

ATTI PARLAMENTARI

XVIII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

**Doc. LXIII
n. 1**

RELAZIONE

**SULLO STATO DELLE CONOSCENZE E DELLE NUOVE
ACQUISIZIONI SCIENTIFICHE IN MATERIA DI DIABETE
MELLITO**

(Aggiornata al 31 dicembre 2019)

Articolo 2, comma 3, della legge 16 marzo 1987, n. 115

Presentata dal Ministro della salute

(SPERANZA)

Trasmessa alla Presidenza il 9 giugno 2020

PAGINA BIANCA

*Ministero della Salute**Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria***Legge 16 marzo 1987, n. 115,
recante “Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito”****Relazione 2020****Stato delle conoscenze e delle nuove acquisizioni in tema di diabete mellito****Sommario**

Introduzione.....	1
I numeri del diabete	2
I dati internazionali	2
I dati nazionali	4
ISTAT	4
Sistema PASSI.....	6
Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età scolare.....	7
L’uso dei farmaci per il diabete	11
Le azioni	14
La prevenzione del diabete e delle sue complicanze	14
Il Programma nazionale “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”	14
I Piani Nazionali della Prevenzione.....	14
Il Piano sulla malattia diabetica.....	15
La JA-CHRODIS per la lotta alle malattie croniche	16
La comunicazione del Ministero della Salute sul diabete	17
L’uso più efficiente delle risorse professionali.....	17
La Urban Health	17
La Health Literacy.....	18
La Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro - PromoSaLL	19

Introduzione

Il diabete mellito è una patologia cronica a larghissima diffusione in tutto il mondo e destinata ad aumentare nel prossimo futuro con il progressivo invecchiamento della popolazione e la sempre maggiore occorrenza delle condizioni di rischio che ne precedono l’insorgenza.

Una crescita continua ovunque: nei Paesi sviluppati (Europa, Nord America, Australia), così come, soprattutto, in quelli emergenti o ancora in via di sviluppo (Africa, Asia e Sud America). Per questa ragione la lotta al diabete è una delle tre emergenze sanitarie identificate dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS o WHO), insieme alla malaria e alla tubercolosi, unica delle tre ad essere malattia non trasmissibile. Cresce soprattutto il diabete tipo 2, che rappresenta circa il 90% dei casi, fortemente legato all'eccesso ponderale, a sua volta riferibile a iperalimentazione e a scarsa attività fisica ma anche alla struttura stessa della società.

Il diabete è una patologia rilevante soprattutto per le numerose complicanze micro e macrovascolari a cui le persone vanno incontro. Fra le complicanze microvascolari, la retinopatia diabetica rappresenta la maggiore causa di cecità fra gli adulti e la nefropatia diabetica è la principale causa di insufficienza renale cronica e dialisi. Le persone affette da diabete presentano, inoltre, un rischio più elevato di complicanze macrovascolari (malattie cerebro e cardio-vascolari) rispetto alla popolazione non diabetica e, in generale, hanno un'aspettativa di vita ridotta, qualunque sia l'età di esordio della malattia.

La qualità organizzativa e l'efficienza dell'assistenza diabetologica sono correlate con un miglior controllo della malattia, con una migliore prognosi delle complicanze e con una minore mortalità collegata al diabete. Dal punto di vista della Sanità pubblica, la qualità dell'assistenza e la gestione territoriale della malattia sono ritenute, quindi, una condizione fondamentale per tradurre i progressi clinici e farmacologici in una reale prevenzione delle complicanze e in un miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete.

Il diabete è, inoltre, un esempio paradigmatico di malattia cronica che, pur essendo in parte evitabile, è più diffusa tra i gruppi socialmente sfavoriti, poiché chiama in causa fattori legati al contesto politico e socioeconomico, alle condizioni di vita e di lavoro, a fattori psicosociali. Infatti, nonostante i principali indicatori di stato di salute generale (mortalità, attesa di vita) delle popolazioni europee e occidentali siano in continuo miglioramento, questo fenomeno virtuoso è distribuito eterogeneamente nella popolazione, differenziandosi per livello sociale. La genesi delle disuguaglianze va ricercata già nell'età infantile, in un progressivo e cumulativo squilibrio tra fattori di protezione e fattori di danno per la salute (per esempio l'adozione di stili di vita non salutari, come l'inattività fisica e la cattiva alimentazione).

Si distinguono un diabete di tipo 1 (c.d. diabete immuno-mediato, circa il 10% dei casi) e un diabete di tipo 2 (c.d. diabete non immuno-mediato o dell'adulto, circa il 90% dei casi). Si tratta fondamentalmente di due patologie distinte, in quanto i due tipi di diabete si differenziano, oltre che per la diversa eziopatogenesi (distruzione autoimmune delle cellule beta del pancreas, che producono l'insulina, nel tipo 1; ridotta sensibilità e resistenza periferica all'insulina nel tipo 2), anche per le differenti età di insorgenza (bambini-adolescenti nel tipo 1; adulti nel tipo 2), sintomatologia di esordio (acuta nel tipo 1; più sfumata e graduale nel tipo 2), strategie terapeutiche (insulina dall'esordio nel tipo 1; correzione degli stili di vita e farmaci ipoglicemizzanti nel tipo 2) e, soprattutto, possibilità di prevenzione primaria. Se, infatti, il diabete di tipo 2 è, in parte, prevenibile modificando gli stili di vita dei soggetti a rischio, particolarmente per quel che riguarda la nutrizione e l'attività fisica, il diabete di tipo 1 può essere difficilmente prevenuto, in quanto sono ancora poco chiari i fattori di rischio che interagiscono con la predisposizione genetica scatenando la reazione autoimmune.

I numeri del diabete

Come già detto, attualmente si stima che i casi di diabete di tipo 1 rappresentino circa il 10% del totale e non esiste, ad oggi, una rilevazione di dati che distingua precisamente i due tipi di diabete. Per porre rimedio a tale mancanza, nel 2018, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha avviato una consultazione nella Regione europea finalizzata a definire delle stime di prevalenza del diabete di tipo 1 e dei cui risultati si è in attesa di pubblicazione. I dati che vengono di seguito forniti, di conseguenza, sono cumulativi e non distinguono tra i due tipi di diabete.

I dati internazionali

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la prevalenza del diabete mellito è in continuo aumento. Nel 2000, la stima globale di adulti con diabete era pari a 151 milioni. Nel 2009 era cresciuta a 285

milioni. Attualmente (2019) l'*International Diabetes Federation* (IDF) calcola che 463 milioni di persone tra 20 e 79 anni, il 9,3% degli adulti, sono diabetiche e che un ulteriore 1,1 milioni di bambini e adolescenti hanno il diabete di tipo 1. Il numero di adulti con diabete è, inoltre, destinato ad aumentare a 578 milioni nel 2030 e a 700 milioni nel 2045¹.

La mortalità nelle persone con diabete è 1,9 volte quella dei non diabetici e per le donne il rapporto sale a 2,6. Le morti causate dal diabete nel mondo erano valutabili in 1,5 milioni nel 2012, più dell'80% delle quali in Paesi a basso e medio reddito. Si prevede che nei prossimi 10 anni le morti per diabete cresceranno di oltre il 50% e che nel 2030 il diabete sarà al 7° posto tra le principali cause di morte.

Il diabete è, inoltre, responsabile di circa il 60% delle amputazioni non traumatiche della gamba secondarie, nell'85% dei casi, alle ulcerazioni del piede (c.d. piede diabetico) dovute sia alla vasculopatia (micro e macrovascolare) sia alla neuropatia periferiche tipiche della patologia, sulle quali si innestano traumi intercorrenti.

All'interno della Regione europea dell'OMS, 64 milioni di persone convivono con il diabete. La prevalenza di questa malattia è in crescita in tutta la Regione, arrivando, in alcuni Stati, a tassi del 10-14%. Tale crescita, in parte dovuta all'invecchiamento generale della popolazione, è principalmente secondaria alla diffusione di condizioni a rischio, come sovrappeso e obesità, scorretta alimentazione, sedentarietà e disuguaglianze socio-economiche. Nel 2014, 537.000 decessi in Europa sono stati causati dal diabete, che rappresenta la quarta causa di morte nell'Unione Europea. Nel 23% dei casi si tratta di soggetti al di sotto dei 60 anni.

Nel 2014 era stimata pari al 8,5% della popolazione a livello mondiale, a fronte del 4,7% del 1980. Secondo tali stime, nel mondo si contavano circa 422 milioni di persone affette da diabete mellito, 64 milioni all'interno della Regione europea dell'OMS².

L'*International Diabetes Federation* (IDF) ha calcolato una spesa sanitaria totale di 144 miliardi di dollari nel 2014, pari al 24% della spesa sostenuta per il diabete a livello globale, che potrà arrivare a circa 160 miliardi nel 2035. Gran parte dei costi sono dovuti al trattamento delle comorbosità e delle ospedalizzazioni³.

Il miglioramento delle condizioni di vita per tutti gli strati sociali, infatti, non ha ridotto le disuguaglianze di salute: ricerche svolte in diversi Paesi hanno rilevato come il miglioramento generale dello stato di salute nelle classi sociali più svantaggiate risulti di entità minore rispetto a quello delle classi sociali più elevate, con conseguente accentuazione delle disuguaglianze. Anche il rischio di morte per diabete sembra maggiore tra gli individui con minori risorse economiche. Infatti, visto che il diabete complicato incide sull'aspettativa di vita dei soggetti che ne sono affetti, ci si aspetta che i soggetti di basso stato socio-economico abbiano un maggior rischio di morire per diabete e/o per complicanze a esso correlate.

