

Organizzazione e gestione dell'assistenza diabetologica

Comunità Europea: quale politica per il diabete?

Marco Comaschi

Direzione Sanitaria, Azienda Sanitaria 3 Genovese

Il ruolo della Comunità Europea in generale negli indirizzi di politica sanitaria, apparentemente di scarso peso, può in realtà rivelarsi di grande importanza nel momento in cui la Commissione Europea decide di vincolare gli Stati membri a organizzazioni e sistemi sanitari che tendano a omogeneizzare le prestazioni sanitarie nei confronti dei cittadini dei 25 Paesi. I modelli di Servizi di Tutela della Salute sono quanto mai variabili, non solo tra i Paesi fondatori e quelli di nuovo ingresso nella Comunità, ma addirittura tra i primi tra di loro. Si osservano sistemi di organizzazioni di tipo mutualistico a rimborso diretto o indiretto dei costi sostenuti dai cittadini, spesso con totale carico su di essi di prestazioni primarie oppure specialistiche, accanto a sistemi universalistici totalmente pubblici finanziati dalla fiscalità generale, accanto, infine, a sistemi di tipologia intermedia, misti pubblico privato, federalisti o regionalizzati, garantiti comunque dallo Stato centrale. Più o meno ovunque, in ogni modo, in Europa, i modelli applicati sono riferibili a modelli di quasi mercato, basati sul pagamento delle prestazioni erogate, più idonei al trattamento degli eventi acuti rispetto alle patologie o comunque alle condizioni di cronicità.

La crescente prevalenza epidemiologica di patologie croniche ha messo in crisi la maggior parte dei diversi Sistemi Sanitari Nazionali, che vedono crescere in modo esponenziale i costi di gestione della sanità dal momento che nessuno di essi ha mai potuto applicare, proprio a causa del modello di finanziamento, efficaci attività di prevenzione primaria e secondaria. In tempi di sviluppo costante con conseguente crescita del Prodotto Interno Lordo, e quindi del reddito pro capi-

te, il problema sarebbe facilmente superato dal mantenimento di quote costanti percentuali sul PIL per il finanziamento del Sistema Sanitario. I guai sorgono quando il tasso di crescita si arresta o si indebolisce: l'ultimo quinquennio ha visto un costante rallentamento dei tassi di crescita economica dei Paesi della Comunità Europea, ulteriormente accentuato dai costi sostenuti per l'ingresso di ben 10 nuovi membri, a basso reddito pro capite, anche se con buon tasso di sviluppo.

La presa di coscienza di queste difficoltà, e soprattutto degli scarsi risultati in termini di outcomes sulla salute dei cittadini affetti da condizioni patologiche croniche evolutive e con alto tasso di complicanze e di eventi secondari, ha stimolato in molti Paesi della Comunità la ricerca di nuovi e più adeguati modelli di assistenza, non più basati sulla cura degli eventi, ma decisamente orientati alla continuità dell'assistenza nel tempo, secondo linee guida evidence-based.

Come già era accaduto negli USA alla fine degli anni 70, il Diabete, e segnatamente il Diabete di tipo 2, per le sue caratteristiche di crescente incidenza e alta prevalenza con elevati costi di cura, è diventata la cartina di tornasole su cui sperimentare i nuovi modelli, basati sulla filosofia della "Chronic Care Model" (1-4). Grazie a una pressante opera di lobbying, sostenuta soprattutto da IDF Europe, il Parlamento Europeo ha preso coscienza del problema e, per la prima volta, nel 2001 ha inserito il Diabete tra le priorità del VI Framework Research Program ratificato poi dalla Commissione e dal Consiglio dei Ministri. Non casualmente, quindi, molti programmi di ricerca sono stati finanziati o cofinanziati dalla Comunità a partire dal

2003, sia di carattere di ricerca di base, sia più ampiamente di applicazione clinica. Lo stesso DPS di Jaakko Tuomilehto ha usufruito di finanziamenti da questa fonte. (5)

