

SIMPOSIO

## Disuguali nel diabete: il ruolo delle politiche

Unequal in diabetes: the role of policies

G. Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Struttura complessa a direzione universitaria, Servizio di epidemiologia, ASL TO3, Università Torino, Grugliasco (TO).

Corresponding author: [giuseppe.costa@epi.piemonte.it](mailto:giuseppe.costa@epi.piemonte.it)

La “Sugar tax” può funzionare? Per tutti allo stesso modo? A quali condizioni? Ecco alcune domande che l’epidemia di diabete pone alle politiche di salute.

Il diabete è probabilmente la malattia che è distribuita in modo più disuguale nella popolazione. A Torino a parità di età se si attraversa col tram la città, dai quartieri più ricchi a quelli più poveri, la prevalenza di diabete raddoppia; la stessa prevalenza standardizzata per età triplica se si passa da chi ha solo la scuola dell’obbligo a chi si è laureato. Anche l’incidenza segue la stessa distribuzione. Mentre la letalità a tre anni tra i malati di diabete è distribuita in modo casuale rispetto alla collocazione sociale dei luoghi e delle persone. Dunque ci si ammala di diabete in modo molto disuguale, ma una volta ammalati la capacità di presa in carico e di controllo della glicemia è meno disuguale, almeno in città come Torino (Gnavi et al, 2020). Questa storia torinese del diabete disuguale aiuta ad inquadrare il ruolo delle politiche di promozione e regolazione della salute, tra cui quello della *sugar tax*, nel contesto delle disuguaglianze sociali in cui devono mostrarsi efficaci per davvero. Sappiamo bene che in tutti i paesi ricchi e sviluppati l’alimentazione delle classi sociali più povere è meno sana così come negli stessi gruppi la sedentarietà è più frequente. Di conseguenza essi sono a maggior rischio di obesità, diabete, malattie cardio e cerebrovascolari, tumori, e mortalità prematura. Se ci sono gruppi sociali che ottengono risultati migliori di altri, questo significa che meglio si può fare, cioè che una alimentazione più corretta e una vita più attiva e quindi una migliore salute metabolica sono alla portata. Queste disuguaglianze nascono dalle condizioni sociali ed economiche che le persone hanno attraversato lungo la loro vita e affrontare le cause di queste disuguaglianze non solo contribuisce all’agenda internazionale “*leaving no one behind*”, ma è il modo più efficiente per migliorare la salute di tutta la popolazione migliorando la salute di chi sta peggio.

### A che condizioni gli interventi di prevenzione funzionano anche su quelli che ne hanno più bisogno

Un recente progetto pilota della Commissione Europea, HEPP, ha riassunto bene quali sono le condizioni necessarie perché gli interventi di promozione di una alimentazione più sana e di una vita più attiva producano benefici per tutti, non trascurando i gruppi sociali più svantaggiati (HEPP, 2017).



OPEN  
ACCESS



PEER-  
REVIEWED

**Citation** G. Costa (2020) Disuguali nel diabete: il ruolo delle politiche JAMD Vol. 23/3

**DOI** 10.36171/jamd.20.23.3.6

**Editor** Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

**Received** October, 2020

**Accepted** October, 2020

**Published** November, 2020

**Copyright** © 2020 Costa. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Data Availability Statement** All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

**Funding** The Author received no specific funding for this work.

**Competing interest** The Author declares no competing interests.

Naturalmente il progetto ricorda che sarebbero necessarie politiche ad alto livello per affrontare le disuguaglianze di salute e le loro cause, come parte di una responsabilità condivisa tra i diversi settori di governo, transnazionale, nazionale e locale, al fine di impegnarli in modo integrato e concreto per uno sviluppo sostenibile e orientato al *"leaving no one behind"*. Ma sono le azioni pratiche di promozione della salute sulla cui valutazione il progetto si concentra, a partire da quelle per i primi anni di vita, per procedere a quelle comportamentali e a quelle ambientali.

Molte disuguaglianze di salute nascono nei primi mesi di vita. La salute dei genitori e le loro condizioni sociali e stili di vita possono influenzare la crescita del bambino in utero e lo sviluppo successivo, fisico, nutrizionale, emotivo e cognitivo. È quindi una priorità quella di ridurre la trasmissione intergenerazionale delle disuguaglianze nella alimentazione e nella sedentarietà, attraverso gli interventi che mirano ad un corretto sviluppo sociale emotivo e cognitivo dei bambini e delle competenze genitoriali.

