

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

ROMA CITIES CHANGING DIABETES: FACTSHEET SU DIABETE TIPO 2 E OBESITÀ NELL'AREA DI ROMA CITTÀ METROPOLITANA

AUTORI

Antonio Nicolucci¹, Chiara Rossi¹, Roberta Crialesi², Stefania Rossetti², Ketty Vaccaro³, Lucio Corsaro⁴, Stefano da Empoli⁵, Davide Integlia⁵, Francesco Dotta⁶, Andrea Poscia⁷, Simona Frontoni⁸, Marco Baroni⁸, Lelio Morviducci⁹, Graziano Santantonio⁹, Gerardo Medea¹⁰, Giulio Nati¹⁰, Andrea Lenzi¹¹

¹ CORESEARCH, ² ISTAT, ³ FONDAZIONE CENSIS, ⁴ MEDIPRAGMA, ⁵ I-COM, ⁶ IBDO FOUNDATION, ⁷ ISTITUTO DI SANITÀ PUBBLICA - SEZIONE DI IGIENE, UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE DI ROMA, ⁸ SID LAZIO, ⁹ AMD Lazio, ¹⁰ SIMG, ¹¹ HEALTH CITY INSTITUTE

L'URBAN HEALTH: PROBLEMA EMERGENTE DI SANITÀ PUBBLICA

Cento anni fa solo due persone su dieci della popolazione mondiale vivevano nelle aree urbane. Nella metà del 21° secolo questo numero arriverà a sette. La popolazione urbana, pertanto, è in crescita costante: ogni anno aumenta di circa 60 milioni di persone, soprattutto nei Paesi a medio reddito.

Proiezioni di popolazione mostrano che nei prossimi trent'anni la crescita globale avverrà virtualmente soltanto nelle aree urbane. Tuttavia, secondo quanto riportato dall'UNICEF, circa un terzo della popolazione

urbana mondiale vive nei bassifondi, dove si concentrano povertà, emarginazione e discriminazione; entro il 2020 le persone che vivranno in insediamenti non ufficiali e negli slum saranno quasi 1,4 miliardi.

Quasi il 10% della popolazione urbana, inoltre, vive in megalopoli, città con oltre 10 milioni di abitanti che si sono moltiplicate in tutto il pianeta. Il notevole incremento della popolazione nelle aree urbane è legato anche ai fenomeni migratori; le regioni urbane dell'Unione europea, fatta eccezione per la Francia, tendono a registrare, infatti, gli incrementi demografici più elevati a causa del saldo migratorio.

La migrazione della popolazione verso le aree urbane si accompagna anche a modifiche sostanziali degli stili di vita rispetto al passato. Cambiano le abitudini, cambia il modo di vivere, i lavori sono sempre più sedentari, il tempo per pranzare si riduce spesso a un frugale pasto in mensa o al bar vicino all'ufficio e l'attività fisica diventa praticamente inesistente.

Appare evidente come, sebbene recentemente sia stata data grande enfasi all'epidemia della cronicità, che affonda le sue origini nella diffusione di pochi fattori di rischio legati a stili di vita non salutari, ancora tanto c'è da fare per diffondere una cultura della prevenzione che miri a sviluppare consapevolezza nelle scelte di salute delle persone.

DALL'URBAN HEALTH ALL'URBAN DIABETES

Il diabete è una delle patologie croniche a più ampia

diffusione nel mondo, in particolare nei Paesi industrializzati, e costituisce una delle più rilevanti e costose malattie sociali della nostra epoca, soprattutto per il suo carattere di cronicità, per la tendenza a determinare complicanze sia acute che nel lungo periodo e per il progressivo spostamento dell'insorgenza verso età giovanili. Per dare qualche dato, nel 2015 l'International Diabetes Federation (IDF) stimava che gli adulti con diabete fossero 415 milioni; in base alle proiezioni, si ritiene che questo numero potrebbe aumentare fino a raggiungere i 642 milioni nel 2040 (figura 1).

IL DIABETE È UNA DELLE PATOLOGIE PIÙ SFIDANTI DEGLI ULTIMI DECENNI

2015
415 milioni

DI PERSONE
CON DIABETE¹

PROIEZIONE AL 2040



642 milioni

DI PERSONE
AVRANNO IL DIABETE¹

Figura 1. Fonte: 1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation 2015.

Si tratta di un'emergenza che ci pone davanti a riflessioni importanti sulla necessità di strategie condivise a livello mondiale, tese alla prevenzione del diabete tipo 2 e delle condizioni che possono favorirne l'insorgenza.

Mantenere il diabete in buon controllo consente alle persone affette di vivere vite lunghe e sane; tuttavia, questo non accade nella maggior parte dei casi, come illustrato dalla «Regola dei Mezzi». Si tratta di un modello di studio e analisi utilizzato per rappresentare varie malattie croniche, fin dal 1947. In generale la Regola dei Mezzi ci dice che, fatto 100 il numero delle persone che si stima abbiano il diabete, circa la metà ne ha ricevuto diagnosi e di questa metà circa il 50% è in trattamento. Di questa percentuale poi solo il 50% (il 12,5% del totale) viene curato in modo adeguato, raggiungendo il target desiderato, di solito un valore di emoglobina glicosilata pari o inferiore al 7%. Infine, solo la metà di questo numero, vale a dire poco più del 6% del numero totale delle persone che hanno il diabete, vive una vita priva di complicanze. Nel mondo, la regola dei mezzi presenta percentuali molto differenti, che variano a seconda del paese in cui viene applicata, e per provare a cambiare questa distribuzione è molto importante proporre delle azioni laddove i bisogni sono maggiori e studiare interventi mirati. È del resto noto che l'incremento della prevalenza del diabete è dovuto a fattori di rischio quali invecchiamento e obesità. L'invecchiamento della popolazione è un dato di fatto: benessere e farmaci sempre più innovativi stanno spostando in avanti l'aspettativa di vita, con il risultato che la percentuale di persone che supera la soglia dei 65 anni potrebbe raddoppiare da qui al 2050. Considerando che fra i 65 e i 74 anni una persona su sette soffre di diabete, mentre dai 75 anni in poi ne

è affetta una persona su cinque, è evidente come l'allungamento dell'aspettativa di vita porti con sé la crescita della prevalenza del diabete. Se consideriamo anche obesità e sovrappeso, entrambi in crescita a causa degli errati stili di vita e responsabili di oltre l'80% dei casi di diabete, è facilmente spiegabile la ragione di una pandemia che non accenna a diminuire.

