ROMA

anci

Intergruppo Parlamentare
Qualità di vita nelle Città
Sport, Salute e Benessere

EUHCNET
European Urban Health
Communicators Network

Roma Cities Changing Diabetes Report

Diabete Tipo 2 e Obesità nell'area di Roma Città Metropolitana

Autori:
Lucio Corsaro
Roberta Crialesi
Stefano da Empoli
Andrea Lenzi
Antonio Nicolucci
Stefania Rossetti
Ketty Vaccaro

HCI HEALTH CITY INSTITUTE

Istat Istituto Nazionale di Statistica

CENSIS

CORESEARCH Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology

icom istituto per la competitività

MEDIPRAGMA MARKETING RESEARCH AND CONSULTANCY IN HEALTHCARE

CITTADINANZATTIVA

BANDIERA AZZURRA

FEDERAZIONE ITALIANA DI ATLETICA LEGGERA

cities changing diabetes

cities changing diabetes

INDICE

PRESENTAZIONE REPORT

9 Andrea Lenzi
Presidente dell'Health City Institute e Presidente del Comitato Nazionale per la Biosicurezza,le Biotecnologie e le Scienze per la Vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri

PREFAZIONI

12 Armando Bartolazzi
Sottosegretario al Ministero della Salute

14 Roberto Pella
Vice Presidente Vicario ANCI, Presidente Intergruppo Parlamentare Qualità di Vita nelle Città

16 Daniele Frongia
Assessore allo Sport del Comune di Roma

18 Vittoria Buratta
Direttore per le statistiche sociali e il censimento della popolazione dell'ISTAT

19 Walter Ricciardi
Presidente della World Federation of Public Health Association

20 Giuseppe De Rita
Presidente Fondazione CENSIS

22 Renato Lauro
Presidente IBDO Foundation

24 Drago Vuina
Corporate Vice President & General Manager Novo Nordisk Italia

cities changing diabetes

28 **Lo stato di percezione della salute da parte dei cittadini nell'area metropolitana di Roma**
Lucio Corsaro
MediPragma

42 **Nota metodologica: Il progetto e l'analisi quanto-qualitativa**
Andrea Lenzi
Presidente dell'Health City Institute e Presidente del Comitato Nazionale per la Biosicurezza,le Biotecnologie e le Scienze per la Vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri

68 **Dati demografici su Roma Città Metropolitana**
Roberta Crialesi e Stefania Rossetti
ISTAT

88 **Dati clinico-epidemiologici su Diabete Tipo 2 e Obesità nell'area metropolitana di Roma e "regola dei mezzi"**
Antonio Nicolucci
CORESEARCH

112 **L'analisi qualitativa della vulnerabilità sociale al diabete nell'area metropolitana di Roma**
Ketty Vaccaro
Direttore Area salute e welfare Fondazione Censis
Vicepresidente IBDO Foundation e di Health City Institute
Presidente Data Analysis Board Roma Cities Changing Diabetes

124 **Diabetes projecton model**
Stefano da Empoli
Presidente Istituto per la Competitività I-COM

Stampato a Maggio 2019

128 **Il punto di vista delle società scientifiche**
Marco Giorgio Baroni
Presidente Società Italiana di Diabetologia Lazio
Lelio Morviducci
Presidente Associazione Medici Diabetologi Lazio

134 **Il punto di vista delle associazioni di cittadinanza e dei pazienti**
Antonio Gaudioso
Segretario generale Cittadinanzattiva
Lina Delle Monache
Presidente Federdiabete Lazio

138 **Call to action**

140 **Infografica area metropolitana di Roma**

146 **Passaporto di Roma**
Maurizio Damilano
Presidente Scuola del cammino
Campione Olimpico e Mondiale di Marcia
Responsabile FIDAL del progetto Bandiera Azzurra
"città per il cammino e della salute"

150 **Profili**

162 **Comitati**

cities changing diabetes

TORPADO
TORPADO
TORPADO
TORPADO

Presentazione Report

cities changing diabetes

ANDREA LENZI

Presidente dell'Health City Institute e Presidente del Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze per la Vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Oggi, più del 50% della popolazione mondiale vive nelle città. Se consideriamo che il 65% delle persone con diabete vive in aree urbane, è chiaro che la città è un punto determinante per contrastare la crescita del diabete. Questo fenomeno è stato definito: urban diabetes.
Le città sono chiamate nel contrastare il crescente aumento del numero di persone con diabete, attraverso politiche sui determinanti di salute, in collaborazione con Università, Autorità sanitarie locali ed enti di ricerca.
Vivere in un'area urbana, e ancora di più in una megalopoli, si accompagna a cambiamenti sostanziali degli stili di vita rispetto al passato; cambiano le abitudini, cambia il modo di vivere, i lavori sono sempre più sedentari, l'attività fisica diminuisce. E le città inevitabilmente diventano sempre più obesogene.
Tutti questi fattori sociali, clinici e culturali rappresentano un potente volano per obesità e diabete.
Cities Changing Diabetes nasce nel 2014 in Danimarca ed è un programma di partnership promosso dall'University College 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 il tema dell'urban diabetes prioritario. Mettendo in luce il fenomeno con dati ed evidenze, provenienti dalle città di tutto il mondo, il programma Cities Chaging 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.
Un modo differente per arrivare a definire un action plan preciso da offrire alle Amministrazioni Comunali, sviluppando sinergie e superando l'ottica dei silos.
Al programma Cities Changing Diabetes ad oggi hanno aderito 19 città per un totale di 130 milioni di cittadini:
Beirut, Buenos Aires, Copenhagen, Hangzhou, Houston, Jakarta, Johannesburg, Koriyama, Leicester, Madrid, Mérida, Mexico City, Pechino, Shanghai, Tianjin, Vancouver, Xiamen, e le italiane Roma e Milano.
Si tratta di diciotto importanti città, con una popolazione complessiva che fotografano due realtà diverse: le città a crescita rapida delle economie emergenti e le città "più mature" delle società sviluppate.
Nel 2017, Roma è stata inserita nel programma, diventando per questi due anni e per 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.
Il progetto in Italia e a Roma è coordinato dall'Health City Institute in collaborazione con il Ministero della Salute, l'ANCI, Roma Città Metropolitana, l'Istituto Superiore di Sanità, l'ISTAT, la Fondazione CENSIS, CORESEARCH, l'IBDO Foundation, MediPragma e tutte le Università di Roma, le Società Scientifiche del Diabete e della Medicina Generale (AMD, SID, SIEDP, SIMG) e dell'Obesità e le Associazioni pazienti e di Cittadinanza.
L' Health City Institute, in collaborazione con Ministero della Salute e ANCI, ha inoltre promosso la realizzazione del Manifesto della Salute nelle Città, documento che delinea le azioni da intraprendere per studiare i determinati della salute nelle Città e migliorare la qualità di vita dei cittadini.
Il Manifesto è stato 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 base di riferimento per la "Roma Urban Declaration" presentata durante il G7 sulla salute nel Dicembre del 2017, a Roma.
Il progetto Cities Changing Diabetes prevede tre momenti. Il primo step è la 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 momento è quello della condivisione dei dati sia a livello nazionale, con tutti gli attori coinvolti, ma anche a livello internazionale, fra le varie città aderenti al programma, con l'obiettivo 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.
L'Health City Institute, con la Fondazione CENSIS, l'ISTAT, CORESEARCH e MEDI PRAGMA con questo Report ha realizzato una prima mappatura dei dati quantitativi demografici, clinico- epidemiologici e sulla percezione della salute nell'area di Roma Città Metropolitana, dati che forniscono spunti di analisi, osservazione e confronto per futuri studi.
Dati che fotografano puntualmente la situazione di Roma e ci consegnano una situazione che evidenzia la grande differenza di prevalenza di diabete tra distretti sanitari periferici e del centro cittadino, che impone una seria riflessione dal punto di visto sanitario, clinico e sociale.
La fase qualitativa, che potrebbe rendere più chiari alcuni aspetti di fragilità sociale riscontrati, è stata avviata a Settembre del 2017, è stata condotta dalla Fondazione CENSIS e ha previsto lo studio delle vulnerabilità sociali dell'area metropolitana sul Diabete Tipo 2, il tutto attraverso interviste strutturate su cittadini e sulle persone con diabete di Roma.
Le interviste sono state condotte tramite il questionario Q-Tool validato a livello internazionale e nazionale, realizzato dall'University College of London, e che viene utilizzato in maniera analoga per tutte le Città coinvolte a livello internazionale nel progetto Cities Changing Diabetes.
Inerente al progetto Cities Changing Diabetes, assieme al Comune di Roma, alla Federazione Italiana Atletica Leggera e la Scuola del Cammino, l'Health City Institute ha realizzato il progetto Roma Città per il Cammino e della Salute, con la progettazione di cinquanta percorsi di walking urbano e di percorsi nei parchi urbani, arrivando a una rete di circa 320 Km utilizzabili per attività motoria a costo zero, che pongono Roma la prima walkable city europea.
Il progetto ha inoltre previsto la realizzazione del passaporto Roma Città per il Cammino e della Salute, di una App dedicata e l'attivazione di gruppi del cammino, per motivare le persone con diabete a fare attività motoria.
L'Health City Institute è stato chiamato a coordinare il progetto in Italia ed è nostro desiderio continuare a collaborare attivamente con le Istituzioni Nazionali e Internazionali, Roma Città Metropolitana, con le Università di Roma, con gli Enti di ricerca, con le Società Scientifiche, le Associazioni dei Pazienti e gli esperti per portare avanti questo studio e promuovere specifiche azioni volte a migliorare la qualità dei cittadini e delle persone con diabete.
Ad oggi nel progetto sono stati coinvolti 140 esperti, che hanno permesso di far si che lo studio condotto su Roma, abbia caratteristiche di impostazione metodologica ben definite.
Ora siamo chiamati alla fase più impegnativa , che è quella della realizzazione di un Action Plan triennale, che possa indicare le azioni da mettere in atto per arrestare lo sviluppo pandemico di obesità e diabete tipo 2 nell'area metropolitana di Roma.

PREFAZIONI

PREFAZIONE

ARMANDO BARTOLAZZI

Sottosegretario al Ministero della Salute

Il tema "Ambiente e Salute" ha acquisito negli ultimi anni una crescente rilevanza e ha destato sempre maggiore interesse da parte delle istituzioni e dei cittadini. L'ambiente di vita è, infatti, un determinante fondamentale per la salute delle persone e molti processi patologici trovano una loro origine proprio in fattori ambientali. Anche l'Organizzazione per le Nazioni Unite (ONU), peraltro, nel contesto dell'Agenda 2030, con i 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs), ha sottolineato l'insostenibilità dell'attuale modello di sviluppo, non solo sul piano economico e sociale, ma anche su quello ambientale. Secondo l'ONU, infatti, l'ambiente che ci circonda può influire drasticamente sulle nostre abitudini e stili di vita e, di conseguenza, sulla nostra salute. Per questo motivo, il miglioramento dei nostri spazi vitali è un obiettivo imprescindibile da raggiungere entro il 2030. In particolare, con l'Obiettivo 11, l'ONU ha proposto di rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resilienti e sostenibili. Le città, infatti, possono nascondere problemi sanitari importanti dovuti all'inquinamento, agli incidenti stradali, agli stili di vita non corretti e alle diseguaglianze di salute.

Come sottolineato anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), inoltre, la popolazione mondiale si concentra sempre più nelle città e, se 30 anni fa 4 persone su 10 vivevano in centri urbani, nel 2050 questa proporzione arriverà a 7 su 10. Tale concentrazione, unitamente al fatto che le persone con più di 60 anni aumenteranno fino a rappresentare quasi un quarto della popolazione, porterà a evidenti ricadute sul carico di malattia rappresentato dalle patologie croniche, quali le cardiovasculopatie, il diabete di tipo 2, le broncopneumopatie e i tumori. Per di più, con la crescita costante della popolazione urbana nel mondo, le diseguaglianze di salute – in particolar modo tra le popolazioni urbane più ricche e quelle più povere – rappresenteranno sempre più una sfida fondamentale per il raggiungimento di una migliore salute globale.

Nelle città, infatti, il progresso nel campo della salute non dipende solo dalla robustezza dei sistemi sanitari, ma anche dalla realizzazione di ambienti urbani più salutari. Anche il modo in cui gli agglomerati urbani vengono pianificati - oggi come nel futuro - può condizionare profondamente la capacità dei loro abitanti di condurre una vita lunga, in salute e produttiva. Investimenti mirati in tale campo possono, quindi, aiutare a ridurre a livello globale e in modo significativo il crescente carico di malattia e, al tempo stesso, a ridurre i costi del sistema sanitario. Una buona pianificazione dell'assetto urbano e la riqualificazione di zone degradate, dove maggiori possono essere il disagio e l'isolamento sociale, il miglioramento della circolazione urbana e la creazione di spazi verdi, di piste ciclopedonali e di percorsi sicuri casa-scuola sono misure semplici ma, al tempo stesso, efficaci per migliorare la vivibilità dei nostri centri urbani e, allo stesso tempo, per ridurre le diseguaglianze, promuovere i corretti stili di vita nella popolazione e prevenire le malattie connesse a fattori di rischio ambientali.

La strategia è, dunque, quella di creare un sistema intersettoriale tra diverse competenze, salute pubblica, decisori, pianificatori e urbanisti, che insieme rendano possibile la realizzazione di una serie di in-

terventi di tipo tecnico volti a ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di salute.
Proprio in tale ottica, peraltro, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) si è cercato di facilitare il controllo degli operatori del settore sanitario sulla pianificazione urbanistica prevedendo la valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica (LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", area di intervento B3). Sono previste, in particolare, la promozione, negli strumenti di regolazione edilizia e urbanistica, di criteri per la tutela degli ambienti di vita dagli inquinanti ambientali, per lo sviluppo di un ambiente favorevole alla promozione della salute e dell'attività fisica e alla sicurezza stradale e le valutazioni preventive dei piani urbanistici, attraverso la partecipazione e il supporto agli Enti preposti nella definizione di strumenti di pianificazione e regolazione urbanistica, con particolare attenzione al rapporto tra salute e pianificazione urbanistica e in forma integrata tra sistema sanitario e agenzie per la protezione ambientale.
Anche per dare seguito a quanto previsto dai LEA, è stato, inoltre, costituito, sotto il coordinamento del Ministero della Salute, un Tavolo di lavoro sulla Urban Health che vede coinvolti i principali stakeholder attualmente in campo, quali i Ministeri dell'Ambiente, dei Trasporti e dell'Istruzione, le Regioni, l'Istituto Superiore di Sanità e l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani. Tale Tavolo ha l'obiettivo di produrre un documento di indirizzo che miri a ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di sanità pubblica, con particolare riferimento alla promozione della salute e dei corretti stili di vita, e che possa costituire un utile strumento di lavoro sia per decisori, pianificatori e progettisti sia per i tecnici dei Comuni e dei Dipartimenti di Prevenzione che dovranno occuparsi di valutare i piani urbanistici.
Le sfide future richiedono, quindi, l'attuazione di politiche finalizzate a costruire ambienti favorevoli alla salute attraverso la progettazione e la riqualificazione del contesto urbano e a promuovere e realizzare iniziative atte a perseguire obiettivi di tutela e promozione della salute. È fondamentale, però, sostenere e valorizzare le esperienze e la progettualità di tutte le risorse presenti sul territorio per la realizzazione di progetti intersettoriali e di comunità, favorendo il coinvolgimento delle famiglie, delle scuole, delle associazioni, del mondo produttivo e dei consumatori. A tale proposito, malgrado la sensibilità e la consapevolezza degli amministratori locali sui temi della prevenzione e della promozione della salute siano notevolmente cresciute, è necessario continuare a lavorare per mettere in discussione gli stili di vita individuali e collettivi e per verificare quali siano le condizioni di vita e lavoro, le modalità di accesso alle risorse e la disponibilità di servizi che siano aggiornati alle mutate necessità e possibilità tecniche. Su tutti questi temi le città possono giocare un ruolo forte e da protagoniste.
Le Città e i loro Comuni, infatti, in quanto primo livello di governo e primo interlocutore dei cittadini, svolgono un ruolo fondamentale nel processo di trasformazione che le vede protagoniste. Proprio le città sono i luoghi che più facilmente possono stimolare la partecipazione e aprirsi ai contributi della società civile, delle associazioni e dei cittadini. L'Healthy City è una città consapevole dell'importanza della salute e che lotta per migliorarla, una città per tutti i cittadini, inclusiva, pronta al sostegno, sensibile e capace di rispondere alle diverse necessità e aspettative, in grado di offrire servizi per tutti i cittadini. Deve poter disporre di ambienti fisici che contribuiscano alla salute, al benessere, alla sicurezza, all'interazione sociale, alla mobilità facile.
Questo significa, in conclusione, mettere in atto strategie intersettoriali che affrontino temi importanti come la pianificazione urbana, la rigenerazione urbanistica, i trasporti, la sicurezza, il cambiamento del clima, l'esposizione al rumore e all'inquinamento mettendo al centro la salute della popolazione. Tutto ciò necessita, però, di un'assunzione di impegni e responsabilità nei confronti dei cittadini da parte degli stakeholder coinvolti, a cominciare da quanti operano nel settore della salute, per condividere strumenti, sviluppare idee e realizzare progetti utili a rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resilienti e sostenibili.
Il Progetto Cities Changing Diabetes che vede coinvolto l'Health City Institute e la città di Roma rappresenta un esempio pratico applicativo di questa visione intersettoriale. Dal 2017 Roma è parte integrante del programma, al quale hanno aderito 19 città e 130 milioni di cittadini ed ha contribuito in maniera sostanziale alla lotta al diabete tipo 2 legata a all'urbanizzazione.
Nel Report che segue sono illustrati i risultati ottenuti che sono di grande stimolo a continuare a percorrere la strada intrapresa.

PREFAZIONE

ROBERTO PELLA

Vice Presidente Vicario ANCI,
Presidente Intergruppo Parlamentare
Qualità di Vita nelle Città

Il concetto di salute è un elemento imprescindibile per il benessere di una società. Tale concetto non si riferisce meramente alla sopravvivenza fisica o all'assenza di malattia, ma comprende gli aspetti psicologici, le condizioni naturali, ambientali, climatiche e abitative, la vita lavorativa, economica, sociale e culturale di ciascun individuo e delle nostre comunità. Il dibattito politico dovrà pertanto assumere, in misura crescente tra i propri focus, la definizione del ruolo delle città, a partire dalla stima secondo la quale nei prossimi decenni la popolazione urbana rappresenterà il 70% della popolazione globale. Inoltre, i dati riguardanti la tassonomia della popolazione evidenziano la tendenza a un forte incremento delle classi di età più elevate, in linea con l'aumento dell'aspettativa di vita. Insieme all'invecchiamento della popolazione, la conseguente cronicizzazione delle patologie pone la questione della sempre più complessa sostenibilità dei sistemi di welfare e sanitari e impone una rivisitazione dei loro meccanismi. Lo stesso fenomeno migratorio delinea una sfida importante quanto all'inurbazione, laddove il mantenimento di reti istituzionali e solidali deve allungarsi nel territorio contermine della città, per contrastare le diseguaglianze sociali, economiche e sanitarie che inevitabilmente l'urbanizzazione produce, se non governata.

Spetta oggi ai Sindaci e alle Amministrazioni territoriali, locali e regionali, proporsi come garanti di una sanità equa, divenendo ideatrici di un nuovo paradigma di governance collaborativa dove istituzioni, imprese, organizzazioni della società civile e cittadini possano contribuire alla progettazione di un assetto urbano condiviso, sostenibile e armonico.

Partendo dalla configurazione attuale delle città si deve costruire una nuova cultura delle relazioni istituzionali e affrontare il fenomeno dell'inurbazione dei prossimi anni attraverso criteri che, pur se adeguati a contesti locali tra loro differenti, abbiano come obiettivo comune l'implementazione di strumenti di partecipazione, di responsabilità e di governance assunti – a ogni livello – come valore della città e della comunità che si lega a un futuro di salubrità e coesione.

L'Unione Europea, con il 3° Programma Europeo Salute 2014-2020, promuove la salute, incoraggia ambienti favorevoli e stili di vita sani in adesione al principio "la salute in tutte le politiche", facilita l'accesso a un'assistenza sanitaria migliore e più sicura per i cittadini dell'Unione. La salute pubblica nelle città è una priorità dei programmi politici mondiali, europei e nazionali, così come ribadito dall'OMS, dalla Commissione NAT del Comitato delle Regioni dell'UE, dal Ministero della Salute e dall'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI) attraverso numerosi atti di programmazione. La Delegazione italiana presso il Comitato delle Regioni dell'UE, con parere unanime, ha visto approvata una proposta d'iniziativa parlamentare a livello europeo, attraverso cui s'incoraggia l'adozione di misure per la promozione di corretti stili di

vita nelle città e lo studio dei determinanti di salute per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva delle nostre città. Le politiche pubbliche in materia di salute, a livello sia nazionale sia europeo, devono puntare a una propria modernizzazione, rispetto al contesto socio-economico contemporaneo in costante evoluzione, in grado di gestire e pianificare consapevolmente le azioni necessarie. Al contempo una particolare attenzione deve essere dedicata agli investimenti sostenibili, all'impulso all'innovazione, alla responsabilizzazione dei cittadini, alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie attraverso un'analisi dei determinanti sociali, economici e ambientali e dei fattori di rischio che hanno un impatto sulla salute con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

Il Governo e le Città dovrebbero porre al centro del proprio agire lo sviluppo dei sistemi urbani attraverso il principio di salute come bene comune. Occorre identificare strategie efficaci per rendere consapevoli governi, regioni, città e cittadini dell'importanza della promozione della salute nei contesti urbani, guardando alla sempre maggiore urbanizzazione con uno sguardo innovativo, affrontando il carico di onerosità che le malattie croniche comportano, immaginando un nuovo modello di welfare urbano che necessariamente inciderà sullo sviluppo e sulla sostenibilità delle città ma che non può che essere affrontato attraverso un maggiore coordinamento istituzionale.

Questa trasformazione, inevitabilmente, richiede una comprensione e un'analisi attenta dello scenario all'interno del quale declinare le politiche per un progressivo sviluppo, in un quadro di welfare state, della soggettività del welfare local, per la nascita di un welfare inter-generativo condiviso e partecipato.

L'Italia oggi può essere in prima linea nello studio di tali dinamiche se Governo, Parlamento, Sindaci, Università, Aziende Sanitarie ed Esperti sapranno interagire attraverso forme virtuose e multidisciplinari, e non certo virtuali, settoriali e individualistiche, evitando la logica dei silos, la mancanza di collaborazione fra livelli istituzionali. Il coinvolgimento dell'Italia e della città di Roma nel progetto Cities Changing Diabetes interessa non solo l'Amministrazione di Roma Capitale e della sua Città Metropolitana, ma stimola l'Associazione dei Comuni italiani tutta nella ricerca di soluzioni per migliorare la qualità di vita dei cittadini e delle persone con diabete.

PREFAZIONE

DANIELE FRONGIA

Assessore allo Sport del Comune di Roma

Dal 1948 l'Oms-Organizzazione mondiale della sanità invita i governi ad adoperarsi responsabilmente, attraverso programmi di educazione alla salute, a promuovere uno stile di vita sano e a garantire ai cittadini un alto livello di benessere. Oggi pare emergere chiaramente un nuovo attore protagonista: la Città, quale promotrice di salute. Infatti, la stessa Oms ha coniato il termine healthy city, che descrive una città conscia dell'importanza della salute come bene collettivo e che, di conseguenza, mette in atto politiche sociali, culturali ed economiche chiare per tutelarla e migliorarla
Lo sviluppo urbano, cui il mondo ha assistito e assiste ha modificato profondamente lo stile di vita della popolazione e trasforma il contesto ambientale e sociale in cui viviamo, creando problemi di equità, generando tensioni sociali e introducendo minacce per la salute della popolazione. La configurazione attuale delle Città e, più in generale l'urbanizzazione, presentano per la salute pubblica e individuale tanti rischi, ma anche molte opportunità. Se infatti le Città sono pianificate, ben organizzate e amministrate coscientemente, si può dare vita ad una sinergia tra Istituzioni, cittadini e professionisti in grado di migliorare le condizioni di vita e la salute della popolazione.
Perché la Città al centro di queste dinamiche? Perché come evidenziato dall'Health City Institute è il primo riferimento aggregativo sul quale lavorare. Luogo dove sempre più si incontra la concentrazione di persone e che richiede di offrire soluzioni che incidono sulla prevenzione della salute dei cittadini, limitando i fattori di rischio ed offrendo opportunità per una vita più sana partendo proprio dalla possibilità di una maggior pratica di esercizio fisico.

Potremmo oggi parlare di necessità di urbanizzazioni nuove, oppure più semplicemente di poter avere ed adattare le Città perché divengano Città a misura d'uomo. Un'idea interessante perché guarda non solo ad accompagnare le esigenze legate ai ritmi lavorativi delle persone ma ricerca livelli di qualità di vita adeguati, dove tra le prime cose si evidenzia il miglioramento della mobilità sostenibile che permetta al cittadino di muoversi largamente a piedi all'interno della Città.

A livello mondiale uno dei progetti più significativi è quello denominato "Cities Changing Diabetes", un osservatorio particolare ed attento al ruolo della Città per azioni che non solo prevengano la malattia ma intervengano in modo strutturale perché queste azioni siano attuabili. In modo particolare le opportunità per migliorare gli stili di vita delle persone hanno specifica rilevanza e impattano fortemente con l'idea stessa di "Urban Health".
Cities Changing Diabetes ha coinvolto diverse grandi città come Città del Messico, Copenaghen, Houston, Pechino, Shanghai, Tianjin, Koriyama, Xiamen, Hangzhou, Vancouver, Johannesburg, Buenos Aires, Beirut, Jakarta, Leicester Madrid, Milano e Roma che è stata eletta City Changing Dia-

betes nel 2017.
Un riconoscimento importante per la nostra Città e le Istituzione di ricerca e accademiche che in essa operano.

Proprio partendo da questi presupposti, e in connessione con l'elezione di Roma a City Changing Diabetes 2017 è stato ideato, come omaggio alla Città e sviluppo di proposte concrete, il "passaporto di Roma Città per Camminare e della Salute".

Camminare fa bene! E' un'affermazione che oggi trova d'accordo trasversalmente tutta la società. Lo dice il mondo scientifico, guardano con attenzione al fenomeno gli Enti locali, lo stesso mondo dello sport è sempre più vicino a chi si avvicina anche a pratiche meno agonistiche, ma soprattutto lo reclamano i cittadini.

In Italia da alcuni anni, sotto il coordinamento ideativo di Maurizio Damilano, campione dell'atletica nella disciplina della marcia, si è sviluppata assieme a FIDAL la proposta "Città per camminare e della salute", un progetto nato proprio dal pensare a questi due aspetti del come e del dove: come camminare, e camminare bene, perché aiuta a stare bene, a tutelare la salute, e dove camminare in Città.

Questo passaporto, oltre ad essere uno strumento pratico a disposizione dei cittadini, ma diremmo anche dei turisti, evidenzia come Roma possa fregiarsi oggi di uno strumento formidabile per evidenziare la sua attenzione verso i cittadini e una moderna visione della Città da vivere in movimento.

Il passaporto fa inoltre di Roma la prima "Walking Cities" a livello Europeo, Città dove è possibile trovare spazi e situazioni per camminare con uno sviluppo chilometrico di 50 percorsi suggeriti per una pratica sportiva e salutistica che tocca i 3020 Km nell'area metropolitana. Un successo questo che deve rendere orgogliosi tutti cittadini romani e oseremmo dire l'intero Paese.

I percorsi suggeriti all'interno del passaporto – ma che sono anche visibili sull'applicazione per smart phone "Citta per camminare e della salute" – i percorsi sono stati scelti pensando ai cittadini e alla quotidianità di utilizzo, ma anche rivolti ai turisti, dedicati alla visita della Città, dei suoi luoghi simbolo, così come di parti meno note ma che presentano altrettanto fascino e bellezza. e percorsi di tipo naturalistico, ambientale o più decisamente sportivo – .