Tuttavia, l'evento di maggiore rilevanza si è verificato proprio quest'anno, in febbraio, con il passaggio della Presidenza di turno della Comunità alla Repubblica Austriaca. Il Ministro della Sanità austriaco, infatti, ha assunto la decisione di organizzare una Conferenza paneuropea sul Diabete a Vienna, il 15 e 16 febbraio scorsi (6), cui sono stati invitati a partecipare attivamente tutti gli Stati Membri e anche alcuni altri Stati dell'Est Europeo in qualità di osservatori, oltre ai soggetti patrocinanti, l'IDF Europa e la FEND (*Federation of European Nurses on Diabetes*). I temi proposti nelle due giornate di intenso Workshop erano i seguenti:

1. Prevenzione delle patologie cardiovascolari nel diabete.
2. *Disease management* e riduzione delle complicanze del diabete.
3. Prevenzione primaria del diabete di tipo 2.
4. Aspetti sociali e aspetti legati al diabete in gravidanza.

Per ognuno degli argomenti è stato formato un Gruppo di Lavoro, composto dai rappresentanti degli Stati, e ogni Gruppo ha in primo luogo valutato lo stato dell'arte del problema, per poi giungere a raccomandazioni sintetiche, destinate a essere trasmesse, per il tramite della Presidenza Austriaca, al Consiglio dei Ministri della Salute Europei, al fine di emanare infine una Direttiva specifica di omogeneità per tutti i Membri. In dettaglio: per ogni gruppo si è proceduto, quindi, ad approfondire le varie tematiche e soprattutto, focalizzando le discussioni sui punti di criticità dell'assistenza diabetologica, a proporre l'inserimento di modifiche o integrazioni al documento stesso.

In particolare, si elencano di seguito le priorità e le raccomandazioni riguardanti i vari temi trattati.

1. *Working group 1*: Prevenzione delle patologie cardiovascolari nel diabete

In questo settore di intervento le raccomandazioni interessano vari livelli.

Livello Professionale

- Sviluppare, implementare e monitorare gli standard terapeutici per i pazienti diabetici con CVD e sup-

portarli mediante linee guida pratiche.

- Identificare i pazienti ad alto rischio e iniziare il trattamento attivo a uno stadio precoce, agendo anche sugli stili di vita.
- Rendere corresponsabili i pazienti nella gestione attiva della malattia.
- Coinvolgere tutti i professionisti sanitari nella cura di questi pazienti e garantire l'attuazione di programmi di formazione mirati.
- Promuovere una rete di cura tra gli operatori sanitari.

Livello Nazionale

- Riconoscere l'impatto economico di CVD e DM sulla popolazione attiva.
- Monitorare gli standard di cura forniti ai pazienti con DM o CVD in accordo con le linee guida disponibili.
- Implementare le iniziative trans-governative finalizzate al miglioramento degli stili di vita, compresi la nutrizione, l'ambiente e l'educazione.
- Assicurare risorse al fine di fornire ai pazienti educazione appropriata e trattamenti mirati alla riduzione del rischio.
- Assicurare le risorse necessarie per la formazione degli operatori sanitari.
- Supportare la ricerca a livello nazionale.

Livello Europeo

- Mettere a punto standard di cura europei allargati che si riflettano all'interno delle linee guida nazionali con obiettivi mirati a ridurre morbosità e mortalità.
- Assicurare un egualitario accesso alle cure in tutta Europa.
- Monitorare l'impatto immediato e a lungo termine dell'implementazione dei programmi di cura.
- Aumentare le possibilità di condurre una vita sana attraverso il coinvolgimento dei Governi nazionali, dell'industria, delle Organizzazioni Non-Governative (NGOs) e dei professionisti sanitari.
- Finanziare la ricerca attraverso Programmi Quadro per il DM e le sue complicanze.
- Riconoscere e affrontare l'impatto combinato di DM e CVD sul singolo paziente, sui servizi sanitari e sull'economia.
- Fornire un accesso paritario all'appropriata gestione e cura del DM, delle CVD e dei fattori di rischio associati.
- Supportare l'implementazione, a livello nazionale, delle linee guida gestionali europee disponibili per il DM e le CVD.