Nelle grandi città vivono oggi la gran parte delle persone con diabete tipo 2 e le stime attuali ci indicano come questo fenomeno interessi oltre due persone con diabete tipo 2 su tre. Infatti secondo i dati dell'IDF, nel mondo sono 246 milioni (65%) coloro che hanno ricevuto una diagnosi di diabete tipo 2 e abitano nei centri urbani, rispetto ai 136 milioni delle aree rurali. Questo divario è destinato a crescere: nel 2040 si stima che circa il 75% delle persone con diabete vivrà nelle città: 347 milioni rispetto ai 147 milioni che abiteranno fuori dai grandi centri abitati (figura 2).

Uno studio recente ha inoltre evidenziato come la prevalenza del diabete sia più alta nelle aree urbane, rispetto a quelle rurali, specialmente nei paesi a medio/basso reddito, mentre non si osservano grandi differenze nei paesi ad alto reddito.

Sembra quindi che le città siano "catalizzatrici" per il diabete: chi si sposta in città ha infatti maggior probabilità di sviluppare la malattia rispetto a chi rimane fuori dai grandi centri. Le città rappresentano quindi un punto determinante per contrastare la crescita del diabete. Questo fenomeno è stato definito "urban diabetes".

Anche in Italia l'urban diabetes è un

SALUTE NEL CONTESTO URBANO

UN'EMERGENZA ED UNA NON SFRUTTATA OPPORTUNITÀ



Figura 2. Fonte: 1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation 2015.

problema emergente di sanità pubblica, visto che nelle 14 Città Metropolitane risiede il 36% della popolazione del Paese e circa 1,2 milioni di persone con diabete.

Da qui la necessità di mettere in atto nelle aree urbane una strategia integrata, finalizzata a costruire un'idea di città come "promotore della salute", attraverso un approccio multilivello che comprenda iniziative di vario genere, sociali più che sanitarie.

Una prima risposta è rappresentata dall'iniziativa Cities Changing Diabetes[®], che prevede l'istituzione di "laboratori" sugli stili di vita sani e la creazione di un osservatorio dei determinanti sociali e culturali del diabete nelle città. Il progetto, già avviato a Città del Messico, Pechino, Houston, Copenaghen, Tianjin, Johannesburg e Vancouver, vede coinvolta

da quest'anno anche Roma, con un ruolo attivo del Ministero della Salute, dell'ANCI, di Roma Capitale e Città Metropolitana, dell'Health City Institute, dell'Istituto Superiore di Sanità, di ISTAT, della Fondazione CENSIS, di CORESEARCH, di MEDIPRAGMA, di Cittadinanzattiva, di tutte le Università di Roma, dell'Osservatorio Nazionale per la Salute, dell'Istituto per la Competitività nelle Regioni e di tutte le Società Scientifiche e Associazioni Pazienti in ambito diabetologico.

La maggior parte di queste iniziative, tuttavia, procede da sola in una singola realtà; la speranza è che col tempo si riesca a realizzare un approccio coordinato che, agendo su più fronti, possa stimolare una maggiore attenzione alle proprie scelte di salute, raggiungendo soprattutto le fasce di popolazione che vivono in condizioni di maggiore disagio socio-economico.

CITIES CHANGING DIABETES[®]: IL PRIMO PROGETTO MONDIALE DI URBAN DIABETES

Il progetto nasce nel 2014 in Danimarca ed è un programma di partnership promosso dall'University College of London (UK) e dallo Steno Diabetes Center (Danimarca) con il sostegno di Novo Nordisk, in collaborazione con partner nazionali che comprendono istituzioni, città metropolitane, comunità diabetologiche/sanitarie, amministrazioni locali, mondo accademico e terzo settore.

L'obiettivo del programma è quello di creare un movimento unitario in grado di stimolare, a livello internazionale e nazionale, i decisori politici a considerare come prioritario il tema

dell'urban diabetes.

Mettendo in luce il fenomeno con dati ed evidenze, provenienti dalle città di tutto il mondo, il programma Cities Changing Diabetes[®] sottolinea la necessità di agire in considerazione del crescente numero di persone con diabete e del conseguente onere economico e sociale che tutto ciò comporta. Roma è stata inserita nel programma nel 2017, seconda città europea dopo Copenaghen, diventando per i prossimi anni oggetto di studi internazionali su urbanizzazione e diabete tipo 2 e nello stesso tempo Città simbolo mondiale nella lotta a questa importante patologia.

In Italia l'Health City Institute, in collaborazione con Ministero della Salute e ANCI, ha promosso inoltre la realizzazione del Manifesto della Salute nelle Città, documento che delinea le azioni da intraprendere per studiare i determinanti della salute nelle Città e migliorare la qualità di vita dei cittadini. Il Manifesto ha rappresentato la base per la redazione della proposta di iniziativa presentata dalla Delegazione Italiana del Comitato delle Regioni dell'Unione Europea alla Commissione NAT e al Parlamento Europeo e approvata in seduta plenaria l'11 maggio 2017.

Il progetto Cities Changing Diabetes[®] prevede tre momenti. Il primo è rappresentato dalla mappatura dei fattori sociali e culturali. In ogni città viene promossa una ricerca qualitativa e quantitativa dalla quale emerge il livello di vulnerabilità. Il secondo è quello della condivisione dei dati a livello internazionale, fra le varie città aderenti al programma, con l'obiettivo

IN PARTNERSHIP CON LE ISTITUZIONI, SI VUOLE VALUTARNE L'IMPATTO DEL DIABETE NELLE CITTÀ, CONDIVIDENDO SOLUZIONI E DEFINENDO LE AZIONI



di identificare le similitudini ed i punti di contatto. L'ultimo step del programma è la parte dedicata all'azione, con lo sviluppo di uno specifico action plan e condivisione delle best practice (figura 3).

L'Health City Institute, in collaborazione con la Fondazione CENSIS, l'ISTAT, CORESEARCH e MEDI-PRAGMA ha elaborato i dati oggi disponibili a livello socio-demografico e clinico-epidemiologico e sulla percezione della salute nell'area di Roma Città Metropolitana, realizzando una prima mappatura dei dati quantitativi, pubblicati in un ATLAS per fornire una base di studio e osservazione per futuri studi.

La fase qualitativa che sarà avviata a Settembre 2017, condotta tramite la Fondazione CENSIS, prevede lo studio delle vulnerabilità sociali dell'area metropolitana sul Diabete tipo 2, attraverso interviste strutturate sui cittadini e sulle persone con diabete di Roma.