Il "passaporto di Roma Citta per Camminare e della Salute" non è solo uno strumento tecnico, esso è un documento eccezionale per l'ampiezza della documentazione contenuta, per le informazioni che offre e nel contribuire così a un volto diverso e più sano della Città e del suo territorio metropolitano e in tutti i contesti urbani sia nelle aree a maggior impatto turistico, che nelle periferie.
Si è voluto dare attraverso il passaporto una visione della Città diversa dal consueto utilizzo motorizzato: una Città che presenta tante occasioni per essere vissuta a piedi, per essere "riconquistata" dall'uomo nella sua primordiale locomozione, camminare.

La Città di Roma può affermare con fierezza che la sua millenaria storia trova oggi un motivo in più per essere impronta di un percorso culturale e storico capace di rivivere sotto lo sguardo di tutti coloro che vorranno goderla passo dopo passo camminando.

Roma è orgogliosa di offrire ai propri cittadini e ai visitatori uno strumento che possa coniugare la promozione dei corretti stili di vita alla scoperta delle bellezze di una città eterna ed unica.

PREFAZIONE

VITTORIA BURATTA

Direttore per le statistiche sociali e il censimento della popolazione dell'ISTAT

Il monitoraggio della diffusione e della gestione del diabete si deve appoggiare su una solida base di documentazione quantitativa e l'Istat offre, a questo fine, un rilevante contributo di dati e analisi. Questo Rapporto se ne avvale in maniera robusta.

La salute dei cittadini è da sempre un tema fondamentale per la statistica ufficiale. Le nostre rilevazioni, oltre a rappresentare le condizioni di salute dei cittadini, offrono la possibilità di metterle in rapporto con altri aspetti rilevanti quali il loro contesto familiare e sociale, gli stili di vita e di cura oltre ai fattori di rischio, permettendo di cogliere un'immagine multidimensionale del fenomeno. In quest'ambito uno dei campi in cui la sfida della misurazione è più pressante è quello territoriale. Non solo è importante disporre di informazione ad un elevato livello di dettaglio, ma anche consentire una lettura dei dati che faccia emergere il ruolo svolto dalle caratteristiche delle forme insediative e dello sviluppo economico dei territori.

L'analisi del diabete, malattia sociale la cui prevalenza è destinata a crescere nel tempo e la cui prevenzione e cura sono strettamente legate agli stili di vita, rappresenta perciò un importante terreno di prova in cui far convergere l'analisi degli aspetti sociali e di quelli territoriali.

Questo Rapporto rappresenta, sotto questo profilo, un passo fondamentale per lo sviluppo di un approccio di analisi delle implicazioni socio-economiche del diabete, basato sull'idea che gli stili di vita non sono solamente il frutto di scelte individuali ma anche il risultato di scelte "collettive", ovvero del modo in cui i luoghi in cui svolgiamo le nostre attività quotidiane sono organizzati.

Credo quindi che possa continuare a rappresentare una positiva occasione di incontro e di sintesi per tutti coloro che intendono contribuire alla conoscenza del diabete e alla lotta contro questa malattia.

Vorrei chiudere con una riflessione più generale sul ruolo della statistica ufficiale a servizio del Paese. Misurare è il compito primario dell'Istituto nazionale di statistica e di tutti i produttori di statistica ufficiale del Paese. Lo scopo è quello di produrre e diffondere informazioni statistiche e analisi di elevata qualità per favorire i processi decisionali di tutti i soggetti della società, in primis dei decisori pubblici. In un mondo che sperimenta la crescente tendenza alla moltiplicazione delle fonti di informazione, assicurare la qualità delle statistiche è un elemento fondamentale per la credibilità e la reputazione della statistica pubblica. È importante sottolineare che quando si parla di produzione e diffusione di dati di "qualità" si fa riferimento ad un framework concettuale consolidato e condiviso a livello europeo e mondiale, che mette in primo piano le diverse dimensioni della qualità delle informazioni (dalla pertinenza e accuratezza alla tempestività, comparabilità, coerenza e accessibilità) e che fonda l'attività degli Istituti di statistica su rigorosi principi etico-professionali e sui più avanzati standard scientifici.

PREFAZIONE

WALTER RICCIARDI

Presidente della World Federation of Public Health Association

Cento anni fa solo due persone su dieci nella 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 30 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, ma la quota maggiore dell'incremento in ambiente urbano si sta verificando non nelle megalopoli ma in città più piccole. 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.
Stili di vita che trasmettiamo gioco forza anche ai nostri figli; bambini spesso in sovrappeso se non obesi. In Italia, come descritto nell'ultimo rapporto Osservasalute, i bambini e gli adolescenti in sovrappeso rappresentano il 26,5% della popolazione tra i 6 e gli 11 anni.
Appare evidente come, sebbene recentemente non si faccia altro che parlare dell'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.
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.
Interventi urbanistici, "laboratori" sugli stili di vita sani come "cities changing diabetes", avviato a livello mondiale in 18 città, tra cui Roma, con un dell'Osservatorio Nazionale per la salute nelle Regioni.
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.

PREFAZIONE

GIUSEPPE DE RITA

Presidente Fondazione CENSIS

La crescita di Roma è stata molto intensa negli ultimi 60 anni (sul solo territorio comunale oltre 2milioni 600mila abitanti conteggiati nell'ultimo censimento del 2011, un milione in più circa rispetto al censimento del 1951) ed è stata di fatto comunque una crescita inclusiva che traduce le ondate migratorie che continuano a susseguirsi negli anni in generazioni di nuovi romani, pur quando non sono nati a Roma o hanno almeno un genitore che è nato altrove. Certo non mancano zone e situazioni dove sia le scelte che i percorsi spontanei di sviluppo urbano hanno determinato situazioni e modelli di convivenza contrassegnati da una forte e specifica presenza di problematiche sociali ed economiche.

Tuttavia Roma è stata ed è una città inclusiva, forte della sua identità, che conserva come tratto caratteristico una eterogeneità sociale vitale in tutti i suoi territori, anche quelli periferici, senza sperimentare le forme di segregazione sociale diffuse in altre metropoli europee.

La peculiarità romana è stata da sempre oggetto di riflessione del Censis, che ha fatto dell'analisi territoriale uno dei suoi principali focus di ricerca. In questa analisi grande spazio è stato dato alla specificità dei singoli contesti, considerando, accanto alle grandi città, anche le piccole dimensioni territoriali e tutte le realtà vitali con una forte identità culturale che hanno contribuito a mantenere competitiva la nostra economia.

Il contributo del Censis in un progetto finalizzato all'analisi della salute nelle città ed in particolare dell'urban diabetes si inscrive in questa tradizione di ricerca, attenta alla rilevanza della dimensione territoriale e al ruolo degli aspetti culturali e sociali che costituiscono la specificità dei contesti dove le persone vivono, anche dal punto di vista della qualità della vita e delle opportunità di salute.

Questo vale a maggior ragione quando il focus dell'attenzione è rappresentato da una malattia come il diabete, emblematica non solo della cronicità ma anche del forte peso che i determinati sociali esercitano sulle condizioni patologiche.

A fronte della rilevanza della dimensione individuale degli aspetti socioeconomici, nei comportamenti così come nelle situazioni di partenza, anche l'assetto del contesto di vita appare strategico e Roma, con le sue peculiarità e la sua grande varietà di assetti urbani, con la specificità del suo modello di urbanizzazione e coesione sociale, rappresenta un ambito di estremo interesse per l'analisi delle diversità di condizioni e vulnerabilità delle persone con diabete.

Le scelte legate all'organizzazione dei luoghi e le trasformazioni urbane che si sono susseguite e caratterizzano la complessità del territorio del comune di Roma, così come dell'intera area metropolitana, possono avere infatti un grande impatto sulle opportunità, sugli stili di vita e sulla qualità della vita delle persone che affrontano questa malattia.

Nella prospettiva auspicabile che la salute indivi-

duale e collettiva diventi davvero un aspetto centrale della politica della città e di una città come Roma, è davvero importante partire da una analisi capace di valutare, insieme gli aspetti strutturali della dimensione urbana, le specificità sociali e culturali del territorio ed anche il modo in cui queste sono vissute dalle persone che convivono ogni giorno con la malattia. Dar loro voce è un passo fondamentale per verificare sul campo il peso ed il ruolo dell'intreccio degli aspetti culturali e sociali che determinano i diversi assetti dei luoghi dove le persone lavorano, si muovono e vivono, contribuendo a delinearne gli svantaggi e le opportunità.

L'analisi qualitativa sviluppata dalla Fondazione CENSIS assieme all'University College of London, attraverso il Diabetes Vulnerability Assessment, vuole analizzare le vulnerabilità sociali associate al diabete tipo 2 nell'area metropolitana di Roma.

PREFAZIONE

RENATO LAURO

Presidente IBDO Foundation

La storia ci insegna che alcuni eventi catastrofici accadono in pochi secondi, eventi improvvisi che provocano danni incalcolabili e che possono cambiare la storia di un territorio e il destino dei popoli. Ma esistono catastrofi che possono impiegare anni per svilupparsi senza che nessuno se ne accorga, e quando ci si rende conto di cosa sta accadendo, è troppo tardi per evitarle.
La sfida globale del diabete fa parte di quest'ultima categoria: un'emergenza che avanza lentamente e che, se non affrontata al più presto, può portare il mondo ad una catastrofe sanitaria che avrà profonde implicazioni sociali, economiche e politiche.
E' una patologia devastante che deve essere combattuta per due motivi:
L'impatto del diabete sugli individui.

Sebbene il trattamento e la cura del diabete siano migliorati negli ultimi dieci anni, le complicanze del diabete sono ancora molto comuni e spesso hanno un impatto devastante sull'individuo e sui suoi familiari. Tutt'ora milioni di persone muoiono per il diabete ogni anno – 5,1 milioni nel 2013 secondo l'IDF. Altri perdono la vista o subiscono l'amputazione degli arti a causa dello scarso controllo metabolico. Il diabete non controllato può portare ad insufficienza renale secondo una probabilità tre volte maggiore rispetto ad una persona in controllo.
L'altro motivo è il peso economico e finanziario del diabete. Il budget dei Sistemi Sanitari è in continuo aumento e il costo del diabete potrebbe rappresentare una grande criticità.

Non è possibile pensare che i Sistemi Sanitari possano far fronte a questa spesa se i trend di incidenza del diabete continueranno a crescere.
Per entrambe queste ragioni, il diabete deve essere affrontato con un approccio multidisciplinare partendo proprio dalla città.
Come ha dichiarato Jacob Kumaresan, direttore del World Health Organization's Centre for Health Development: "Siamo vivendo un momento cruciale della storia in cui è ancora possibile affrontare i problemi di salute associati all'urbanizzazione delle città" Questo è l'obiettivo del progetto Cities Changing Diabetes: credere che la pandemia del diabete sia evitabile.
Negli anni passati, i Sistemi Sanitari hanno agito per frenare altre emergenze sanitarie come il vaiolo, l'HIV e la malaria. Sono state promosse campagne di sensibilizzazione e mobilitate risorse.
Ora dobbiamo avere la stessa ambizione per la lotta al diabete.
Siamo consapevoli che 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.
Pare 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.
E questo è un dato preoccupante soprattutto se si considera il fatto che, per la prima volta nella storia dell'Umanità, la maggior parte della popolazione vive oggi nelle aree urbane, e le proiezioni

stimano un progressivo aumento dei residenti nelle città.
Le recenti ricerche ci indicano come lo sviluppo delle città metropolitane, i grandi cambiamenti demografici dovuti all'urbanizzazione, 'alimentassero' il diabete, in maniera lenta ma continua, ed è per questo motivo che proprio dalle città e dallo stile associato alla vita cittadina bisogna partire per concentrare gli sforzi volti ad arginare la pandemia diabete, sempre più gravosa per il nostro sistema sanitario. Questo vuol dire soprattutto fare 'prevenzione'. L'80% delle malattie croniche, tra cui il diabete, può essere prevenuto seguendo corretti stili di vita.
Una sfida globale che deve essere affrontata con rigore scientifico e in un quadro di grande collaborazione Istituzionale.
La crescita del diabete nei grandi centri urbani non è necessariamente inarrestabile.
La collaborazione tra professionisti della salute, amministratori, urbanisti, il mondo scientifico, le associazioni di pazienti e gli stessi cittadini può trasformare le nostre città e renderle luoghi più adatti, a prova di diabete.
Il diabete comporta non solo un costo sociale importante, ma ha anche un rilevante impatto economico sulle risorse del Sistema sanitario.
Purtroppo è una malattia cronica in continua crescita e la prevenzione, soprattutto quella definita primaria, che agisce modificando stili di vita e alimentari scorretti, e l'arma più efficace per affrontarlo.

Roma inserita nel 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.

PREFAZIONE

DRAGO VUINA

Corporate Vice President & General Manager
Novo Nordisk Italia

Passione e impegno per le persone e con le persone

Prevenire, curare, innovare: questa è la nostra vocazione da sempre. La passione per la medicina, la salute e la ricerca, nonché l'ambizione di migliorare la qualità della salute e della vita delle persone, sono i fattori trainanti che, negli anni, ci hanno consentito di raggiungere risultati d'eccellenza e che oggi ci stimolano a guardare con entusiasmo e determinazione a nuovi traguardi. Il nostro valore nasce dall'attenzione alle necessità del paziente e della persona , che rimane al centro delle nostre scelte e strategie. È un impegno che testimoniamo con il lavoro di ogni giorno e con la nostra presenza nelle numerose iniziative sociali e nei progetti di sensibilizzazione e prevenzione che sosteniamo, nella convinzione che una comunità coesa e responsabile sia una comunità destinata a diventare sempre più forte e sana.
Novo Nordisk persegue una missione ambiziosa, curare le persone e migliorare la loro qualità di vita. In questo percorso, lungo quasi cento anni, abbiamo creato un valore reale e tangibile, fatto di numeri, di cifre, di risultati concreti, ma siamo consapevoli che altri elementi – immateriali e intangibili – definiscono il nostro profilo, caratterizzando la nostra cultura aziendale e il nostro modus operandi: le persone e le loro competenze, il sapere e il know-how dell'organizzazione, la qualità delle relazioni con gli stakeholder. Siamo fortemente convinti che la capacità di gestire, accrescere e valorizzare i nostri asset intangibili – in primis la qualità del nostro lavoro, la solidità del brand, la capacità di innovare, il consenso e la fiducia dei nostri stakeholder - integrandoli con quelli tangibili, sia fondamentale per il conseguimento di un successo competitivo e sostenibile nel medio- lungo termine.
Operiamo in questo contesto nella convinzione che il primo valore che ci deve guidare nel nostro progetto imprenditoriale sia la centralità della persona, in sé e nelle sue proiezioni relazionali. Per questo abbiamo fatto del nostro impegno ad assicurare una migliore qualità di vita della persona e della comunità dove operiamo.
Siamo consapevoli che il nostro è un settore ad alto contenuto innovativo: per questo siamo convinti che la ricerca e la scoperta di terapie sempre più efficaci e all'avanguardia possano essere la risposta alla crescente domanda di salute. Investiamo costantemente sull'innovazione, sulla qualità e sull'eccellenza, quali chiavi strategiche della competizione attuale e futura sugli scenari nazionali e internazionali.
La nostra visione è quella di un'azienda che crede in se stessa, nel benessere, nel miglioramento della qualità di vita delle persone.
Un'Azienda che cresce e guarda al futuro senza dimenticare le proprie origini, fatto di valori e saperi.
Novo Nordisk intende portare il proprio contributo in tutti quei contesti, istituzionali e non, dove diventa sempre più necessario progettare, dialogare e attivarsi con l'obiettivo di trovare soluzioni congiunte per poter curare e prevenire patologie di grande impatto sociale. Ciò significa promuovere e realizzare importanti progetti di sensibilizzazione e informazione, supportare la ricerca scientifica, favorire il dialogo e la concertazione tra attori istitu-

zionali e mondo scientifico, sostenere le associazioni dei pazienti, con l'obiettivo finale di migliorare non soltanto la qualità e l'efficacia della cura ma soprattutto la qualità della vita dei pazienti. Guidati da un forte spirito di solidarietà e coesione sociale, abbiamo scelto di sostenere importanti iniziative di carattere filantropico, nella convinzione che un'azienda socialmente responsabile debba essere attenta ai bisogni della comunità, contribuendo al suo benessere.

Siamo convinti che la responsabilità sociale non possa essere un capitolo aggiornato di marketing aziendale, ma una visione solidale del contesto sociale nazionale globale nella quale l'Azienda opera.

Vogliamo perseguire un modello di crescita sostenibile nel tempo, incentrato su una attenta valutazione degli impatti delle proprie attività e sull'integrazione, nelle operazioni commerciali e nei rapporti con le parti interessate, di attenzioni e preoccupazioni di carattere ambientale.

Siamo convinti, infatti, che il successo di un'azienda si misuri attraverso una combinazione di fattori economici, ambientali e sociali, e solo da un approccio integrato di queste tre dimensioni deriva la capacità di soddisfare le esigenze degli stakeholder, di mantenere la fondamentale armonia con la società e sostenere lo sviluppo aziendale.

Operiamo nel presente con uno sguardo proiettato al futuro, attribuendo uguale priorità alla crescita del business e del profitto così come alla tutela dell'ambiente e del contesto socio-territoriale in cui siamo inseriti, per essere un protagonista attento, corretto e responsabile.

Rispetto dell'ambiente, significa piena aderenza alla nostra mission, ai nostri principi guida ed ancoraggio alla nostra tripla bottom line.

Roma Cities Changing Diabetes è tutto questo, è parte del nostro impegno a lavorare per le persone con le persone, per costruire un futuro migliore.

Lo stato di percezione della salute da parte dei cittadini nell'area metropolitana di Roma

Lucio Corsaro
MediPragma

cities changing diabetes

L'OMS ha coniato il termine "Healthy City" per indicare una città conscia dell'importanza della salute intesa non più solo come un "bene individuale", ma un "bene collettivo", che chiama tutti i responsabili delle istituzioni nazionali e locali, le aziende sanitarie, le imprese, i medici, gli urbanisti e la comunità a costruire partnership che permettano di valutare la salute come priorità e investimento e non solo un costo e trovare nuovi modi per progettare, costruire e gestire le città.
Nel 2017 i Sindaci Italiani, gli esperti e scienziati nazionali ed internazionali, insieme ai rappresentanti del Governo ed ai rappresentanti dell'ANCI, si sono riuniti a Roma per discutere di urbanizzazione e salute, al fine di porre l'attenzione sulla necessità di adottare misure specifiche per le città e la salute dei cittadini.
La principale arma è rivolgere maggiore attenzione ad ogni aspetto della strategia urbana dal verde cittadino, ai trasporti, allo sport, alle politiche sull'ambiente.
L'organizzazione dei contesti ambientali e sociali è in grado di influenzare e modificare i bisogni emergenti delle persone, gli stili di vita e le aspettative, per questo rappresentano fattori da considerare nella definizione delle politiche pubbliche.
Muovendo da queste sollecitazioni, MediPragma, Società indipendente specializzata nelle ricerche di mercato e consulenza marketing nell'area Salute ha condotto tra il 2017 e 2018 (12/11/2017–01/03/2018) una ricerca dedicata ad indagare lo stato di salute della Città di Roma, all'interno del programma Cities Changing Diabetes.
Per raggiungere gli obiettivi dello studio è stata utilizzata la tecnica di intervista CAWI (computer assisted web interview) su piattaforma on line.
In totale sono stati raggiunti **1140** cittadini tra economisti, sociologi, clinici, accademici, urbanisti, architetti, rappresentanti della pubblica amministrazione e di associazioni, esperti che agiscono in tema di salute nelle città, al fine di garantire la rappresentatività del campione a livello nazionale e permettere una ricerca qualitativa significativa. La tecnica di analisi utilizzata si compone di una tecnica mista: la "Scala Likert" ed il numero NPS. L'indagine vuole:

Valutare il grado di efficienza percepito dai cittadini rispetto ai seguenti servizi:

- **socio-educativi, sportivi, culturali e ricreativi,**
- **sanitari,**
- **trasporto attivo,**
- **servizi per le fasce più deboli (anziani/disabili).**

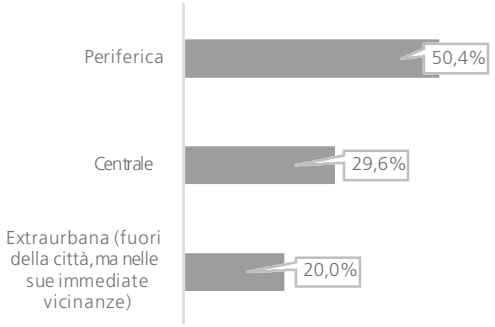
Misurare il livello di soddisfazione percepito dai cittadini in riferimento al tema: **città come luogo sano di vita e di lavoro**.

Identificare le principali aree di intervento sulla base delle aspettative dell'universo dei cittadini intervistati.

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

FIGURA 1

Area Geografica



Titolo di studio

Licenza media 6,1%

Diploma 40,9%

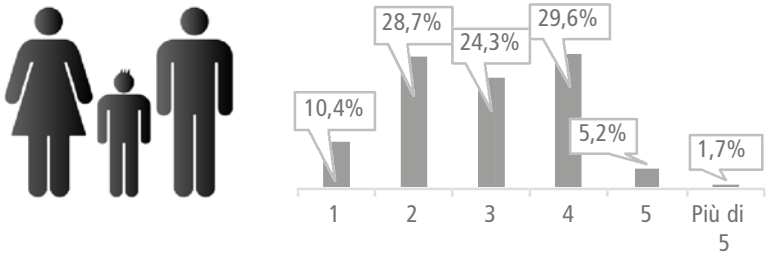
Laurea 53%

Età Media : 45 anni

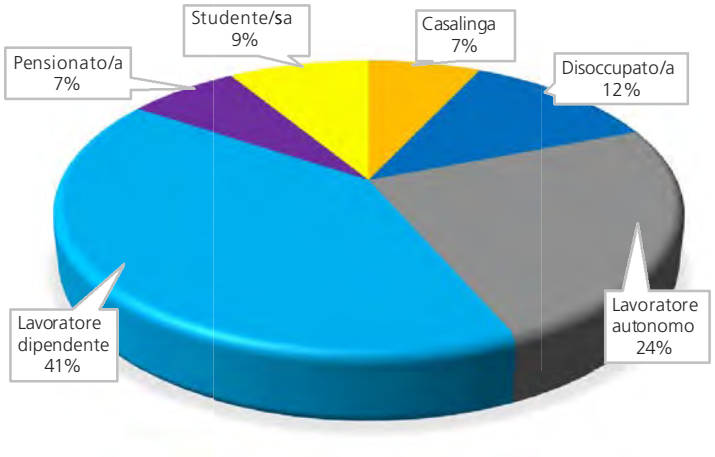
DONNE 71,3 %

UOMINI 28,7%

Nucleo famigliare



Attività lavorativa



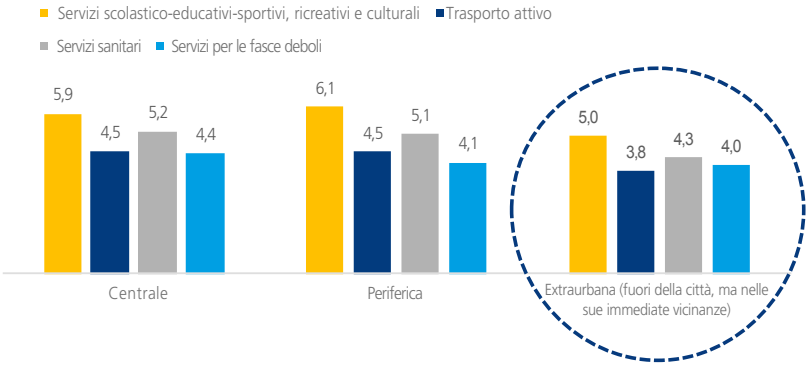
cities changing diabetes

I cittadini intervistati hanno in media **45 anni**, per il **71,3% sono donne e per il 28,7% uomini**.
Oltre la metà (50,4%) proviene da zone di Roma situate in periferia, il 29,6% da zone centrali e la parte restante (20%) dall'area extraurbana, fuori dalla città di Roma ma nelle sue immediate vicinanze. Il campione è rappresentato per il **41% da lavoratori dipendenti**, 24% lavoratori autonomi, disoccupati per il 12%, 9% studenti, casalinghe e pensionati rispettivamente per il 7%. Quanto al **nucleo famigliare il 29,6% è composto da 4 membri**, così come evidenziato dalla Figura n. 1.

VALUTAZIONI DELLA PRESENZA DEI SERVIZI E STRUTTURE CITTADINE: SERVIZI SCOLASTICO-EDUCATIVI, SPORTIVI, RICREATIVI, CULTURALI

FIGURA 2 A

Più ci si allontana dal Centro e peggiore risulta la valutazione dei servizi da parte dei cittadini intervistati.



Gli intervistati di età compresa tra i 20 e i 30 anni hanno una percezione dei servizi erogati dai Comuni peggiore rispetto alle altre fasce d'età.

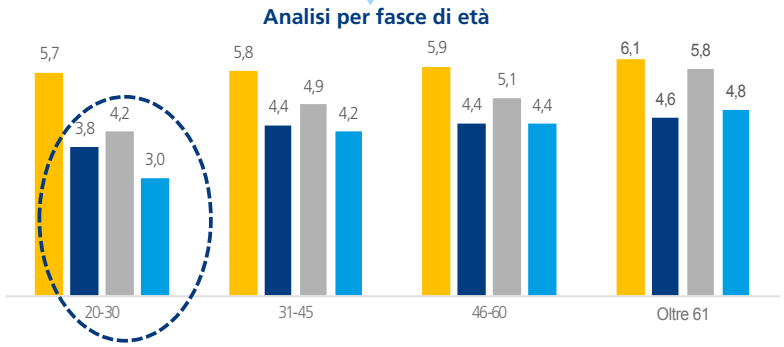
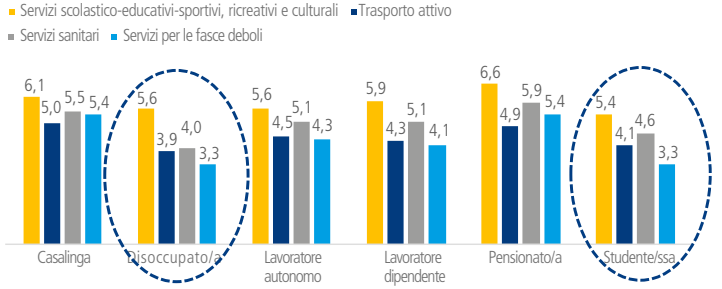
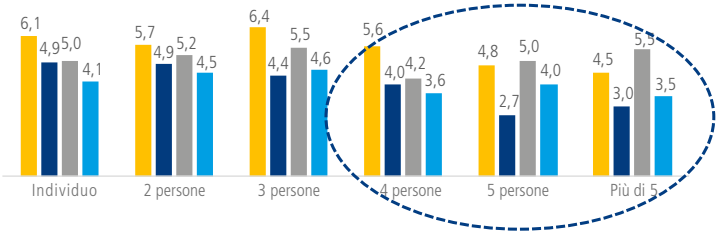


FIGURA 2 B

I disoccupati e gli studenti intervistati hanno una percezione più negativa dei servizi erogati dai Comuni rispetto agli altri cluster per occupazione.