- Monitorare gli esiti immediati e a lungo termine risultanti dall'implementazione di programmi di cura.
- Aumentare il finanziamento della ricerca europea sul DM e le sue complicanze.

2. *Working group 2: Disease management e riduzione delle complicanze del diabete*

Gli esperti hanno definito delle priorità e formulato le seguenti raccomandazioni:

C'è bisogno di una strategia europea sul diabete che comprenda:

- raccomandazioni del Consiglio dell'UE su prevenzione, diagnosi precoce e gestione del diabete;
- un Forum permanente dell'UE per lo scambio delle *Best Practices*;
- una raccolta di dati comparativi su criteri di misurazione comuni.

Gli Stati membri dovrebbero:

- sviluppare e implementare Piani nazionali sulla malattia diabetica;
- sviluppare e implementare programmi per la gestione del diabete che prevedano:
 - un'organizzazione adeguata e finalizzata alla prevenzione della malattia diabetica;
 - un approccio al lavoro multidisciplinare e multi-settoriale;
 - programmi gradualmente di educazione per i pazienti e gli operatori sanitari;
 - linee guida pratiche che prevedano incentivi in base alle prestazioni e alla qualità dell'assistenza;
 - controllo e valutazione continua della qualità.

L'UE e gli Stati membri dovrebbero:

- supportare, attraverso maggiori finanziamenti, la ricerca di base e clinica sul diabete e l'umanizzazione dell'assistenza.

3. *Working group 3: Prevenzione primaria e diagnosi precoce del diabete di tipo 2*

Il gruppo ha formulato le seguenti raccomandazioni.

Per monitorare il peso del diabete di tipo 2, allo scopo di costruire una solida base per la programmazione, la pianificazione e la valutazione delle politiche, c'è bisogno di:

- monitorare sistematicamente la comparsa del diabete e dei fattori di rischio conosciuti e riportarli sia presso gli Stati membri sia presso l'UE usando dati comparativi;
- istituire apposite strutture a livello nazionale.

Per quanto riguarda le strategie di popolazione per la prevenzione del diabete di tipo 2:

- l'UE e gli Stati membri hanno la necessità di accrescere la pubblica consapevolezza, incoraggiare e coinvolgere le comunità, responsabilizzare le persone e stimolare la tutela dei diritti delle fasce deboli;
- l'UE deve favorire lo scambio di esperienze e l'identificazione delle *Best Practices* per le azioni di prevenzione;
- gli Stati membri devono sviluppare e implementare programmi di prevenzione primaria completi e coerenti;
- devono essere implementati specifici approcci per i bambini includendo i genitori, la famiglia, la scuola. Questi interventi dovrebbero comprendere misure finalizzate a ridurre lo sfruttamento e la manipolazione di bambini e genitori attraverso pubblicità fuorvianti;
- la promozione di sane abitudini alimentari e dell'attività fisica sono obiettivi che vanno condivisi da tutta la società;
- vanno studiati approcci specifici per i gruppi socialmente svantaggiati, per le minoranze etniche, per gli anziani e per i disabili;
- vanno creati collegamenti con altre iniziative in corso dell'UE (*European Network on Nutrition and Physical Activity, European Platform on Diet & PA*);
- vanno creati ambienti che favoriscano condizioni di vita salutari per evitare quelle "obesogeniche" (pianificazione delle città, tassazione, legislazione, ecc.);
- a livello sia nazionale sia europeo, le politiche al di fuori del settore della salute (agricoltura, educazione, trasporti, alimentazione, centri urbani, ecc.) devono essere sistematicamente calibrate sulle conseguenze per la salute, con un occhio particolare alla prevenzione e alle conseguenti azioni da intraprendere.