IL CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO DI ROMA

Dal secondo dopoguerra l'area metropolitana di Roma ha conosciuto un'espansione demografica particolarmente rilevante. La popolazione raddoppia nella città metropolitana, passando da 2,1 milioni nel 1951 a 4,0 milioni nel 2011, e cresce di oltre il 70% nel solo comune capoluogo (da 1 milione e 650mila a 2 milioni e 618mila nel 2011). Il core del sistema urbano (il Comune) è cresciuto soprattutto nei primi tre decenni (fase di urbanizzazione estesa) e si è ridimensionato nei due successivi. Più costante, invece, l'espansione delle aree circostanti (il

Figura 3

DINAMICHE DI LUNGO PERIODO: LA CRESCITA DELLA POPOLAZIONE

Indici della popolazione residente ai censimenti (1951=100)

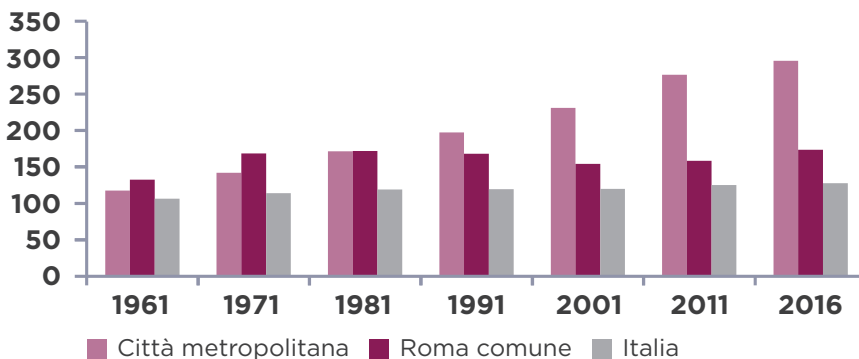


Figura 4. Fonte: Istat, censimento della popolazione e abitazioni, vari anni

ring). Negli ultimi quindici anni, anche il *core* riprende a crescere e l'intero sistema torna a transitare in una fase di urbanizzazione estesa (figura 4).

A partire dai primi anni '70 l'espansione demografica della città metropolitana è contrassegnata, come nel resto del Paese, dall'invecchiamento della popolazione. L'indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra ultrasessantacinquenni e bambini di 0-14 anni) passa da 35,1 nel 1971 a 144,2 nel 2011. Nello stesso periodo la quota di persone di almeno 75 anni passa da 2,9% a 9,7%. Nel solo Comune la quota di ultrasettantacinquenni raggiunge il 10,7%.

Secondo gli ultimi dati Istat (2016), nella città metropolitana di Roma risiedono 4,3 milioni di persone (2,9 nel Comune). Il 52,1% sono donne (52,7% nel Comune). Gli stranieri residenti sono oltre cinquecentomila (il 12,1% a fronte dell'8,3% medio nazionale), di cui 365mila in città (il 12,7%). Il tasso di fecondità è di 1,33 figli per donna. Il tasso di natalità è pari a 8,3 nati per mille residenti, appena superiore a quello medio nazionale (8,0 per mille). La speranza di vita alla nascita è di 80,4 anni per gli uomini e 84,7 per le donne (valori entrambi lievemente superiori alla media nazionale). A 65 anni la vita residua è di 22 anni per le donne e di 19 per gli uomini. I residenti con più di 65 anni sono quasi 900mila e 264mila quelli con almeno ottant'anni (626mila e 193mila nel Comune). Nel 2016 l'indice di vecchiaia ha raggiunto nel territorio comunale un valore pari a 162 (per ogni bambino di 0-14 anni vi sono 1,6 persone con

Comune di Roma: indice di vecchiaia per zona urbanistica (2011)

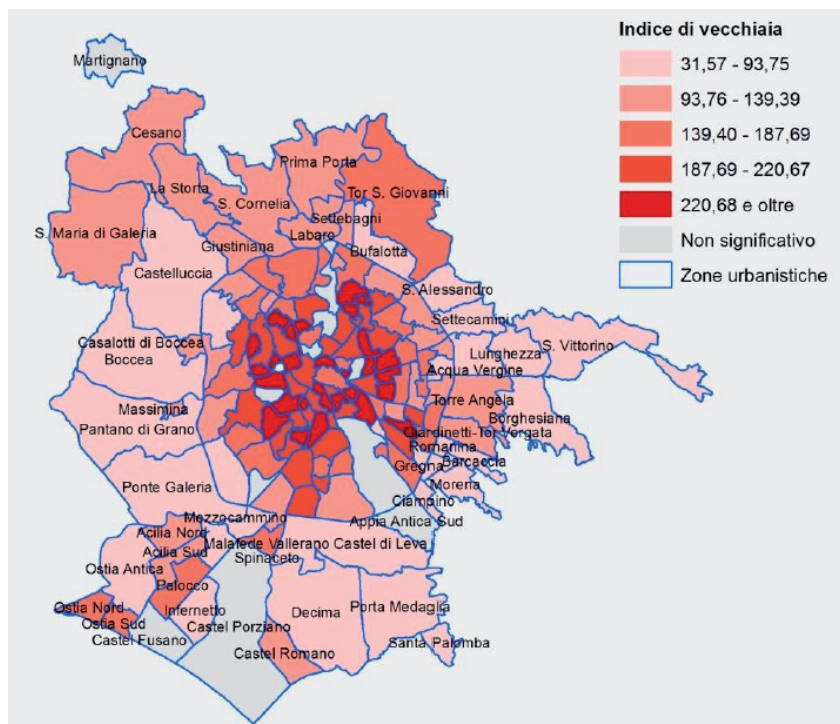
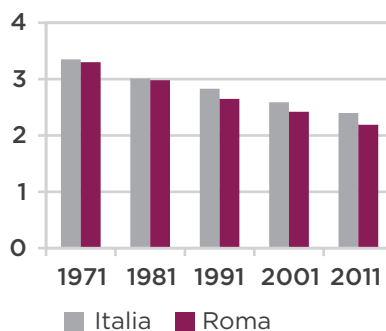


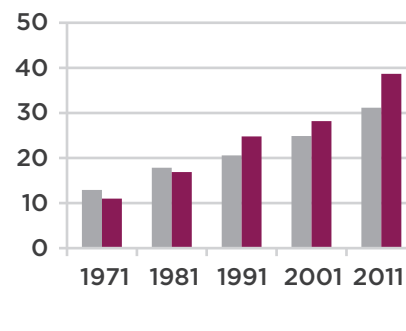
Figura 5. Fonte: Istat, censimento della popolazione e abitazioni, 2011. Elaborazioni presentate alla Commissione di inchiesta su sicurezza e degrado di città e periferie.