All'aumentare del nucleo famigliare corrisponde una peggiore percezione dei servizi, soprattutto, trasporti e servizi per le fasce deboli.



cities changing diabetes

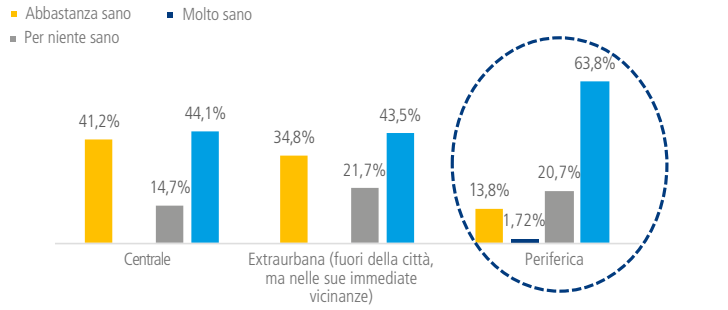
Come valuta i **servizi: scolastico-educativi, sportivi, ricreativi, culturali** della sua Città? Quanto reputa la sua **città un luogo sano di vita e di lavoro**? Quanto è garantito il **diritto alla salute**?
Per promuovere il benessere e gli stili di vita e favorire la prevenzione la ricerca condotta sulla Salute della Città di Roma ha rivolto queste domande ai cittadini. La condivisione dei risultati emersi è fondamentale per poter proporre piani di azione che possano impattare sulla salute delle persone che in essa vivono. La conoscenza del contesto specifico consente di individuare i punti su cui fare leva per ottenere un cambiamento che possa avere impatto nella riduzione del rischio di salute dei cittadini.
In Italia il 37% della popolazione risiede nelle 14 Città Metropolitane (Torino, Genova, Milano, Venezia, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Reggio Calabria, Palermo, Messina, Catania, Cagliari) e le priorità di intervento da porre in atto per migliorare lo stile di vita e lo stato di salute delle persone che vi abitano stanno diventando una priorità di azione amministrativa da parte dei Sindaci.
Secondo l'ultimo Censimento dell'Istituto Nazionale di Statistica ISTAT (Annuario Statistico Italiano 2016) la popolazione residente nella Città metropolitana di Roma è risultata composta da 4,3 milioni di persone, di cui 2,9 milioni nel Comune. Il 52,1% sono donne, 47,9% uomini mentre la popolazione straniera residente rappresenta il 12,1%. La speranza di vita alla nascita è di 84,7 per le donne e 80,4 anni per gli uomini. I residenti con più di 65 anni sono quasi 900mila (626mila nel Comune), con almeno ottant'anni 264mila (193mila nel Comune).
I dati censimento 2011 evidenziano a 2,2 la dimensione media delle famiglie della Città metropolitana, una famiglia su tre è monoparentale, quanto alla mobilità quotidianamente 339mila persone (il 68,3% della popolazione) si spostano per motivi di lavoro o di studio. Il futuro della sostenibilità dei sistemi nella Città di Roma passa attraverso lo studio dei determinati della salute. In questo contesto la ricerca ha focalizzato l'osservazione **sull'analisi dei servizi al cittadino** evidenziando come più **ci si allontani dal Centro e peggiore risulti la valutazione dei servizi da parte dei cittadini intervistati** (Figura 2).
Gli intervistati di età compresa tra i 20 e i 30 anni hanno una percezione dei servizi erogati dai Comuni peggiore rispetto alle altre fasce d'età.
Si può osservare come soffermando sull'occupazione dei cittadini, i disoccupati e gli studenti intervistati abbiano una percezione più negativa dei servizi erogati dai Comuni rispetto agli altri.

VALUTAZIONE DI ROMA COME LUOGO SANO DI VITA E DI LAVORO

Quanto reputa la sua **città un luogo sano di vita** e di **lavoro**? (Una sola risposta)

FIGURA 3 A

Gli intervistati risiedenti nelle aree periferiche hanno una percezione delle città peggiore rispetto agli abitanti del centro



Gli intervistati con un'età compresa tra i 46 e i 60 anni sono i più critici verso gli aspetti di vita offerti dalle città di residenza

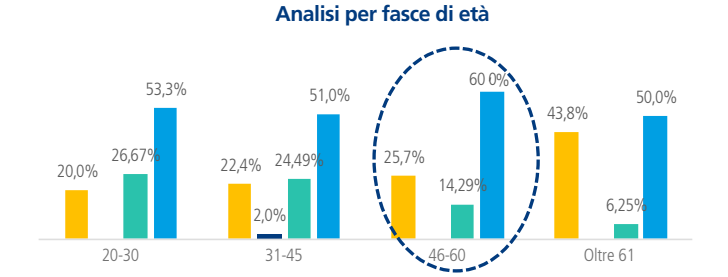
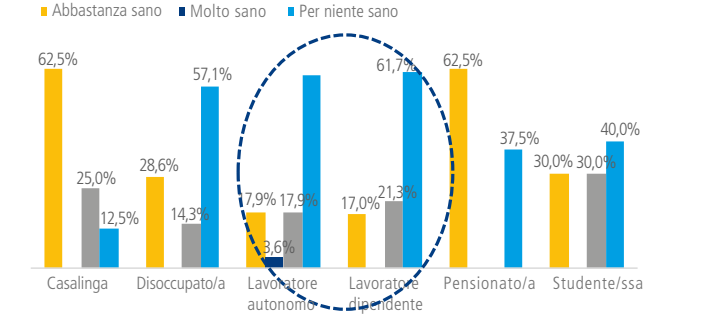
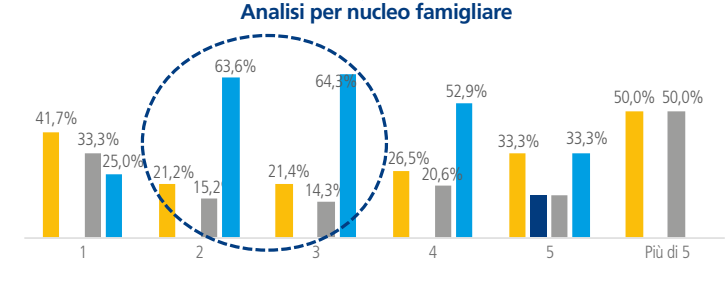


FIGURA 3 B

Oltre il 60% dei lavoratori autonomi e dipendenti, cherappresentano insieme la maggioranza del campione, vedono la città come un luogo "poco sano"



Le coppie e le famiglie costituite da 3 membri hanno una percezione della città peggiore rispetto agli altri cluster del campione



cities changing diabetes

La città metropolitana di Roma può offrire grandi opportunità di integrazione tra servizi scolastico-educativi-sportivi, sanitari, di mobilità, sociali. Soltanto un'accurata **analisi dello stato di salute** della popolazione può consentire un'attenta organizzazione dell'offerta dei servizi, orientata ad interventi concreti che soddisfino i bisogni dei cittadini e non accentuino le disparità sociali, economici e sanitari.

I risultati dell'analisi ci indicano quanto i cittadini dell'area metropolitana di Roma reputino la loro **città un luogo sano di vita** e di **lavoro**.

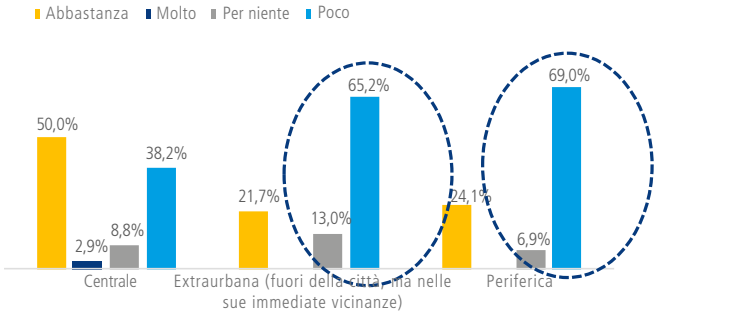
Gli intervistati **risiedenti nelle aree periferiche hanno una percezione della Città peggiore rispetto agli abitanti del centro** (Figura n. 3). **Le coppie e le famiglie costituite da 3 membri hanno una percezione della Città peggiore rispetto agli altri ed oltre il 60% dei lavoratori autonomi e dipendenti**, che rappresentano insieme la maggioranza del campione, **vedono la città come un luogo "poco sano"**.

A questi punti di osservazione si aggiunge la valutazione da parte dei cittadini di quanto sia garantito il **diritto alla salute nella Città**.

LA CITTA' COME LUOGO CHE RISPETTA IL DIRITTO ALLA SALUTE

FIGURA 4 A

I cittadini risiedenti nelle aree centrali delle città percepiscono il diritto alla salute più garantito rispetto a coloro che risiedono inperiferia e nelle aree extra urbane



Le persone con oltre 61 anni di età hanno una percezione dei servizi legati alla salute migliore rispetto alle fasce d'età più giovani

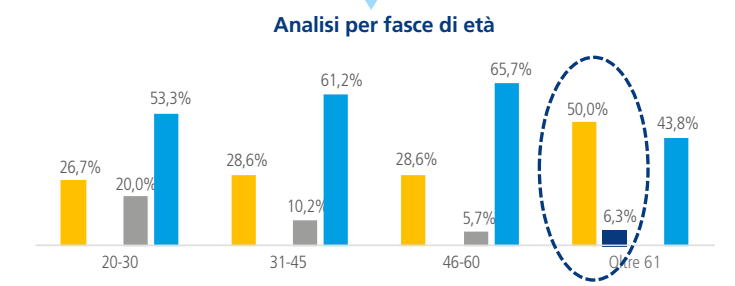
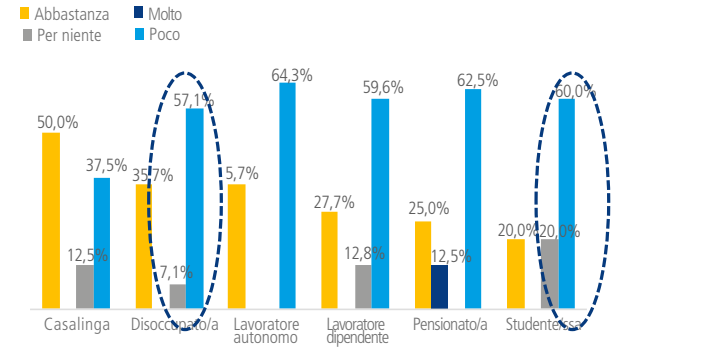
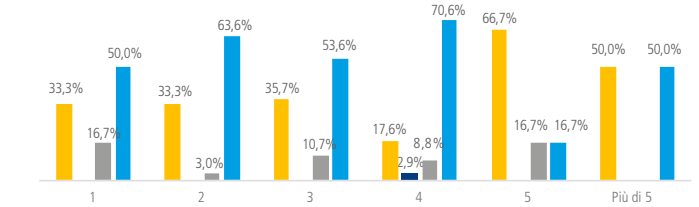


FIGURA 4 B

Gli intervistati attualmente disoccupati e gli studenti hanno una percezione del Diritto alla salute peggiore rispetto agli altri cluster



Ad un nucleo famigliare più cospicuo corridponde una percezione peggiore del diritto alla salute



cities changing diabetes

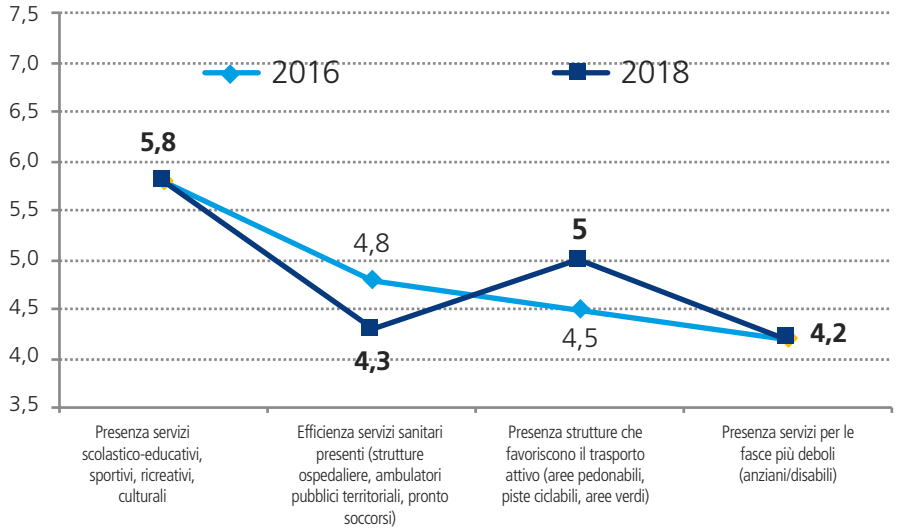
I cittadini **risiedenti nelle aree centrali delle città percepiscono il diritto alla salute più garantito rispetto a coloro che risiedono in periferia e nelle aree extra urbane** (Figura n. 4).
Le persone con oltre 61 anni di età hanno una percezione dei servizi legati alla salute migliore rispetto alle fasce d'età più giovani.

Ad un nucleo famigliare più cospicuo corrisponde una percezione peggiore del diritto alla salute. Gli intervistati attualmente disoccupati e gli studenti valutano il diritto alla salute meno garantito rispetto agli altri.

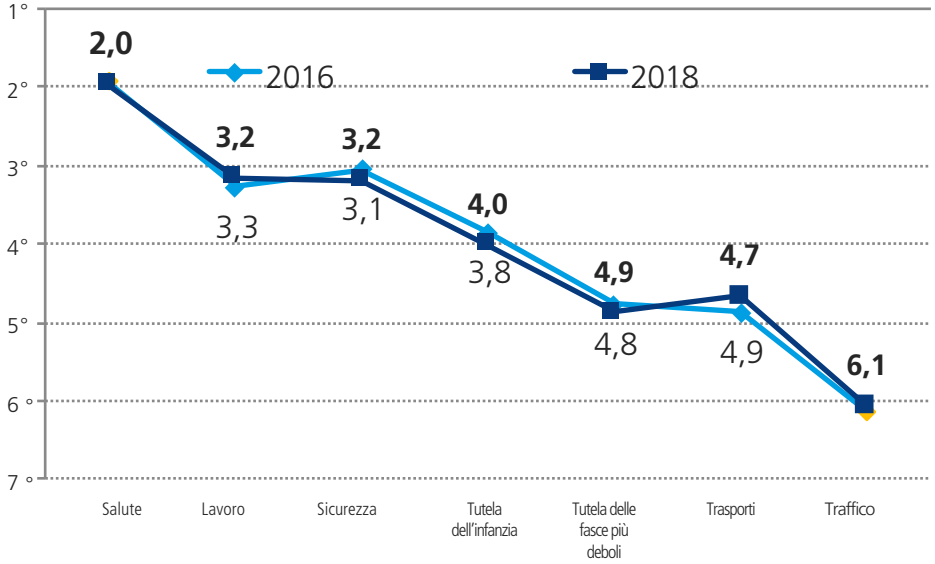
LE TEMATICHE PIU' IMPORTANTI PER UNA CITTA' SANA

FIGURA 5

VALUTAZIONI SERVIZI E STRUTTURE CITTADINE - MEDIE PUNTEGGIO CITTÀ



IMPORTANZA TEMATICHE PER UNA CITTA' SANA – POSIZIONE MEDIE IN GRADUATORIA DEI VARI TEMI



cities changing diabetes

KEY MESSAGES

I dati sulla salute della Città metropolitana di Roma indicano che:

I cittadini intervistati evidenziano un **alto livello di insoddisfazione rispetto a tutti i servizi** presi in esame. **Nell'indagine condotta nel 2016 si evidenzia lo stesso risultato**,un'insoddisfazione generalizzata sulla dotazione dei servizi presi in esame nella città di Roma.

Tra **i servizi erogati dai Comuni raggiungono una soddisfazione più alta quelli scolastico-educativi, sportivi, ricreativi e culturali. Anche nel 2016 i Comuni intorno alla Città di Roma raccolgono la maggiore soddisfazione**, poiché possiedono materialmente le maggiori strutture deputate ai servizi sportivi ed educativi.

I servizi relativi al trasporto attivo e al supporto per le fasce deboli sono quelli con la percezione più scarsa.

I temi ritenuti più importanti dal campione sono: **salute, lavoro, sicurezza e trasporti, così come nella ricerca 2016**, in cui per un benessere collettivo il tema della salute è considerato il più importante dagli intervistati, seguito da un'occupazione garantita, sicurezza e trasporti in Città.

Il livello di soddisfazione sui servizi erogati dai Comuni peggiora in relazione all'ubicazione del cittadino. **L'insoddisfazione aumenta nelle aree extra-urbane e periferiche. Il confronto con l'indagine condotta nel 2016 consente di evidenziare come coloro che risiedono nell'Hinterland romano ritengano maggiormante la propria zona un luogo sano di vita e di lavoro** (il 77% dei responder), seguiti dai residenti nelle altre province del Lazio, con il 64%. Roma, dal Centro alla periferia, è considerata meno sana e favorevole all'ambizione lavorativa (per il 30%). Ai giovani l'espressione di una valutazione migliore.

L'analisi per fasce di età e impiego evidenzia come **i giovani studenti abbiano una visione molto critica dei servizi** che, in alcuni casi, è peggiore rispetto a quella dei lavoratori autonomi e dipendenti che insieme rappresentano oltre il 60%del campione intervistato. **Il dato è nettamente variato dall'indagine condotta nel 2016 in cui sono i giovani**, appartenenti alla fascia d'età >25 anni e gli studenti, **a dare valutazioni più favorevoli**.

La Città metropolitana di Roma racchiude grandi attrattori culturali, spazi di aggregazione, centri scientifici e produttivi cosi come aree di grande povertà, quartieri marginali e situazioni di precarietà sociale.
Per questo motivo l'Indagine sulla Salute delle Città ho incrociato diversi ambiti di intervento, dalla soddisfazione dei servizi offerti ai cittadini, la valutazione dei luoghi sani di vita e lavoro e la garanzia del diritto alla salute, per esplorare il tema della salute nella Città come bene comune e accompagnare processi di riorganizzazione concreti e perseguibili.

Cities Changing Diabetes

Il progetto e l'analisi quanto-qualitativa

Andrea Lenzi

Presidente dell'Health City Institute e Presidente del Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze per la Vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri

IL DIABETE È UNA DELLE PATOLOGIE PIÙ SFIDANTI DEGLI ULTIMI DECENNI

2017

425 milioni

DI PERSONE ADULTE HANNO IL DIABETE[1]

PROIEZIONE AL 2045

629 milioni

DI PERSONE POTREBBERO AVERE IL DIABETE[1]

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 nel lungo periodo e per il progressivo spostamento dell'insorgenza verso età giovanili.[1]

Per dare qualche dato, nel 2017 l'International Diabetes Federation stimava che gli adulti con diabete fossero 425 milioni, oggi vi è una proiezione che porta a ritenere che questo numero potrebbe aumentare fino a raggiungere i 629 milioni di persone, nel 2045.

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

Fonte
1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. 2017.

LA REGOLA DEI MEZZI SERVE A DEFINIRE I NUMERI DI QUESTA PANDEMIA

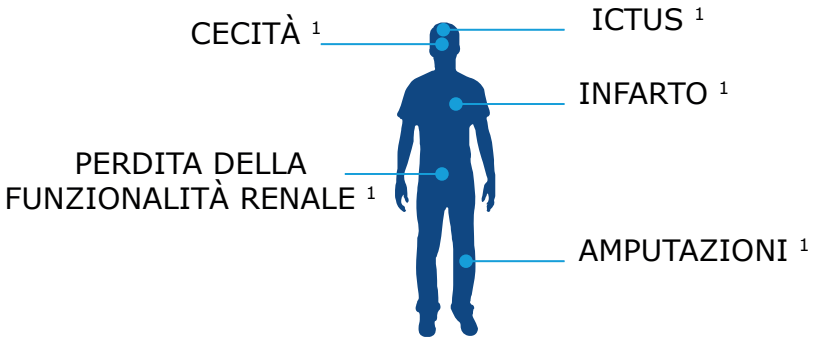
Questa "Regola del Mezzi" illustra la situazione del diabete a livello globale. Le percentuali variano da Paese a Paese.

cities changing diabetes

Le persone con diabete possono vivere vite lunghe e sane, se il diabete è in buon controllo.
Purtroppo questo non è il caso della maggior parte delle persone con diabete, come illustrato nella tabella «Regola dei Mezzi»: una tabella utilizzata 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 (nel nostro caso parliamo di più di 400 milioni di persone) 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 25% del totale) delle persone viene curato in modo adeguato, ad esempio con il farmaco più appropriato per il suo caso, e di questo numero si stima che solo la metà raggiunga il target desiderato, di solito un valore di emoglobina glicosilata pari o inferiore al 7.
Per concludere solo la metà di questo numero, pari a circa il 12% del numero di persone totali che hanno il diabete, vive una vita priva di complicanze.
Nel mondo, la regola dei mezzi presenta percentuali molto diverse, che variano a seconda del paese in cui viene fatta, e per provare a cambiare questa distribuzione è molto importante proporre delle azioni laddove i bisogni sono maggiori.

Fonte
1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. 2017.

IL DIABETE NON CONTROLLATO: CONSEGUENZE GRAVI PER LA SALUTE E PESO PER L'ECONOMIA[1,2]



COSTO DEL DIABETE

727 MILIARDI

DI DOLLARI SPESI, PER LA SPESA FARMACEUTICA GLOBALE, NEL 2017[1]

958 MILIARDI

DI DOLLARI SONO PREVENTIVATI PER LA SPESA FARMACEUTICA GLOBALE, AL 2045[1]

Il diabete non controllato può portare a conseguenze gravi per la salute ed il benessere degli individui che ne sono affetti ma in aggiunta può anche diventare un peso importante per l'economia[1,2]. Le persone con diabete infatti hanno un rischio maggiore di incorrere in ictus, infarto, perdita della funzionalità renale e amputazioni, nonché perdita della vista.

IAPB Italia stima che la retinopatia diabetica, una grave complicanza del diabete che colpisce la retina, sia la prima causa di ipovisione e di cecità che colpisce gli individui in età lavorativa, nei Paesi sviluppati. Si calcola che la retinopatia sia diagnosticata a circa un terzo delle persone con diabete.[2]

Quest'ultima dipende, in massima parte, dal grado di scompenso del diabete, ciò che conta infatti non è solo il valore della glicemia, ma anche le variazioni quotidiane (differenza tra massimo e minimo di glicemia).

Le persone con diabete hanno inoltre un aumento del rischio di un evento cardiovascolare di 2 o 3 volte maggiore rispetto a chi non ha il diabete. Il diabete e le sue complicanze portano inoltre a perdita di produttività, che riguarda non solo le persone ammalate ma anche le loro famiglie.

Va considerato anche che il diabete non controllato ha un impatto sul Sistema Sanitario Nazionale, attraverso sia i costi diretti che indiretti. La spesa farmaceutica complessiva nel 2017 è stimata essere stata pari a 727 miliardi di dollari (nella fascia d'età 20-79 anni), questo dato è dell'8% in più se paragonato alle stime del 2015.

Il costo del diabete si stima che continuerà a crescere fino a raggiungere i 958 miliardi di dollari nel 2045.[1]

Fonte: 1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. 2017.
2. World Health Organization. Global Report on Diabetes. 2017.

INVECCHIAMENTO E OBESITÀ SONO FATTORI DI RISCHIO DA NON SOTTOVALUTARE

1.9
MILIARDI
DI ADULTI SONO SOVRAPPESO O OBESI[2]

600
MILIONI
DI ADULTI SONO OBESI[2]

cities changing diabetes

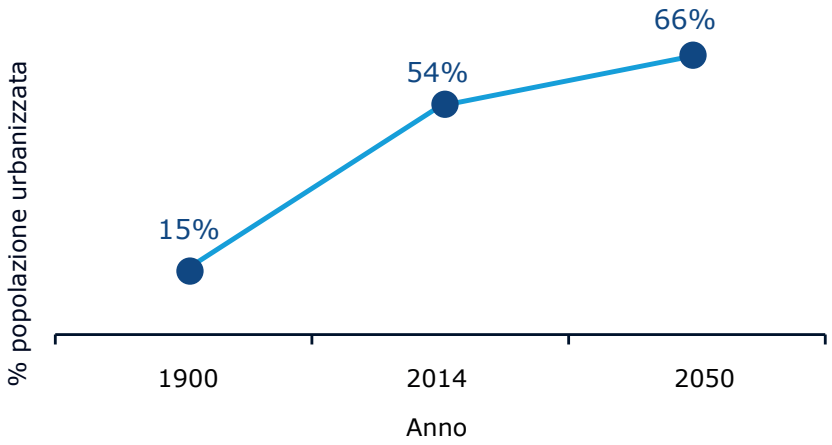
E' un fatto noto che l'incremento della prevalenza del diabete sia dovuto a fattori di rischio quali **invecchiamento e obesità**[1,2]
L'invecchiamento della popolazione è un dato di fatto: benessere e farmaci sempre più innovativi stanno spostando più in avanti l'aspettativa di vita, con il risultato che la percentuale di persone che supera la soglia dei 65 anni potrebbe raddoppiare, da qui al 2050.
Se consideriamo anche obesità e sovrappeso, entrambi in crescita, come fattori di rischio ci troviamo di fronte a una pandemia che non accenna a diminuire.

Fonte
1. World Health Organization. Global Report on Diabetes. 2016.
2. World Health Organization. Obesity and Overweight Factsheet. 2016. Available at: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/. Accessed 09 August 2016.

L'URBANIZZAZIONE È UNO TRA I CAMBIAMENTI DEMOGRAFICI PIÙ SIGNIFICATIVI DALL'INIZIO DEL SECOLO SCORSO

66% DELLE PERSONE VIVRÀ IN AREA URBANA NEL 2050[1]

AUMENTO DELLA URBANIZZAZIONE DALL'INIZIO DEL SECOLO[1]



Il fenomeno dell'urbanizzazione ha condizionato pesantemente il nostro secolo.
Fino al 1900 infatti solo il 15% di tutta la popolazione mondiale viveva nelle città.
Il XX secolo ha stravolto questo scenario e oggi è ben il 54% della popolazione mondiale a vivere nelle città.
Questa tendenza non si fermerà, anzi ci si aspetta che dalla metà di questo secolo i 2/3 di tutta la popolazione mondiale si sposteranno nelle città.[1]
La vita nel contesto urbano infatti è associata a livelli di istruzione più alti, ad un migliore accesso alle cure, ai servizi sociali nonché a offerte di intrattenimento ludico e culturale.
Ciononostante un aumento così rapido e non ben pianificato dell'urbanizzazione, caratterizzato sia da infrastrutture che da politiche inadeguate ad accogliere il cambiamento, sta compromettendo il sogno di uno sviluppo sostenibile ed è responsabile delle ineguaglianze sociali a cui stiamo andando incontro.

Fonte
1. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA). World Urbanization Prospects, the 2014 Revision, Highlights. 978-92-1-151517-6. 2014.

SALUTE NEL CONTESTO URBANO
UN'EMERGENZA ED UNA NON SFRUTTATA OPPORTUNITÀ

Dr Margaret Chan
Direttore Generale WHO, dal 2007 al 2017

> ***Le città sono il futuro del nostro mondo. Dobbiamo agire subito per essere certi che diverranno posti salutari per tutte le persone.[1]***

cities changing diabetes

La World Health Organization si interessa di salute nelle città fin dal 2010, dedicando sessioni specifiche sia alle infezioni (HIV, Tubercolosi ecc) che alle noncommunicable disease, prime tra tutte cancro e diabete ed anche alle violenze e agli incidenti provocati dal traffico.
Il monito della ex direttore generale di WHO è un segnale dell'importanza di rivedere le città in funzione del benessere e della salute dei cittadini.

Fonte
1. World Health Organization. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. 2010.

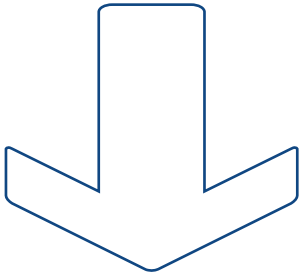
.