Strategia per la prevenzione del diabete di tipo 2 nella popolazione ad alto rischio

- l'UE deve facilitare lo scambio di esperienze e l'identificazione delle *Best Practices* con un occhio allo sviluppo e all'implementazione, a livello nazionale, di programmi mirati e sistematici sulla consapevolezza e sulla diagnosi precoce nella popolazione ad alto rischio;
- la diagnosi deve essere seguita da appropriati interventi preventivi (programmi strutturati, assistenza integrata);

- questo processo deve sfociare nello sviluppo di linee guida europee sulla strategia per la popolazione ad alto rischio.

Ricerca sulla prevenzione del diabete

- sono necessarie ulteriori ricerche sulla prevenzione del diabete sia negli Stati membri sia a livello europeo;
- l'UE deve facilitare e supportare la ricerca europea su tutti gli aspetti della prevenzione del diabete aumentando i finanziamenti;
- tale ricerca deve interessare l'identificazione dei fattori di rischio, gli aspetti comportamentali e sociali, i servizi sanitari e l'efficacia dei programmi di prevenzione.

4. Working group 4: Aspetti sociali e aspetti legati al diabete in gravidanza

Una raccomandazione del Consiglio Europeo deve prevedere:

- l'inclusione di uno standard europeo per i dati sul diabete;
- l'individuazione del target relativo a gruppi svantaggiati e alle donne in età fertile;
- il contrasto attivo alla discriminazione;
- l'opportuna implementazione di Piani Nazionali sul

Diabete coordinati tra gli Stati membri.

La Delegazione italiana, per quanto riguarda i lavori del gruppo 2 incentrati sul Disease management e sulla riduzione delle complicanze, ha focalizzato l'attenzione dei partecipanti su:

- l'importanza della individuazione delle figure professionali che partecipano al team diabetologico (medico di medicina generale, diabetologo, infermiere e altri);
- la necessità di definire il ruolo di ciascuno di loro;
- l'indispensabilità di una adeguata formazione degli operatori sanitari e non;
- il ruolo fondamentale dell'educazione terapeutica.

Le conclusioni delle discussioni tra i vari delegati dei 25 Paesi hanno permesso la formulazione di indicazioni finali sul diabete di tipo 2 relative a ogni tema trattato, che saranno sottoposte all'attenzione del Consiglio informale dei Ministri previsto per il 25 e 26 aprile e del Consiglio formale previsto, dalla Presidenza austriaca, il 2 giugno a Vienna.

Si riporta, qui di seguito, il Documento Ufficiale licenziato dalla Commissione Europea il 5 giugno scorso, nella sua versione in lingua Italiana.

CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA

Bruxelles, 5 giugno 2006 (12.06)

(OR. EN)

9925/06 - SAN 162 - SOC 301

NOTA INFORMATIVA

del Segretariato generale alle Delegazioni n. doc. prec. 9505/06 SAN 129 SOC 246

Oggetto: Conclusioni del Consiglio sulla promozione di stili di vita sani e la prevenzione del diabete di tipo 2

Risultati dei lavori

Le conclusioni del Consiglio allegate sono state adottate dal Consiglio EPSCO il 2 giugno 2006

Allegato

Progetto di Conclusioni del consiglio sulla promozione di stili di vita sani e la prevenzione del diabete di tipo 2

Il Consiglio dell'Unione Europea:

1. Rileva che i cittadini dell'Unione Europea annettono grande importanza al fatto che in materia di salute umana siano raggiunti i livelli più elevati possibile e ritiene che ciò costituisca una condizione preliminare essenziale per una qualità di vita elevata.
2. Rileva inoltre che l'azione dell'UE debba affrontare le cause principali di decesso e di decesso prematuro nonché di deterioramento della qualità di vita dei cittadini dell'Unione Europea.