DINAMICHE DI LUNGO PERIODO: L'EVOLUZIONE DELLA FAMIGLIA

Numero medio di componenti per famiglia



Quota di famiglie unipersonali



Fonte: Istat, censimento della popolazione e abitazioni, vari anni
* I dati sono riferiti alla Città metropolitana

Figura 6. Fonte: Istat, censimento della popolazione e abitazioni, vari anni
* I dati sono riferiti alla Città metropolitana

più di 64 anni). Le elaborazioni prodotte di recente dall'Istat utilizzando i dati sulle sezioni di censimento del 2011 mostrano con chiarezza come la presenza di popolazione anziana sia molto diversificata tra le diverse zone urbanistiche della città: in quelle più centrali – e comunque all'interno del grande raccordo anulare – si riscontrano valori dell'indicatore spesso superiori a 200 con un picco di 242 nella zona di Prati (figura 5).

Bisogna tener conto che i mutamenti demografici sono associati a profondi cambiamenti nella struttura della società, con differenze talora sostanziali tra contesti urbani e non.

La dimensione media delle famiglie della città metropolitana si riduce: da 3,3 componenti nel 1971 a 2,2 nel 2011, non solo perché si fanno meno figli, ma perché aumentano le persone sole (anziani, ma anche giovani).

Il fenomeno è più accentuato nei sistemi urbani. A Roma nel 1971 poco più di una famiglia su 10 era unipersonale, nel 2011 lo è più di una famiglia su tre (figura 6).

In particolare, gli anziani (>64 anni) che vivono soli sono il 28,4% (29,4% nel territorio comunale, mentre la media italiana è 27,1%).

Una nota merita il capitolo dell'istruzione, partendo dal presupposto che il livello generale d'istruzione degli adulti è cresciuto ed è più elevato nei contesti urbani. A Roma nel 2011 per ogni persona con la licenza media ve ne erano più di tre con diploma o titolo universitario, mentre in Italia l'analogo rapporto è di uno a 1,6; questo livello era già stato raggiunto dal comune di Roma nel 1991.

LA MOBILITÀ (1)

Spostamenti quotidiani per tipologia e durata

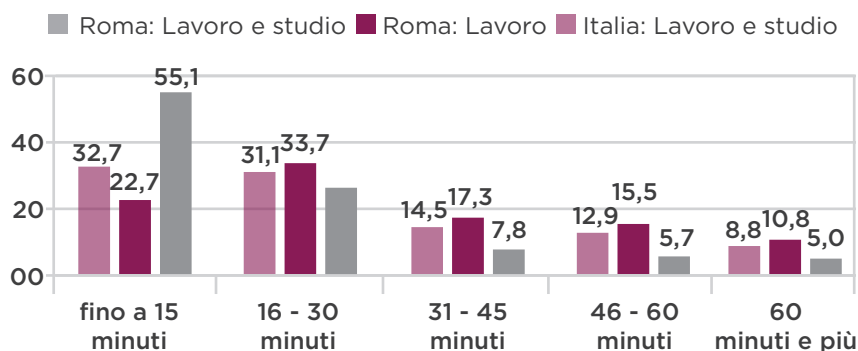


Figura 7. Fonte: Istat, censimento della popolazione e abitazioni, 2011. Elaborazioni presentate alla Commissione di inchiesta su sicurezza e degrado di città e periferie.

VALUTAZIONI SERVIZI E STRUTTURE CITTADINE - MEDIE PUNTEGGIO CITTÀ

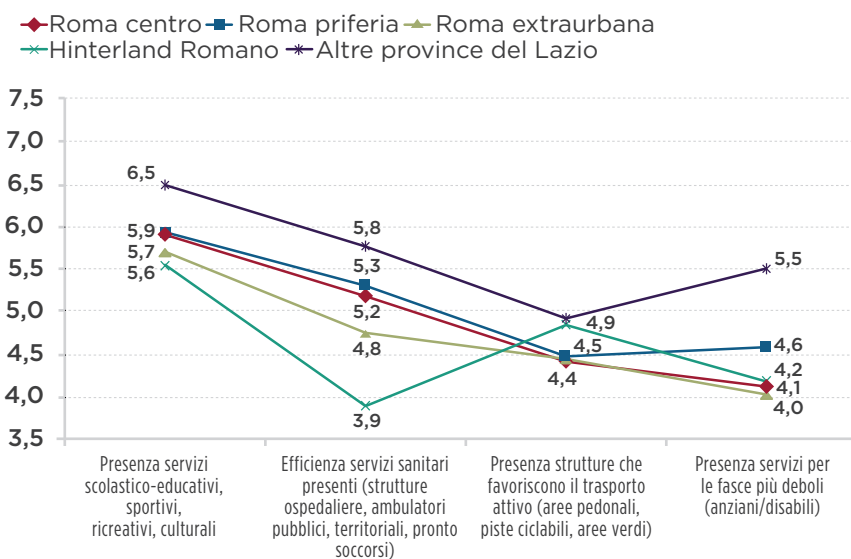


Figura 8

Per contro, la quota di persone tra i 15 e i 24 anni uscite dal sistema di formazione e istruzione è assai più contenuta (9%) rispetto alla media regionale (11,8%) e italiana (15,5%). In ambito cittadino il livello di istruzione è sensibilmente più elevato nei quartieri centrali. Altro indice che si può correlare alla salute è quello della mobilità. In base ai dati censuari, ogni giorno il 68,3%

della popolazione cittadina si sposta per motivi di studio (in circa due terzi dei casi) o di lavoro. Si tratta di circa un milione e 339mila persone che in larghissima parte rimangono all'interno del comune di Roma (il 95,8%). Il flusso di ingressi giornalieri da altri comuni è invece stimato in circa 219mila unità. Per circa un terzo dei residenti che rimangono all'interno del comune lo spostamento è inferiore ai 15