SALUTE NEL CONTESTO URBANO
UN'EMERGENZA ED UNA NON SFRUTTATA OPPORTUNITÀ

NEL 2014

IL 66%

DELLE PERSONE CON DIABETE
VIVEVA IN AREE URBANE[1]



NEL 2045

IL 75%

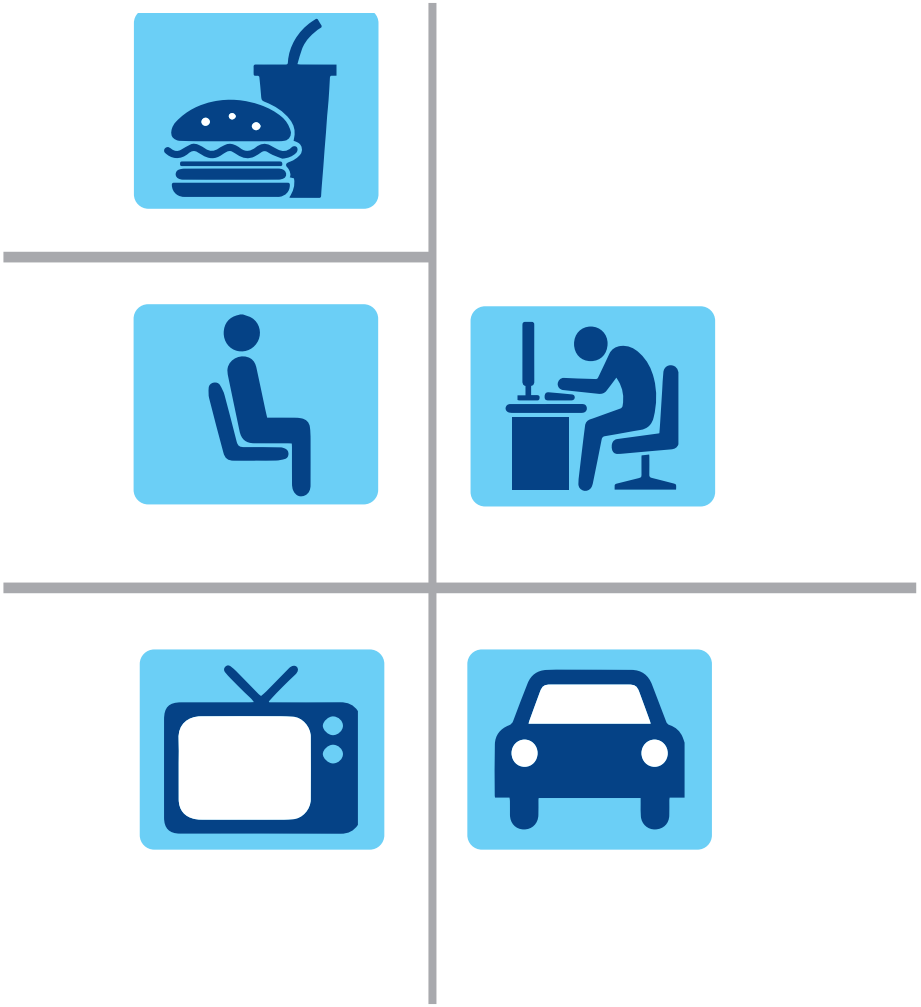
DELLE PERSONE CON DIABETE
VIVRÁ IN AREE URBANE[1]

Se uniamo i dati dell'urbanizzazione dei grafici precedenti possiamo affermare che oggi il 65% delle persone con diabete vive nelle aree urbane e che questa percentuale supererà il 70% nel 2040.
Uno studio recente ha 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.
I fattori di rischio più comuni (età, etnia, peso, attività fisica e dieta) non sono del tutto la causa di un rischio così elevato di sviluppare il diabete dei paesi a medio/basso reddito ed è quindi immaginabile che sia la condizione sociale a giocare un ruolo molto importante nell'esposizione dell'individuo al rischio di questa patologia.

Fonte
1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017.

.

SALUTE NEL CONTESTO URBANO
UN'EMERGENZA ED UNA NON SFRUTTATA OPPORTUNITÀ



cities changing diabetes

I cambiamenti nelle abitudini alimentari, nello svolgimento dell'attività fisica, dell' ambiente di lavoro, sul consumo di alcool e sigarette e in generale tutto il tempo che si dedica agli spostamenti e la modalità di impiego del tempo libero impattano notevolmente sulla salute.

Molti di questi fattori sono associati ad un rischio maggiore di malattie metaboliche, come il diabete di tipo 2.[1]

CITIES CHANGING DIABETES È LA RISPOSTA ALL'URBAN DIABETES

Cities Changing Diabetes, che è il primo progetto di Urban Diabetes al mondo, ha come obiettivo lo studio dell'impatto del diabete nei grandi contesti urbani.

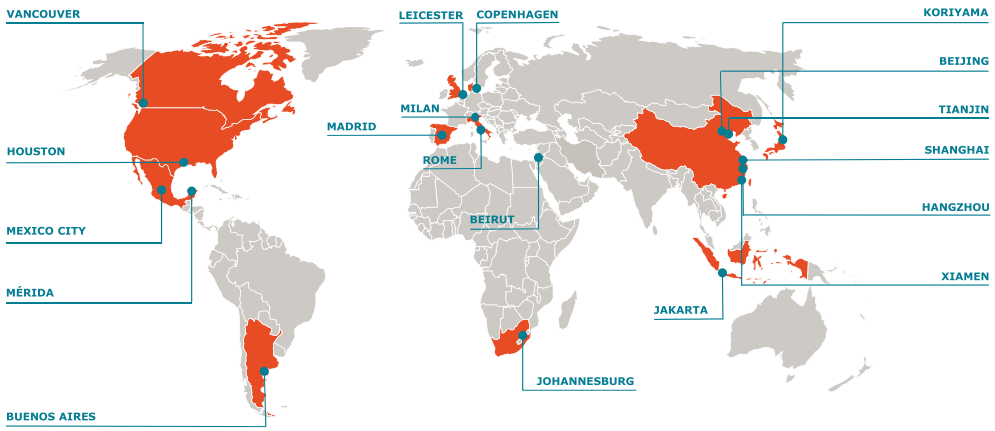
UN PROGRAMMA IN PARTNERSHIP PER RIPENSARE LE SFIDE LEGATE AL DIABETE

cities changing diabetes

novo nordisk®

REGION Steno Diabetes Center Copenhagen

UCL



E' arrivato il momento di ripensare alle priorità nella lotta al diabete?

Dando per assodato che una dieta poco sana, uno stile di vita inattivo, il sovrappeso e l'obesità sono tutti fattori di rischio del diabete di tipo 2.

Ci sono molti altri fattori che determinano il rischio individuale di ammalarsi di diabete così come di avere la «fortuna» di essere diagnosticati per tempo e di raggiungere gli outcome desiderati?

La complessità di risposta a queste domande, e in generale le sfide che questa patologia pone, necessitano di una nuova strategia. Nel 2014 nasce la collaborazione tra University College London, Steno Diabetes Center e il supporto Novo Nordisk per comprendere i determinanti della salute nel contesto urbano.

Il programma si prefigge di modificare il trend del diabete nel contesto urbano – il che si traduce nell'audace obiettivo che, entro il 2045, non più di 1 persona su 10 nel mondo debba convivere con il diabete

Dal 2014 sono ben 19 le città in tutto il mondo che hanno aderito al programma: Beirut, Buenos Aires, Città del Messico, Copenaghen, Giacarta, Hangzhou, Houston, Johannesburg, Koriyama, Leicester, Madrid, Mérida, Milano, Pechino, Roma, Shanghai, Tianjin, Vancouver, Xiamen.

cities changing diabetes

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

Questo programma si compone di tre fasi, la mappatura, la condivisione dei risultati e la proposta di azione.

Nel corso del 2014 e del 2015 sono stati analizzati i dati delle prime cinque città che hanno aderito al programma. In particolare attraverso una ricerca quantitativa (la Regola dei Mezzi) e attraverso una ricerca qualitativa (Vulnerability Assessment) si è potuto capire meglio la portata del problema diabete (mappatura).

Nel mese di novembre 2015, e ancora nel mese di novembre 2017 oltre 260 persone, che vanno dai sindaci ai membri delle giunte comunali, ai diabetologi, agli urbanisti fino ai rappresentanti del clima si sono riuniti per capire meglio la portata dell' emergenza diabete nelle città e per discutere le azioni necessarie a contrastare questa pandemia silenziosa (condivisione).

L'ultima fase ha visto la proposta di piani di intervento locali, basati sui risultati della fase di mappatura.

STRUTTURA GENERALE DELLA RICERCA

Il quadro generale della ricerca è costituito da una fase quantitativa e una qualitativa.
La fase quantitativa è rappresentata dalla regola dei mezzi, che serve per identificare le principali lacune nella diagnosi e / o la gestione del diabete. La ricerca qualitativa invece fornisce una valutazione di quali fattori sociali e culturali determino il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2.
Per fattori sociali si intende le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e l'età. I determinanti culturali rivelano come la salute e la malattia sono comprese e vissute. I determinanti culturali sono spesso il fondamento su cui fattori sociali emergono. Gli atteggiamenti, le credenze e il comportamento sono radicate nella cultura. Il quadro di ricerca globale può essere adattato a ciò che i decisori della città vogliono mettere a fuoco.

cities changing diabetes

LA CONDIVISIONE GENERA CONSAPEVOLEZZA

La condivisione dei risultati di queste città e delle città che entreranno a far parte del programma è fondamentale al fine di proporre azioni che possano impattare la salute di molti cittadini, in varie parti del mondo.
L'obiettivo del programma Cities Changing Diabetes è proprio di condividere esperienze di paesi e città diverse per consentire uno scambio di esperienze positive.
Nel 2015 e nel 2017 si sono svolti i Cities Changing Diabetes Summit, che ha riunito 250 delegati ed esperti provenienti da tutto il mondo insieme per discutere i risultati della ricerca e proporre soluzioni per affrontare il diabete nelle città.

IDENTIFICARE ED IMPLEMENTARE AZIONI IN PARTNERSHIP CON LE ISTITUZIONI

AZIONE

Politiche di promozione della Salute

Strategia per il diabete a livello urbano

Responsabilizzazione delle persone

I networks tra pari hanno un ruolo molto importante nel cambiamento della capacità delle persone di gestire la propria malattia

Coinvolgimento delle comunità cittadine nelle politiche della salute

Rendere le persone a rischio del diabete tipo 2 consapevoli delle possibili complicanze, della necessità della prevenzione, facendo leva sulle politiche locali legate alla promozione della salute e ai corretti stili di vita

Rafforzamento del Sistema Sanitario

Garantire che ci siano molteplici fattori a responsabilizzare le persone con diabete a raggiungere gli obiettivi desiderati e a migliorare la qualità di vita

cities changing diabetes

L'identificazione e l'implementazione su larga scala di soluzioni per contrastare l'espansione del diabete nelle città è l'obiettivo più importante che si prefigge il programma Cities Changing Diabetes.

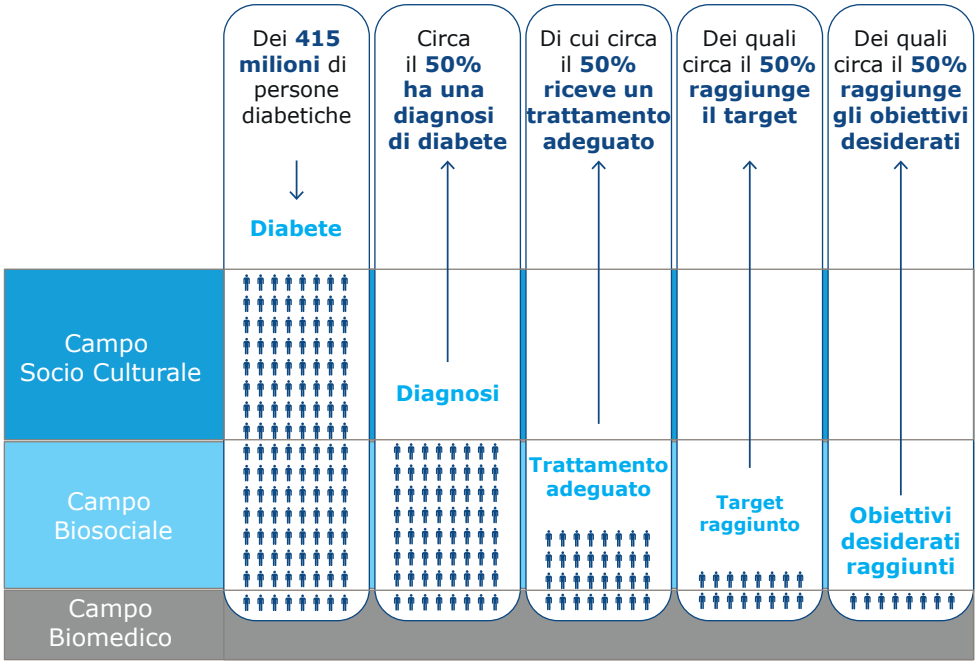
Nelle città che fanno parte del programma i partner locali lavoreranno insieme alla creazione di differenti piani di azione che possano essere applicati in svariate aree urbane in tutto il mondo.

IL MODELLO DI VULNERABILITÀ

La vulnerabilità si compone di almeno tre elementi: la suscettibilità individuale, la condizione sociale e i determinanti culturali.
Alcuni di questi elementi non possono essere influenzati dalle politiche di prevenzione, altri invece si possono influenzare e tutti, in misura differente, sono responsabili dell'insorgenza o meno del diabete di tipo 2 nella popolazione.

Cities Changing Diabetes Research © 2015 Cities Changing Diabetes programme partners. All rights reserved
.

METTERE IN RELAZIONE LA REGOLA DEI MEZZI CON LA VULNERABILITÀ



Mettendo in relazione la vulnerabilità con la regola dei mezzi emerge che la condizione in cui viviamo è di fondamentale importanza nel rischio di sviluppare il diabete di tipo 2.

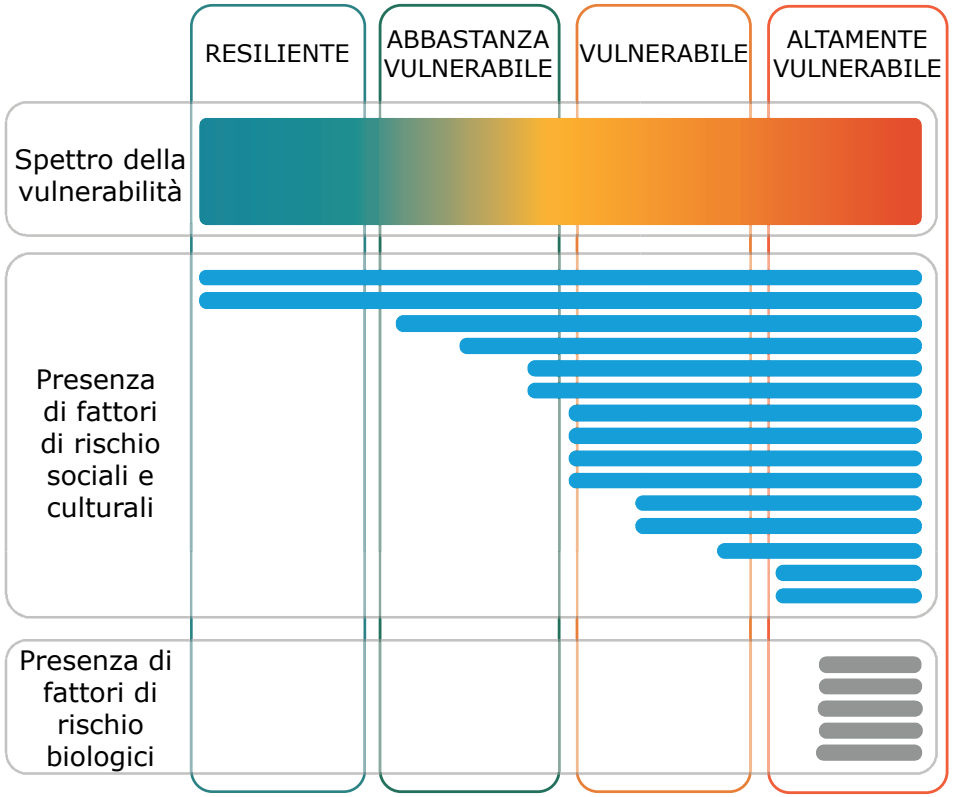
Il programma Cities Changing Diabetes ha proprio l'obiettivo di studiare i determinanti del rischio e di condividere i risultati per proporre azioni volte al contenimento della pandemia Diabete.

Cities Changing Diabetes Research © 2015 Cities Changing Diabetes programme partners. All rights reserved

.

cities changing diabetes

SPETTRO DELLA VULNERABILITÀ



Se osserviamo il modello dello spettro della vulnerabilità per il diabete possiamo notare che, a differenza di altre patologie, il rischio di ammalarsi di diabete di tipo 2 è influenzato da numerosi fattori.
Sicuramente la predisposizione genetica ma notiamo che i determinanti sociali e culturali giocano un ruolo molto importante, predisponendo al rischio elevato di ammalarsi anche in assenza di una predisposizione genetica.
Questo modello mostra in modo molto semplificato la complessità di questa pandemia, paradigma della malattia cronica.

Cities Changing Diabetes Research © 2015 Cities Changing Diabetes programme partners. All rights reserved

.

VULNERABILITÀ AL DIABETE- FATTORI SOCIALI

- Condizioni in cui gli individui nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano.

- I fattori sociali più diffusi che incidono sulla vulnerabilità al diabete, nelle città, sono:
  - Ristrettezze finanziarie
  - Poca disposizione di tempo
  - Limiti di accesso alle risorse
  - Limiti dovuti agli aspetti geografico-territoriali.

- Esaminando l'impatto di questi fattori sociali, è possibile valutare che cosa è fattibile per una persona singola o per un gruppo di persone che condividono un background simile.

cities changing diabetes

I determinanti della salute sono definiti come le condizioni in cui l'individuo si trova a vivere, dalla nascita all'invecchiamento.
I fattori sociali, nel caso del diabete, sono molto importanti nel determinare il rischio di sviluppare la malattia.
Il fenomeno dell'urbanizzazione ha fatto si che questi elementi acquisissero ancora maggiore importanza negli ultimi anni.

Cities Changing Diabetes Research © 2015 Cities Changing Diabetes programme partners. All rights reserved

.

RISTRETTEZZE FINANZIARIE

Impatto delle scarse risorse finanziarie (percepite o effettive):

- Capacità di far fronte alle esigenze della vita quotidiana;
- Difficoltà di accesso alle cure (in paesi dove non c'è un SSN universalistico);
- Conseguenze psicologiche.

Le scarse risorse finanziarie ci rendono vulnerabili, limitando la nostra capacità di essere positivi e di guardare con speranza al futuro.

Cities Changing Diabetes Research © 2015 Cities Changing Diabetes programme partners. All rights reserved
.

CARENZA DI TEMPO

- ***La carenza di tempo*** impatta su molti fattori:
- Prioritizzazione dei bisogni rispetto ai desideri
- Necessità di dare la priorità ad attività essenziali e non essenziali;

- ***La carenza di tempo*** ci rende quindi vulnerabili al diabete in quanto ci detta i tempi da dedicare alla prevenzione e alla gestione della condizione del diabete.

Cities Changing Diabetes Research © 2015 Cities Changing Diabetes programme partners. All rights reserved
.

cities changing diabetes

SCARSO ACCESSO ALLE RISORSE

Lo scarso accesso alle risorse si applica a:

- servizi di base;
- risorse pratiche;
- risorse educative.

Ciò che un individuo può fare per migliorare la propria salute.

Lo scarso accesso alle risorse ci rende vulnerabili al diabete, limitando tutto quello che un individuo potrebbe fare per migliorare la propria salute.

Cities Changing Diabetes Research © 2015 Cities Changing Diabetes programme partners. All rights reserved

ILLEGAL TAXI
TAKE A WHITE
OFFICIAL TAXI
J'EXISTE.
COLOSSEO
BICI BACI
VESPA
MUSEUM
SCOOTER
and BICYCLE
RENTAL&
TOURS
COMEBACK
150 metri
TICKET ON BOARD
FALCO

VULNERABILITÀ AL DIABETE - DETERMINANTI CULTURALI

I determinanti culturali sono le convenzioni e le convinzioni condivise dalla società;

Le determinanti culturali più diffusi che incidono sulla vulnerabilità al diabete nelle città sono riassumibili in queste domande:

- Posso fare cambiamenti nella mia vita?
- Le mie abitudini alimentari influenzano la mia vita?
- Il diabete è il problema più grande che ho?
- Con chi paragono il livello della mia salute?
- Come mi adatto quando il mio ambiente mi impone dei cambiamenti?

Nel contesto specifico la conoscenza dei determinati culturali è molto importante perché indica una leva su cui vertere per ottenere un cambiamento che possa avere impatto nella riduzione del rischio di ammalarsi di diabete.
La valutazione del proprio margine di cambiamento è uno dei passi più importanti.

Cities Changing Diabetes Research © 2015 Cities Changing Diabetes programme partners. All rights reserved

.

L’aspetto più importante emerso dal programma, grazie ai dati raccolti finora, è che il diabete è una malattia molto complessa, influenzata sia da rischio individuale che dall’ambiente circostante (fattori sociali e culturali) e che questi fattori non si presentano nello stesso modo e nella stessa percentuale in individui diversi.

Il modello di vulnerabilità per essere applicato deve quindi essere adattato alle variabili locali.
Analisi approfondite sono ora in corso per le 5 città che hanno partecipato allo studio con l’obiettivo di creare un grande database utile alla proposta di azioni concrete.

In questo report verranno presentati i risultati dello studio di vulnerabilità condotti dal CENSIS.

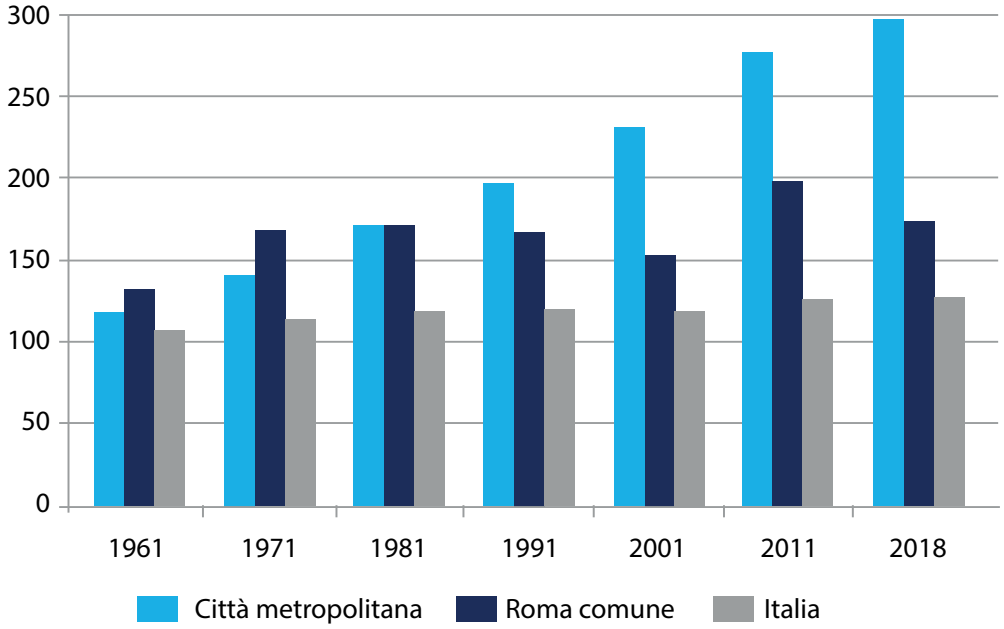
Dati demografici su Roma Città Metropolitana

Roberta Crialesi e Stefania Rossetti
ISTAT

cities changing diabetes

DINAMICHE DI LUNGO PERIODO: LA CRESCITA DELLA POPOLAZIONE

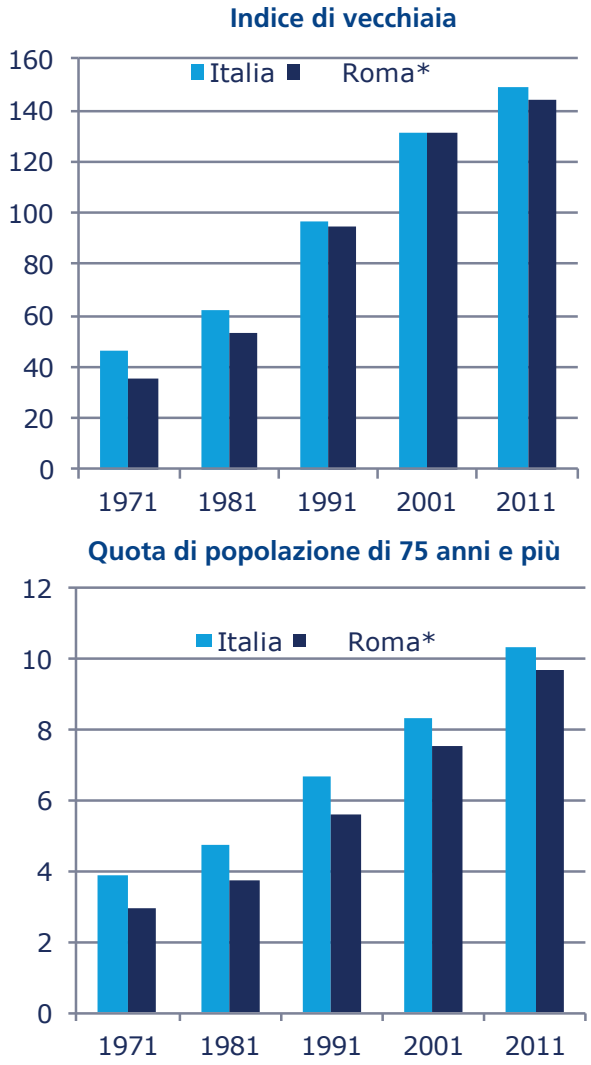
Indici della popolazione residente ai censimenti e al 1 gennaio 2018 (1951=100)



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 1milione 650mila a 2milioni 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 ring). Negli ultimi quindici anni, anche il core riprende a crescere e l'intero sistema torna a transitare in una fase di urbanizzazione estesa.

Fonte: Istat, Censimento della popolazione e abitazioni, anni dal 1961 al 2011.
Istat, Popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° Gennaio 2018

DINAMICHE DI LUNGO PERIODO: L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE



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%.