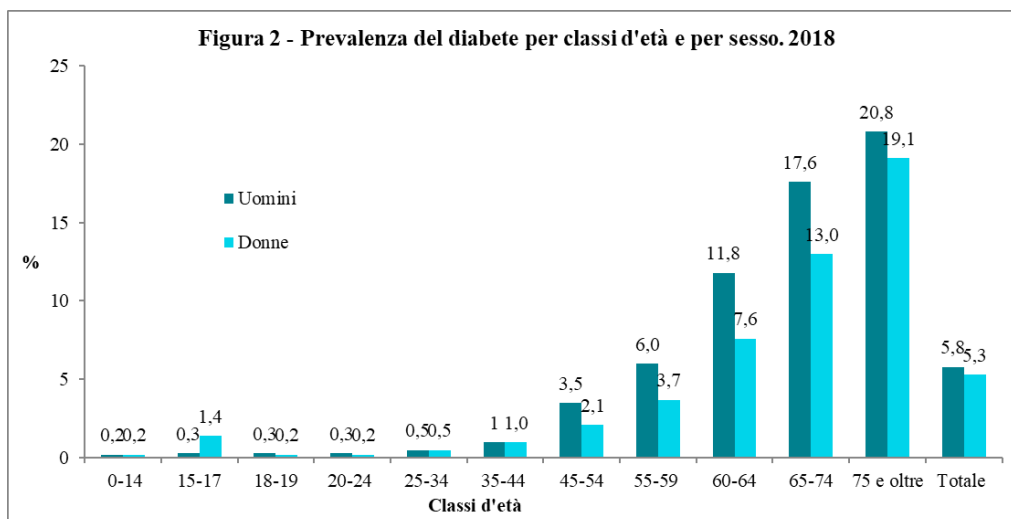
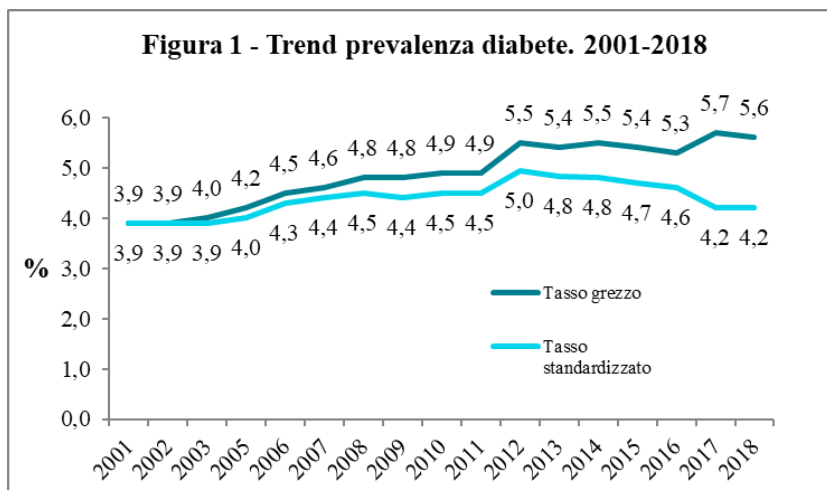
¹<http://www.diabetesatlas.org>.

² Global report on diabetes, OMS 2016

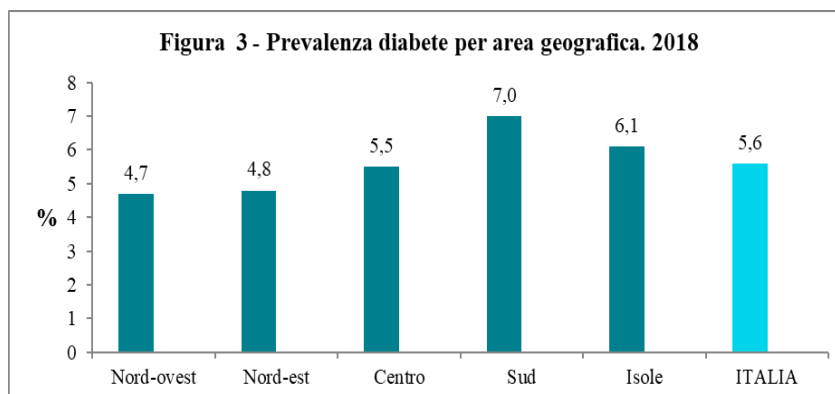
³International Diabetes Federation (IDF) 2014. http://www.idf.org/sites/default/files/DA-regional-factsheets-2014_FINAL.pdf

I dati nazionali**ISTAT**

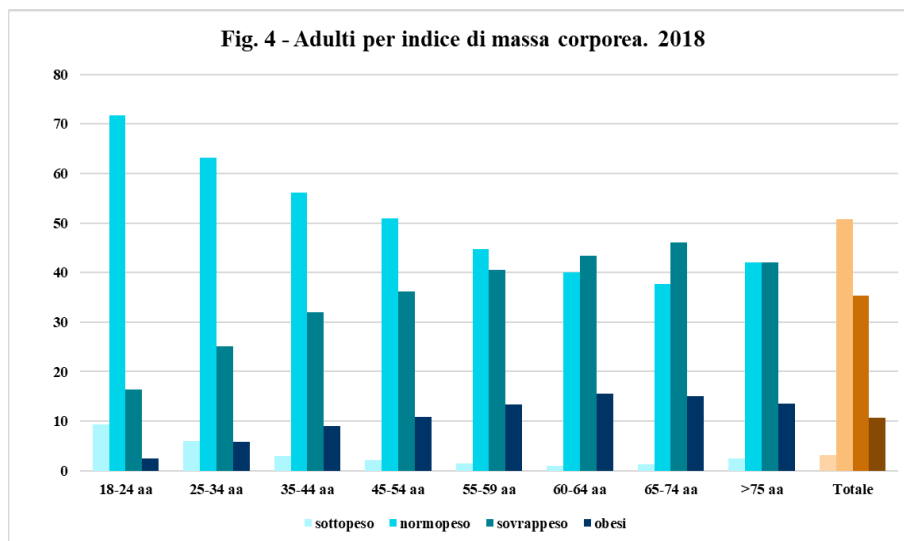
In Italia, in base ai dati ISTAT, nel 2018 si stima una prevalenza del diabete noto pari al 5,6% (5,8% negli uomini, 5,3% nelle donne) pari a oltre 3 milioni di persone, con un trend in leggero calo negli ultimi anni, dopo un decennio di crescita costante (Figura 1). La prevalenza aumenta al crescere dell'età fino ad un valore di circa il 20% nelle persone con età uguale o superiore a 75 anni (Figura 2).



La prevalenza è mediamente più bassa nelle Regioni del Nord (4,7 e 4,5%) rispetto a quelle del Centro (5,5%), del Sud (7,0%) e delle Isole (6,1%) (Figura 3). I dati di prevalenza per area geografica e per Regione non sono standardizzati, quindi le differenze osservate potrebbero dipendere anche da una diversa composizione per età della popolazione nelle diverse aree geografiche. Tuttavia, elaborazioni effettuate sui dati del 2011 mostrano che le differenze permangono anche dopo la standardizzazione.



Vista, poi, la stretta correlazione diretta tra obesità/sovrappeso e diabete di tipo 2, devono preoccupare i dati sulla diffusione di tali condizioni tra la popolazione italiana. L'ISTAT, relativamente all'anno 2018, rileva che in Italia, nella popolazione adulta, la quota di sovrappeso è pari al 35,4% (maschi 43,5%; femmine 27,9%), mentre gli obesi sono il 10,7% (maschi 11,7%; femmine 9,8%). (Figura 4). Complessivamente, quindi, in Italia



si possono stimare in circa 4 milioni le persone adulte obese.

Anche i dati sulla diffusione di sovrappeso e obesità tra i più giovani, peraltro, vanno attentamente considerati, in quanto è dimostrato che un bambino obeso ha maggiori probabilità di essere in eccesso ponderale anche da

adulto, con il conseguente maggiore rischio di sviluppare le patologie correlate a tale condizione, diabete in particolare. Per quest'ultimo, infatti, i dati indicano come siano in progressivo aumento i casi di diabete di tipo 2 insorti in giovane età.

A tale riguardo, i dati ISTAT 2015 sui giovani in età scolastica (6-17 anni) denunciano che il 25,0% di essi è in condizioni di eccesso ponderale (29,2% per i maschi, 20,6% per le femmine) e che circa l'80% degli stessi ha almeno un genitore nella stessa condizione.

Sistema PASSI

Considerato che il diabete è una condizione associata agli stili di vita e alle disuguaglianze sociali, è indispensabile disporre di strumenti di sorveglianza della diffusione del diabete e dei fattori associati nella popolazione in modo da poter fornire informazioni ai decisori in modo tempestivo. In Italia, in tale senso, è attivo il Sistema PASSI⁴ (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), programma continuo di sorveglianza nella popolazione italiana di età 18-69 anni sui principali fattori di rischio comportamentali (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo, alcol, rischio cardiovascolare, sicurezza domestica, screening oncologici, ecc.), affidato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Dai dati del sistema di sorveglianza Passi 2015-2018 emerge che il 4,8% della popolazione adulta di 18-69 anni riferisce una diagnosi di diabete. La prevalenza di diabete, cresce con l'età (è inferiore al 2% nelle persone con meno di 50 anni e raggiunge il 10% fra quelle di 50-69 anni), è più frequente fra gli uomini che fra le donne (5,4% vs 4,1%), nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzione o condizioni economiche, fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri, e nelle Regioni meridionali rispetto al Centro e al Nord Italia.