Dopo i primi mesi, gli interventi sui comportamenti si dividono di solito tra quelli dei primi 1000 giorni e quelli successivi. Nei primi 1000 giorni il *counselling* e delle sessioni di formazione e consulenza possono migliorare dieta e attività fisica tra le donne di bassa posizione sociale in età riproduttiva, ridurre l'eccessivo aumento di peso in gravidanza, contenere il rischio di basso peso alla nascita, e con l'aiuto dei pari migliorare adozione e durata di allattamento al seno e nutrizione corretta nella prima infanzia. Nella seconda e terza infanzia interventi scolari e pre-scolari combinati con il coinvolgimento parentale e sostenuti nel tempo possono portare benefici anche ai gruppi sociali più svantaggiati. Inoltre investimenti per rimuovere le barriere ambientali e sociali alla adozione di stili alimentari e di esercizio più salubri possono avere più impatto sui gruppi più svantaggiati. Come pure si osservano riduzioni di breve termine nelle disuguaglianze sociali attraverso interventi di fornitura gratuita di frutta e vegetali nelle scuole e interventi misti tra scuola e famiglia per ridurre la disponibilità e accesso alle bevande dolcificate con zucchero.

Questo suggerisce che siano le misure regolatorie ambientali, fiscali e legislative ad avere un impatto più promettente sulle disuguaglianze di salute. Facilitare l'accesso all'attività fisica, ridurre l'esposizione alla pubblicità sui prodotti meno salubri, rendere più competitivi i prezzi dei prodotti sani rispetto a quelli insalubri come la tassa sulle bevande zuccherate, o prescrivere limiti nel contenuto di sale o zucchero addizionato, o ancora etichettature a codici

colorati per facilitare da parte di tutti la comprensione del rischio.

Contrariamente agli interventi sui comportamenti gli interventi ambientali e regolatori non devono contare sulla collaborazione della persona. È noto che le persone di bassa posizione sociale hanno una minore capacità di prevedere e controllare le conseguenze nel futuro delle proprie scelte; esse tendono quindi ad apprezzare maggiormente i vantaggi che si possono ottenere a breve termine, come sono tipicamente i piaceri della gola su cui conta il marketing dei cibi insalubri, come quelli zuccherati.

Complessivamente pochi studi di efficacia sono stati finora attenti alla distribuzione sociale degli effetti degli interventi. Nei pochi casi in cui i dati sono disponibili, essi mostrano che gli interventi preventivi sui comportamenti producono maggiori benefici sulle persone di alta posizione sociale, che sono più propense a cambiare oggi i propri stili di vita in funzione dei guadagni di salute di domani. Inoltre quando anche fosse informata e motivata abbastanza per rinunciare ad un comportamento compensativo seppur rischioso, la persona di bassa posizione sociale dovrebbe anche essere capace a sostenere nel tempo questo cambiamento, a dispetto del fatto che rimangono attuali tutte le condizioni di vita avverse che avevano giustificato la ricerca di tali comportamenti adattativi.

Inoltre in termini di impatto sulle disuguaglianze di salute, gli interventi isolati sono meno efficaci rispetto ai programmi multi intervento, poiché i comportamenti rischiosi tendono a sommarsi insieme soprattutto nelle stesse persone di bassa posizione sociale. Infine i messaggi di incoraggiamento ed educazione al cambiamento dei comportamenti servono solo a preparare il terreno per gli interventi efficaci, ma non sono capaci da soli di produrre un cambiamento.

In conclusione se si vuole davvero moderare l'epidemia di diabete, bisogna saper aggredire le disuguaglianze sociali del diabete, perché tra i gruppi sociali svantaggiati c'è ancora molto potenziale di salute metabolica da guadagnare con gli interventi di promozione. Tuttavia per ridurre le disuguaglianze bisogna assicurarsi che gli interventi e le politiche siano universalistici, cioè rivolti a tutti, come ad esempio è il caso degli interventi ambientali o regolativi, e siano articolati su più meccanismi di azione in modo olistico. Oltretutto gli interventi ambientali e regolatori hanno anche il vantaggio di evitare gli effetti di stigmatizzazione che spesso accompagnano gli interventi di prevenzione dei comportamenti indirizzati ai soggetti ad alto rischio, appunto quelli di bassa posizione sociale. Infine gli investimenti preventivi universalistici devono

saper dosare la loro intensità e offerta in modo proporzionale al livello di svantaggio e sapersi adattare su misura alla vulnerabilità particolare di alcuni gruppi (vedi differenze culturali ed etniche). A queste condizioni gli interventi di promozione di una alimentazione sana e una vita più attiva possono garantire di ridurre le disuguaglianze di salute, di diabete in particolare, che è il modo più efficiente che le nostre società ricche hanno ancora per guadagnare salute nella popolazione generale. L'esempio che segue è una buona dimostrazione delle potenzialità di questo approccio.