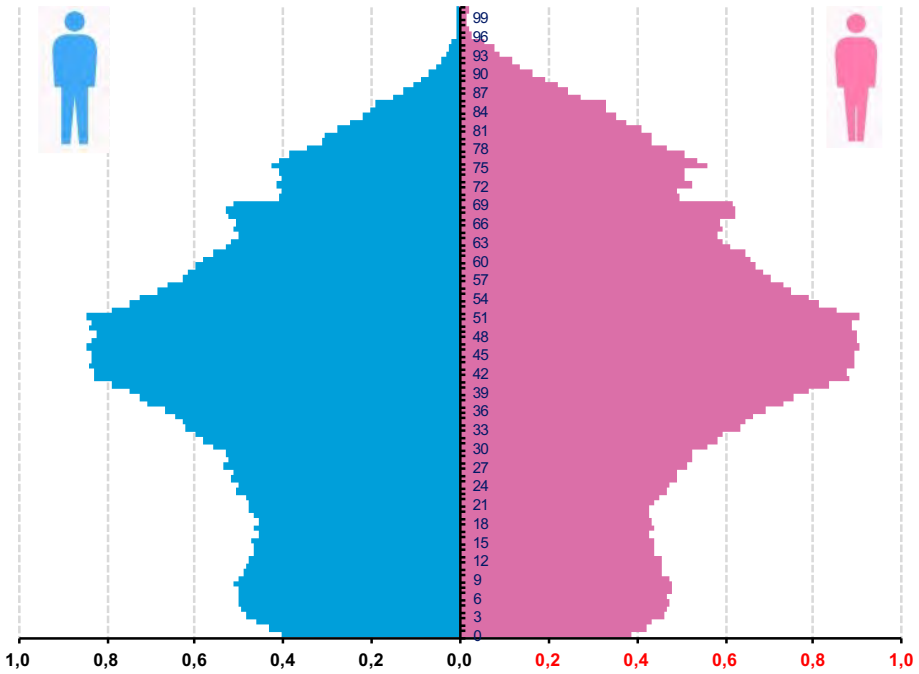
Fonte: Istat, Censimento della popolazione e abitazioni, vari anni

* I dati sono riferiti alla Città metropolitana

cities changing diabetes

LA CITTÀ METROPOLITANA E IL COMUNE DI ROMA OGGI

La piramide dell'età nella città metropolitana (1° gennaio 2018)



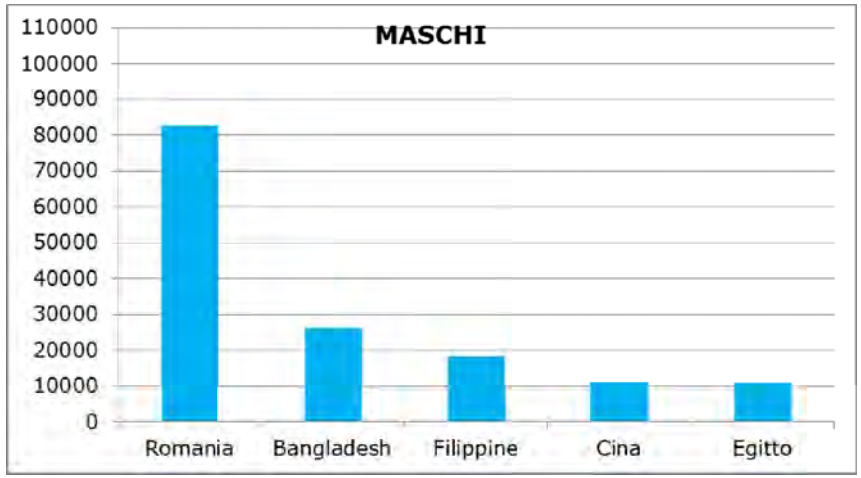
Fonte: Istat, Popolazione residente al 1° gennaio 2018

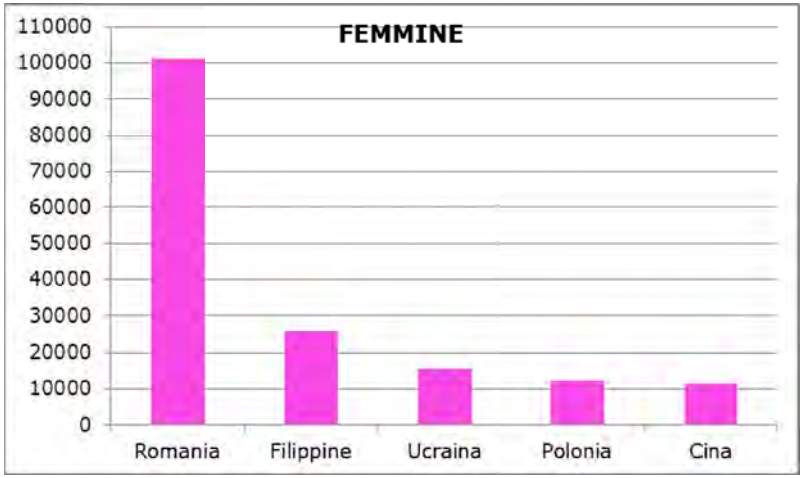
Secondo gli ultimi dati Istat (**2018**), nella città metropolitana di Roma risiedono **4,4** milioni di persone (**2,9** nel Comune). Il 52,0% sono donne **(52,6**% nel Comune). Gli stranieri residenti sono oltre **cinquecentomila** (il **12,8**% a fronte dell'**8,5**% medio nazionale), di cui **385mila** in città (il **13,4**%). Il tasso di fecondità è di **1,27** figli per donna (**2017**). Il tasso di natalità è pari a **7,6** nati per mille residenti, **uguale** a quello medio nazionale. La speranza di vita alla nascita è di **80,7** anni per gli uomini (**lievemente superiore alla media nazionale**) e **84,9** per le donne (**uguale 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 **916mila** e **279mila** quelli con almeno ottant'anni (**634mila** e **201mila** nel Comune).

Fonte: Istat, Popolazione residente al 1° gennaio 2018

LA POPOLAZIONE STRANIERA

Cittadini stranieri per sesso e cittadinanza (1° gennaio 2018)





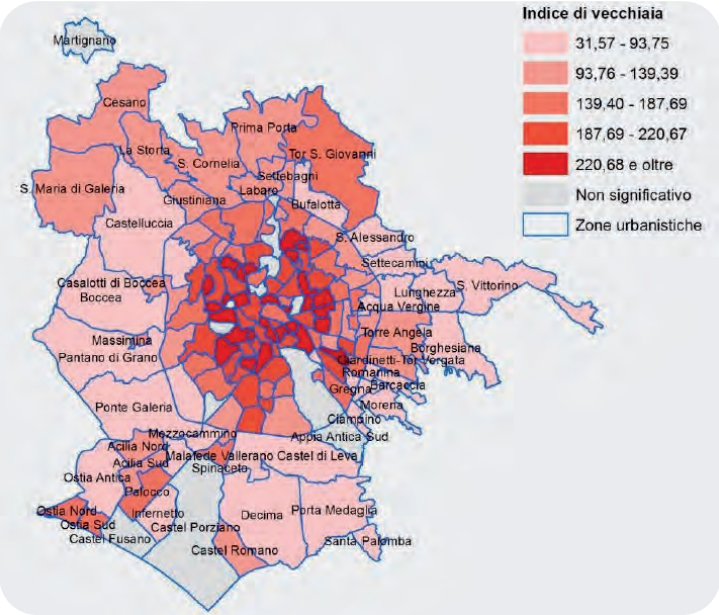
cities changing diabetes

Come nel resto del Paese, l'incremento demografico degli ultimi anni è stato sostenuto dalla componente straniera, quasi triplicata nell'area metropolitana tra il 2003 e il **2018**. Oggi, gli stranieri residenti sono oltre cinquecentomila (**556.794** il **12,8**% a fronte dell'**8,5**% medio nazionale), di cui **385mila** in città (il **13,4**%) e in maggioranza donne (**52,0**%). La comunità più numerosa è quella rumena (**183.908** persone) seguita da quella filippina (soprattutto donne) e dal Bangladesh (soprattutto uomini). La geografia dei paesi di provenienza è differente da quella media del Paese dove, al netto del primato dei rumeni, spiccano le comunità albanesi, marocchine e cinesi.

Fonte: Istat, Popolazione residente straniera per sesso e cittadinanza al 1° gennaio 2018

UN APPROFONDIMENTO: L'INVECCHIAMENTO NELLE DIVERSE ZONE

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

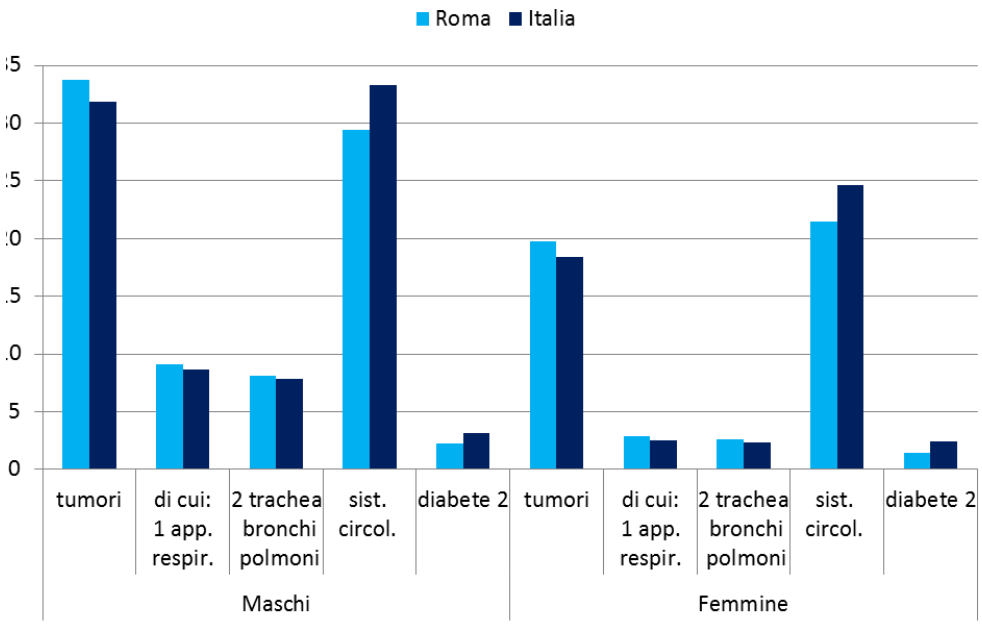


Nel **2018** l'indice di vecchiaia ha raggiunto nel territorio comunale un valore pari a **166** (per ogni bambino di 0-14 anni vi sono **1,7** persone con più di 64 anni). Le elaborazioni prodotte di recente dall'Istat utilizzando i dati sulle sezioni di censimento del 2011, mostrano con chiarezza come 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.

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

UN APPROFONDIMENTO: LA MORTALITÀ

Tassi standardizzati di mortalità per causa (2015, per 10.000 abitanti)



Nel **2017**, il tasso di mortalità nella città metropolitana è di **9,9** decessi per mille abitanti, valore inferiore a quello nazionale (**10,7** per mille). I tassi standardizzati di mortalità per genere e per causa (numero di decessi per 10mila abitanti) mostrano come nella città metropolitana la mortalità per tumore sia maggiore rispetto alla media nazionale soprattutto per quelli maligni dell'apparato respiratorio e, in modo particolare, per quelli della trachea bronchi e polmoni che costituiscono la maggioranza dei tumori di questo apparato. La situazione risulta invertita per le malattie del sistema circolatorio soprattutto per le donne. I tassi di mortalità per **diabete di tipo 2** sono lievemente **inferiori** sia per gli uomini (**2,24** e **3,17**) che per le donne (**1,48** e **2,40**) che vivono in città rispetto alla media nazionale.

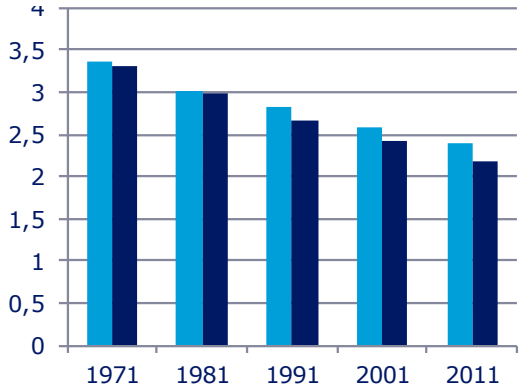
Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte.

Il gruppo '1. apparato respiratorio' include i tumori di trachea, bronchi e polmoni.

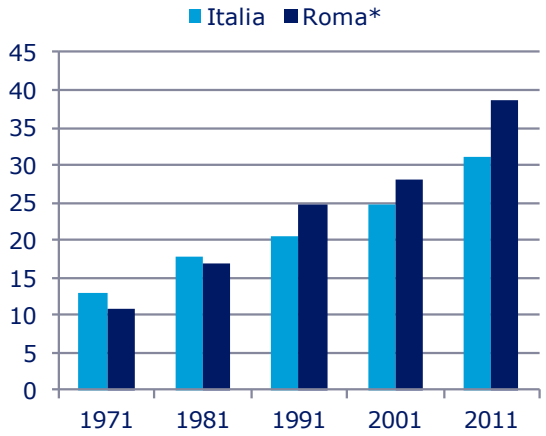
cities changing diabetes

DINAMICHE DI LUNGO PERIODO: L'EVOLUZIONE DELLA FAMIGLIA

Numero medio di componenti per famiglia



Quota di famiglie unipersonali



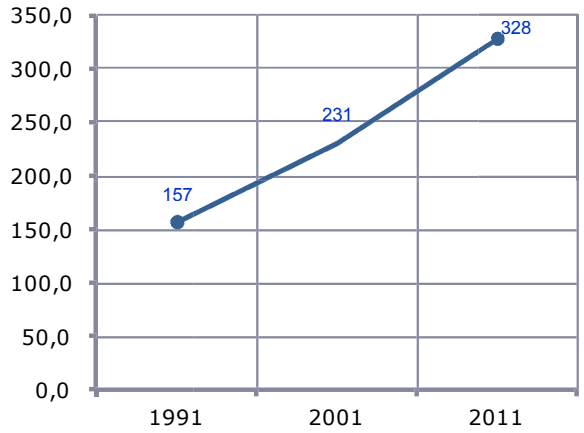
I mutamenti demografici sono associati a profondi cambiamenti nella struttura della società, con differenze talora sostanziali tra contesti urbani e non. La dimensione media delle famiglie della città metropolitana si riduce: da 3,3 componenti nel 1971 a 2,2 nel 2011. Non solo perché si fanno meno figli 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 più di una famiglia su tre. Gli anziani (>64 anni) che vivono soli sono il 28,4% (29,4% nel territorio comunale, mentre la media italiana è 27,1%).
Oggi a Roma il 44% delle famiglie è monocomponente.

Fonte: Istat, Censimento della popolazione e abitazioni, vari anni.

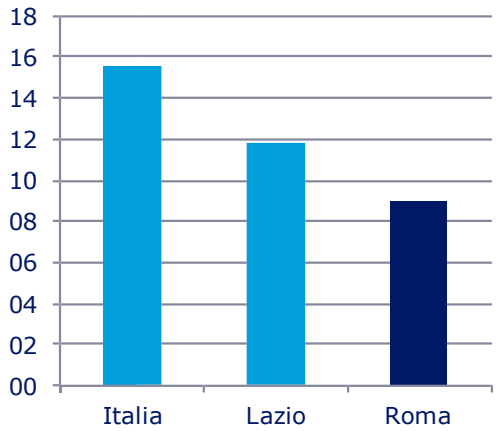
* I dati sono riferiti alla Città metropolitana.

GLI INDICATORI DI ISTRUZIONE

Rapporto adulti con diploma o laurea/licenza media (Comune di Roma)



Uscita precoce dal sistema di formazione



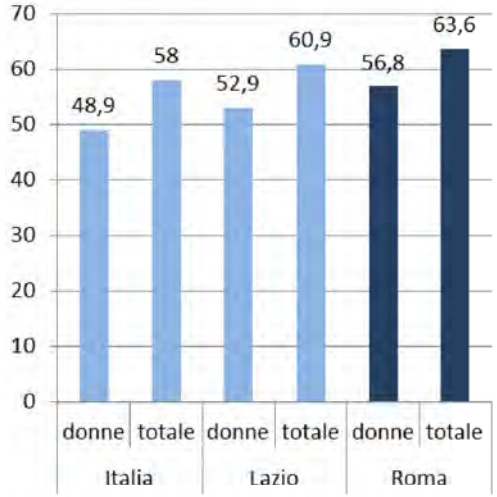
Il livello generale d'istruzione degli adulti è cresciuto ed è più elevato nei contesti urbani. A Roma nel 2011 per ogni persona con la licenza media ve ne sono più di tre che hanno un diploma o un titolo universitario, in Italia l'analogo rapporto è di uno a 1,6; livello che il comune di Roma aveva già raggiunto nel 1991. 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.

Fonte: Istat, Censimento della popolazione e abitazioni, vari anni.
Sistema 8mila Census.

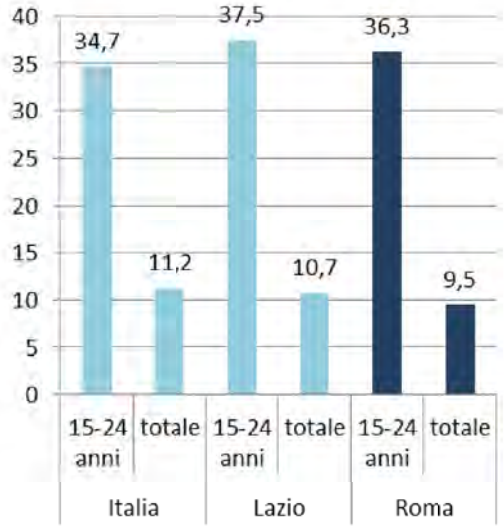
cities changing diabetes

GLI INDICATORI DEL LAVORO

Tasso di occupazione totale e femminile (2017)



Tasso di disoccupazione totale e giovanile (2017)

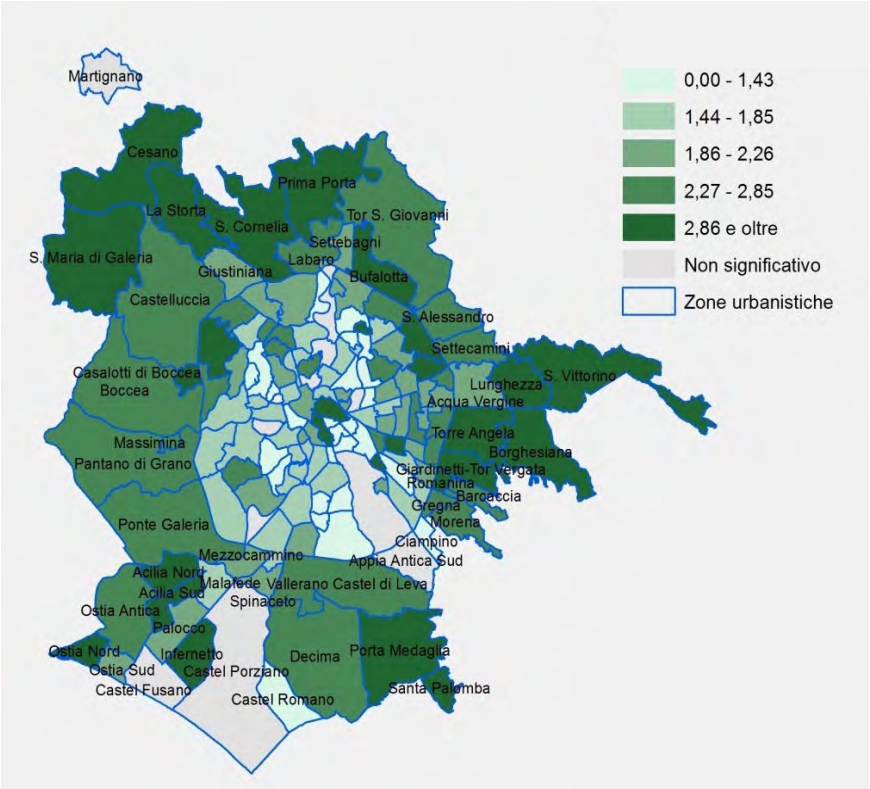


La città metropolitana offre maggiori opportunità di lavoro: nel **2017**, il tasso di occupazione raggiunge il **63,6**%, maggiore di quello medio nazionale, soprattutto per la componente femminile. Secondo i dati censuari (2011) il 41,5% degli occupati svolge lavori a medio-alta specializzazione. Nella città metropolitana il tasso di disoccupazione è del **9,5**% più contenuto rispetto alla media nazionale (**11,2**%), ma tra i giovani resta molto elevato (**36,3**% rispetto a **34,7**%).

Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro

IL DISAGIO ECONOMICO DELLE FAMIGLIE

Comune di Roma: incidenza di famiglie con persona di riferimento in età lavorativa in cui nessun componente è occupato



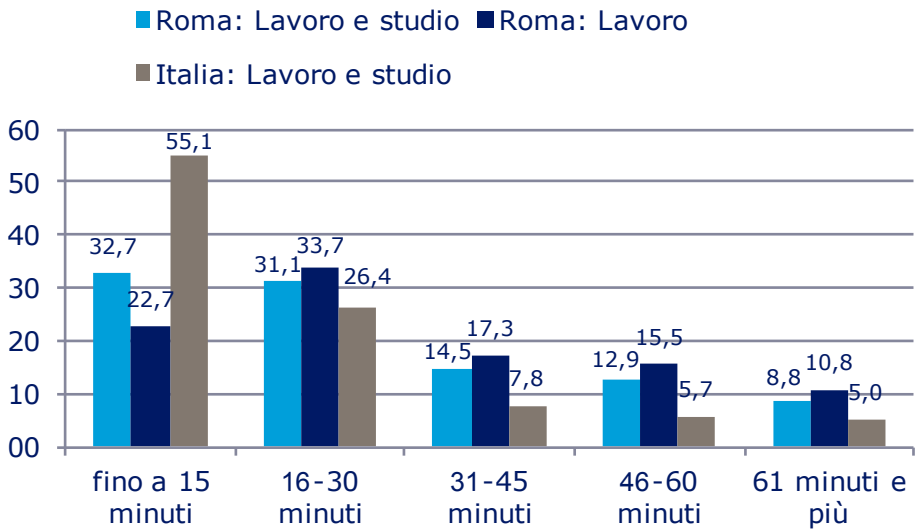
L'indice di potenziale disagio economico delle famiglie calcolato sui dati censuari (2011) rivela una situazione fortemente differenziata tra le diverse zone urbanistiche del comune. A fronte di un valore medio pari a 2,1, nelle zone più periferiche (al di fuori del Grande raccordo anulare) si osservano valori costantemente maggiori rispetto a quelli delle aree più centrali.

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

cities changing diabetes

LA MOBILITÀ (1)

Spostamenti quotidiani per tipologia e durata

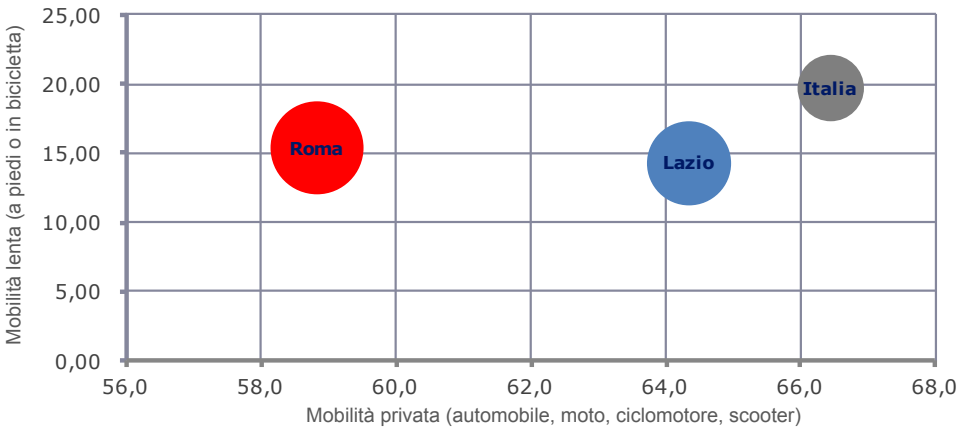


In base ai dati censuari, ogni giorno il 68,3% della popolazione cittadina si sposta per motivi di studio (in circa due terzi dei casi) o di lavoro. Si tratta di circa un milione e 339mila persone che, in larghissima parte rimangono all'interno del comune di Roma (il 95,8%). Il flusso di ingressi giornalieri 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 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.

Fonte: Istat, Censimento della popolazione e abitazioni 2011.

LA MOBILITÀ (2)

I mezzi utilizzati per gli spostamenti quotidiani per ragioni di lavoro o studio (2011)



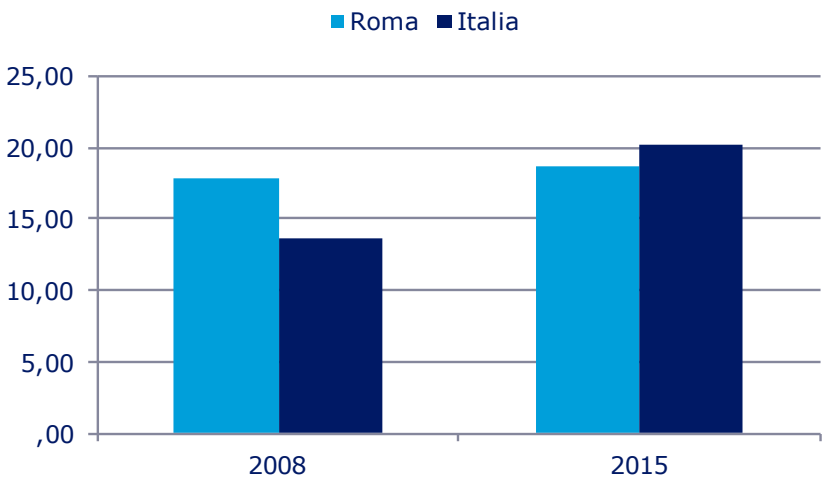
Il 59% delle persone per gli spostamenti quotidiani per lavoro e studio utilizza principalmente un mezzo privato veloce (automobile, moto, motorino ecc.). Circa il 15% lo fa a piedi o in bicicletta (cosiddetta mobilità lenta) e il rimanente 26% utilizza un mezzo pubblico. Il modello di mobilità urbana 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.

Fonte: Istat, Censimento della popolazione e abitazioni 2011.
Sistema 8mila Census.

cities changing diabetes

LA MOBILITÀ (3)

Indice di densità delle piste ciclabili (km di piste per 100 km²)

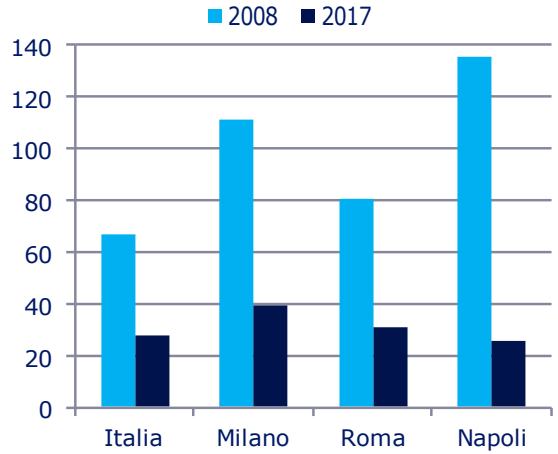


Nel territorio comunale ci sono 240 chilometri di piste ciclabili pari a 18,6 km per 100 km2 (dati 2016), di cui 110 in aree verdi. Il valore dell'indicatore è leggermente inferiore a quello medio dei comuni capoluogo (pari a 20,2). Da rilevare, inoltre, che nel 2008 la densità di piste ciclabili di Roma sopravanzava quella media degli altri comuni. L'accelerazione alla media dei comuni è stata impressa soprattutto dai comuni capoluogo del Nord.

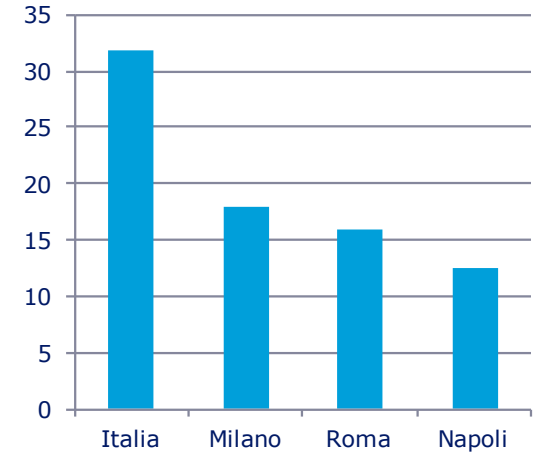
Fonte: Istat, Rilevazione sui dati ambientali delle città.

QUALITÀ DELL'ARIA E VERDE URBANO

Numero di superamenti del valore limite giornaliero previsto per il PM_{10} (2017)



Disponibilità di verde urbano (metri quadrati per abitante) (2017)



La qualità dell'aria nelle città è uno degli elementi cruciali per la salute dei cittadini. Nel 2017 a Roma il limite giornaliero previsto per il PM10 è stato superato **31** volte. Il valore è di poco superiore a quello di Napoli. Milano e Torino presentano un numero di superamenti assai più consistente. Rispetto al 2008 la situazione appare in netto miglioramento ovunque.

