

# Nuovi scenari epidemiologici e assistenziali: dall'Urban Health all'Urban Diabetes

Gerardo Medea, Giulio Nati, Andrea Lenzi<sup>1</sup>,  
Claudio Cricelli

*Società Italiana di Medicina Generale  
e delle Cure Primarie (SIMG), Firenze;*

<sup>1</sup> *Sapienza Università di Roma*

## Perché parlare di Urban Health?

Il fenomeno dell'inurbamento (causato da svariate situazioni sociali, economiche, politiche e sanitarie) ha caratterizzato diverse epoche dell'evoluzione dell'organizzazione della società ed è iniziato con l'affermarsi dei primi nuclei abitativi.

L'evolversi, spesso incontrollato o incontrollabile, delle situazioni e dei movimenti di spostamento verso determinate aree urbane con intensificazione della densità abitativa e di insediamenti produttivi e commerciali ha prodotto, specialmente a partire dalla seconda metà del Novecento, agglomerati estesissimi.

Nel 1800, solo il 2% degli abitanti del globo vivevano in città; agli inizi del XX secolo erano già il 15%; nel XXI secolo il 54% della popolazione mondiale vive in una città <sup>1</sup>.

Si stima che entro il 2050 tale popolazione arriverà al 75% <sup>2</sup>. I grandi agglomerati urbani o megalopoli (con oltre 10 milioni di abitanti) stanno diventando sempre più numerosi; anzi si è coniato il termine di "metacity" o "ipercity" per le città con oltre 20 milioni di abitanti, che erano 5 nel 1975 e sono diventate 23 già nel 2015.

Tuttavia, la quota maggiore dell'incremento in ambiente urbano si sta verificando non nelle megalopoli, ma in città più piccole.

La vita urbana è spesso associata a livelli più alti di alfabetizzazione e istruzione, migliore salute, maggiore accesso ai servizi sociali e maggiori possibilità di partecipazione culturale e politica. Tuttavia, la crescita urbana rapida e non pianificata minaccia uno sviluppo sostenibile quando non si sviluppa l'infrastruttura necessaria o quando le politiche non vengono attuate per garantire che i benefici della vita cittadina siano equamente condivisi per cui nelle città c'è un più alto rischio che si possano determinare disuguaglianze in termini di salute.

Difatti, circa un terzo della popolazione urbana mondiale vive nei basifondi, dove si concentrano povertà, emarginazione e discriminazione. Entro il 2020 le persone che vivranno in insediamenti non ufficiali e nelle baraccopoli o bidonville saranno quasi 1,4 miliardi.

Gli abitanti delle megalopoli sono esposti a molti più fattori di rischio per la salute rispetto a coloro che vivono nei piccoli centri poiché la migrazione si accompagna a cambiamenti sostanziali degli stili di vita rispetto al passato:

- i lavori sono più sedentari, l'attività fisica diminuisce, aumenta il rischio di uno stile alimentare scorretto; in città è maggiore, infatti, la probabilità di mangiare cibo da strada di bassa qualità (= cibo spazzatura). Sono tutti fattori sociali e culturali che rappresentano un potente volano per l'obesità e quindi per le malattie cardiovascolari e naturalmente il diabete;

### Indirizzo per la corrispondenza

GERARDO MEDEA  
medea.gerardo@alice.it

- aumenta il rischio per le patologie infettive (da sovraffollamento e condizioni igieniche non adeguate) naturalmente soprattutto per gli abitanti delle baraccopoli e specie per l'età infantile;
- aumenta l'esposizione all'inquinamento ambientale;
- è alto il rischio di essere coinvolti in incidenti stradali. Dei 3300 morti per incidenti stradali nel 2014 in Italia, oltre 50% si è verificato su strade urbane;
- aumentano i rischi di danni psicologici legati allo stress e all'isolamento sociale;
- aumenta il rischio di essere coinvolti in atti di violenza.