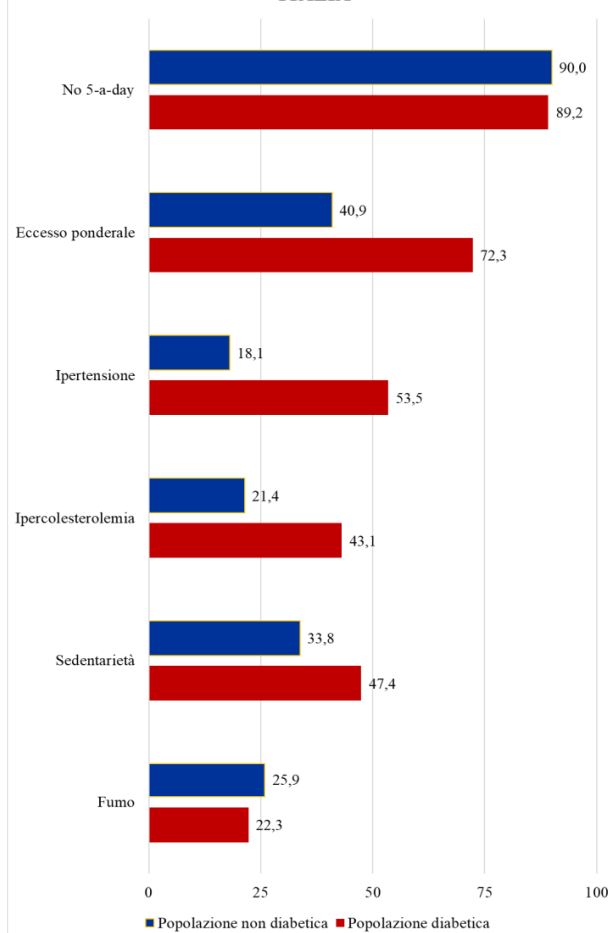
Nella popolazione con diabete intervistata è presente un'alta prevalenza di fattori di rischio cardiovascolare: il 89,2% riferisce di non seguire la regola del *5-a-day* (assunzione di 5 porzioni al giorno tra frutta e verdura), il 53,5% è iperteso, il 43,1% ha alti livelli di colesterolo, il 72,3% è in eccesso ponderale, il 47,4% è sedentario e il 22,3% fumatore (Figura 5). Nei 12 mesi precedenti l'intervista, la pressione arteriosa è stata misurata al 90,5% delle persone e il colesterolo all'82,1%.

Tra gli ipertesi, il 90,1% è in trattamento farmacologico per la pressione arteriosa. Il 65,3% delle persone con diabete e ipercolesterolemia assume farmaci per il trattamento di quest'ultima. Per quanto riguarda il contrasto all'eccesso ponderale e alla sedentarietà, i diabetici in eccesso ponderale che seguono una dieta per perdere peso sono il 42,9%, i diabetici che fanno attività fisica moderata o intensa aderendo alle linee guida sono il 21,6%.

Dal 2011, inoltre, PASSI raccoglie informazioni anche sul monitoraggio metabolico e la terapia nelle persone con diabete. Nel periodo 2015-2018, il 31,6% delle persone con diabete è stato seguito principalmente da un centro diabetologico, il 30,4% dal medico di medicina generale e il 32,9% da entrambi.

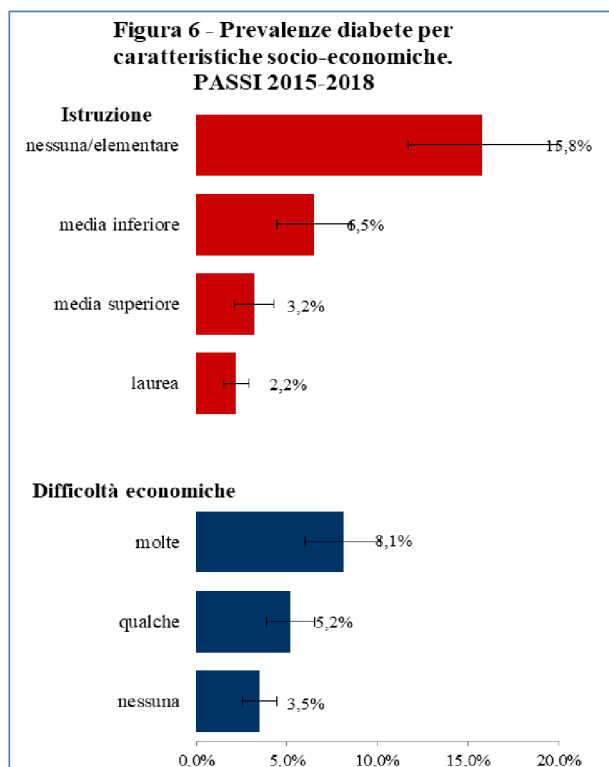
Soltanto il 35,9% ha effettuato un controllo dell'emoglobina glicosilata nei 4 mesi precedenti la rilevazione, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali, mentre il 24,2% non era a conoscenza dell'esistenza di questo esame. Dai dati emerge che la qualità della cura è ancora lontana dall'ottimale.

**Figura 5 - Fattori di rischio associati al diabete
ITALIA**



⁴ <http://www.epicentro.iss.it/passi/>

Anche nel nostro Paese, inoltre, sono riscontrabili disuguaglianze nella gestione della patologia diabetica e nell'accesso ai servizi sanitari. I dati del Sistema PASSI mostrano come tra gli intervistati con licenza elementare o con nessuna istruzione la prevalenza del diabete sia pari al 15,8% e che i valori si abbassano con l'aumentare del livello di istruzione, fino a raggiungere il 2,2% tra i laureati. Lo stesso dicasi per le difficoltà economiche: la prevalenza tra chi ne ha molte è più che doppia rispetto a quella tra chi non ne ha (8,1% contro 3,5%) (Figura 6). Tali indicatori di livello socioeconomico confermano, quindi, che le persone socialmente più



svantaggiate presentano un rischio maggiore di andare incontro alla patologia diabetica nel corso della loro esistenza. Questo è probabilmente dovuto alla maggiore diffusione tra questi soggetti di stili di vita sbagliati, in particolare scorretta alimentazione e inattività fisica, e alla conseguente maggiore frequenza di condizioni di sovrappeso e obesità.

Per quanto riguarda gli operatori sanitari, il 53,2% ha consigliato ai diabetici di fare regolare attività fisica, il 72,0% ai diabetici in eccesso ponderale di perdere peso, 73,4% ai diabetici fumatori di smettere di fumare.

Pertanto, considerato che lo sviluppo di diabete di tipo 2 è fortemente correlato allo stato nutrizionale, vanno anche in questo caso attenzionati i dati staturo-ponderali del campione complessivo di intervistati dal Sistema PASSI nel periodo 2015-2018. Da tali dati emergono valori simili a quelli rilevati da ISTAT, con due adulti su cinque (42,2%) in eccesso ponderale ($BMI \geq 25$) e, in particolare, il 31,7% in sovrappeso ($25 \leq BMI < 30$) e il 10,5% obeso ($BMI \geq 30$). L'eccesso

ponderale è significativamente più frequente in alcune categorie: fra i 50-69enni (fra i quali risultano in sovrappeso il 40,2% e obesi il 15,7%), fra gli uomini (in sovrappeso il 39,7% e obesi l'11,2%), fra le persone con molte difficoltà economiche (in sovrappeso il 34,7% e obesi 16,5%), fra quelle con un titolo di studio basso o assente (in sovrappeso il 42,3% e obesi 16,5%) e tra gli intervistati con cittadinanza italiana (in sovrappeso il 31,7% e obesi 10,6%). la distribuzione geografica della prevalenza di persone in eccesso ponderale disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni meridionali: la Basilicata e Campania sono le Regioni con le prevalenze più alte (rispettivamente 45,2% e 51,0%) mentre nella P.A. Bolzano si osserva il valore più basso (33,6%).

Relativamente, poi, all'evoluzione temporale dell'eccesso ponderale, nel periodo 2008-2016, si evidenzia un andamento in lieve crescita della prevalenza (da 41,7% a 42,5%). Per quanto riguarda, in particolare, l'obesità, si registra un lieve andamento in diminuzione nel Centro (da 10,0% a 8,9%) e un più marcato andamento in crescita per il Meridione (da 12,1% a 13,7%). Complessivamente la situazione appare, comunque, in controtendenza rispetto all'allarmante aumento di obesità in altri Paesi.

Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età scolare

Per avere un quadro aggiornato del fenomeno obesità e sovrappeso tra i giovani italiani, il Ministero della Salute/CCM (Centro per il Controllo e la prevenzione delle Malattie) ha promosso lo sviluppo di sistemi di sorveglianza su stato ponderale e comportamenti dei bambini e degli adolescenti scolarizzati. In particolare, il Sistema di sorveglianza OKkio alla salute, coordinato dall'ISS, in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione,

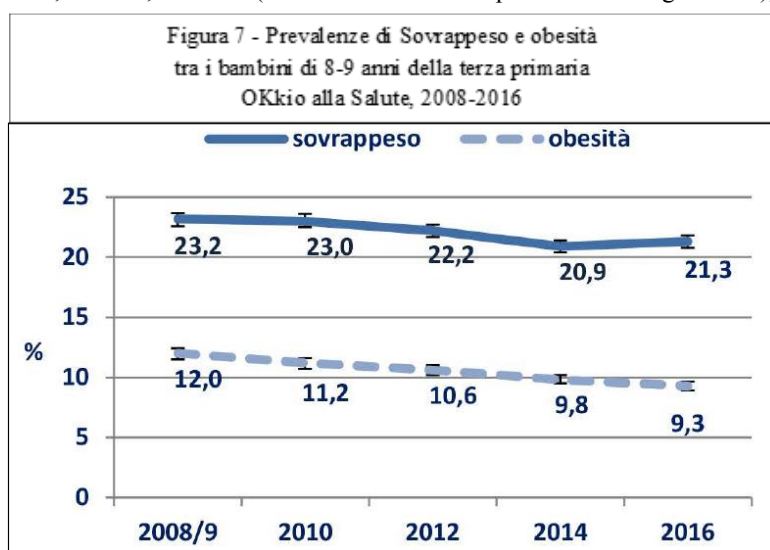
dell'Università e della Ricerca, Regioni e Aziende Sanitarie, raccoglie a cadenza biennale, dal 2008, al 2018⁵ su un campione rappresentativo di alunni delle classi terze delle scuole primarie di I grado (età 8-9 anni). Lo studio HBSC - *Health Behaviours in School-aged Children*, promosso dall'OMS a livello internazionale, ha cadenza quadriennale e si è svolto in Italia in tutte le Regioni negli anni scolastici 2009-2010, 2013-2014 e 2017-18⁶. Lo studio HBSC Italia, coordinato dalle Università degli Studi di Torino, Padova e Siena e dall'ISS e in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, le Regioni e le Aziende Sanitarie Locali, è finalizzato alla rilevazione dei comportamenti e degli stili di vita degli adolescenti di 11, 13 e 15 anni (studenti delle Scuole primarie di II grado e Scuole secondarie).

OKkio alla salute

Secondo lo studio OKkio alla salute, in Italia, nel 2016 (i dati 2018 saranno disponibili entro luglio 2020), il 21,3% dei bambini partecipanti è in sovrappeso mentre il 9,3% risulta obeso. Il confronto con le rilevazioni passate evidenzia un trend di lenta ma costante diminuzione per quanto riguarda la diffusione del sovrappeso e dell'obesità tra i bambini (Figura 7):

- per l'obesità si passati dal 12% del 2008/2009 al 9,3% del 2016, con una diminuzione relativa del 22,5%;
- per il sovrappeso si è passati dal 23,2% del 2008/2009 al 21,3% del 2016, con una diminuzione relativa dell'8% (anche se si osserva un leggero aumento, non statisticamente significativo, del sovrappeso nell'ultima rilevazione rispetto a quella del 2014).

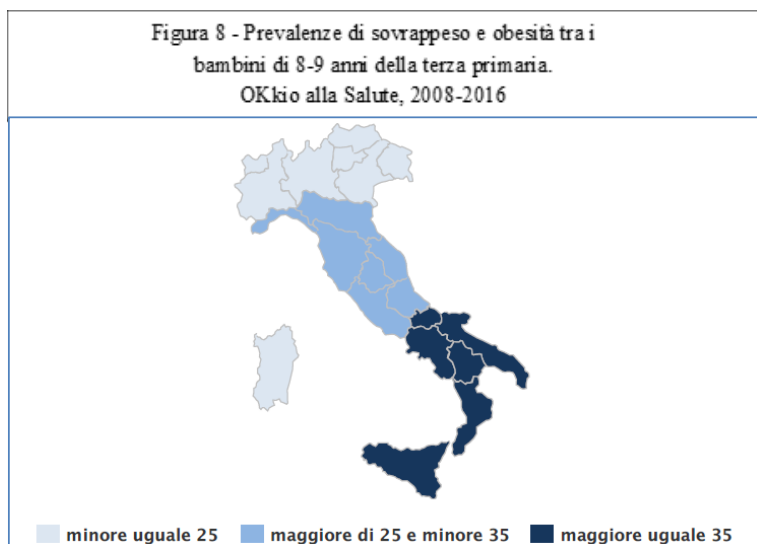
Complessivamente, dunque, in meno di dieci anni l'eccesso ponderale (sovrappeso più obesità) dei bambini è diminuito del 13% (passando da 35,2% nel 2008/2009 a 30,6% nel 2016).



⁵<http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/default.asp>

⁶ <http://www.hbsc.unito.it/it/>

Tuttavia, nonostante questo andamento in calo, la rilevazione 2016, confermando i dati precedenti, sottolinea la grande diffusione tra i bambini di abitudini alimentari poco salutari, anche se si registra un miglioramento per quanto riguarda il consumo di frutta e verdura (aumentato) e il consumo di bevande zuccherate



e/o gassate (diminuito). E anche riguardo la diffusione di uno stile di vita attivo, i dati 2016 continuano a mostrare elevati valori di inattività fisica e di comportamenti sedentari. Infine, un aspetto da tenere in considerazione è che i genitori spesso tendono a sottostimare lo stato ponderale dei propri figli: per esempio, nel 2016, tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi il 37% ritiene che il proprio figlio sia sotto-normopeso e solo il 30% pensa che la quantità di cibo assunta sia eccessiva.

Riguardo la variabilità regionale si confermano prevalenze

più elevate al Sud e al Centro anche se il gap tra le Regioni è leggermente diminuito nel corso degli anni (Figura 8).

HBSC

I dati 2018 dello studio HBSC Italia mostrano che il 16,6% dei ragazzi 11-15 anni è in sovrappeso e il 3,2% obeso (Figura 9); l'eccesso ponderale diminuisce lievemente con l'età ed è maggiore nei maschi (Figura 10). Risultati tendenzialmente stabili rispetto alla rilevazione 2016.

Figura 9 – Stato nutrizionale 11-15 anni

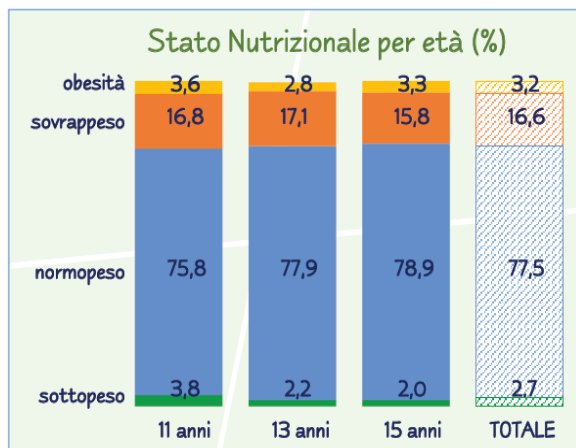
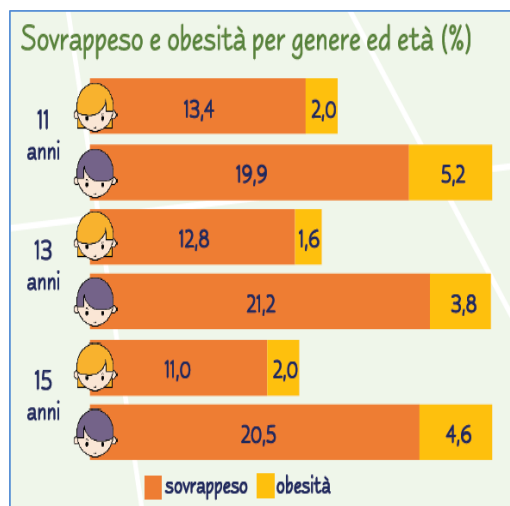


Figura 10 - Indice di Massa Corporea - per età e genere



Stili di vita

Sono stati indagati anche alcuni aspetti delle abitudini alimentari dei ragazzi intervistati. L'abitudine a non consumare la *colazione* è frequente negli adolescenti (20,7% a 11 anni, 26,4% a 13 anni e 30,6% a 15 anni); la percentuale di ragazze che non consuma la colazione è maggiore rispetto a quella dei maschi in tutte e tre le età

considerate. Rispetto al 2014 si evidenzia un lieve peggioramento. Solo un terzo dei ragazzi consuma *frutta e*

verdura almeno una volta al giorno (lontano dalle raccomandazioni) con valori maggiori nelle ragazze. Rispetto al 2014 aumenta il consumo, almeno 1 volta al giorno, di verdura ma diminuisce il consumo di frutta in tutte e

Figura 11 – Attività fisica 11-15 anni



tre le fasce d'età per entrambi i generi. Pane, pasta e riso sono gli alimenti più consumati. Le bibite zuccherate/gassate sono bevute maggiormente dagli undicenni e dai maschi (tale consumo è in calo rispetto al 2014 in tutte e tre le fasce d'età in entrambi i generi).

Per quanto riguarda l'attività fisica, la maggior parte dei giovani pratica almeno 60 minuti di attività fisica dai 2 ai 4 giorni la settimana. La frequenza raccomandata di praticarla tutti i giorni è rispettata dal 9,5% dei ragazzi di 11-15 anni ed è in diminuzione con l'età (dato in diminuzione rispetto al 2016). I ragazzi sono mediamente più attivi delle ragazze (Figura 11).