## Un esempio virtuoso di intervento universalismo proporzionato

L'Olanda ci offre un esempio virtuoso di politica di riformulazione salubre dei prodotti per l'alimentazione, che usa tutti gli accorgimenti raccomandati da HEPP. Il progetto pilota descrive come la principale catena olandese di vendita al dettaglio, Albert Heijn, che detiene il 35% del mercato ed è molto diffusa nelle zone popolari, abbia riformulato i suoi prodotti di marca in modo da ridurre il contenuto di micronutrienti che sono di interesse per la sanità pubblica (sale, grassi saturi e zucchero).

La teoria del cambiamento sottostante predice che piccoli cambiamenti nella formulazione di un prodotto consumato in larghe quantità può avere un impatto significativo sulla qualità della alimentazione senza richiedere un cambiamento nelle preferenze alimentari dei consumatori. Il cambiamento deve essere modesto per non scoraggiare la continuazione dell'acquisto. Inoltre l'intervento deve riguardare consumi di massa in modo da avere un impatto di popolazione ampio, e particolarmente tra coloro che ne consumano di più, che sono spesso le classi sociali più svantaggiate. In questo modo l'intervento risponderrebbe alla raccomandazione di universalismo proporzionato.

L'intervento è stato incoraggiato dal patto nazionale per il miglioramento della composizione dei prodotti siglato nel 2014 tra governo e rappresentanti delle industrie del cibo e della distribuzione. Il patto prevedeva che i partner industriali si prendessero questa responsabilità di ridurre sale, grassi saturi e zucchero nei loro prodotti per migliorare salute alimentare senza stravolgere le abitudini alimentari dei consumatori. Questo approccio è stato oggetto di una iniziativa della presidenza europea olandese del 2016 (EU Presidency 2016).

La catena Heijn ha stabilito dunque di riformulare 100 tra i prodotti già affermati sul mercato secondo questi criteri, e di testarli con alcuni panel di consumatori, inclusi i bambini, per essere sicuri che la nuova versione fosse sufficientemente attraente. Nel caso dello zucchero gli alimenti più interessati dall'intervento sono i prodotti lattiero caseari, i prodotti da forno e le bevande dolcificate con zucchero. Per rendere i prodotti riformulati per bambini ancora più attraenti è stata introdotta una grafica con cartoni sugli alimenti che rispettavano i criteri nutrizionali, ad esempio non più di 5 g di zucchero addizionato per 100 g di prodotto. In questo modo 40 prodotti addizionati di zucchero sono stati riformulati in modo da ottenere una riduzione complessiva del 40% di zucchero entro il 2016.

L'intervento, ormai consolidato, dimostra che la riformulazione dei prodotti è possibile, e dipende dall'impegno della proprietà e del management, da una corretta valutazione di mercato, dal coinvolgimento dei consumatori nella fase di test dei nuovi prodotti e dei fornitori nella negoziazione delle ricette. I risultati preliminari hanno dimostrato che l'intervento non ha prodotto diminuzioni di consumo, e quindi ha ridotto del 40% il consumo di zucchero tramite quei prodotti, soprattutto tra le persone di bassa posizione sociale che li consumano maggiormente.

L'intervento è paradigmatico perché multicomponente (sale, grassi saturi e zuccheri), fondato su una governance avanzata (patto tra stato e industria), partecipato (panel e test con i consumatori), universalistico proporzionato per beneficiare maggiormente le classi meno abbienti. Inoltre l'intervento sarebbe ancora migliorabile attraverso l'accompagnamento di incentivi fiscali per la riduzione del prezzo ai prodotti così riformulati, cosa che aprirebbe la via a una *sugar tax* assertiva invece che punitiva, quindi una misura più accettabile dal punto di vista sociale.

## Bibliografia e sitografia

Gnavi R, Picariello R, Pilutti S, Di Monaco R, Oleandri S, Costa G. L'epidemiologia a supporto delle priorità di intervento: il caso del diabete a Torino. *Epidemiologia & Prevenzione*, 2020, in corso di pubblicazione.

HEPP 2017 [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social\\_determinants/docs/hepp\\_screport\\_exe\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/hepp_screport_exe_en.pdf).

EU Presidency 2016. Thematic Conference on Product Improvement. Amsterdam: 22-23 February 2016. Available at <https://english.eu2016.nl/events/2016/02/22/thematic-conference-on-product-improvement>.

Heijn A, 2017 [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social\\_determinants/docs/hepp\\_case-studies\\_01\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/hepp_case-studies_01_en.pdf).