Per quanto riguarda specificatamente la Medicina Generale (MG), dati osservazionali non pubblicati indicano che i cittadini hanno un rapporto più sfilacciato e meno empatico col proprio medico di famiglia che tendono, più frequentemente che nei piccoli centri (che peraltro sono più lontani dai grossi erogatori di servizi sanitari come il pronto soccorso, gli ospedali e gli ambulatori polispecialistici) a bypassare. Se questo possa tradursi in un impatto negativo complessivo sulla salute non è noto e potrebbe essere un interessante oggetto di studi clinici e sociologici. Se ciò fosse dimostrato con dati oggettivi, la MG dovrebbe allora pensare a modelli nuovi o comunque diversi rispetto a quelli attuali di offerta dei servizi e di organizzazione dell'assistenza, oppure più semplicemente, a un approccio comunicativo diverso, calibrato alla complessità e peculiarità del setting "urbano".

Tutto ciò ha come conseguenza costi sociali e sanitari enormi. Solo a titolo di esempio, ecco il numero di morti e di DALY\* persi in un anno a causa di alcuni di questi fattori di rischio:

- inattività fisica: 5.3 milioni di morti <sup>3</sup>;
- ipertensione: 10.4 milioni di morti, 208 milioni di DALYs <sup>4</sup>;
- obesità: 4.4 milioni di morti, 134 milioni di DALYs <sup>4</sup>;
- inquinamento atmosferico: 5.5 milioni di morti, 142 milioni di DALYs <sup>4</sup>.

E per quanto riguarda i costi:

- inattività fisica: costa 67.5 miliardi di dollari nel 2013 (tra spesa sanitaria e perdita di produttività) <sup>5</sup>;
- diabete: spesa sanitaria aumentata nel 2014 da 612 a 1099 miliardi di dollari <sup>6</sup>;
- pressione arteriosa non ottimale: costa annualmente circa 100 miliardi di dollari <sup>7</sup>;
- inquinamento atmosferico: stima della spesa sanitaria 21 miliardi di dollari nel 2015 <sup>8</sup>.

Non a caso la WHO ritiene che le aree urbane sono importanti determinanti di salute sociali e un elemento chiave dell'agenda per un futuro sostenibile, ponendosi l'obiettivo di rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, resilienti e sostenibili entro il 2030 <sup>9</sup>.

Ci sono, dunque, molti buoni motivi per cui i medici (incluso i medici di medicina generale, MMG, che assistono proporzionalmente un gran numero di pazienti "cittadini") si interessino

dei determinanti di salute nelle aree urbane; essi dovrebbero collaborare e interagire molto di più con gli urbanisti, gli architetti, gli ingegneri e i politici nella progettazione delle aree urbane. Ciò potrebbe contribuire a ridurre molti dei fattori di rischio per la salute, a partire dalla sedentarietà, incentivando il cosiddetto "traporto attivo", ovvero quello in cui è necessario il proprio dispendio di energia (come la bicicletta o il transito a piedi). Nessun nuovo quartiere dovrebbe nascere senza aver progettato e previsto spazi per piste ciclabili, transiti sicuri per i pedoni, servizi e scuole raggiungibili facilmente e con sicurezza a piedi <sup>10</sup>.

## Dall'Urban Health, all'Urban Diabetes

Il diabete è una delle patologie croniche a più ampia diffusione nel mondo, in particolare nei Paesi industrializzati. 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. Anche in Italia l'Urban Diabetes è un 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 prima ancora che sanitarie. Interventi urbanistici, "laboratori" sugli stili di vita sani come il programma "Cities Changing Diabetes<sup>®</sup>".

L'iniziativa realizzata in partnership tra University College London e il danese *Steno Diabetes Center*, con il contributo dell'azienda farmaceutica Novo Nordisk, ha l'obiettivo di studiare il legame fra il diabete e le città, promuovere iniziative per salvaguardare la salute e prevenire la malattia e 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. Al programma hanno già aderito Città del Messico, Copenaghen, Houston, Shanghai, Tianjin, Vancouver, Johannesburg e Roma è la metropoli scelta per il 2017. In queste città i ricercatori svolgono ricerche per individuare le aree di vulnerabilità, i bisogni insoddisfatti delle persone con diabete, identificare le politiche di prevenzione più adatte e come migliorare la rete di assistenza. Il tutto nella piena collaborazione tra le diverse parti coinvolte. In ultima

\* Il *Disability-Adjusted Life Year* o DALY è una misura della gravità globale di una malattia, espressa come il numero di anni persi a causa della stessa, per disabilità o per morte prematura.

analisi, si vuole individuare e comprendere, tramite *case studies*, come certi ambienti urbani favoriscano l'insorgenza del diabete tipo 2 e le sue complicanze.