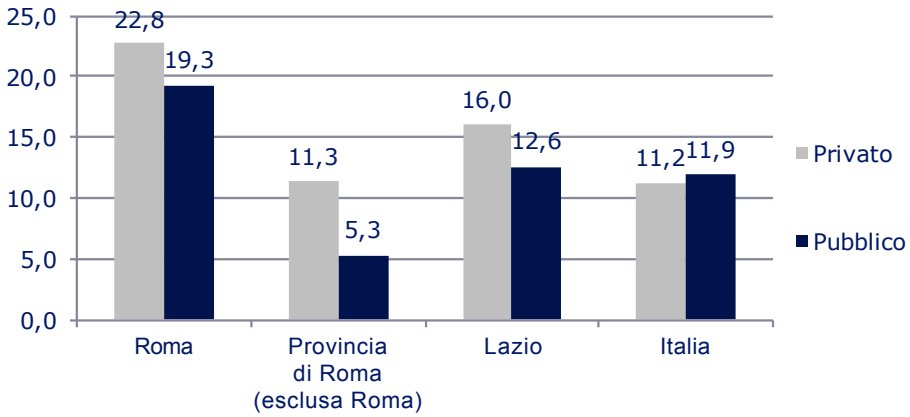
Nel 2017 la disponibilità di verde urbano di Roma è di **15,9 m²** per abitante , circa la metà del valore medio dei comuni capoluogo, ma in linea con quello dei maggiori centri.

Fonte: Istat, Rilevazione sui dati ambientali delle città.

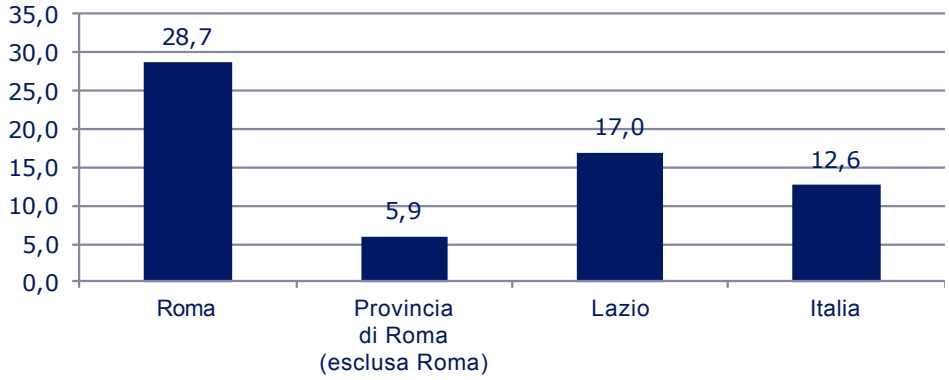
cities changing diabetes

I SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

Posti autorizzati nei servizi socio-educativi per la prima infanzia, per 100 bambini 0-2 anni (anno scolastico 2015/2016)



Utenti dei servizi socio-educativi per la prima infanzia comunali o finanziati dai Comuni per 100 bambini fra 0 e 2 anni (anno scolastico 2015/2016)



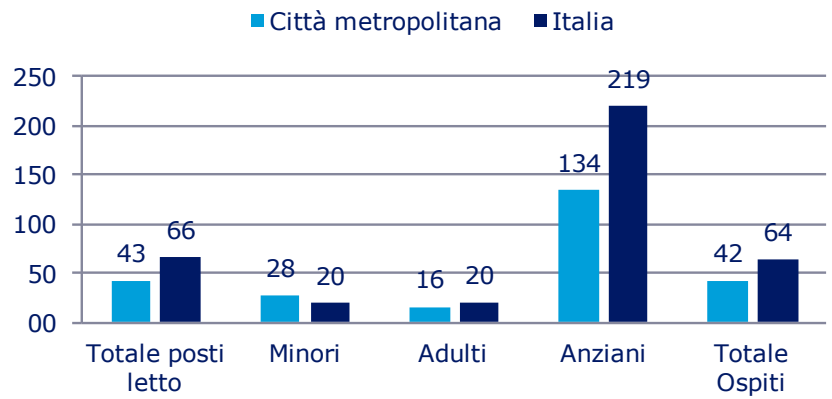
Gli asili nido pubblici nella capitale dispongono di quasi 23 posti ogni cento bambini residenti, a cui si aggiungono 19,3 posti negli asili nido privati, per un totale del 42,1% del potenziale bacino di utenza. Nel resto della provincia e nella media Italiana la disponibilità di servizi sul territorio è decisamente inferiore.

Oltre all'accoglienza nelle strutture comunali, l'offerta del servizio si avvale del privato convenzionato: complessivamente i bambini presi in carico dal Comune di Roma sono il 28,7% dei residenti, mentre nel resto della provincia sono il 5,9% e a livello nazionale il 12,6% .
Il Comune di Roma per ciascun utente preso in carico spende mediamente 12.221 euro l'anno (dati 2015), di cui il 10,6% sono rimborsati dalle famiglie (1.291 euro medi annui per bambino). Mediamente in Italia i Comuni spendono 6.255 euro annui per bambino, di cui il 19,4% a carico delle famiglie.

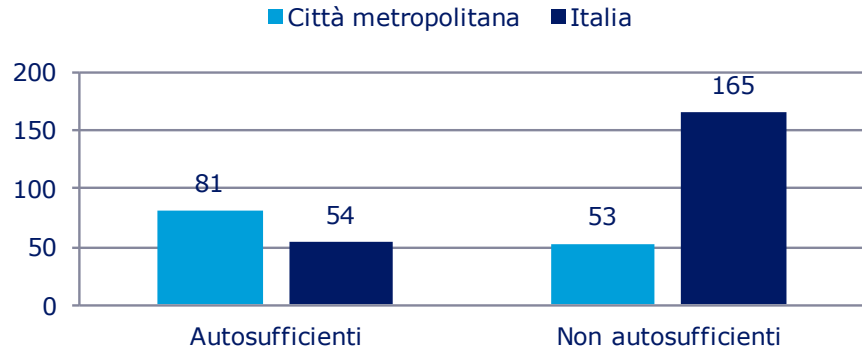
Fonte: Istat, Indagine su asili nido e servizi integrativi per la prima infanzia.

I SERVIZI: I PRESIDI RESIDENZIALI

Posti letto e ospiti nei presidi residenziali - Tassi per 10.000 residenti



Anziani ospiti dei presidi -Tassi per 10.000 residenti



Nella città metropolitana l'offerta di posti letto in presidi residenziali è inferiore a quella media italiana (43 per 10mila abitanti rispetto a 66) in ragione soprattutto di una minore offerta di posti per gli anziani. Per questo specifico segmento di popolazione, si osserva come sia il numero di ospiti non autosufficienti particolarmente più basso: 527 per 100mila abitanti a Roma rispetto a 1.653 per l'intero Paese. Per quanto riguarda, invece, gli autosufficienti l'indicatore mostra un vantaggio di Roma.

Fonte: Istat, Indagine censuaria sui presidi residenziali e socio-assistenziali

cities changing diabetes

KEY MESSAGES

- L'area metropolitana di Roma è tra le più grandi d'Europa e la prima in Italia. Vi risiedono risiedono più di quattro milioni di abitanti e quasi 2 milioni di famiglie. Nella sola capitale vivono oltre 2,8 milioni di persone distribuite in quindici municipi, tutti con popolazione superiore ai 100.000 abitanti.

- Profonde le differenze fra i municipi, per quanto riguarda la struttura demografica e la composizione socio-economica. Elevati i divari in termini di reddito, immigranti, qualità di vita, alimentazione, sedentarietà e titolo di studio con livelli di disagio e vulnerabilità maggiori nelle zone periferiche rispetto ai quartieri centrali.

- L'invecchiamento della popolazione rappresenta una criticità. Oggi oltre un residente su 5 ha almeno 65 anni e il 7% almeno 80 anni. Il problema è maggiore nelle zone più centrali della città rispetto a quelle periferiche.

- È in crescita il numero di famiglie monocomponente, perché si fanno meno figli e perché aumentano le persone sole (anziani, ma anche giovani). Oggi quasi una famiglia su 2 (44%) è costituita da una persona sola, nella maggior parte dei casi si tratta di un anziano.

- Mobilità urbana, inquinamento e verde pubblico sono altre sfide per rendere la città più inclusiva.

- La pianificazione urbana deve valutare anche l'impatto sulla salute dei cittadini, utilizzando indicatori e dati adeguati e di qualità.

FLOR
FLOR
TRATTORIA
BAR
RISTORANTE
PIZZERIA
TAXI
POLIZIA
ROMA
CAPITALE

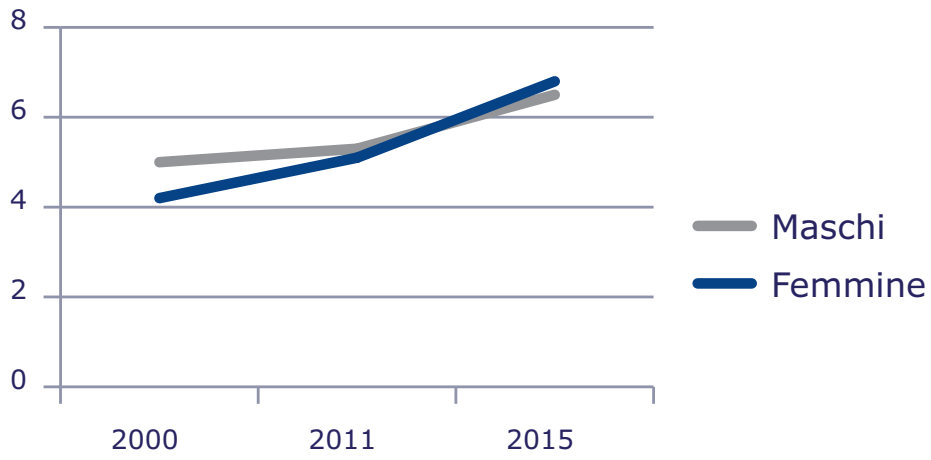
ANGELINO AI FORI
RISTORANTE E CAFFETTERIA
IN ROMA DAL 1947
Diesel

Dati clinico-epidemiologici su Diabete Tipo 2 e Obesità nell'area metropolitana di Roma e "regola dei mezzi"

Antonio Nicolucci
CORESEARCH

cities changing diabetes

L'ANDAMENTO DELLA PREVALENZA DEL DIABETE NEL LAZIO

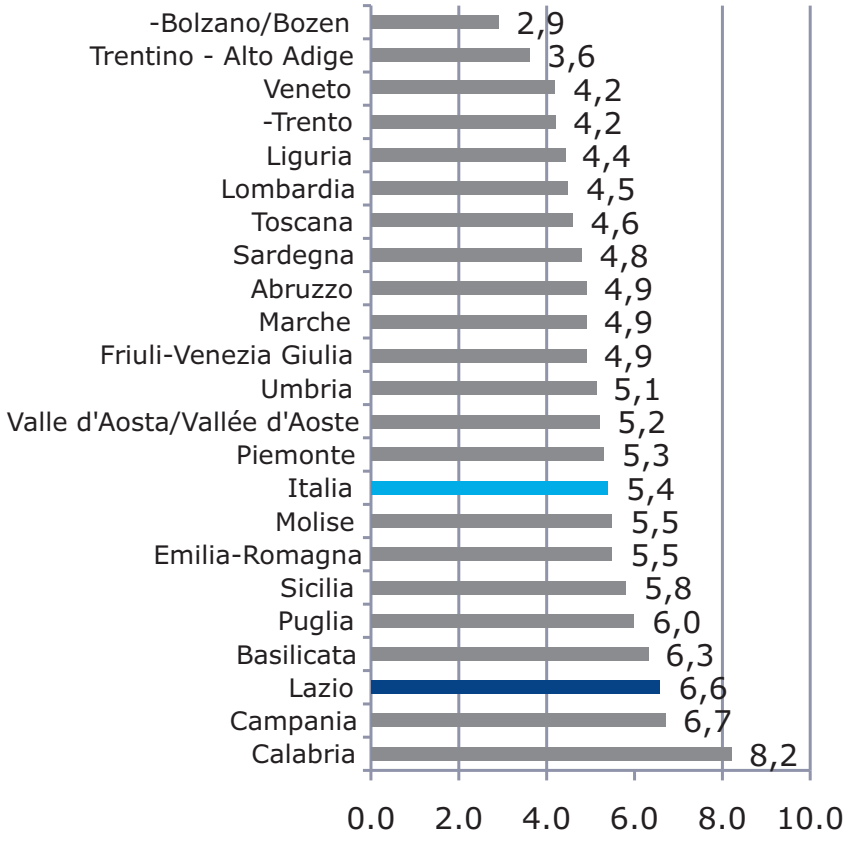


La prevalenza del diabete è in continua crescita in tutto il mondo. Nel Lazio, sulla base dei dati ISTAT 2015, la prevalenza si attesta sul 6,6%. Rispetto al 2000, si assiste ad un incremento sostanziale fra gli uomini (dal 5.0% al 6.5%) ed un aumento ancora maggiore fra le donne (dal 4.2% al 6.8%).

Applicando i dati di prevalenza rilevati dall'ISTAT alla popolazione residente nel Lazio nel 2015 (5.892.425 cittadini), si può stimare che circa 388.900 persone siano affette da diabete noto.

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo, Aspetti della vita quotidiana, vari anni

PREVALENZA DEL DIABETE NELLE REGIONI ITALIANE



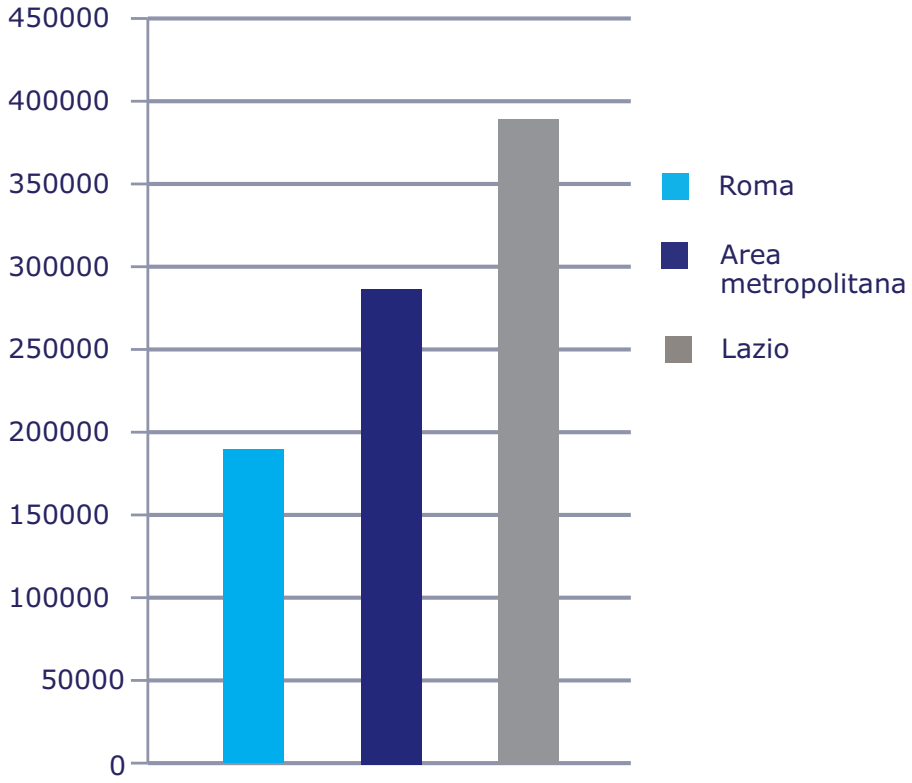
Il grafico mostra la prevalenza del diabete nelle regioni italiane, evidenziando un chiaro gradiente geografico nord-sud, con stime che oscillano fra il 2,9% nella Provincia Autonoma di Bolzano e l'8,2% in Calabria.

Il Lazio mostra una prevalenza di diabete più elevata rispetto alla media nazionale (6,6% verso 5,4%) e rappresenta la terza regione italiana con prevalenza più elevata, preceduto soltanto da Calabria (8,2%) e Campania (6,7%). Di fatto, la percentuale di soggetti affetti da diabete noto nel Lazio è di circa il 40% più elevata rispetto a molte regioni del nord-centro Italia.

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo, Aspetti della vita quotidiana 2015

cities changing diabetes

NUMERO DI PERSONE CON DIABETE NEL LAZIO



Nella città di Roma risiedono 2.872.021 persone, mentre nell'area metropolitana risiedono 4.340.474 cittadini. Applicando i dati di prevalenza ISTAT, è possibile stimare che nella città di Roma vivano circa 189.500 persone con diabete noto, mentre il numero sale a 286.500 nell'intera area metropolitana. In altre parole, la metà delle persone con diabete residenti nel Lazio vive a Roma e tre quarti vivono nell'area metropolitana.

PREVALENZA DEL DIABETE NEI DISTRETTI SANITARI DELL'AREA METROPOLITANA

Distretto sanitario	Popolazione	N. di persone con diabete	Prevalenza di diabete
RM A	507,203	29,824	5.88
RM B	735,230	47,983	6.52
RM C	559,628	38,101	6.80
RM D	523,627	38,358	7.32
RM E	550,446	33,616	6.11
Roma	*2,876,134*	*187,882*	*6.53*
RM F	311,235	20,852	6.70
RM G	481,788	34,196	7.10
RM H	538,256	37,197	6.91
Suburbe	*1,331,279*	*92,245*	*6.93*
Area metropolitana di Roma	4,207,413	280,127	6.66

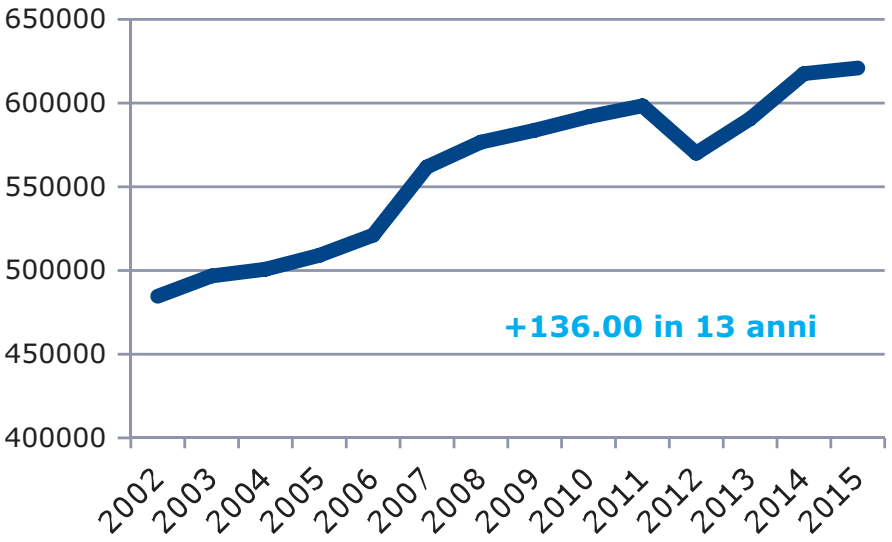
La prevalenza del diabete non è omogenea all'interno dell'area metropolitana di Roma. Sulla base delle stime fatte nell'ambito del Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016, è presente una marcata variabilità, con una prevalenza che oscilla fra il 5,88% al 7,32% nei diversi distretti sanitari. In altre parole, in alcune zone dell'area metropolitana la prevalenza risulta del 35% più elevata rispetto alla media nazionale e del 25% più elevata rispetto ad altri distretti della stessa area metropolitana.

La prevalenza nella città di Roma (6,53%) risulta più bassa rispetto alle zone sub-urbane (6,93%).

Fonte: Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale
Regione Lazio
Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016

cities changing diabetes

L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE



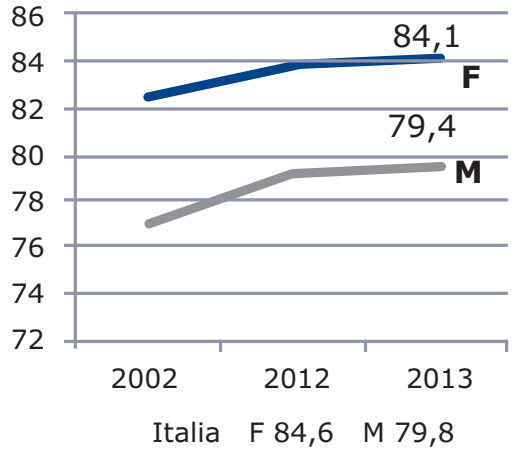
La progressiva crescita della prevalenza del diabete è legata a profondi cambiamenti socio-demografici e negli stili di vita. Uno dei fattori più importanti è rappresentato dall'invecchiamento della popolazione. La prevalenza di diabete cresce infatti progressivamente con l'età, e al di sopra dei 65 anni raggiunge quasi il 20%.

Nella città di Roma, il numero di ultrasessantacinquenni è cresciuto di 136,000 unità in 13 anni, raggiungendo la quota di 631,000 residenti nel 2015.

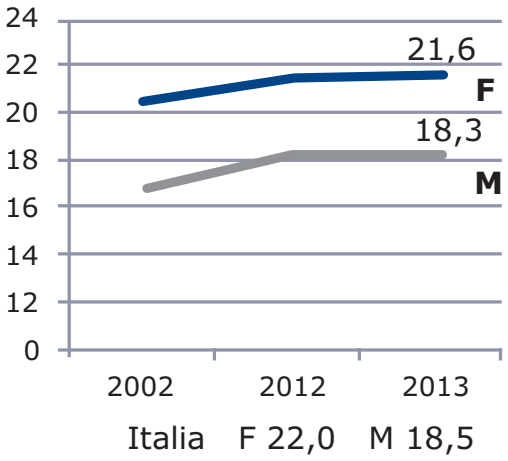
Fonte: Istat, Bilancio Demografico e Ricostruzione Intercensuaria della Popolazione, vari anni

L'ASPETTATIVA DI VITA A ROMA

Aspettativa di vita alla nascita



Aspettativa di vita a 65 anni



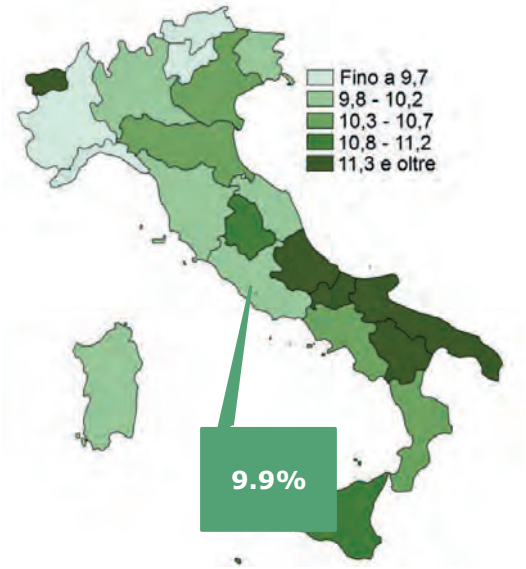
cities changing diabetes

L'invecchiamento della popolazione è legato all'aumento dell'aspettativa di vita. In base ai dati dell'indagine Urbes, l'aspettativa di vita alla nascita per i romani è di 84,1 anni per le donne e di 79,4 anni per gli uomini; questi valori sono solo lievemente inferiori alla media nazionale (84,6 anni per le donne e 79,8 per gli uomini). L'andamento temporale mostra come dal 2002 al 2013 l'aspettativa di vita sia cresciuta di circa due anni.

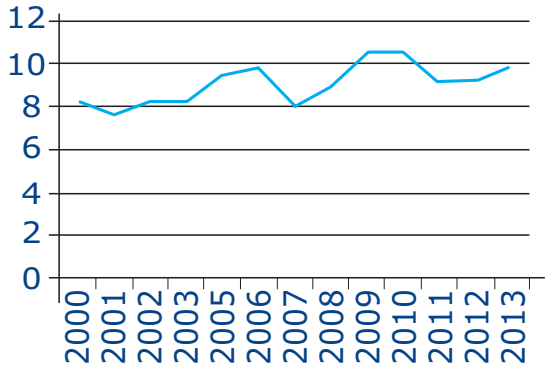
Analogamente, l'aspettativa di vita all'età di 65 anni è di 21,6 anni nelle donne e di 18,3 negli uomini, contro una media nazionale di 22 anni per le donne e di 18,5 per gli uomini. Anche in questo caso, è presente un trend di crescita in entrambi i sessi.

Fonte: Istat, Rapporto UrBes 2015, Il Benessere Equo e Sostenibile nelle Città

IL PROBLEMA DELL'OBESITÀ



Andamento temporale dell'obesità nel Lazio

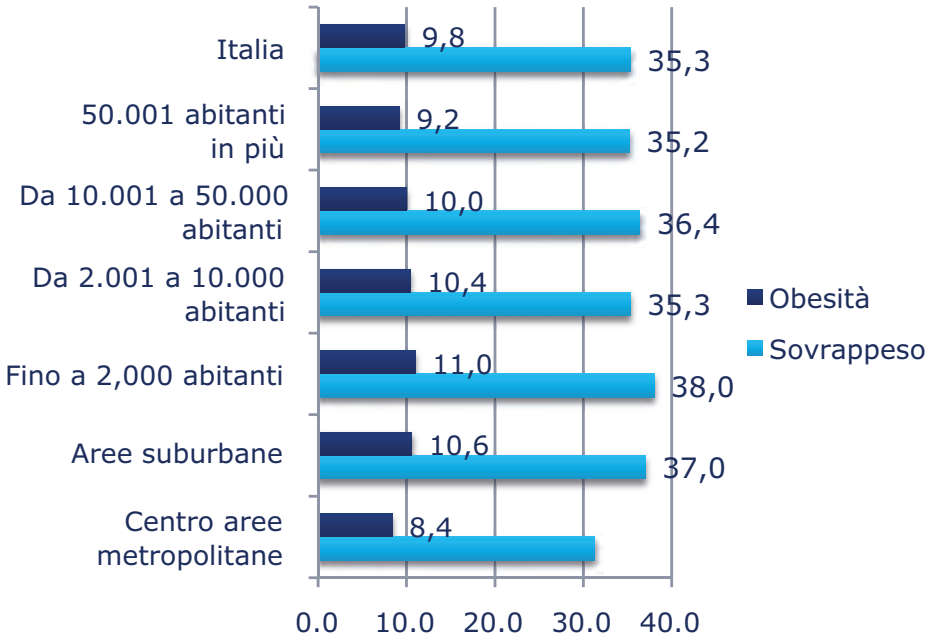


L'altro fattore principale alla base dell'aumento della prevalenza del diabete è rappresentato dall'obesità. Nel Lazio, un residente su 10 in età adulta è affetto da obesità. Se alle persone francamente obese si aggiungono quelle in sovrappeso, ne risulta che oltre il 40% dei residenti in regione è affetto da eccesso ponderale. In questo caso, il dato del Lazio non si discosta dalla media nazionale.

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.

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo, Aspetti della vita quotidiana 2015

L'OBESITÀ NELLE AREE URBANE E SUBURBANE

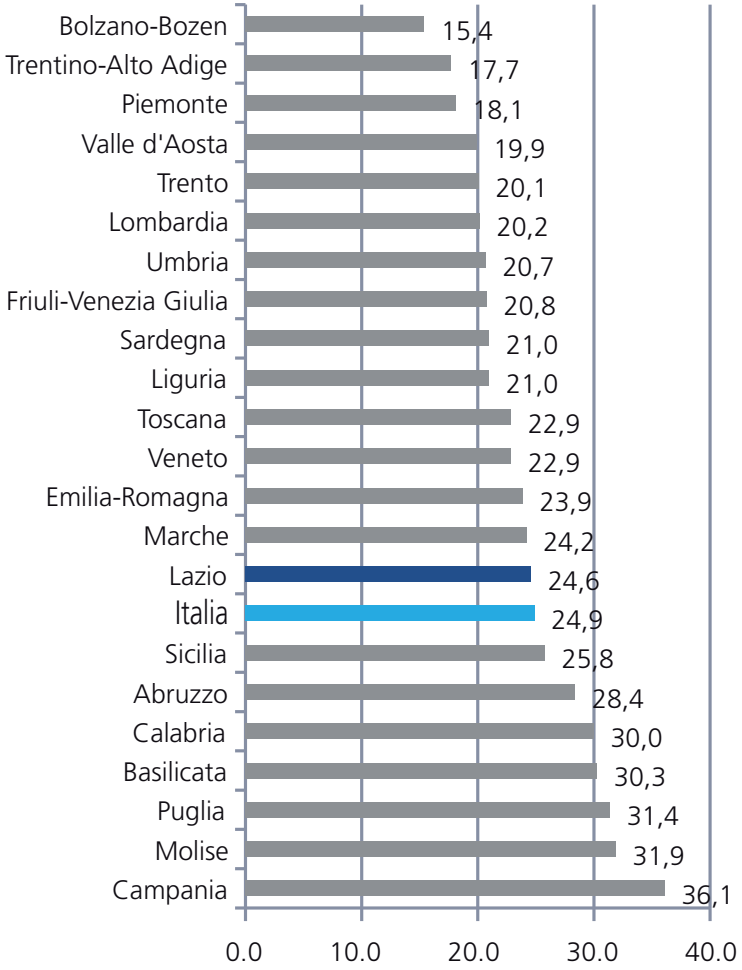


Dai dati ISTAT emerge come la prevalenza di obesità e sovrappeso sia maggiore nei comuni più piccoli e nelle aree suburbane, rispetto al centro delle aree metropolitane. In particolare, nelle aree suburbane il 47,6% dei residenti soffre di eccesso ponderale, contro il 39,7% nel centro delle aree metropolitane. Pur non disponendo di dati specifici sull'area metropolitana di Roma, è verosimile che lo stesso fenomeno sia presente anche in questa zona, come d'altronde suggerirebbe la più elevata prevalenza di diabete nelle aree sub-urbane di Roma.