(linee guida internazionali), con un andamento simile per entrambi i generi e valori in aumento dopo gli 11 anni (dato stabile rispetto al 2014) (Figura 12).

Per quanto riguarda le abitudini sedentarie, circa un quarto dei ragazzi supera le 2 ore al giorno

Figura 12 – Abitudini sedentarie 11-15 anni

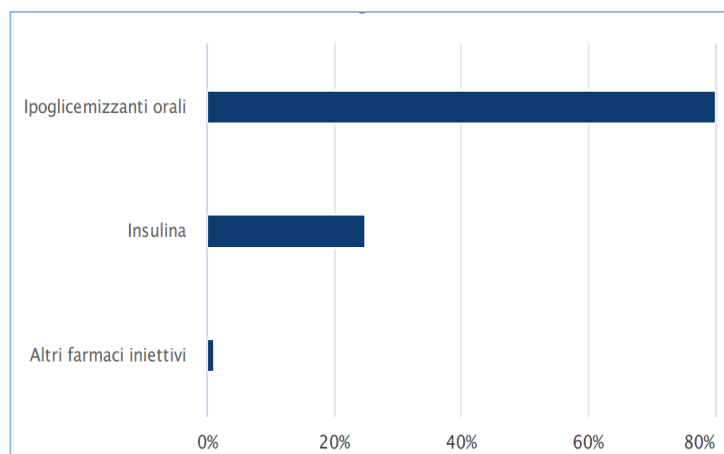


L'uso dei farmaci per il diabete

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico delle persone con diabete, secondo i dati 2015-2018 del Sistema PASSI, il 79,9% degli intervistati assume ipoglicemizzanti orali, mentre il 25% è in terapia insulinica, 1,2% con analoghi del GLP-1 (Figura 13).

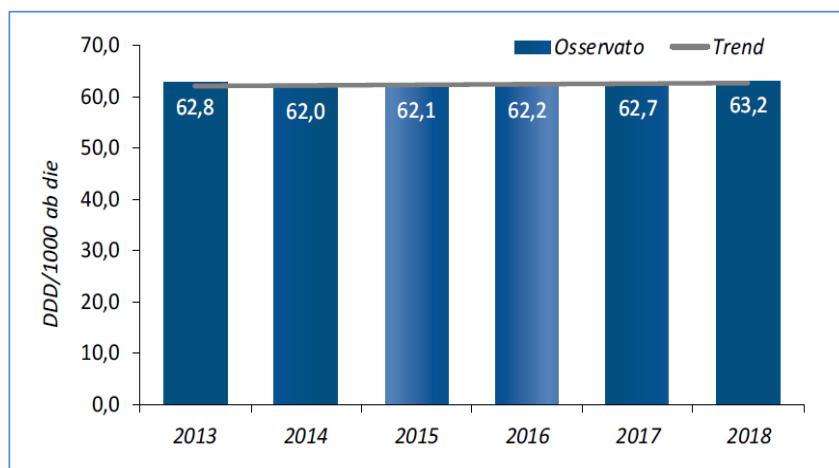
Inoltre, secondo il Rapporto OsMed 2018 dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)⁷, relativamente al consumo di farmaci per il diabete, per quelli acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, si è registrata, rispetto al 2017, un incremento nella spesa per gli inibitori del co-trasportatore SGLT-2 (+48,8%), per gli analoghi del recettore GLP-1 (+17,0%) e per gli inibitori della Dipeptil Peptidasi 4 (DPP-4) (+13,6%). L'insulina glargine è il principio attivo che si associa alla più alta spesa pro-capite (1,55€), stabile rispetto all'anno precedente (+0,7%), rappresentando l'11,2% della spesa con un incremento del consumo, rispetto all'anno precedente, del 3,4%.

Figura 13 - Trattamento farmacologico del diabete in Italia



Per quanto riguarda il consumo degli antidiabetici, negli ultimi 6 anni è rimasto stabile (Figura 14); nel 2018 le dosi sono state 63,2 con una spesa di 15,63€ pro capite in aumento del 4,7%; la metformina rappresenta da sola circa il 35% delle dosi totali, in aumento del 2% rispetto all'anno precedente, seguono le insuline ed

Figura 14 - Antidiabetici, andamento temporale del consumo (2013-2018)



analoghi con 15,3 DDD⁸ e altri ipoglicemizzanti orali con 11,9 DDD; i farmaci incretino-mimetici, in particolare gli analoghi del GLP-1, fanno rilevare un marcato incremento dell'uso (GLP-1: +28,9% e DPP-4; +10,1%); le insuline, in particolare lispro (1,87€), glargine (1,78€) e aspart (1,54€), sono la categoria a maggior spesa, anche se in riduzione del 2,3% rispetto all'anno precedente, e con la maggiore variabilità d'uso a

livello regionale; in tutte le fasce d'età vi è un consumo negli uomini maggiore di circa il 50% rispetto alle donne

⁷ Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2018. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2019.

⁸ La DDD (*defined daily dose*, dose definita giornaliera) rappresenta la dose di mantenimento per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza (si tratta quindi di un'unità standard e non della dose raccomandata per il singolo paziente).

e questa differenza permane anche in termini di prevalenza; ad esempio, nella fascia d'età superiore ai 75 anni, la prevalenza è del 22% negli uomini e del 17,4% nelle donne.

Figura 15 – Spesa e consumo dei farmaci antidiabetici

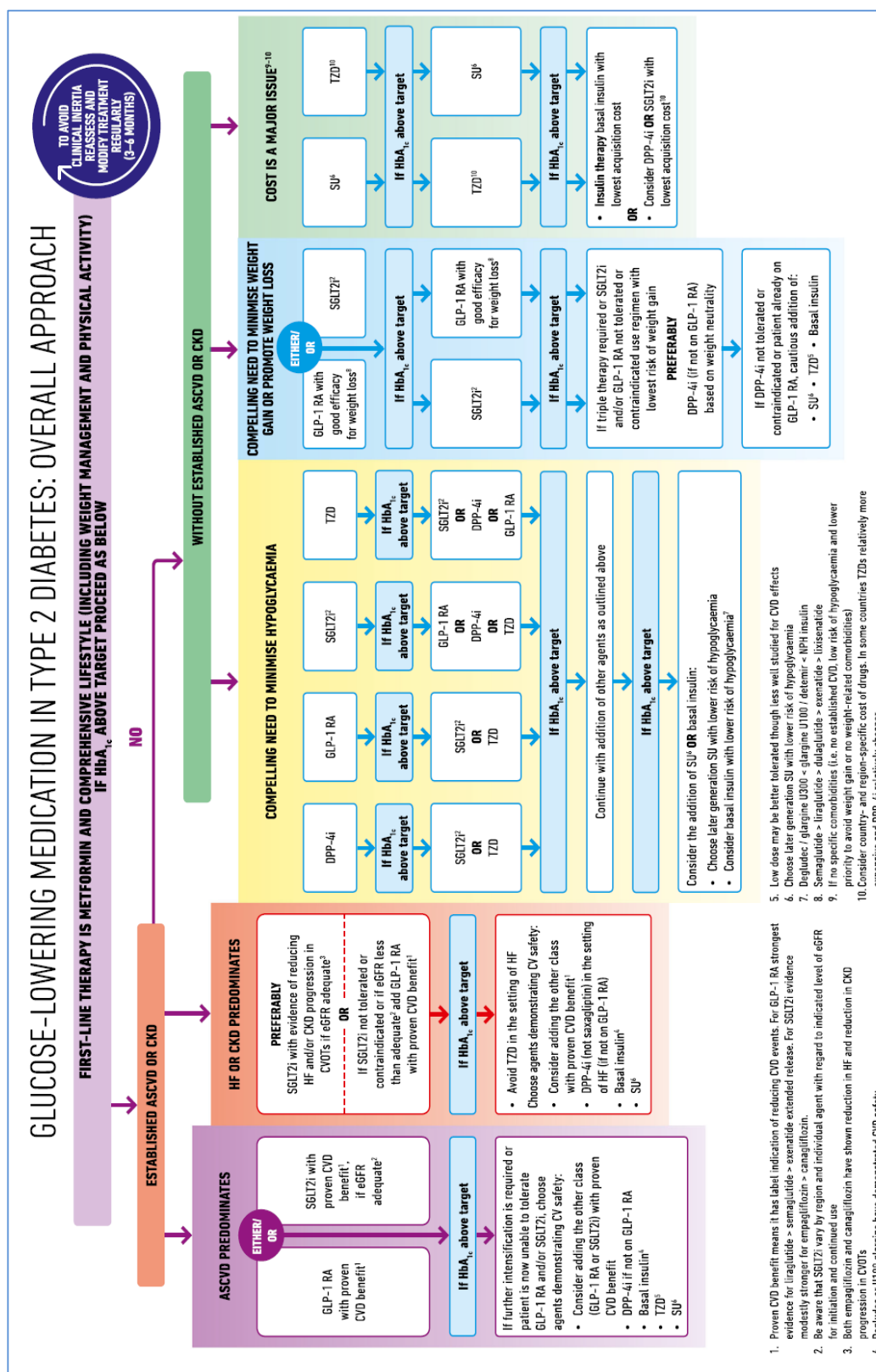
Gruppo Sottogruppo	Spesa totale (in mil)	% su spesa SSN	Spesa pro capite	Δ% 18-17	DDD/ 1000 ab die	Δ% 18-17
Antidiabetici	945,4	4,3	15,63	4,7	63,2	0,8
Insuline ed analoghi	424,9	1,9	7,03	-2,3	15,3	-0,4
Gliptine (inibitori della DPP-4) sole o ass.	150,1	0,7	2,48	4,4	5,7	10,1
Analoghi del GLP-1 (glucagon-like peptide 1)	98,3	0,4	1,62	22,6	1,7	28,9
Metformina	91,5	0,4	1,51	3,7	22,1	2,0
Glifozine sole o ass.	62,8	0,3	1,04	42,6	2,1	50,5
Altri ipoglicemizzanti orali	52,7	0,2	0,87	-6,7	11,9	-9,3
Pioglitazone da solo e in ass.	28,7	0,1	0,48	-6,0	1,7	-3,6
Repaglinide	21,7	0,1	0,36	-11,1	2,6	-11,8
Insuline in associazione a GLP-1	14,8	0,1	0,25	>100	0,1	>100