In Italia il programma prevede un ruolo attivo del Ministero della Salute, dell'ANCI, di Roma Capitale e Città Metropolitana, dell'Health City Institute, dell'ISS, 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.

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 di identificare le similitudini e 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*.

In Italia l'Health City Institute (diretto dal prof. Andrea Lenzi, presidente del Comitato di biosicurezza, biotecnologie e scienze della vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri), 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<sup>11-13</sup>.

La fase qualitativa, 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.

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. Il Lazio è fra le regioni a più alta prevalenza di diabete, preceduto solo da Calabria e Campania. A fronte di una prevalenza media nazionale del 5,4%, nel Lazio la prevalenza sale al 6,6%. Questo dato è confermato anche dall'istituto di ricerca Health Search ([www.healthsearch.it](http://www.healthsearch.it)) che stima nel 2015 nella popolazione > 14 anni una prevalenza del diabete del 7,75% nella regione Lazio (a livello nazionale 7,17%). Applicando tale prevalenza 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

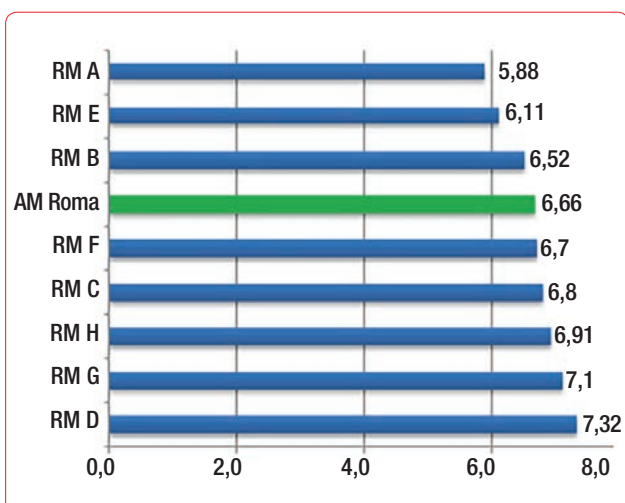
diabete residenti nel Lazio vive a Roma e il 75% vive nell'area metropolitana di Roma.

Sulla base delle stime fatte nell'ambito del Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016, all'interno dell'area metropolitana di Roma è presente una marcata variabilità nella prevalenza di diabete noto, che oscilla fra il 5,88 al 7,32%. Nelle diverse Unità Sanitarie (all'epoca non era ancora realizzata la nuova suddivisione) (Fig. 1). Si può notare come nelle ASL più centrali (RMA) la prevalenza del diabete sia minore rispetto alle realtà più periferiche.

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.

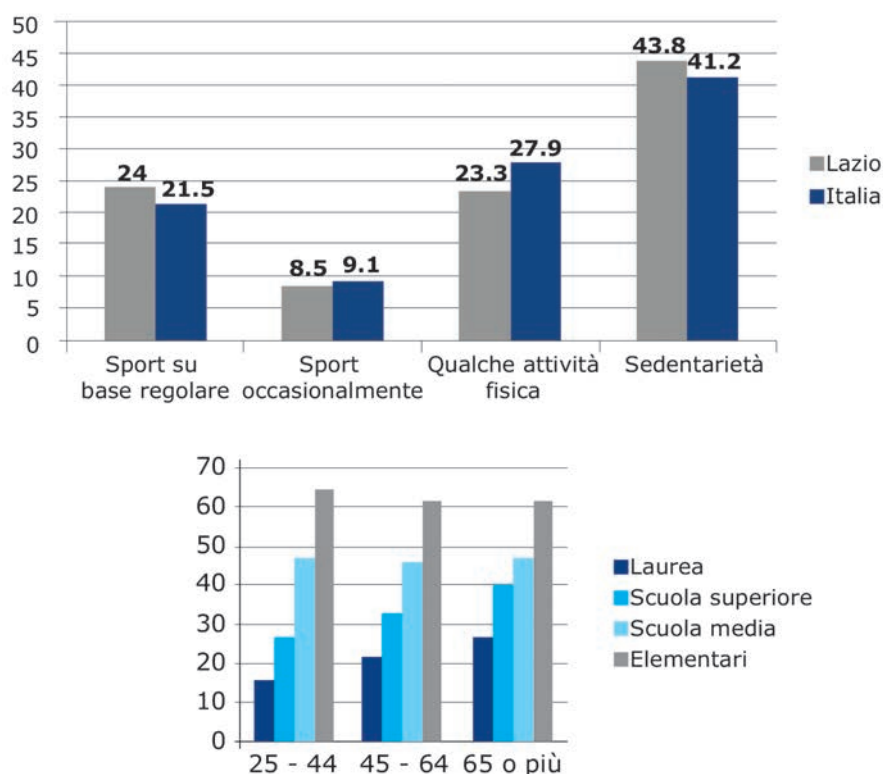
L'altro fattore principale alla base dell'aumento della prevalenza del diabete è rappresentato dall'obesità. Nel Lazio, un residente su 10 in età adulta è affetto da obesità. Analogamente alla prevalenza del diabete, anche quella dell'obesità è cresciuta negli anni più recenti, passando dall'8,2% nel 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 sedentarie risulta strettamente correlata alla scolarità, considerata come indicatore di stato socioeconomico (Fig. 2).