PREVALENZA DEL DIABETE NELLE REGIONI ITALIANE

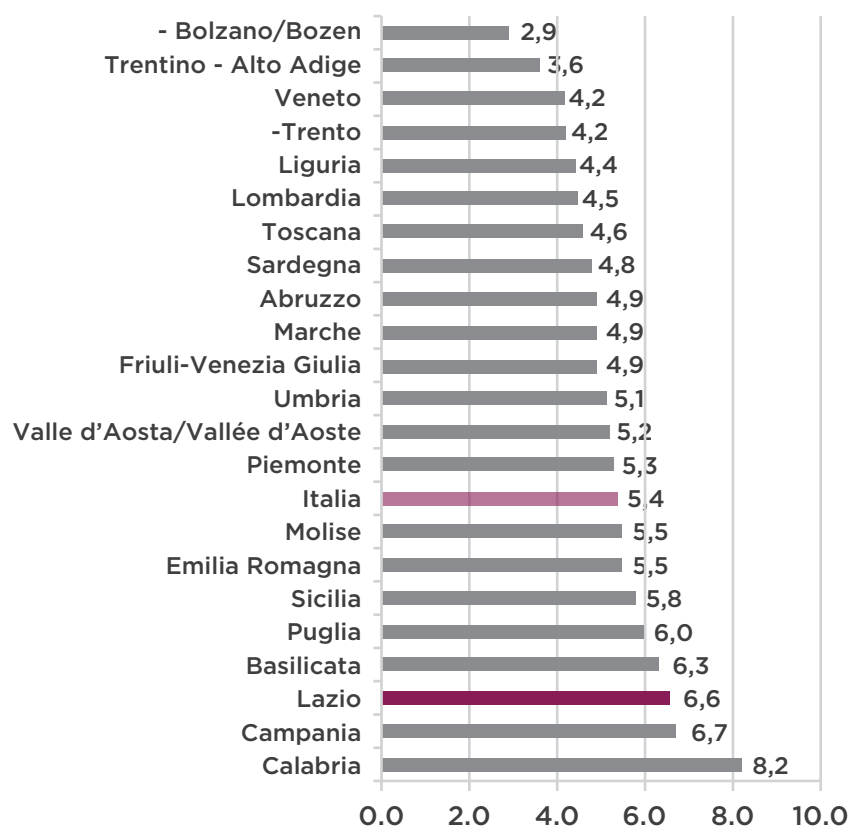


Figura 9

minuti (ma solo per il 23% di chi si sposta per lavoro). D'altro canto per più di una persona su cinque lo spostamento è superiore a 45 minuti.

È evidente lo svantaggio rispetto alla media italiana con il 55% di spostamenti al di sotto dei 15 minuti e solo il 10,7% sopra i 45 minuti. Per gli spostamenti quotidiani per lavoro e studio il 59% delle persone utilizza principalmente un mezzo privato veloce (automobile, moto, motorino ecc.). Circa il 15% lo fa a piedi o in bicicletta (cosiddetta mobilità lenta) e il rimanente 26% utilizza un mezzo pubblico. Il modello di mobilità urbana si discosta da quello prevalente a livello italiano per un maggior uso del mezzo pubblico a scapito sia della

mobilità lenta sia del mezzo privato. (figura 7)

Infine è noto a tutti come la qualità dell'aria nelle città sia uno degli elementi cruciali per la salute dei cittadini. Nel 2014 a Roma il limite giornaliero previsto per il PM10 è stato superato 43 volte. Il valore è di poco superiore a quello medio dei comuni capoluogo e analogo a quello di Napoli. Milano presenta un numero di superamenti assai più consistente.

Rispetto al 2008 la situazione appare in netto miglioramento ovunque. Infine, la disponibilità di verde urbano di Roma è di 16,5 m² per abitante, circa la metà del valore medio dei comuni capoluogo, ma in linea con quello dei maggiori centri.

LO STATO DI SALUTE DEI SERVIZI ALLA PERSONA NELL'AREA METROPOLITANA DI ROMA

Lo spazio di vita di ogni cittadino ha un impatto incisivo sullo stato di salute e benessere comune.

Secondo il Piano Nazionale della Prevenzione, le condizioni e le soluzioni pratiche a livello territoriale sono in grado di impattare notevolmente sulla salute della popolazione. Tuttavia, non esiste un unico modello che ogni città potrebbe adottare. Le strutture organizzative, le relazioni interpersonali e le capacità individuali possono svolgere un ruolo importante nel determinare una salute migliore.

Medi-Pragma ha svolto un'indagine con l'obiettivo di analizzare la percezione dei cittadini residenti in diverse aree urbane in merito alla presenza di servizi rivolti alla cittadinanza.

Dall'inchiesta emerge che il tema della salute è considerato il più importante da tutti gli intervistati, con una maggiore attribuzione di importanza nell'hinterland romano rispetto alle altre province del Lazio. A seguire, un'occupazione garantita e la sicurezza della città risultano essere caratteristiche fondamentali per la vivibilità della stessa. Un giudizio intermedio viene attribuito alla tutela dell'infanzia. La tutela delle fasce più deboli, i trasporti e il traffico sono caratteristiche importanti, ma considerate in secondo piano rispetto alla salute e la sicurezza (figura 8).

Nonostante i servizi scolastici e culturali siano relativamente poco presenti nelle aree esaminate, le risorse al servizio del cittadino sono quelle più presenti rispetto agli altri tipi di strutture

(strutture per il trasporto attivo e servizi per le fasce più deboli della popolazione). A tal proposito, le altre province del Lazio rispetto a Roma centro e periferia possiedono materialmente maggiori strutture deputate ai servizi scolastico educativi e sportivi; mentre l'hinterland romano risulta esserne più carente. In termini di efficienza, emerge una necessità di adottare misure di potenziamento per questo tipo di servizi, come anche per le strutture sanitarie. I servizi sanitari disponibili sul territorio regionale sono giudicati poco soddisfacenti da parte dei cittadini in base alla loro esperienza, soprattutto nelle aree extra-urbane della città di Roma. Roma sembra non essere un luogo particolarmente attento alle categorie a rischio e ai disabili. Le strutture deputate al benessere degli anziani e delle persone disabili sono estremamente carenti. Nonostante lo stato dell'arte, le fasce più giovani della popolazione che vivono fuori dal centro di Roma, nelle zone limitrofe o nelle province, considerano mediamente il loro ambiente favorevole alla salute e alla sicurezza e adatto a soddisfare l'ambizione lavorativa.