Le variazioni dei dati rispetto agli anni precedenti sono dovute all'utilizzo, a carico del SSN, di nuove categorie di farmaci che hanno migliorato il compenso glicemico e ridotto l'uso dell'insulina nei diabetici tipo 2. Queste nuove categorie di farmaci sono gli inibitori di SGLT-2, i nuovi agonisti del GLP-1 a lunga durata d'azione, nonché del biosimilare dell'insulina glargine a più lunga durata di azione (in commercio in Italia dal febbraio 2016).

In questo campo, il nuovo algoritmo terapeutico proposto dall'American Diabetes Association (ADA) e dall'European Association for the Study of Diabetes (EASD)⁹ (Figura 16) può essere un valido strumento per individuare il trattamento farmacologico più adatto alle esigenze di ogni singolo paziente, per fornire un'informazione trasparente sui farmaci antidiabetici attualmente disponibili e per offrire un contributo utile all'appropriatezza terapeutica.

⁹ Diabetologia, <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4729-5>. CONSENSUS REPORT 2018. "Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Melanie J. Davies^{1,2} & David A. D'Alessio³ & Judith Fradkin⁴ & Walter N. Kerner⁵ & Chantal Mathieu⁶ & Geltrude Mingrone^{7,8} & Peter Rossing^{9,10} & Apostolos Tsapas¹¹ & Deborah J. Wexler^{12,13} & John B

Figura 16 – Algoritmo terapeutico proposto dall'American Diabetes Association (ADA) e dall'European Association for the Study of Diabetes (EASD)



Le azioni

Nel corso degli anni, il nostro Paese ha messo in campo varie attività volte a ridurre il carico di malattia secondario al diabete, sia come patologia a sé stante sia nell'ambito più generale del contrasto alle patologie croniche, con particolare riguardo a quelle derivanti da scorretti stili di vita.

Si riportano di seguito le principali azioni messe in campo nel tempo, alcune già concluse, altre ancora in evoluzione, altre ancora che vedranno i loro sviluppi negli anni a venire.

La prevenzione del diabete e delle sue complicanze

La prevenzione primaria del diabete di tipo 2 si identifica con la promozione di stili di vita corretti finalizzati anche alla prevenzione dell'eccesso ponderale. Si è calcolato, infatti, che fino al 90% dei casi di diabete di tipo 2 potrebbe essere prevenuto attraverso l'implementazione di programmi di prevenzione rivolti ai soggetti a rischio di sviluppare la malattia¹⁰. Studi condotti in molti Paesi del mondo hanno dimostrato, inoltre, che programmi indirizzati alle persone con intolleranza ai carboidrati (c.d. prediabete), volti a modificarne lo stile di vita, possono ridurre fino al 58% il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2¹¹.

Invece, la prevenzione dell'evoluzione e delle complicanze del diabete si identifica con la diagnosi precoce e con l'adeguata gestione della patologia da parte del paziente e del team diabetologico. La legge n. 115 del 1987 ha previsto l'accantonamento dell'assistenza diabetologica nei Servizi di Diabetologia (SD). A seguito di tale norma, in Italia è presente una rete di SD unica al mondo per capillarità di diffusione e organizzazione e si stima che almeno il 70% dei diabetici sia seguito continuativamente da tali servizi.

Il Programma nazionale “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”

Come detto, è possibile prevenire parzialmente il diabete di tipo 2 tenendo sotto controllo l'epidemia di obesità e cercando di invertirne l'andamento attraverso azioni complessive, che intervengano sui determinanti sociali, economici e ambientali degli stili di vita. Il **Programma Guadagnare Salute** (DPCM 4 maggio 2007), coordinato dal Ministero della salute, è una strategia globale per contrastare i quattro principali fattori di rischio di malattie croniche nel nostro Paese: scorretta alimentazione, inattività fisica, abuso/uso scorretto di alcol e tabagismo. Il programma mira ad agire sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici che condizionano l'insorgenza delle malattie croniche, promuovendo interventi lungo tutto il corso della vita (*life-course approach*) e agendo, attraverso politiche intersettoriali, secondo i principi della “Salute in tutte le politiche” (*Health in All Policies*). Guadagnare Salute è improntato, infatti, a sviluppare sinergie tra tutti i settori e i soggetti che hanno capacità di incidere sulla salute stessa, individuando i rischi, ma anche le opportunità per la salute negli ambienti di vita e di lavoro.

A livello di governo, centrale e periferico, l'obiettivo è quello di adottare una strategia volta a facilitare scelte e comportamenti adeguati attraverso l'informazione e un'adeguata impostazione delle azioni regolatorie, senza condizionare direttamente le scelte individuali, ma adottando politiche di comunità.

I Piani Nazionali della Prevenzione

I **Piani Nazionali della Prevenzione (PNP)** sono programmi nazionali ratificati, sin dal 2005, con specifiche Intese tra Stato, Regioni e Province Autonome e finalizzati ad affrontare i principali problemi di salute

¹⁰ 9Guariguata, L, Whiting, DR, Hambleton, I, Beagley, J, Linnenkamp, U, Shaw, JE (2013) Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Research and Clinical Practice*, p. 143. 1 0 3: 1 3 7 – 1 4 9.

¹¹ US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, and National Institute of Diabetes and Digestive Kidney Disease (2008) *Diabetes Prevention Program (DPP)*. Available from: http://www.niddk.nih.gov/aboutniddk/research-areas/diabetes/diabetesprevention-program-dpp/Documents/DPP_508.pdf. Accessed 18 August 2015

del Paese. Sulla base di linee programmatiche elaborate in accordo tra Ministero della Salute e Regioni, queste ultime definiscono e attivano specifici progetti all'interno di aree di intervento condivise e ritenute prioritarie

I **PNP 2005-2009 e 2010-2013** hanno individuato l'obesità e il diabete tra i problemi di salute prioritari del Paese. Per quanto riguarda la prevenzione primaria, la progettazione Regionale ha proposto l'approccio intersettoriale, con azioni intraprese a diversi livelli (a scuola, nei luoghi di lavoro, nei luoghi del tempo libero, ecc.) e privilegiando gli interventi di provata efficacia, nell'ottica del Programma Guadagnare Salute.

Per quanto riguarda, invece, la prevenzione dell'evoluzione e delle complicanze del diabete, che si identifica con la diagnosi precoce e con l'adeguata gestione della patologia, nei **PNP 2005-2009 e 2010-2013** l'enfasi è stata posta sulla continuità assistenziale, ottenibile attraverso il ricorso a modelli assistenziali come il *disease management*, il *case management* e il *chronic care model* che, con un termine molto generale, vengono definiti Gestione Integrata. Tali Piani, dunque, prevedevano, per il diabete, la realizzazione di progetti regionali finalizzati a prevenirne le complicanze tramite l'adozione di programmi di Gestione Integrata della patologia, proprio sull'esempio del *disease management* e/o del *chronic care model*.

La Gestione Integrata, infatti, attraverso la costruzione di percorsi terapeutico-assistenziali condivisi, si pone come prototipo di modello organizzativo mirato al miglioramento dell'assistenza e alla prevenzione delle complicanze. Tale modello, organizzato, proattivo e multidisciplinare, è basato, sostanzialmente, sull'integrazione e il coordinamento tra i livelli di assistenza e sul coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura.

Tra il 2006 e il 2012, al fine di sostenere e coordinare i progetti regionali afferenti al PNP, il CCM ha finanziato il **Progetto IGEA** (Integrazione Gestione E Assistenza), gestito dall'ISS, che si è assunto il compito di sviluppare gli strumenti utili all'implementazione della Gestione Integrata del diabete, realizzando iniziative e interventi orientati a favorire il miglioramento dell'assistenza alle persone con diabete e la prevenzione delle complicanze della patologia.

Il **Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019**, invece, ha affrontato la problematica diabete nell'ambito più generale della prevenzione delle Malattie Croniche Non Trasmissibili, così come suggerito anche dall'OMS nel recente *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020*. La prevenzione delle MCNT, in continuità con i precedenti PNP, è stata incentrata sia sulla promozione della salute e dei corretti stili di vita della popolazione, anche con il coinvolgimento dei settori al di fuori del sistema salute, sia sulla diagnosi precoce delle patologie, mirata ad anticipare l'adeguata presa in carico dei pazienti e a prevenire o ritardare l'insorgenza delle complicanze più gravi, prevedendo, comunque, il successivo inserimento dei nuovi casi in appositi percorsi terapeutico-assistenziali per la gestione della patologia.

