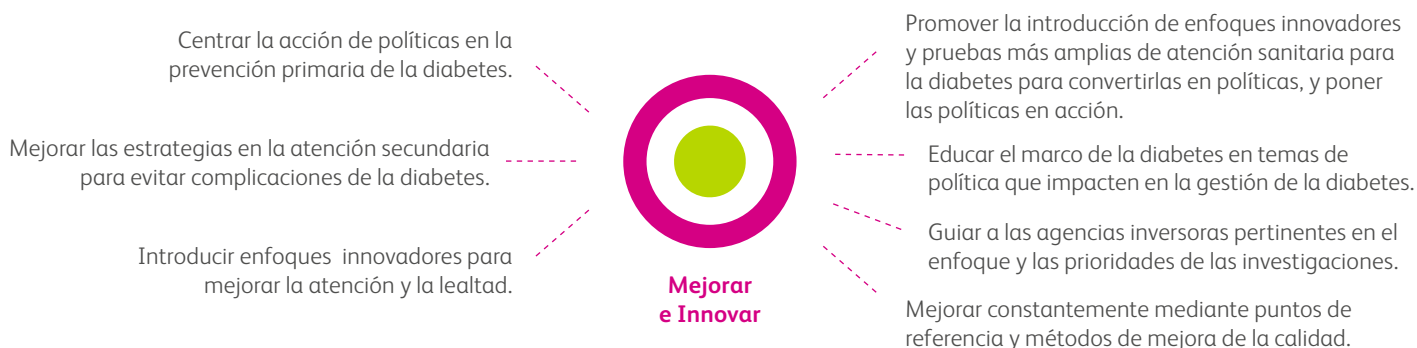
| 04

Indicaciones para Soluciones

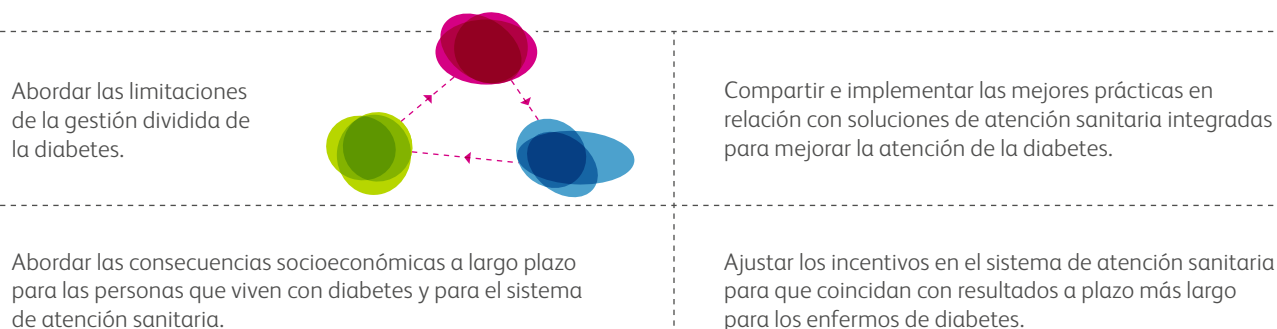
Uniformar la ambición de mejorar los resultados, midiendo y registrando resultados



Mejorar e innovar la atención sanitaria de la diabetes continuamente, conducida por la acción de políticas



Informar del camino hacia una atención sanitaria integrada y una inversión sostenible de la diabetes en el futuro



1. Atlas de la Diabetes de la FID, Octava Edición, Federación Internacional de Diabetes 2017
2. Atlas de la Diabetes de la FID, Séptima Edición, 2015
3. Roger et al. Circulation 2011;123:e18-e209
4. Cifras de mortalidad citadas por la OMS, 2015
5. The Emerging Risk Factors Collaboration (Colaboración de Factores de Riesgo Emergentes). JAMA 2015;314:52
6. May Met al. BMJ. 2011;343:d6016

7. Lohse N et al. Ann Intern Med. 2007;146 (2):87-95
8. Informe Mundial sobre la Diabetes de la OMS, 2016
9. https://www.dbcf.unisi.it/sites/st13/files/allegati/17-02-2014/diabetes_2010_2030.pdf
10. Gasto de la diabetes, carga de la enfermedad y gestión en 5 países de la UE, London School of Economics, 2012, <http://www.lse.ac.uk/business-and-consultancy/consulting/assets/documents/diabetes-expenditure-burden-of-disease-and-management-in-5-eu-countries.pdf>
11. Martin S, et al. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2007;115:495-501.