3. Ricorda che:

l'articolo 152 del trattato CE prevede che l'azione della Comunità completi le politiche nazionali e si indirizzi al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute umana. L'azione comunitaria nel settore della sanità pubblica rispetta le competenze degli Stati membri in materia di organizzazione e fornitura di servizi sanitari e assistenza medica;

il 29 giugno 2000 il Consiglio ha adottato la risoluzione sull'azione relativa ai fattori determinanti per la salute (GU C 218 del 31.7.2000, pag. 8);

il 14 dicembre 2000 il Consiglio ha adottato la risoluzione sulla salute e la nutrizione (GU C 20 del 23.1.2001, pag. 1);

il 2 dicembre 2002 il Consiglio ha adottato le conclusioni sull'obesità (GU C 11 del 17.1.2003, pag. 3);

il 2 dicembre 2003 il Consiglio ha adottato le conclusioni sugli stili di vita salutari (GU C 22 del 27.1.2004, pag. 1).

4. Ricorda altresì che:

il 2 giugno 2004 il Consiglio ha preso atto delle informazioni fornite dalla Presidenza irlandese sulle possibilità di una strategia europea contro il diabete (Doc. 9808/04);

il 15 marzo 2005 la Commissione Europea ha varato una piattaforma UE sull'alimentazione, sull'attività fisica e sulla salute;

l'8 dicembre 2005 la Commissione Europea ha adottato il Libro verde "Promuovere le diete sane e l'attività fisica: una dimensione europea nella prevenzione di sovrappeso, obesità e malattie croniche", che prende in considerazione i fattori che determinano l'insorgenza del diabete di tipo 2;

il 3 aprile 2006 il Parlamento europeo ha adottato una dichiarazione scritta sul diabete (Dichiarazione scritta 1/2006).

5. Prende atto delle conclusioni, che si rispecchiano nell'allegato, della conferenza della Presidenza austriaca "Prevenzione del diabete di tipo 2" che si è tenuta a Vienna il 15-16 febbraio 2006, alla quale hanno partecipato esperti degli Stati membri, degli Stati aderenti e dei paesi candidati, compresi professionisti del settore sanitario e rappresentanti di associazioni di diabetici e di gruppi di pazienti.

6. Sottolinea che il diabete è una delle cause principali di decesso e di decesso prematuro nonché di una ridotta qualità della vita per i cittadini dell'Unione Europea.

7. Dichiarava che i fattori sanitari determinanti per la salute hanno un impatto sul diabete e che, oltre ai precedenti familiari e all'invecchiamento, i principali fattori di rischio di diabete di tipo 2 sono il sovrappeso, la vita sedentaria, il tabagismo e/o l'ipertensione arteriosa, sui quali può incidere un'azione mirata ai fattori che ne stanno alla base. Altri fattori che contribuiscono all'insorgenza di questa malattia sono il diabete gestazionale (in corso di gravidanza), l'alterata tolleranza al glucosio o l'alterata glicemia a digiuno.

8. Constata che il diabete di tipo 2 e le relative complicanze (cardiovascolari, renali, oftalmologiche e podologiche) sono spesso diagnosticati tardivamente e le complicanze sono sovente individuate solo al momento della diagnosi.

9. Afferma che le misure preventive, l'individuazione e la diagnosi precoci e un'efficace gestione della malattia possono comportare una riduzione della mortalità dovuta al diabete nonché un aumento della speranza di vita e della qualità di vita delle popolazioni europee.

10. È preoccupato per le conseguenze negative per la salute, in particolare per quanto concerne l'incidenza del diabete, dell'aumento dei casi di sovrappeso e di obesità in tutte le fasce di età della popolazione dell'Unione Europea, specialmente tra i bambini e i giovani. Le conseguenze del diabete di tipo 2 sulle donne nei primi anni dell'età riproduttiva sono particolarmente inquietanti.

11. Afferma che occorre avviare urgentemente un'azione mirata di lotta contro il diabete e i relativi fattori deter-

minanti al fine di far fronte alla crescente incidenza e prevalenza di questa malattia nonché all'aumento dei costi diretti e indiretti che ne derivano.

12. **Constata** che è possibile prevenire o ritardare l'insorgenza del diabete di tipo 2 e ridurre le complicanze connesse a questa malattia agendo sui relativi fattori determinanti, in particolare la cattiva alimentazione e la mancanza di attività fisica, anche nei primi anni di vita.