LA DIMENSIONE CLINICO EPIDEMIOLOGICA DEL DIABETE TIPO 2 E DELL'OBESITÀ NELL'AREA DI ROMA CITTÀ METROPOLITANA

Sulla base dei dati ISTAT, nel 2015 la prevalenza del diabete nel Lazio era del 6,6%. Rispetto al 2000, la prevalenza è cresciuta dal 5,0% al 6,5% fra gli uomini e dal 4,2% al 6,8% nelle donne. I dati ISTAT mostrano come il Lazio sia fra le regioni a più alta

L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

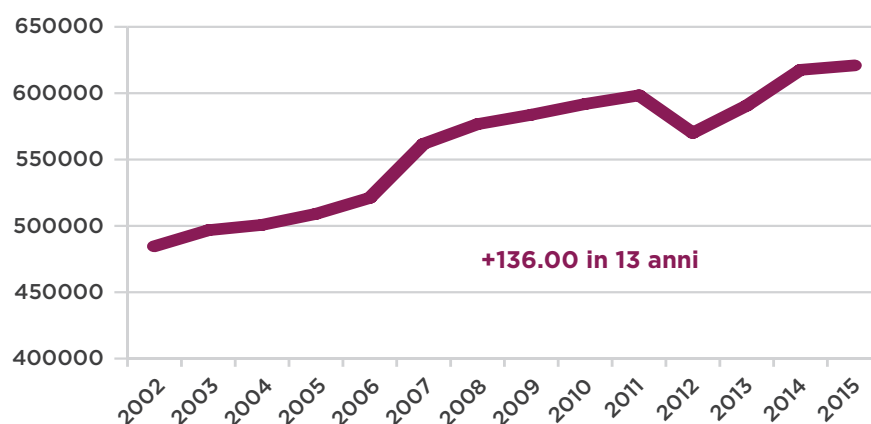
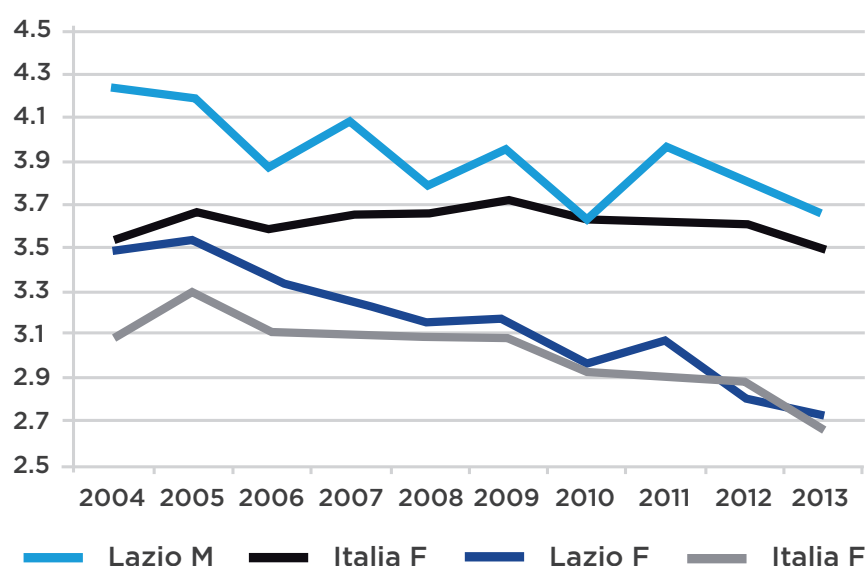


Figura 10. Fonte: Istat, Bilancio Demografico e Ricostruzione Intercensuaria della Popolazione, vari anni.

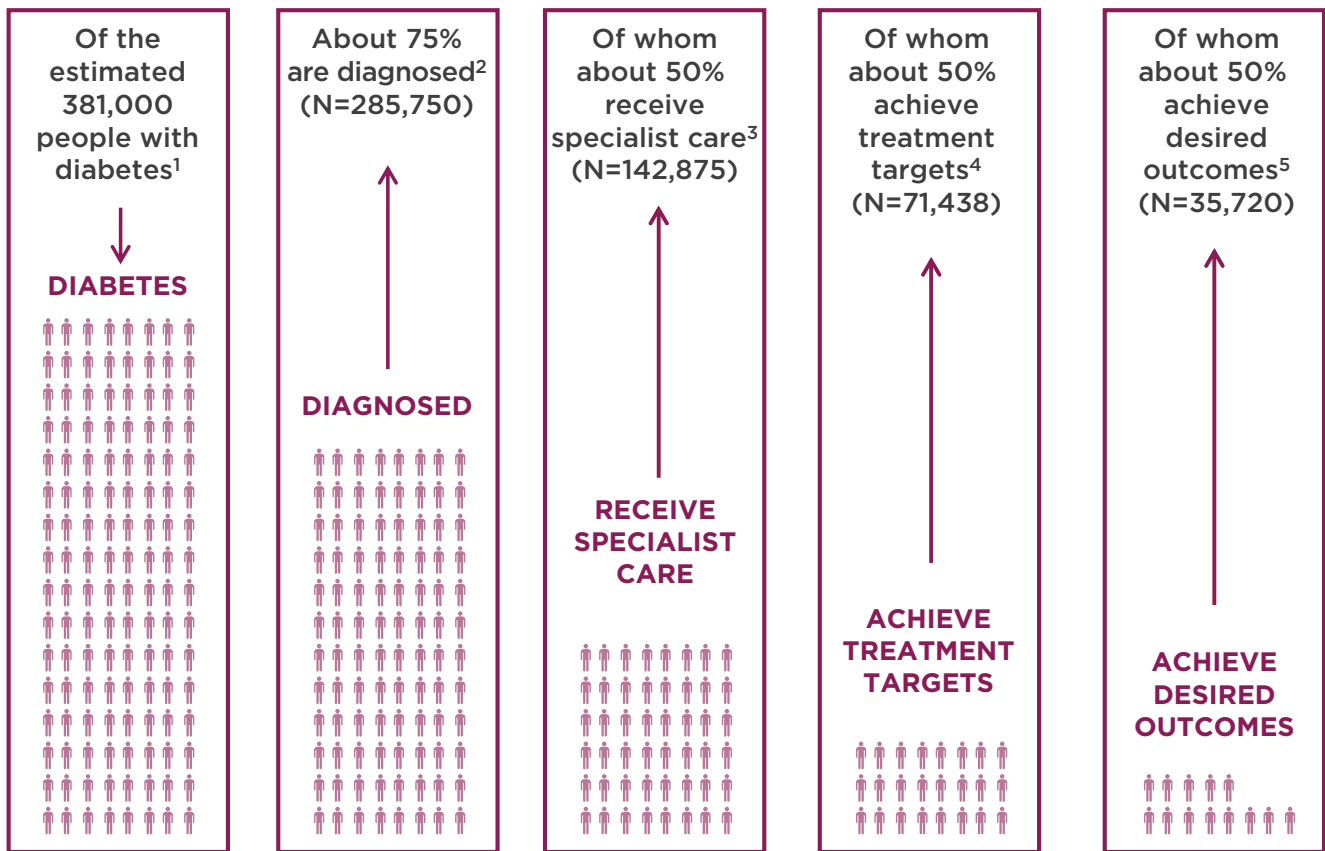
LA MORTALITÀ



	2004	2013
Maschi Lazio	4.24	3.65
Maschi Italia	3.55	3.51
Femmine Lazio	3.59	2.72
Femmine Italia	3.09	2.66