È, infine, in via di definizione il **PNP 2020-2025**. Tale Piano, relativamente alla prevenzione delle MCNT, sarà orientato al rafforzamento e al miglioramento delle azioni e dei risultati ottenuti con i precedenti PNP sia per la prevenzione primaria che secondaria, attraverso una pianificazione strategica basata sullo sviluppo di attività intersettoriali e *life course*, finalizzate alla promozione della salute, nonché sul potenziamento degli interventi di prevenzione secondaria.

Il Piano sulla malattia diabetica

Il 6 dicembre 2012 è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il Piano sulla malattia diabetica, che mira a definire alcuni obiettivi strategici per migliorare le attività di prevenzione, cura e riabilitazione del diabete e favorire percorsi che garantiscano al paziente uniformità di risposte e continuità di tutela.

Il documento afferma la necessità di una progressiva transizione verso un nuovo modello di sistema integrato, mirato a valorizzare sia la rete specialistica diabetologia sia tutti gli attori della assistenza primaria, con l'obiettivo di prevenire e curare la malattia e le sue complicanze, garantire la qualità di vita, ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce.

Vengono definiti dieci obiettivi generali elencati senza implicazione di priorità, che focalizzano l'attenzione su aree chiave al fine di ridurre l'impatto della malattia sulle persone con o a rischio di diabete, sulla popolazione generale e sul SSN; per ciascuno vengono elencati obiettivi specifici, indirizzi strategici e linee di indirizzo prioritarie.

Il Piano intende contribuire al miglioramento della tutela assistenziale della persona con diabete o a rischio di diabete, a ridurre il peso della malattia sulla singola persona e sul contesto sociale, a rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza, assicurando equità di accesso e riducendo le disuguaglianze sociali.

Per quel che riguarda gli obiettivi del Piano relativi alle attività di prevenzione, questi fanno riferimento alle linee di attività esposte, per quel che riguarda sia la prevenzione primaria (Guadagnare Salute e politiche intersettoriali) sia la prevenzione dell'evoluzione e delle complicanze (diagnosi precoce e Gestione Integrata).

La JA-CHRODIS per la lotta alle malattie croniche

L'Italia è partner di diverse Azioni comuni promosse negli ultimi anni, tra cui in particolare l'Azione comune per la lotta alle malattie croniche e la promozione dell'invecchiamento sano per tutto il ciclo di vita (**JA-CHRODIS**, Addressing Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing Across the Life Cycle), che si è conclusa a febbraio 2017 e che, con 63 partner, è stata la più grande azione comune co-finanziata nell'ambito del Programma salute pubblica dell'UE fino ad oggi.

L'obiettivo di CHRODIS è stato quello di promuovere e facilitare lo scambio e il trasferimento di "buone pratiche" tra i paesi partner, identificando i migliori approcci per la prevenzione e la cura delle malattie croniche, in particolare di malattie cardiovascolari, ictus e diabete di tipo 2, con un focus specifico sulla promozione della salute, la multimorbidità e la gestione del diabete.

La JA-CHRODIS, divisa in sette Work package (WP), è stata governata da un Comitato esecutivo (Executive Board), composto da tutti i leader dei WP e sostenuta, inoltre, da un Forum di rappresentanti dei Ministeri della Salute degli Stati membri UE e da un Comitato consultivo (Advisory Board) di esperti.

L'Italia ha partecipato alla JA con il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e l'Università Cattolica del Sacro Cuore. In particolare, ha collaborato al WP5 (Promozione della salute e prevenzione delle malattie) ed è stata leader, con l'AIFA, del WP6 (Multimorbidità) e, con l'ISS, del WP7 (Diabete).

Lo scopo del WP5 è stata l'individuazione di buone pratiche nel campo della promozione della salute e della prevenzione delle malattie croniche attraverso il ciclo di vita. Il lavoro ha compreso una revisione delle politiche e dei meccanismi esistenti nei diversi Paesi partner, anche al fine di identificare le carenze esistenti e le esigenze in questo ambito.

Il WP 6 ha mirato a rivedere i programmi esistenti di assistenza globale centrata sul paziente, al fine di individuare le esigenze dei sistemi sanitari dei Paesi partecipanti e di raccomandare i migliori modelli di cura possibili per i pazienti tenendo conto dei risultati, della redditività, dell'applicabilità e della replicabilità.

Il WP7 ha avuto come principale obiettivo quello di migliorare il coordinamento e la cooperazione tra gli Stati Membri nell'azione contro il diabete, includendo lo scambio di buone pratiche tra i paesi dell'Unione Europea e affrontando tutti gli aspetti relativi a una patologia complessa come il diabete (prevenzione primaria rivolta alle persone ad alto rischio, diagnosi precoce, prevenzione secondaria, assistenza integrata), al fine di migliorare il coordinamento e la cooperazione degli Stati membri. Particolare attenzione è stata data all'attuazione dei piani nazionali diabete (PND) e alla valutazione di come i determinanti sociali possano influenzare l'accesso alle cure.

Il WP7 ha mirato, inoltre, a valutare le strategie di intervento di promozione della salute per le persone con diabete di tipo 2 e alla mappatura dei documenti politici nazionali in materia di diabete in Europa, quali Piani Nazionali Diabete (NDP) e Linee guida, per l'identificazione degli elementi essenziali, utili per l'attuazione in diversi contesti sociali, economici e culturali.

Come per altri WP, anche il WP7 ha previsto, al termine della JA-CHRODIS, l'individuazione di buone pratiche globali per la prevenzione e la gestione del diabete di tipo 2 e lo sviluppo di linee guida per la definizione di PND.

Per dare seguito ai risultati della JA-CHRODIS, infine, a settembre 2017 è iniziata la **JA CHRODIS PLUS**, che termina nel 2020 e si occupa, in particolare, di coordinare l'implementazione nelle diverse realtà europee di numerose buone pratiche identificate dalla precedente JA.

La comunicazione del Ministero della Salute sul diabete

Nel corso degli anni il Ministero della Salute ha sviluppato varie attività di comunicazione sul diabete. Tali attività si sono sviluppate particolarmente in occasione della Giornata Mondiale del Diabete, che si celebra il 14 novembre di ogni anno, ma anche nel contesto di altri eventi, come, ad esempio, la Giornata Mondiale della Salute o la Giornata Nazionale della Salute della Donna. Tutte le attività citate sono reperibili sul sito istituzionale del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).

Particolare rilevanza ha avuto la [Campagna](#)¹² realizzata in occasione del trentennale della Legge 16 marzo 1987, n. 115. L'Italia, infatti, è stata la prima nazione al mondo ad approvare una legge specifica e innovativa relativa alla prevenzione e alla cura del diabete, una legge-quadro, di principi generali, che affida alle Regioni e alle Province autonome la sua concreta attuazione.

Il target della campagna, in considerazione dell'ampiezza della diffusione della malattia, è stato la popolazione generale, con l'obiettivo prioritario di far comprendere che l'insorgenza del diabete mellito di tipo 2 è prevenibile. La campagna è stata diffusa attraverso stampa e spot televisivi e radiofonici della durata di 30". Gli spot sono stati veicolati sulle reti Rai negli spazi riservati dal Dipartimento Editoria della Presidenza del Consiglio alle Pubbliche Amministrazioni. Testimonial della campagna è stato il noto personaggio televisivo Amadeus.

Il messaggio trasmesso è stato semplice, diretto, comprensibile a tutti ("il diabete di tipo 2 è prevenibile con uno stile di vita sano") ed è stato arricchito dall'invito ad approfondire le informazioni sul sito del Ministero e a parlare direttamente con il medico di fiducia.

L'uso più efficiente delle risorse professionali

Il PNP 2014-2019 ha impegnato tutte le Regioni a implementare programmi di prevenzione ed è, inoltre, sostenuto da specifiche linee di supporto centrali (Azioni centrali - AC), di diretta responsabilità del Ministero della Salute, previste dal Decreto Ministeriale del 25 gennaio 2016 che approva il "Documento di indirizzo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018".

Tra tali linee di supporto, la linea A.1.3 mira a un "Uso più efficiente delle risorse professionali", con l'obiettivo di "studiare le possibili integrazioni tra figure professionali sanitarie nell'ambito degli interventi di prevenzione e di promozione della salute". A tale scopo, è stato istituito un apposito Tavolo di lavoro, che ha stilato il documento "*Uso più efficiente delle risorse professionali: linee di indirizzo*", che, nel rispetto della normativa esistente, mira a proporre modelli organizzativi, già attivi in alcuni contesti territoriali, al fine di consentire un uso più efficiente delle risorse disponibili e assicurare ai cittadini una maggiore uniformità nell'erogazione delle prestazioni di prevenzione, presa in carico e assistenza.

Inoltre, il programma di attività del CCM 2018 ha previsto, tra le linee progettuali per le patologie non trasmissibili, la "Sperimentazione sul territorio di modelli di intervento che prevedano l'uso più efficiente delle risorse professionali e il coinvolgimento attivo delle persone, finalizzati all'ottimizzazione di interventi rivolti alla promozione di stili di vita salutari, diagnosi precoce, gestione clinica e riduzione del rischio di recidive e complicanze delle principali patologie cronico-degenerative". Il comitato scientifico del CCM ha approvato alcuni progetti, attualmente in corso di attuazione, relativi alla suddetta linea progettuale, soprattutto nel campo del diabete, per i quali il documento rappresenterà una importante linea di indirizzo.