13. **Constata** che la prevenzione del diabete ha un effetto positivo diretto sia su altre malattie non trasmissibili, per esempio le malattie cardiovascolari, che costituiscono altresì rischi rilevanti per la salute dei cittadini dell'Unione Europea, sia sugli oneri per i sistemi sanitari e le economie.

14. **Riconosce** che è necessario monitorare e sorvegliare il diabete, anche attraverso lo scambio di informazioni sulla mortalità e la morbilità dovute al diabete nonché di dati sui fattori di rischio, e adoperarsi per una migliore comprensione degli stili di vita, delle conoscenze, degli atteggiamenti e dei comportamenti delle popolazioni in tutta l'Unione Europea.

15. **Riconosce** che ulteriori ricerche a livello europeo sui fattori determinanti per la salute, al fine di combattere i fattori di rischio del diabete, potrebbero contribuire positivamente alla lotta contro questa malattia in futuro.

16. **Constata** che per combattere e ridurre le sofferenze provocate dal diabete è necessario un approccio a lungo termine che includa azioni rivolte sia alla popolazione sana sia alle persone ad alto rischio di diabete o affette da questa malattia.

17. **Riconosce** che la promozione della salute richiede un approccio integrato e deve essere globale, trasparente, multisettoriale, pluridisciplinare e partecipativa e basarsi sulle migliori ricerche e prove disponibili. In particolare, la prevenzione della malattia deve coprire tutto l'arco della vita delle persone, specialmente di quelle maggiormente esposte al rischio del diabete, tenendo conto delle differenze sociali, culturali, di genere e di età. Occorre sforzarsi di effettuare una valutazione appropriata, compresi il monitoraggio e la sorveglianza di azioni e programmi.

18. **Si compiace** della costituzione, da parte della Commissione, della piattaforma sull'alimentazione, sull'attività fisica e sulla salute.

19. **Riconosce** l'importanza del ruolo che la società civile può svolgere nella prevenzione del diabete e delle sue conseguenze.

20. **Invita** gli Stati membri a ipotizzare, nel contesto dell'adozione o del riesame delle rispettive strategie nazionali in materia di salute pubblica e degli sforzi da essi compiuti per concentrarsi sui fattori determinanti per la salute e sulla promozione di stili di vita sani e tenuto conto delle risorse disponibili:

- la raccolta, la registrazione, il monitoraggio e la presentazione a livello nazionale di dati epidemiologici ed economici completi sul diabete e di dati sui fattori alla base di questa malattia;
- l'elaborazione e l'attuazione di piani quadro, se del caso, per la lotta contro il diabete e/o i suoi fattori determinanti, di una prevenzione basata sulle prove, di una diagnosi precoce e di una gestione basate sulle migliori prassi e comprendenti un sistema di valutazione dotato di obiettivi misurabili per individuare le conseguenze per la salute e l'efficacia in rapporto ai costi, tenendo conto della struttura e della prestazione dei servizi sanitari nei vari Stati membri, delle questioni etiche, giuridiche, culturali e di altra natura nonché delle risorse disponibili;
- l'elaborazione di misure di sensibilizzazione dell'opinione pubblica e di prevenzione primaria sostenibili, efficaci rispetto ai costi e fondate su prove che siano accessibili e finanziariamente sostenibili e permetta-

no di soddisfare i bisogni sia delle persone più esposte al rischio del diabete sia della popolazione nel suo complesso;

- la definizione di misure di prevenzione secondaria finanziariamente sostenibili e accessibili, basate su orientamenti nazionali fondati su prove volte a individuare e prevenire l'insorgenza delle complicanze del diabete;
- l'adozione di un approccio gestionale globale, multisettoriale e pluridisciplinare nei confronti dei diabetici, mettendo segnatamente l'accento sulla prevenzione, compresi le cure sanitarie primarie, secondarie e di prossimità e i servizi sociali e educativi;
- l'ulteriore elaborazione di una formazione globale sul diabete per il personale sanitario.