Figura 11. Fonte: Istat, indagine sui decessi e le cause di morte, vari anni.

LA REGOLA DEI MEZZI



1. National Institute of Statistics 2015
2. International Diabetes Federation Atlas 2016
3. Marche Region, data on file

4. AMD Annals Initiative, 2015
5. RIACE Study. G. Penno et al. J Intern Med 2013

Figura 12. Fonti: Istat, Indagine Multiscopo, Aspetti della vita quotidiana 2015. International Diabetes, Atlas 2016. Regione Marche, dati on file. Annali AMD VIII Edizione. RIACE Study. G. Penno et al J Intern Med 2013;274:176-191.

prevalenza di diabete, preceduto solo da Calabria e Campania, a fronte di una prevalenza media nazionale del 5,4% (figura 9). Applicando la prevalenza del 6,6% alla popolazione residente nel Lazio nel 2015 (5.892.425 cittadini), si stima che 388.900 persone siano affette da diabete noto. Considerando che nella città di Roma risiedono 2.872.021 persone e nell'area metropolitana di Roma 4.340.474, si può stimare che nella città di Roma siano presenti circa 189.500 persone con diabete e nell'area metropolitana circa 286.500. In altre parole, **la metà**

delle persone con diabete residenti nel Lazio vive a Roma e il 75% vive nell'area metropolitana di Roma. Come già discusso, uno dei fattori più importanti alla base della crescita della prevalenza di diabete è rappresentato dall'invecchiamento della popolazione. Nella città di Roma, il numero di ultrasessantacinquenni è cresciuto di 136.000 unità negli ultimi 13 anni, raggiungendo la quota di 631.000 residenti nel 2015. (figura 10) L'altro fattore principale alla base dell'aumento della prevalenza del diabete è rappresentato dall'obesità.

Nel Lazio, un residente su dieci in età adulta è affetto da obesità. Analogamente alla prevalenza del diabete, anche quella dell'obesità è cresciuta negli anni più recenti, passando dall'8,2% nel 2000 al 9,9% nel 2013. Oltre alle errate abitudini alimentari, la sedentarietà rappresenta uno dei determinanti dell'eccesso ponderale. I dati ISTAT mostrano come nel Lazio oltre il 40% della popolazione sia totalmente sedentaria, mentre solo un quinto dei cittadini svolge attività fisica con regolarità. In tutte le fasce di età, la percentuale di persone

IL MODELLO DI VULNERABILITÀ



Figura 13. Fonte: Cities Changing Diabetes Research © 2015 Cities Changing Diabetes programme partners. All right reserved.

sedentarie risulta strettamente correlata alla scolarità, considerata come indicatore di stato socioeconomico. Il diabete ha un importante impatto sulla aspettativa di vita. In Italia si stima che ogni anno oltre 20.000 decessi siano attribuibili direttamente al diabete, mentre in ulteriori 75.000 decessi il diabete è presente come concausa. I dati standardizzati (x 10.000) di mortalità per diabete nel Lazio mostrano un trend di riduzione significativo, sia negli uomini che nelle donne. Mentre nella prima metà degli anni 2000 la mortalità nel Lazio era marcatamente più elevata rispetto alla media nazionale, negli ultimi anni il divario si è notevolmente ridotto (figura 11).