La Urban Health

Molti processi patologici trovano una loro eziopatogenesi in fattori ambientali e l'ambiente, nella sua accezione più completa e complessa, comprensiva di stili di vita e condizioni sociali ed economiche, è un determinante fondamentale per il benessere psicofisico e quindi per la salute delle persone e delle popolazioni.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha presentato un nuovo rapporto globale sull'impatto dell'inquinamento ambientale sulla salute, che stima 12,6 milioni di morti nel mondo attribuibili all'inquinamento

¹² http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_6_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=campagne&p=dacampagne&id=122

ambientale. Secondo l'OMS investimenti mirati possono aiutare a ridurre a livello globale e in modo significativo il crescente numero di malattie cardiovascolari e respiratorie, così come di diabete e tumori, e, al tempo stesso, a ridurre i costi del sistema sanitario.

L'OMS rileva, inoltre, che nelle città si concentra sempre più la popolazione mondiale e che, se 30 anni fa 4 persone su 10 vivevano in città, nel 2050 questa proporzione arriverà a 7 su 10. Contemporaneamente, le persone con più di 60 anni aumenteranno fino a rappresentare quasi un quarto della popolazione, con evidenti ricadute sul carico di malattia rappresentato dalle malattie croniche. Le periferie delle nostre città, come sono oggi, creano, inoltre, forti disuguaglianze dal punto di vista sia sociale sia sanitario.

La stessa Organizzazione per le Nazioni Unite (ONU), nel contesto dell'Agenda 2030, con i 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs), esprime un chiaro giudizio sull'insostenibilità dell'attuale modello di sviluppo, non solo sul piano ambientale, ma anche su quello economico e sociale. In particolare, con l'Obiettivo 11, propone di rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resistenti e sostenibili. Secondo l'ONU, infatti, l'ambiente che ci circonda può influire drasticamente sulle nostre abitudini e stili di vita. Per questo motivo, il miglioramento, in ottica sostenibile, dei nostri spazi vitali è un obiettivo imprescindibile entro il 2030.

La pianificazione urbana gioca, quindi, un ruolo decisivo nella promozione di stili di vita sani. Una buona pianificazione dell'assetto urbano, il miglioramento della circolazione urbana e la riqualificazione di zone degradate dove maggiori possono essere il disagio e l'isolamento sociale, la creazione di spazi verdi, di piste pedonali e ciclabili e di percorsi sicuri casa-scuola sono misure semplici ma, al tempo stesso, efficaci per ridurre le malattie connesse all'inquinamento dell'aria e, allo stesso tempo, per promuovere l'attività motoria nella popolazione.

La chiave di lettura è, dunque, creare un sistema tra diverse competenze, pianificatori e urbanisti, salute pubblica e decisori, che insieme attuino una serie di accorgimenti di tipo tecnico volti a ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di salute.

Anche nell'ambito dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), peraltro, si è cercato di fornire strumenti in grado di facilitare il controllo del settore sanitario sulla pianificazione urbanistica. Il livello della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", infatti, include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita. In particolare, i Programmi previsti per la Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati includono la valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica attraverso la promozione, negli strumenti di regolazione edilizia e urbanistica, di criteri per la tutela degli ambienti di vita dagli inquinanti ambientali, per lo sviluppo di un ambiente favorevole alla promozione della salute e dell'attività fisica e alla sicurezza stradale. Sono, quindi, previste valutazioni preventive dei piani urbanistici e il supporto agli Enti preposti nella definizione di strumenti di pianificazione e regolazione urbanistica, con particolare attenzione al rapporto tra salute e pianificazione urbanistica.

Inoltre, il Comitato Scientifico del Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), nel 2017, ha selezionato un progetto dal titolo "Urban Health: buone pratiche per la valutazione di impatto sulla salute degli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana e ambientale" che si propone di trasferire ai decisori alcune buone pratiche, derivate da letteratura e dall'applicazione nei contesti specifici di modelli di valutazione di impatto sulla salute delle politiche e degli interventi (Health Impact Assessment, HIA), al fine di orientare le politiche urbane a un miglioramento della salute e dell'equità nella salute dei cittadini.

In tale contesto, infine, nel maggio 2018 è stato costituito, presso la Direzione Generale della Prevenzione, un Tavolo di lavoro che vede coinvolti i principali *stakeholder* attualmente in campo, con l'obiettivo di produrre un documento di indirizzo che miri a ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di sanità pubblica, con particolare riferimento alla promozione della salute e dei corretti stili di vita, attraverso la definizione di criteri di valutazione della pianificazione urbanistica utilizzabili dagli operatori sul territorio.

La Health Literacy

La **Health Literacy** (HL, alfabetizzazione sanitaria) è un determinante di salute che indica l'abilità del cittadino a comprendere, accedere ed utilizzare al meglio le informazioni, in modo da promuovere e mantenere

lo stato di salute. La HL ha un gradiente sociale e aumentare il livello di conoscenza nella popolazione generale contribuisce a colmare il gap delle disuguaglianze in salute.

L'Italia è entrata a far parte del **Network Measuring Population and Organizational Health Literacy (Rete M-POHL)**. Si tratta di una iniziativa fortemente voluta dal **WHO-EHII-European Health Information Initiative**, autofinanziata dagli Stati che desiderano partecipare.

Molti Paesi hanno intrapreso programmi per valutare la HL ma, ad oggi, le iniziative sono frammentarie e mancano dati confrontabili. Per realizzare interventi di politica sanitaria *evidence-based* è importante avere dati di qualità, disponibili e confrontabili, raccolti nei diversi Paesi con procedure e metodologie standardizzate, scambiare esperienze sui programmi di salute pubblica e avere una agenda politica per implementare programmi in salute pubblica a livello della Regione Europea.

La Rete M-POHL si propone, quindi di effettuare una survey su un minimo di 1.000 soggetti per ogni Paese partecipante attraverso l'uso di un questionario (HLS-19) già validato e somministrato attraverso l'uso di intervistatori adeguatamente formati.

Per questo motivo i Paesi partecipanti al M-POHL hanno identificato un *principal investigator* (PI), che coordini la raccolta di dati standardizzati sulla HL, e un *policy maker* (PM), che si faccia carico di diffondere i risultati e possa prendere decisioni politiche per elevare il livello di HL al fine di migliorare l'impatto sulla popolazione delle azioni di prevenzione, sull'accesso alle cure e sugli esiti.

L'iniziativa prevede, quindi, attività, che si svolgeranno tra il 2019 e il 2021, basate sulla partecipazione di diversi Paesi con la costituzione di un gruppo di lavoro internazionale che preparerà la "linea base" sul livello di HL, a cui seguiranno azioni di politica sanitaria per migliorare il livello di HL e il monitoraggio nel tempo per la valutazione delle attività e degli esiti sullo stato di salute.

A tale scopo il CCM ha finanziato uno specifico progetto affidato all'Istituto Superiore di Sanità, come PI, mentre il Ministero della Salute agirà da PM. Il questionario per la *survey* è stato recentemente messo a punto e verrà somministrato da tutti i Paesi nel corso del 2020.

La Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro - PromoSaLL

La "Piattaforma nazionale per Guadagnare Salute", istituita con Decreto del Ministro della salute del 16 ottobre 2017, mira a formulare indicazioni e promuovere iniziative finalizzate a favorire l'adozione di stili di vita salutari nella popolazione, secondo i principi del Programma nazionale "*Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari*" per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili. Durante i lavori della Piattaforma è emersa l'opportunità di attivare sinergie tra le Istituzioni al fine di favorire la promozione della salute nei luoghi di lavoro. Inoltre, anche il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, prorogato al 2019, riconosce l'ambiente di lavoro come un *setting* prioritario di intervento.

Nell'ambito della Piattaforma è stato, quindi, istituito il "Tavolo di lavoro intersettoriale per la **promozione della salute nei luoghi di lavoro** delle Pubbliche Amministrazioni", composto da rappresentanti del Ministero della salute, dell'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL), del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), del Ministero della difesa, delle Regioni, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Consiglio per la Ricerca in Agricoltura e l'analisi dell'Economia Agraria (CREA).

Il Tavolo ha predisposto un documento di indirizzo in materia di promozione della salute nei luoghi di lavoro, finalizzato a favorire la trasferibilità e replicabilità presso le Pubbliche Amministrazioni (PA) e altri Enti di un modello di intervento che miri a:

- a) promuovere, nel contesto organizzativo della PA e di altri Enti, azioni ed iniziative atte a perseguire obiettivi di tutela della salute e condizioni ambientali che favoriscano la salute;
- b) favorire nella PA il coinvolgimento dei dipendenti e delle loro famiglie in iniziative volte allo sviluppo dell'*empowerment* sui determinanti di salute e sulla scelta di stili di vita salutari, anche attraverso la realizzazione di attività di informazione e comunicazione inerenti i temi della prevenzione primaria e della promozione della salute;
- c) promuovere l'attuazione di interventi volti alla realizzazione di ambienti favorevoli alla salute nel contesto organizzativo della PA.

PAGINA BIANCA