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo, , Aspetti della vita quotidiana 2015

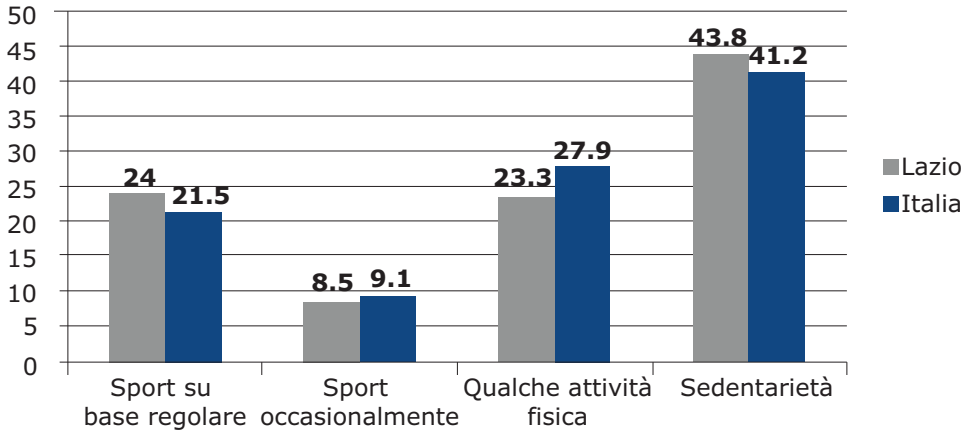
cities changing diabetes

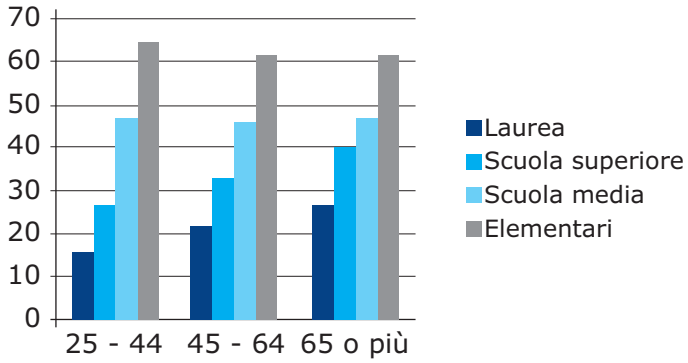
L'OBESITÀ NEI BAMBINI



Un fenomeno molto allarmante è rappresentato dall'aumento dell'obesità in età infantile ed adolescenziale. Fra i bambini e adolescenti di età compresa fra i 6 e i 17 anni, uno su quattro è affetto da eccesso ponderale.
La prevalenza nel Lazio riflette la media nazionale, mentre nelle regioni del sud oltre un terzo dei bambini/adolescenti è in sovrappeso o obeso.

LA SEDENTARIETÀ





Oltre alle errate abitudini alimentari, la sedentarietà rappresenta uno dei determinanti dell'eccesso ponderale.

In base ai dati ISTAT, nel Lazio oltre il 40% della popolazione è totalmente sedentario, mentre solo un quinto dei cittadini svolge attività fisica con regolarità. Il dato regionale non differisce sostanzialmente da quello medio nazionale.

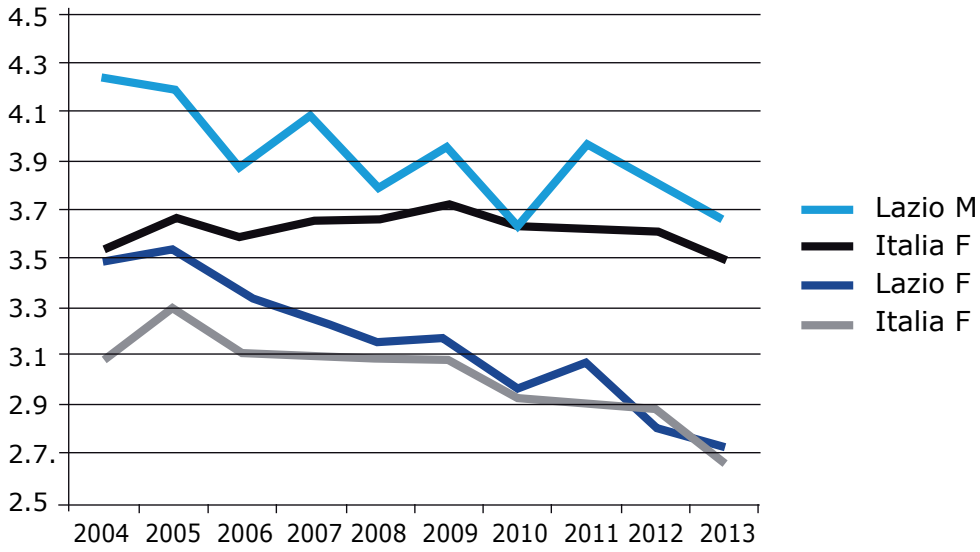
In tutte le fasce di età, la percentuale di persone sedentarie risulta strettamente correlata alla scolarità, considerata come indicatore di stato socioeconomico. In particolare, mentre fra i laureati la percentuale di soggetti sedentari non raggiunge il 30% nemmeno dopo i 65 anni di età ed è al di sotto del 20% fra i più giovani, fra i soggetti con licenza elementare oltre il 60% risulta sedentario, a prescindere dall'età.

L'aumento del disagio sociale e la crescita progressiva del numero di famiglie in condizioni di povertà relativa ed assoluta rappresenta pertanto un altro importante e trascurato fattore responsabile dell'aumentata prevalenza di obesità e diabete.

Fonte: Indagine Multiscopo, Aspetti della vita quotidiana 2015

cities changing diabetes

LA MORTALITÀ



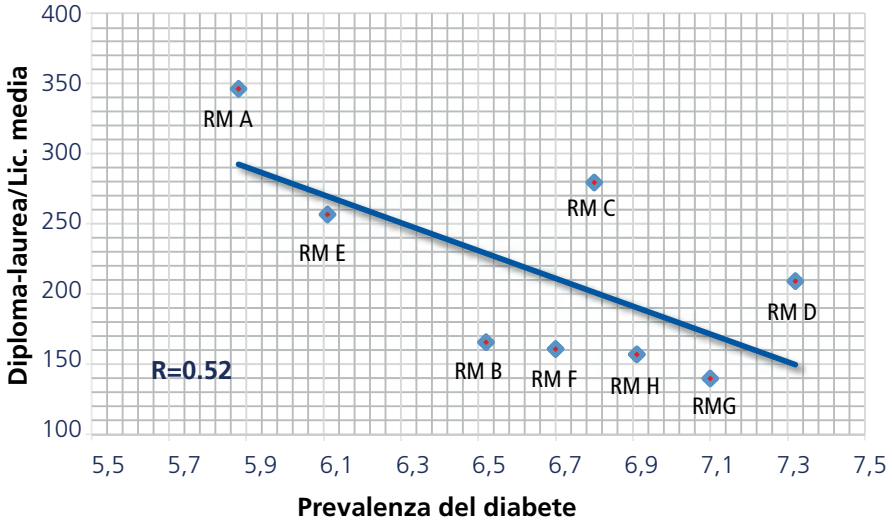
	2004	2013
Maschi Lazio	4.24	3.65
Maschi Italia	3.55	3.51
Femmine Lazio	3.59	2.72
Femmine Italia	3.09	2.66

Nonostante il trend di crescita del diabete, la mortalità associata alla malattia è in declino. 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 è notevolmente diminuito. In termini relativi, fra il 2004 e il 2013 la mortalità per diabete nel Lazio si è ridotta del 14% fra gli uomini e del 24% fra le donne. Persiste, sia a livello regionale che nazionale, una più elevata mortalità associata al diabete nel sesso maschile.

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte, vari anni

DIABETE E INDICE DI SCOLARITÀ

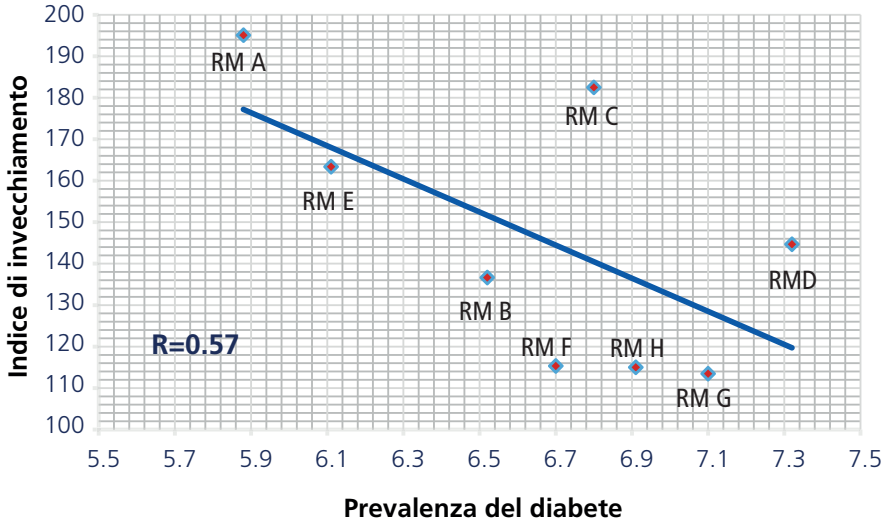


La disponibilità di informazioni dettagliate a livello dei distretti sanitari ha consentito di mettere in relazione la prevalenza del diabete nelle diverse zone dell'area metropolitana di Roma con indicatori socio-economici e relativi alle abitudini di vita. Il grafico mostra una correlazione lineare fra tasso di scolarità nei diversi distretti e prevalenza del diabete. In particolare, i distretti caratterizzati da una più elevata percentuale di soggetti con elevata scolarità presentano una minore prevalenza di diabete. Questo dato conferma la stretta associazione fra basso stato socio-economico ed aumentato rischio di diabete.

Fonte: Istat, Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio - Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016 e Istat, Censimento della popolazione e abitazioni 2011

cities changing diabetes

DIABETE E INDICE DI VECCHIAIA

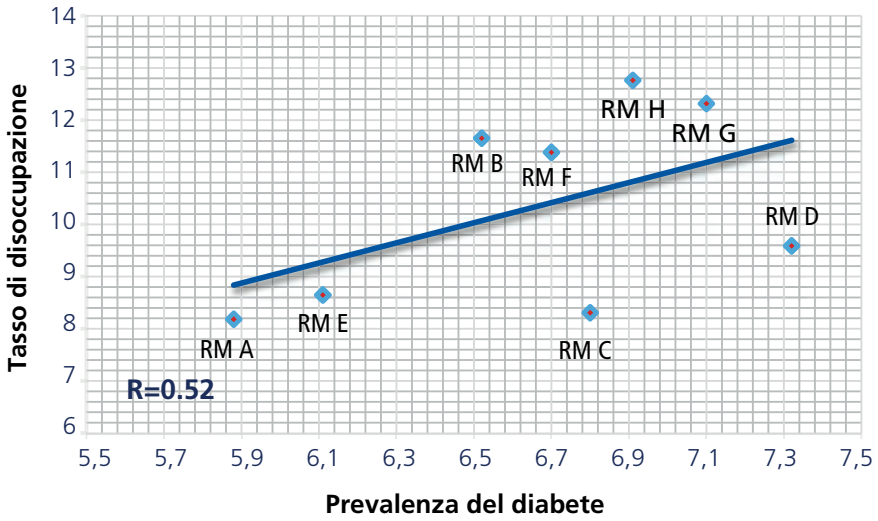


In questo grafico la prevalenza di diabete nei diversi distretti dell'area metropolitana di Roma è messa in relazione con l'indice di vecchiaia (rapporto fra residenti con età sopra i 65 anni e residenti da 0 a 14 anni).

Nonostante l'invecchiamento della popolazione rappresenti un noto fattore di rischio per il diabete, il grafico evidenzia come i distretti caratterizzati da una più alta prevalenza di diabete siano anche contraddistinti da un più basso indice di vecchiaia. I dati suggeriscono quindi che nei distretti con più elevata prevalenza di soggetti economicamente svantaggiati non solo il diabete è più frequente, ma insorge anche in età più precoce.

Fonte: Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio - Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016 e Istat, Censimento della popolazione e abitazioni 2011.

DIABETE E TASSO DI DISOCCUPAZIONE

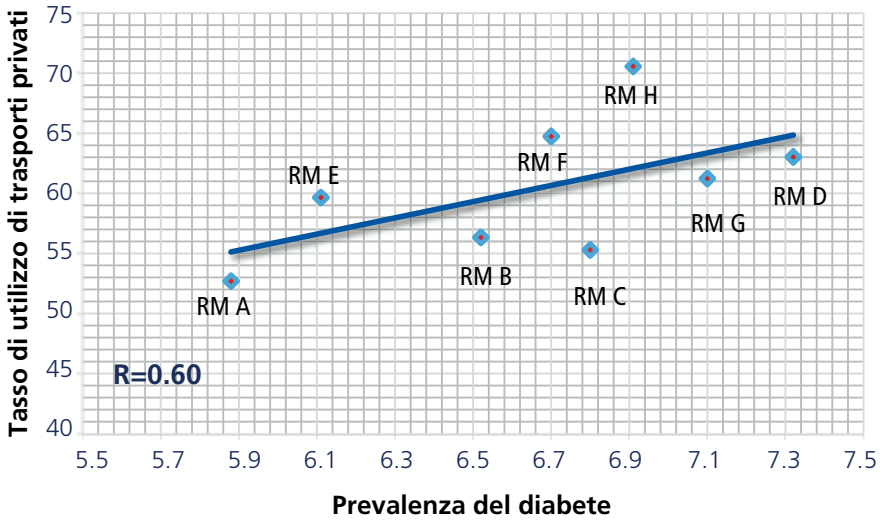


La stretta associazione fra basso stato socio-economico e rischio di diabete è ulteriormente avvalorata dall'esistenza di una forte correlazione fra tasso di disoccupazione e prevalenza del diabete. I distretti con tasso di disoccupazione al di sotto del 10% mostrano infatti prevalenze di diabete attorno al 6%, mentre nelle aree contraddistinte da un tasso di disoccupazione al di sopra dell'11% si riscontrano percentuali più elevate.

Fonte: Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio - Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016 e Istat, Censimento della popolazione e abitazioni 2011

cities changing diabetes

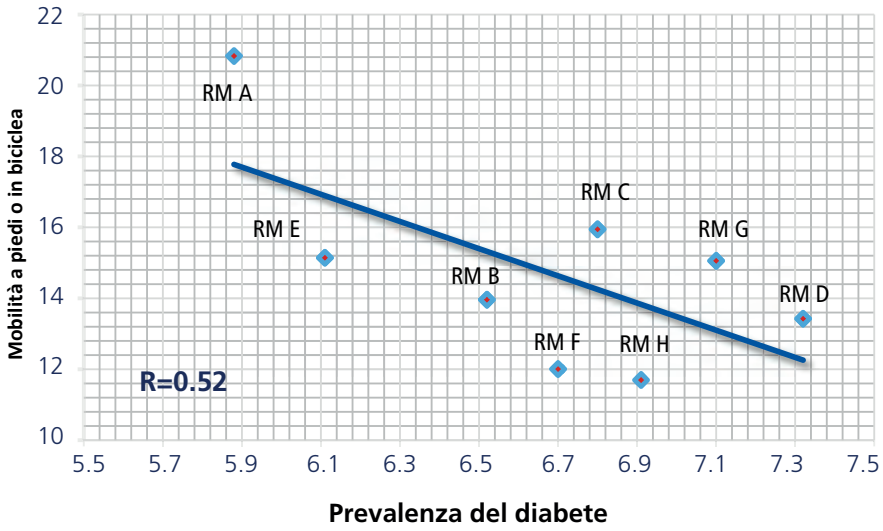
DIABETE E USO DI MEZZI DI TRASPORTO PRIVATI



Una forte associazione lineare è presente anche fra prevalenza del diabete nei diversi distretti e percentuale di residenti che si spostano utilizzando un mezzo privato di trasporto. Nei distretti con più elevata presenza di diabete oltre il 60% dei residenti si spostano abitualmente utilizzando il proprio veicolo.

Fonte: Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio - Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016 e Istat, Censimento della popolazione e abitazioni 2011.

DIABETE E MOBILITÀ LENTA

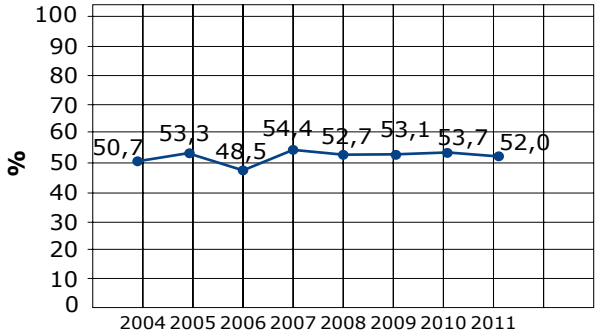


Di converso, nei distretti dove è più alta la percentuale di residenti che si spostano a piedi o in bicicletta risulta più bassa la prevalenza di diabete. È da notare come la percentuale di soggetti con diabete sia inferiore al 6% nel distretto dove oltre il 20% dei cittadini si muovono a piedi o in bicicletta, mentre sale ad oltre il 7% nelle zone dove il 15% o meno dei residenti fanno ricorso a questo tipo di mobilità.

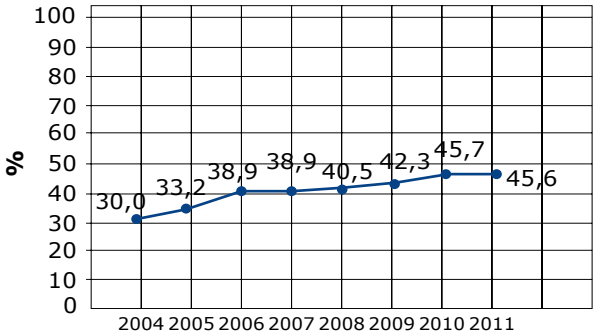
Fonte: Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio - Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016 e Istat, Censimento della popolazione e abitazioni 2011.

cities changing diabetes

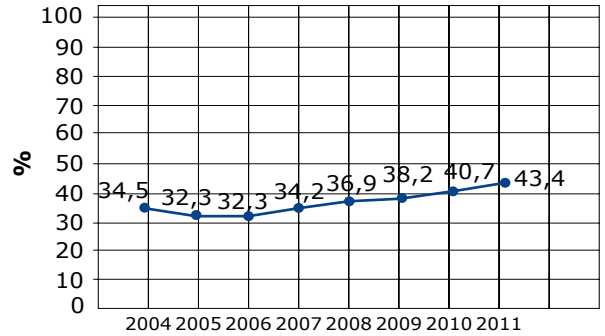
LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA



$HbA_{1c} \leq 7.0\%$



LDL <100 mg/dl



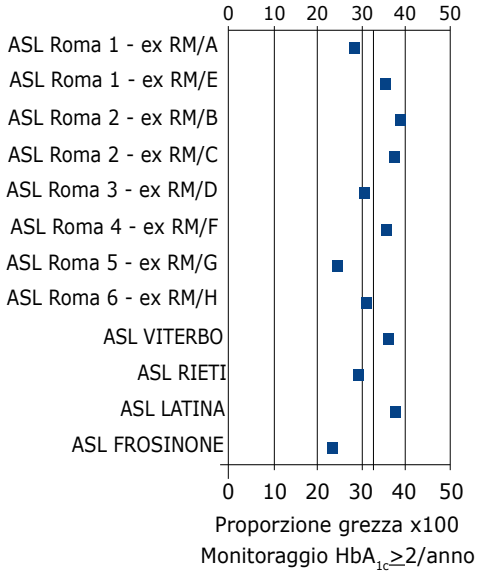
PA ≤ 130/80mmHg

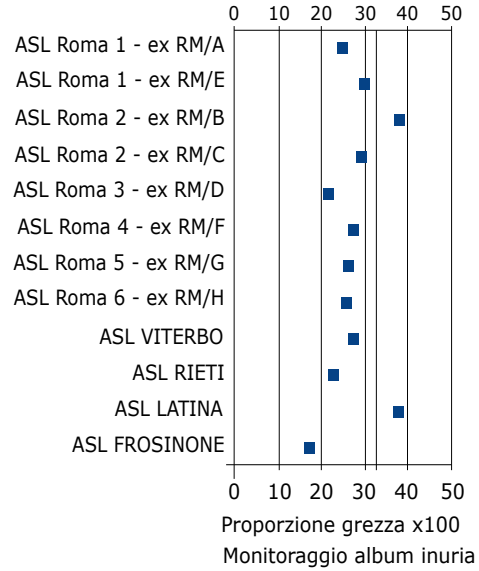
Grazie alla presenza nel nostro Paese di un'ampia rete di centri di diabetologia, l'accesso alle cure specialistiche risulta facilitato. Si stima infatti che circa il 50% delle persone con diabete siano seguite presso le strutture specialistiche.

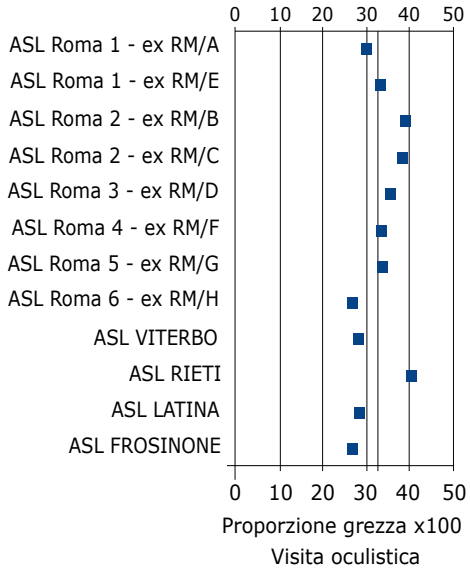
L'iniziativa Annali AMD ha permesso di monitorare nel tempo la qualità dell'assistenza erogata dai centri di diabetologia. Nel Lazio, i dati mostrano incoraggianti progressi, soprattutto per quanto riguarda il raggiungimento dei target per il colesterolo LDL ed i valori pressori. Tuttavia, circa la metà degli assistiti non raggiunge i target terapeutici desiderati, sia per quanto riguarda i valori di emoglobina glicosilata (HbA1c), sia per quanto riguarda il profilo lipidico e la pressione arteriosa.

Fonte: Annali AMD VIII Edizione: Valutazione longitudinale 2004-2011 degli indicatori di qualità dell'assistenza al diabete di tipo 2 nelle regioni italiane

LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA





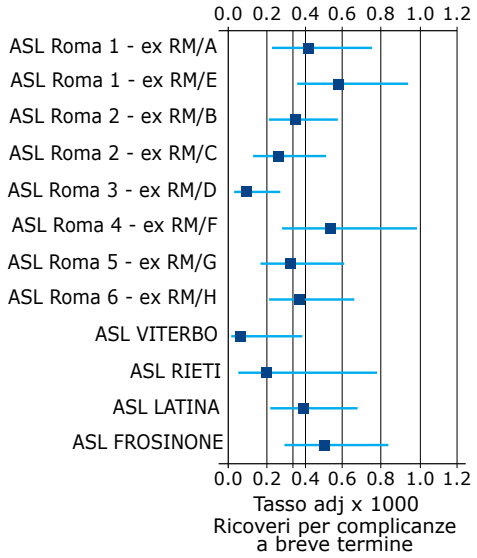


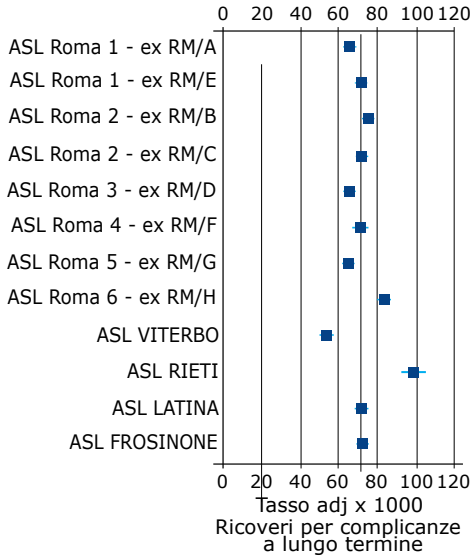
Il Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016 ha consentito di analizzare la variabilità fra i distretti sanitari del Lazio per quanto riguarda alcune misure di processo, quali ad esempio la misura dei valori di HbA1c almeno due volte l'anno, la misura della microalbuminuria almeno una volta l'anno e l'esecuzione di una visita oculistica almeno una volta l'anno.
I dati documentano discreti livelli di variabilità per tutti gli indicatori utilizzati, con percentuali di performance che oscillano fra il 20% e il 40% nei vari distretti. Resta da chiarire se tali differenze siano almeno in parte da attribuire ad una diversa disponibilità di strutture specialistiche nei diversi distretti.

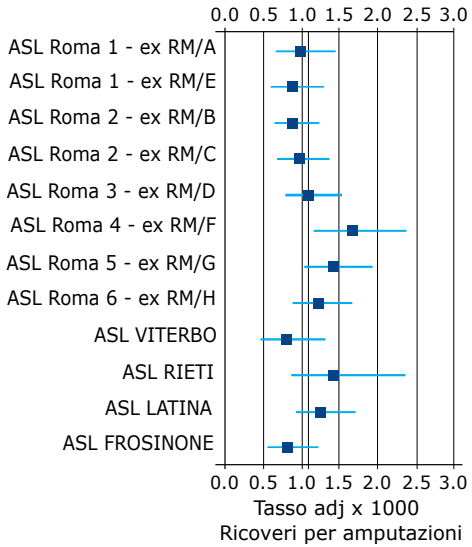
Fonte: Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio - Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016

cities changing diabetes

LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA





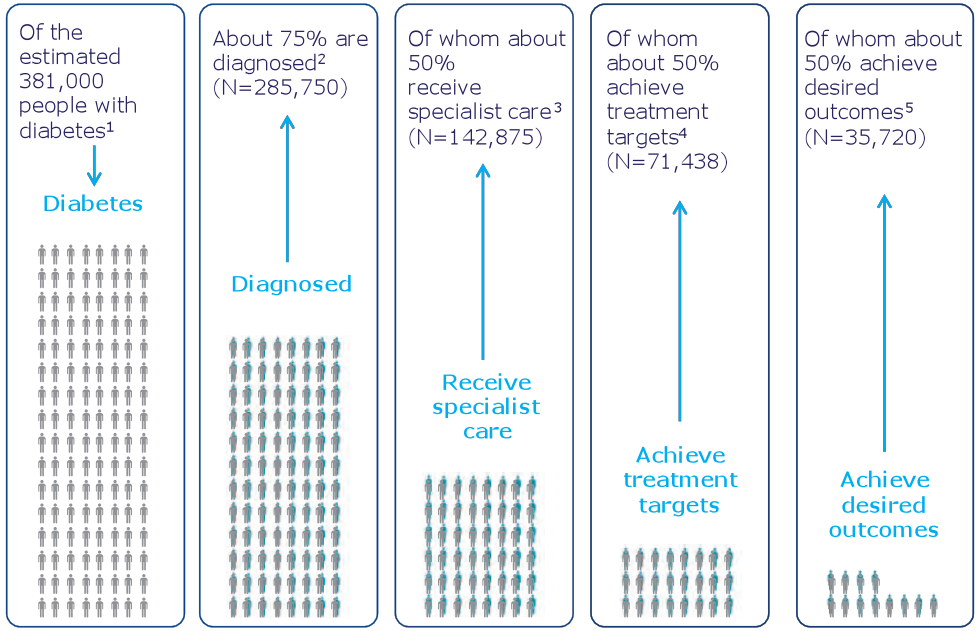


Il Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016 ha consentito di analizzare anche la variabilità fra i distretti sanitari del Lazio per quanto riguarda alcune misure di risultato dell'assistenza, quali ad esempio i tassi di ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine o per amputazioni.