La Regola dei Mezzi applicata ai dati

METTERE IN RELAZIONE LA REGOLA DEI MEZZI CON LA VULNERABILITÀ

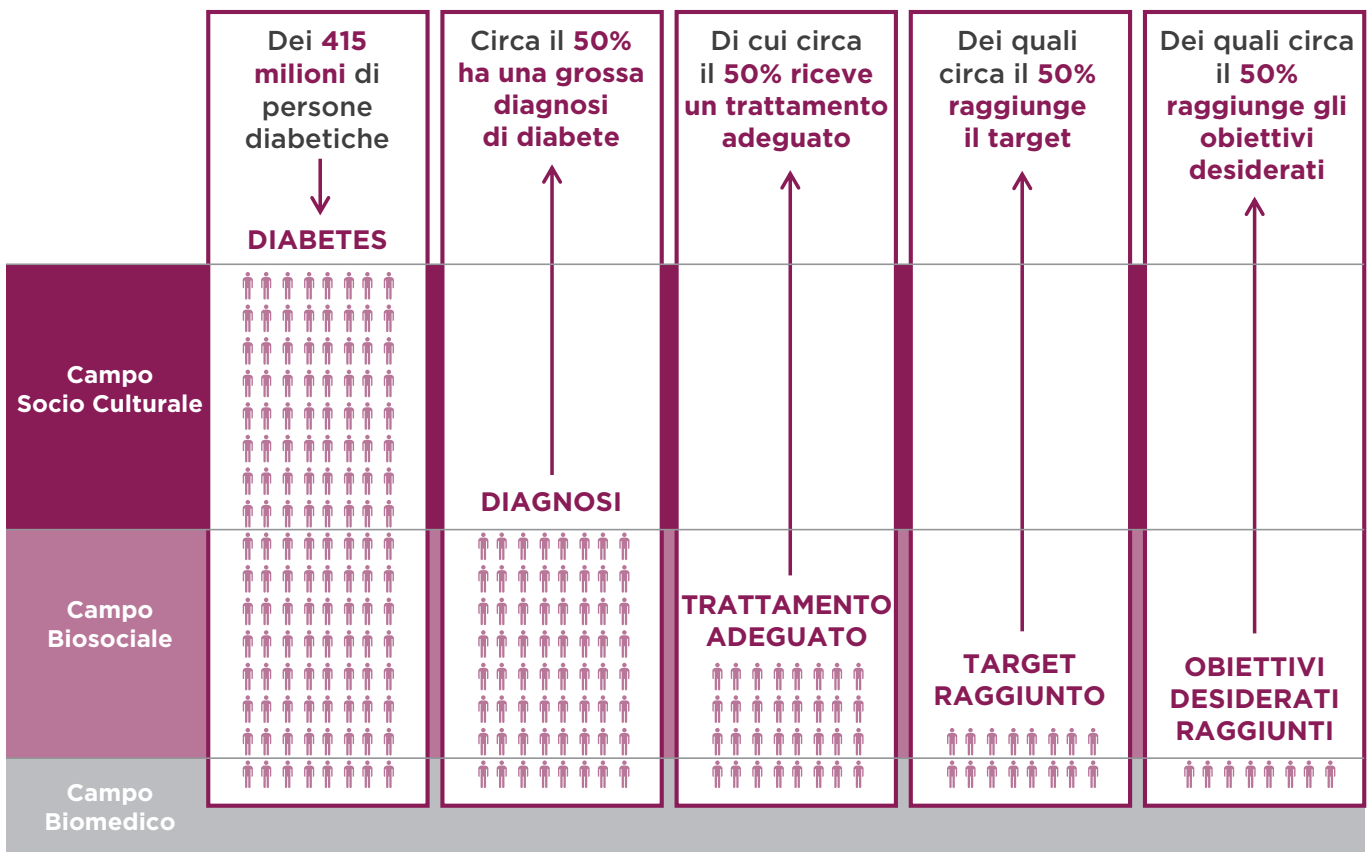


Figura 14

clinico-epidemiologici ci permette di avere un quadro chiaro della situazione del diabete tipo 2 nell'area metropolitana di Roma. L'IDF stima che nel nostro Paese per ogni tre persone con diabete noto ce ne sia una che ha il diabete senza saperlo.

Di queste, il 75% sa di avere il diabete. Fra le persone con diabete noto, si stima che circa il 50% veda uno specialista diabetologo almeno una volta l'anno. Fra le persone seguite presso i centri specialistici, la metà raggiunge i target terapeutici desiderati. Infine, fra coloro che raggiungono un valore di HbA1c $\leq 7,0\%$, la metà risulta priva di complicanze microvascolari e macrovascolari (figura 12).

CONCLUSIONI

La condivisione dei risultati è fondamentale al fine di proporre azioni che possano impattare la salute di molti cittadini nella città di Roma. L'obiettivo del programma Cities Changing Diabetes® è di condividere esperienze di paesi e città diverse per consentire uno scambio di esperienze positive. Altrettanto importante appare l'identificazione e l'implementazione su larga scala di soluzioni per contrastare l'espansione del diabete tipo 2 e dell'obesità nell'area metropolitana di Roma: è questo l'obiettivo più importante che si prefigge il programma Cities Changing Diabetes®.

A questo fine, è necessario studiare attentamente le vulnerabilità come elemento per definire le azioni future. Vulnerabilità che si compone di almeno tre elementi, quali la suscettibilità individuale, la condizione sociale e i determinanti culturali. Mettendo in re-

lazione la vulnerabilità con la regola dei mezzi emerge che la condizione in cui viviamo è di fondamentale importanza nel rischio di sviluppare il diabete tipo 2 e nel determinare i risultati a lungo termine della malattia (figura 13).

L'inurbamento e la configurazione attuale delle città offrono per la salute pubblica e individuale tanti rischi, ma anche opportunità da sfruttare con un'amministrazione cosciente e oculata; occorre, pertanto, identificare strategie di azione per rendere consapevoli governi, regioni, città e cittadini dell'importanza della promozione della salute nei contesti urbani, immaginando un nuovo modello di welfare urbano. Questa trasformazione, inevitabilmente, richiede una comprensione e un'analisi attenta dello scenario futuro all'interno del quale declinare le politiche per un progressivo miglioramento.

A questo riguardo, è fondamentale dare forza alla rapida implementazione del Piano Regionale sulla Malattia Diabetica della Regione Lazio del Dicembre del 2015, oggi in fase di applicazione e risposta concreta in termini di *governance* sanitaria nel diabete. Un percorso iniziato con il recepimento da parte della Regione Lazio del Piano nazionale per la malattia diabetica, cui è seguita l'istituzione di una Commissione regionale che attuasce le indicazioni dello stesso. Il lavoro della commissione ha rappresentato una grande opportunità di analisi e progettualità e il risultato ottenuto costituisce una solida base per una radicale riorganizzazione dell'assistenza alle persone con diabete nella regione Lazio, nell'ottica

della rete, pediatrica e dell'adulto, dello sviluppo dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, e della gestione integrata. Il Piano Regionale sulla malattia diabetica consente di riorganizzare e potenziare l'offerta socio-sanitaria regionale a favore dei pazienti e investe su un'assistenza personalizzata e integrata con i servizi del territorio. In altre parole, le persone affette da diabete potranno avvalersi di un sistema assistenziale - basato sul PDTA - che vedrà la presa in carico prevalente da parte dei MMG o delle Strutture Diabetologiche (ospedaliere e territoriali) a seconda della gravità del problema e dell'intensità di cura richiesta. L'implementazione del piano regionale troverà in vari set di indicatori organizzativi, di processo e di esito, idonei strumenti di verifica e miglioramento dell'assistenza della persona con diabete e potrà trovare una spinta ulteriore nella sinergia con il progetto Cities Changing Diabetes®. La partecipazione di Roma al progetto Cities Changing Diabetes è una grande opportunità di studio, di condivisione e di ricerca di soluzioni per migliorare la qualità di vita di molte persone con diabete ed evitare che le generazioni future possano avere un fardello di aspettativa di vita inferiore per la prima volta a quelle dei loro genitori.

Italian Health Policy Brief

Anno VII
Speciale 2017

Direttore Responsabile
Stefano Del Missier

Direttore Editoriale
Marcello Portesi

Editore



Altis Omnia Pharma Service S.r.l.
Viale Sarca, 223
20126 Milano

Contatti redazione
Tel. +39 02 49538300
info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Comitato degli esperti:

Achille Caputi
Claudio Cricelli
Roberto Labianca
Nello Martini
Antonio Nicolucci
Annarosa Racca
Francesco Ripa Di Meana
Ketty Vaccaro
Antonello Zangrandi



Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.