**Figura 1.**

La prevalenza del diabete nei distretti sanitari dell'area metropolitana di Roma (Fonte: Programma Regionale degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016).



**Figura 2.**

La pratica di attività fisica in Italia e nel Lazio e percentuale di sedentarietà in base alle fasce di età e al titolo di studio (Fonte: Indagine multiscopo. Aspetti della vita quotidiana 2015).

## Conclusioni

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. Sarà più produttivo ed efficace consigliare di praticare attività fisica ai nostri pazienti che vivono in città in cui lo stile di vita sano è al centro della coscienza, ma soprattutto della politica locale.

Infine, se il miglioramento e l'aumento dei determinanti di salute nelle città (che possono ridurre l'incidenza dell'obesità e del diabete) dipendono poco dai medici, a essi tutta via spetta l'importante compito di creare nei pazienti assistiti non soltanto la consapevolezza circa l'importanza di uno stile di vita sano, ma anche una coscienza "civica" per sostenere, stimolare e orientare la politica verso scelte o strategie mirate al sostegno e alla promozione di stili di vita sani.

## Bibliografia

- 1 United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World urbanizations prospects: 2014 revision*.
- 2 UNFPA. *State of world population 2010*. New York: United Nations Population Fund 2011.
- 3 Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, et al.; Lancet Physical Activity Series Working Group. et al. *Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy*. Lancet 2012;380:219-29.
- 4 GBD 2013 Risk Factors Collaborators. *Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. Lancet 2015;386:2287-323.
- 5 Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, et al.; for the Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee et al. *The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases*. Lancet 2016;388:1311-24.
- 6 da Rocha Fernandes J, Ogurtsova K, Linnenkamp U, et al. *IDF Diabetes Atlas estimates of 2014 global health expenditures on diabetes*. Diabetes Res Clin Pract 2016;117:48-54.

- <sup>7</sup> Gaziano TA, Bitton A, Anand S, et al.; International Society of Hypertension. *The global cost of nonoptimal blood pressure*. *J Hypertens* 2009;27:1472-7.
- <sup>8</sup> *Organisation for Economic Co-operation and Development. The economic consequences of outdoor air pollution*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing 2016.
- <sup>9</sup> Obiettivo n. 11 del programma delle Nazioni Unite "17 goals to transform our world: make cities inclusive, safe, resilient and sustainable". <http://www.un.org/sustainabledevelopment/cities/> (ultimo accesso settembre 2017).
- <sup>10</sup> Sallis JF, Bull F, Burdett R, et al. *Use of science to guide city planning policy and practice: how to achieve healthy and sustainable future cities*. *Lancet* 2016;388:2936-47.
- <sup>11</sup> *IDF Diabetes Atlas 7th Edition (2015)*. <http://www.diabetesatlas.org/>.
- <sup>12</sup> ISTAT, *Censimento della popolazione e delle abitazioni 2011*.
- <sup>13</sup> *Roma Cities Changing Diabetes. Diabete tipo 2 e obesità nell'area di Roma Città Metropolitana. Factsheets Atlas 2017*. <http://healthcitythinktank.org/ATLAS-Factsheets-Aprile-2017.pdf>.