21. Invita la Commissione Europea a sostenere, se del caso, gli sforzi compiuti dagli Stati membri per prevenire il diabete e a promuovere uno stile di vita sano:

- definendo il diabete come una sfida di salute pubblica in Europa e incoraggiando la messa in rete e lo scambio di informazioni tra gli Stati membri per promuovere le migliori prassi, rafforzare il coordinamento delle politiche e dei programmi di promozione e di prevenzione in materia di salute a favore dell'insieme della popolazione e dei gruppi ad alto rischio, ridurre le disuguaglianze e ottimizzare le risorse in materia dell'assistenza sanitaria;
- agevolando e sostenendo la ricerca fondamentale e clinica sul diabete a livello europeo e provvedendo a un'ampia diffusione dei risultati di tale ricerca in tutta Europa;
- esaminando e migliorando la comparabilità dei dati epidemiologici sul diabete ipotizzando la definizione di metodi normalizzati per il monitoraggio, la sorveglianza e la segnalazione della mortalità e della morbilità del diabete e dei dati inerenti ai relativi fattori di rischio in tutti gli Stati membri;
- presentando relazioni sulle azioni intraprese dagli Stati membri per mettere in risalto i fattori determinanti per la salute e promuovere stili di vita sani, piani nazionali di lotta contro il diabete e misure di prevenzione di questa malattia in base alle informazioni fornite dagli Stati membri, valutando l'efficacia delle misure proposte e riflettendo sulla necessità di ulteriori misure;
- proseguendo i lavori relativi all'elaborazione di un approccio globale ai fattori determinanti per la salute a livello europeo, compresa una politica coerente e globale in materia di alimentazione e di attività fisica, e esaminando l'impatto esercitato sulla salute pubblica, in particolare nei bambini, dalla promozione, commercializzazione e presentazione di alimenti a elevato tenore energetico e di bevande edulcorate;
- basandosi sui lavori della piattaforma dell'UE sull'alimentazione, sull'attività fisica e sulla salute e incoraggiando l'elaborazione e l'attuazione di programmi e misure nazionali per la prevenzione del diabete;
- tenendo conto dei fattori determinanti per la salute e dei fattori di rischio del diabete nell'insieme delle politiche dell'UE.

22. Invita la Commissione a proseguire la cooperazione con le organizzazioni internazionali e intergovernative competenti, in particolare l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'OCSE, per assicurare un coordinamento efficace delle attività.

I punti più qualificanti, al di là del linguaggio burocratico spesso ostico, sono gli ultimi due, in cui tutti gli Stati vengono di fatto invitati ad adottare sistemi di continuità di cura, basati su modelli di "Disease Management", sostenuti da efficaci reti di flussi informativi e dotati di indicatori di performance. L'Italia in questo campo ha giocato un ruolo molto rilevante con la presentazione dei Piani di Prevenzione Attiva decisi

nella Conferenza Stato Regioni del 23 marzo 2005 e in corso di stesura, e con quella del progetto ministeriale IGEA, di fatto la sperimentazione di modelli integrati di assistenza tra Primary e Secondary Care.

La strada intrapresa appare molto promettente: alla fine si intravede la possibilità della creazione di una rete europea omogenea, a tutto vantaggio dei cittadini affetti da diabete mellito.

Bibliografia

1. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002 Nov 20;288(19):2469-75.
2. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002 Oct 16;288(15):1909-14.
3. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002 Oct 9;288(14):1775-9.
4. Piatt GA, Orchard TJ, Emerson S, Simmons D, Songer TJ, Brooks MM, Korytkowski M, Siminerio LM, Ahmad U, Zgibor JC. Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. *Diabetes Care*. 2006 Apr;29(4):811-7.
5. Lindstrom J, Louheranta A, Mannelin M, Rastas M, Salminen V, Eriksson J, Uusitupa M, Tuomilehto J; Finnish Diabetes Prevention Study Group. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care*. 2003 Dec;26(12):3230-6.
6. AA. VV.: www.diabetesconference.at