In questo caso i dati documentano livelli di variabilità generalmente contenuti per tutti gli indicatori, con qualche sporadica eccezione.

Fonte: Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio - Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2016

LA REGOLA DEI MEZZI



1. National Institute of Statistics 2015
2. Internationa 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

Mantenere il diabete in buon controllo consente alle persone affette di vivere vite lunghe e sane; tuttavia, questo non accade della 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.
La Regola dei Mezzi applicata ai dati clinico-epidempiologici ci permette di avere un quadro chiaro della situazione del diabete di tipo 2 nell'area metropolitana di Roma. L'International Diabetes Federation stima che nel nostro Paese per ogni tre persone con diabete noto ce ne sia una che ha il diabete senza saperlo. Si può quindi stimare che complessivamente le persone affette da diabete nell'area metropolitana di Roma siano circa 381.000. Di queste, il 75% sa di avere il diabete. Fra le persone con diabete noto, si stima che circa il 50% vedano 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 ≤7,0%, la metà risulta priva di complicanze microvascolari e macrovascolari.

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.

KEY MESSAGES

- L'area metropolitana di Roma, così come l'intera regione del Lazio, sono contraddistinte da una delle più alte prevalenze di diabete in Italia.
- All'interno dell'area metropolitana, è presente una marcata variabilità della prevalenza di diabete fra i diversi distretti sanitari.
- I distretti sanitari con più elevata prevalenza di diabete sono caratterizzati da un più basso indice di vecchiaia, più bassi livelli di scolarizzazione e più alti livelli di disoccupazione.
- Inoltre, nei distretti a più alta prevalenza di diabete è più elevata la percentuale di residenti che si muovono in macchina e più bassa la percentuale di coloro che si spostano abitualmente a piedi o in bicicletta.
- Nonostante la crescita degli anni della qualità delle cure erogate dalle strutture specialistiche, la regola dei mezzi, applicata all'area metropolitana di Roma, indica che esiste un ampio margine di miglioramento per quanto riguarda la diagnosi precoce e l'assistenza alle persone con diabete.

I dati clinico-epidemiologici suggeriscono la necessità di implementare strategie efficaci in grado di raggiungere i soggetti socialmente svantaggiati, aumentando l'accessibilità ad attività di prevenzione e cura del diabete. Un miglioramento degli approcci educativi/informativi rivolti ai soggetti vulnerabili può beneficiare di un maggiore coinvolgimento delle farmacie e da un rafforzamento delle reti sociali. Infine, stili di vita più adeguati possono essere promossi attraverso un aumento nelle aree più svantaggiate delle infrastrutture a basso costo ed alto impatto, che facilitino lo svolgimento di attività fisica.

In conclusione, 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.

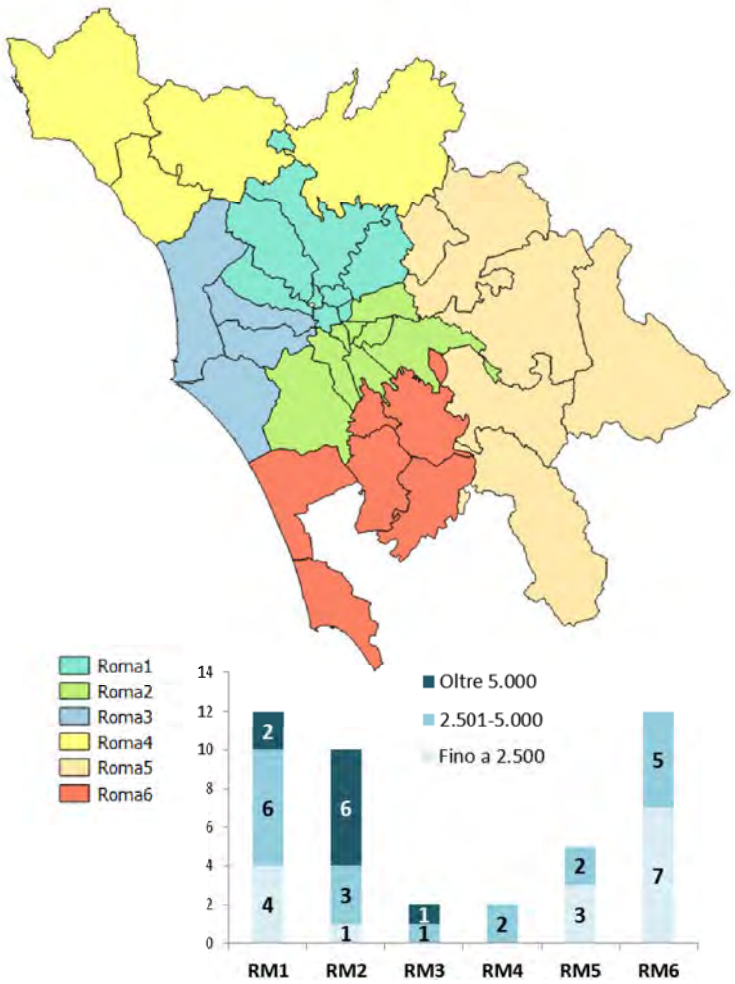
cities changing diabetes

L'analisi qualitativa della vulnerabilità sociale al diabete

Ketty Vaccaro
Responsabile Area salute e welfare
Fondazione Censis
Vicepresidente IBDO Foundation

cities changing diabetes

UN'ANALISI CAMPIONARIA



Per analizzare la vulnerabilità sociale al diabete da un punto di vista qualitativo si è individuato un **campione di persone con Diabete di tipo II residenti nell'area metropolitana di Roma**, grazie alla collaborazione con **SID** - Società Italiana di Diabetologia - e **AMD** - Associazione Medici Diabetologi del Lazio ed ai **Centri di diabetologia** distribuiti nell'area metropolitana.

L'URBAN DIABETES RISK ASSESSEMENT

Centri coinvolti nell'analisi e struttura del campione (v.a.)

Struttura	Referenti	Asl struttura	Consensi raccolti	Avvio indagini	I questionario compilato	II questionario compilato
Fatebenefratelli Isola Tiberina	Maldrucco-Frontoni	Roma A	13	8	6	3
Policlinico Umberto I	Buzzetti-Lenzi	Roma A	9	9	8	4
Policlinico Università Tor Vergata	Lauro-Bellia	Roma B	17	17	15	15
Università Campus Biomedico	Pozzilli-Palermo	Roma C	21	12	6	3
Ospedale San Camillo	Morviducci-Tubili	Roma D	6	5	6	4
ACISMOM Camillo Negro	Salomone-Ragonese	Roma E	6	4	2	0
Policlinico Agostino Gemelli	Giaccari	Roma E	7	7	7	6
Ospedale Generale Santo Spirito	Chiaramonte	Roma E	3	3	1	0
Presidio Ospedaliero S. Paolo Civitavecchia	Santantonio	Roma F	7	5	4	2
Polo Diabetologia Ariccia	Bloise	Roma H	7	5	1	1
Ospedale Regina Apostolorum Albano Laziale	Chianelli	Roma H	7	5	2	0
San Giovanni Evangelista	Fiore-Marci	Roma G	13	13	13	13
Totale			116	93	71	51

Il campione di 12 centri ha contribuito alla selezione dei pazienti a cui sono stati sottoposti **un questionario a domande chiuse** (71 pazienti) e **il questionario Q-Sort** (51 pazienti), seguendo la metodologia fissata per il c.d. *Urban Diabetes Risk Assessemen*t.

cities changing diabetes

L'IMPORTANZA DELLA DIMENSIONE SOCIALE E CULTURALE

Per l'analisi della vulnerabilità sociale sono stati analizzati :

- **Fattori sociali:**

– Vincoli finanziari
– Vincoli temporali
– Vicoli legati alla disponibilità di risorse
– Limiti geografici

- **Determinanti culturali:**

– Tradizioni e convenzioni
– Salute e malattia
– Cambiamento e transizione
– Rapporto con se stessi e con gli altri
– Ruolo della scelta individuale

- Sono state applicate le **tecniche di statistica multivariata** alle risposte fornite ai questionari identificando così **quattro gruppi omogenei** al loro interno, ognuno caratterizzato da **diverse concezioni culturali e fattori di vulnerabilità sociale al diabete**

- E' stato realizzato un ***Focus group* con 8 pazienti** appartenenti ai 4 gruppi identificati.

IL PRIMO GRUPPO: I SALUTISTI DA CONTESTO

- Di mezza età (classe prevalente dai 51 ai 60 anni)
- Livello di istruzione basso e medio
- Vivono in prevalenza fuori Roma
- Con un diabete ben controllato e poco condizionati dalla malattia
- Si sentono informati sul diabete
- Poco peso alle tradizioni (cucina tipica, convivialità)
- Molta attenzione alla vita sana decisamente favorita dal luogo di vita (si muovono a piedi, i luoghi che frequentano sono a breve distanza)

- **Il gruppo è caratterizzato da pazienti di età intermedia in buone condizioni di salute e da un comportamento che controlla di fatto i fattori di rischio del diabete legati agli stili di vita**
- **E' proprio il contesto di vita a favorire tale comportamento, anche al di là di una vera scelta consapevole**

cities changing diabetes

IL SECONDO GRUPPO: GLI ANZIANI MEDICALIZZATI

- Anziani (classe prevalente oltre i 70 anni)
- Livello di istruzione basso e medio
- Vivono in prevalenza fuori Roma
- Si muovono prevalentemente in macchina
- Hanno un diabete poco controllato e sono condizionati dalla malattia
- Si sentono informati sul diabete
- In larga parte hanno altre malattie croniche
- Più influenzati da limiti economici
- Danno valore agli aspetti culturali tradizionali del cibo
- Hanno grande fiducia nel medico

e nella terapia farmacologica

- **E' un gruppo di pazienti anziani vulnerabile dal punto di vista della salute (anche per la compresenza di cronicità) e dal punto di vista economico, che vive per lo più fuori dal comune di Roma**
- **La gestione del diabete è caratterizzata dalla fiducia nel proprio medico e nelle terapie farmacologiche**

IL TERZO GRUPPO: I CITTADINI FATALISTI

- Di tutte le età
- Livello di istruzione medio
- Vivono in prevalenza a Roma
- Con un diabete ben controllato e poco condizionati dalla malattia
- Si sentono informati abbastanza e vorrebbero saperne di più sul diabete
- Sono in prevalenza normopeso
- Sono convinti che il fatto di vivere in città peggiori la loro situazione
- Danno peso alle tradizioni legate al cibo (specialmente la convivialità)
- Non credono che adottare uno stile di vita sano possa fare la differenza
- In fondo il fatto di avere il diabete non dipende da loro

- **Si tratta di un gruppo di persone di tutte le età, residenti nel comune di Roma con buone condizioni di salute**
- **Sono convinti che sia poco utile adottare stili di vita sani dal momento che vivono in un contesto urbano che ritengono difficile e tale da contribuire a peggiorare la loro situazione di pazienti diabetici**

cities changing diabetes

IL QUARTO GRUPPO: I GIOVANI PREOCCUPATI MA INDISCIPLINATI

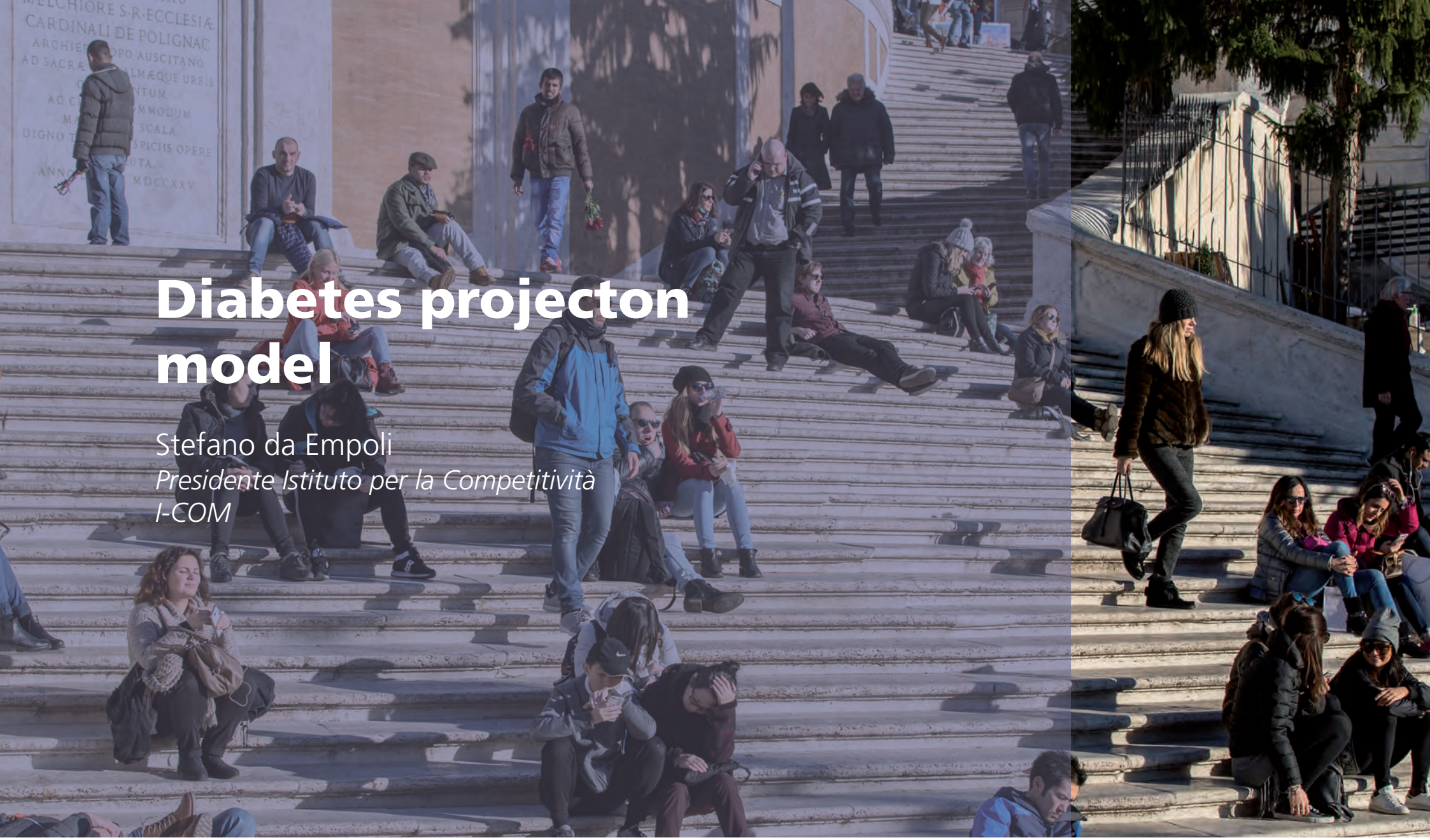
- Più giovani (classe prevalente fino a 50 anni)
- Livello di istruzione alto e medio alto
- Vivono in prevalenza a Roma
- Si muovono solo in macchina
- Hanno un diabete molto controllato ma sono preoccupati e si sentono condizionati dalla malattia
- Sono diabetici da meno tempo
- Si sentono informati sul diabete ed usano il web (siti scientifici)
- Sono in prevalenza sovrappeso e obesi
- Credono nell'impegno personale ma tendono anche a trasgredire

- **È un gruppo di pazienti romani tendenzialmente giovani ed istruiti che temono i condizionamenti del diabete**
- **Nonostante siano consapevoli dell'importanza dell'impegno individuale nel controllo dei fattori di rischio, tendono a trasgredire anche perché sono condizionati dal vivere in città**

KEY MESSAGE

- Il piacere della convivialità è un fattore culturale che finisce per impattare sulla gestione del diabete
- Le limitazioni economiche hanno peso se si intrecciano con altre forme di vulnerabilità sociale
- La fiducia nei medici e nelle terapie prevale tra gli anziani mentre per i più giovani è più rilevante l'impegno individuale nel controllo dei fattori di rischio
- Le differenze tra chi vive nel comune di Roma e che vive negli altri comuni dell'area metropolitana mettono in luce l'importanza del contesto meno urbanizzato nell'indurre stili di vita più sani

cities changing diabetes

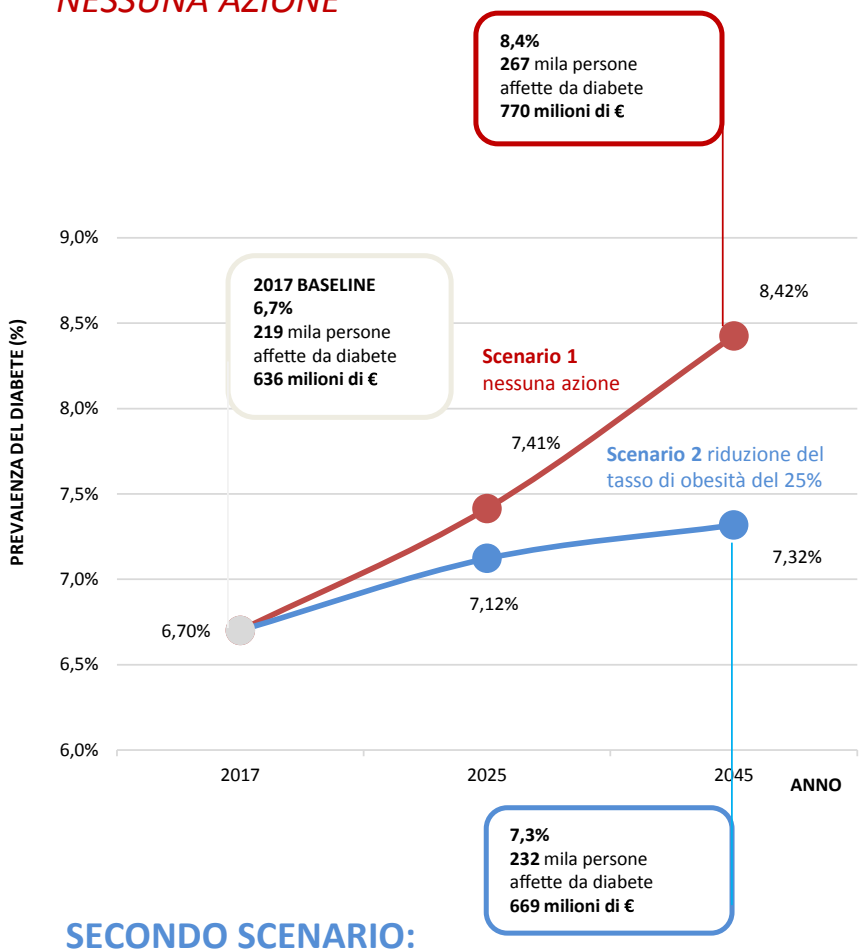


Diabetes projecton model

Stefano da Empoli
Presidente Istituto per la Competitività
I-COM

cities changing diabetes

PRIMO SCENARIO:
NESSUNA AZIONE



SECONDO SCENARIO:
Riduzione del tasso di obesità del 25% rispetto al 2017

Il **Diabetes Projection Model stima la dinamica del tasso di prevalenza del diabete nel tempo** evidenziando come **la riduzione del tasso di obesità migliorerebbe il peso della prevalenza del diabete sulla popolazione, e la relativa spesa sanitaria.**

Scenario 1 (NESSUNA AZIONE) La prevalenza del diabete continua ad aumentare dato un tasso di obesità che segue a crescere secondo la dinamica attualmente in corso, con relativo aumento della spesa sanitaria nel tempo.

Scenario 2 (RIDUZIONE DEL TASSO DI OBESITA' DEL 25% ENTRO IL 2045) Riduzione progressiva del tasso di obesità in una data popolazione tramite l'attivazione di adeguati strumenti di policy entro il 2045. La prevalenza del diabete e la relativa spesa sanitaria si riducono rispetto al primo scenario.

Per applicare il modello alla Città Metropolitana di Roma, si sono prese in considerazione le seguenti condizioni:

1. Il tasso di crescita medio annuo della popolazione è stato fissato in misura pari alla crescita previsionale dell'Istat per la popolazione della regione Lazio, rispettivamente nei periodi 2017 – 2025 e 2025 – 2045 (Istat previsioni demografiche 2017 – 2065).

2. Il tasso di prevalenza del diabete nell'area all'inizio del periodo (2017) è stato fissato in misura pari a quanto registrato dall'Italian Diabetes & Obesity Barometer Report per la media dei distretti sanitari della Città Metropolitana (6,7%), coerentemente con quanto stimato dall'Istat per la regione Lazio (6,6%).

Date le precedenti specifiche è possibile stimare che, **agendo per una riduzione del tasso di obesità del 25% nell'area della Città Metropolitana di Roma, la relativa riduzione del tasso di prevalenza del diabete** porterebbe a una **riduzione della popolazione affetta da diabete per un numero pari a 35 mila persone,** portando ad un **risparmio annuale di 101 milioni di € in termini di spesa sanitaria** nel 2045.

KEY MESSAGES

- I fattori di rischio per il diabete di tipo 2 (o non insulino-dipendente) sono il sovrappeso, l'obesità e la mancanza di attività fisica;
- Riportare il peso corporeo nei limiti della normalità con un'alimentazione corretta e un'attività fisica giornaliera costante è quindi fondamentale: in questo modo si riduce la resistenza all'insulina e si migliora l'assorbimento del glucosio da parte dei muscoli;
- Tutto questo interviene verso l'obiettivo di riduzione dell'obesità che può garantire una significativa riduzione della prevalenza del diabete di tipo 2 nel tempo, contestualmente alla creazione di risparmi crescenti in termini di spesa, creando un circolo virtuoso che potrà e dovrà consentire un reinvestimento delle risorse liberate per il mantenimento e miglioramento degli obiettivi di salute urbana;
- L'organizzazione dei centri urbani può infatti condizionare e modificare gli stili di vita agendo in primis sui fattori di rischio legati allo sviluppo di queste patologie;
- E' necessario investire per promuovere una cultura alimentare appropriata, incoraggiare l'utilizzo di modalità attive di trasporto creando e mettendo a disposizione strade, piste ciclabili sicure e ben collegate ed un efficiente sistema di trasporto pubblico locale; incoraggiare la pratica dell'attività sportiva, creando e mettendo a disposizione infrastrutture pubbliche cui i cittadini possano avere accesso in modo equo e distribuito sul territorio;
- In sintesi, in una Città Metropolitana come Roma, densamente popolata ed estesa, la parola d'ordine è "prevenzione".

Il punto di vista delle società scientifiche

PENSARE GLOBALMENTE, AGIRE LOCALMENTE

Marco Giorgio Baroni
Presidente Società Italiana di Diabetologia Lazio
Lelio Morviducci
Presidente Associazione Medici Diabetologi Lazio

L'inserimento del territorio di Roma Città Metropolitana nell'ambizioso progetto internazionale di studio Cities Changing Diabetes, promosso dall'University College of London e dallo Steno Centre di Copenaghen, e supportato da Novo Nordisk, è una grande opportunità per la Diabetologia di Roma e del Lazio, da sempre consapevole che solo attraverso una attenta mappatura ed analisi dei dati clinico-epidemiologici, correlati a quelli socio-demografici e ai determinanti umanistici, sia possibile oggi promuovere iniziative di governance sanitaria atte a migliorare la qualità di vita delle persone con diabete.

Con questo progetto, Roma viene inserita in un ampio network di metropoli, tutte impegnate a studiare l'impatto della sempre crescente urbanizzazione sul diabete e sull'obesità.

L'Urban Health è divenuta oggetto di studio da parte della comunità scientifica, partendo dal presupposto che oltre 3 miliardi di persone vivono oggi in città metropolitane e megalopoli. Nel 2007 per la prima volta nella storia, la popolazione mondiale che vive nelle città ha superato il 50% e, secondo le stime del WHO, questa percentuale è destinata a crescere.

Si stima che nel 2030 sei persone su 10 vivranno nei grandi agglomerati urbani, e se questa stima viene proiettata nel futuro, si può considerare che nel 2050 il numero di abitanti dei grandi contesti urbani sarà intorno al 70%. Una tendenza che, di fatto, negli ultimi 50 anni sta cambiando il volto del nostro Pianeta e che deve pertanto essere valutata in tutta la sua complessità.

Dobbiamo, quindi, prendere atto che si tratta di un fenomeno sociale inarrestabile e di una tendenza irreversibile, che va amministrata ed anche studiata sotto numerosi punti di vista, quali l'assetto urbanistico, i trasporti, il contesto industriale e occupazionale e soprattutto, la salute.

Le città stesse e il loro modello di sviluppo sono oggi in prima linea nella lotta contro tutte le criticità connesse alla crescente urbanizzazione e, ovviamente, la salute pubblica occupa fra queste un posto di primaria importanza.

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 di tipo 2 su tre. Infatti, secondo i dati dell'International Diabetes Federation (IDF), nel mondo sono 246 milioni (65%), coloro che hanno ricevuto una diagnosi di Diabete di Tipo 2 e che abitano nei centri urbani, rispetto ai 136 milioni delle aree rurali, e questo numero è destinato a crescere. Si stima che nel 2035, le persone con diabete nelle città raggiungeranno il 70%: 347 milioni rispetto ai 147 milioni che abiteranno fuori dai grandi centri abitati.

Pare quindi che le città abbiano un effetto "catalizzatore" per il diabete: chi si sposta in città ha infatti maggior probabilità di sviluppare la malattia rispetto a chi rimane fuori dai grandi centri.

I Dati ISTAT ci indicano che oggi nell'area metropolitana di Roma risiedono 4,3 milioni di abitanti, una cifra significativa per livelli di urbanizzazione, che la pone tra le prime tre aree metropolitane in Europa, la prima in Italia. Un forte contesto di urbanizzazione che dagli anni sessanta ad oggi è più che raddoppiato e che costituisce circa il 70% della popolazione della Regione Lazio.

Una cifra, quella relativa alla popolazione, forse anche conservativa, visto l'alto tasso di popolazione non residente ma che svolge attività lavorativa nell'area di Roma Capitale.

I dati sul diabete nell'area di Roma Città Metropolitana, elaborati da CORESEACH, su fonti della Regione Lazio, indicano una prevalenza del 6,6%, dato questo che pone questo territorio sopra la mediana nazionale e agli ultimi posti in Italia (3° regione per prevalenza del diabete).

Questi dati potrebbero essere largamente sottostimati, in quanto siamo di fronte ad una popolazione diabetica in crescita del 60% negli ultimi 15 anni e che oggi conta circa 286.000 persone con diabete noto e circa altre 100.000 persone che, pur avendo il diabete, sono sconosciuti al sistema.

Diventa, pertanto, obiettivo primario delle Società Scientifiche mettere in atto strategie finalizzate al raggiungimento di diagnosi e trattamento precoci, finalizzati a ottenere una riduzione delle complicanze legate al diabete, che condizionano pesantemente la qualità di vita delle persone con diabete.

Anche i dati sull'obesità nell'area di Roma Città Metropolitana ci indicano una prevalenza del 9,9%, con un significativo impatto sulla popolazione adolescenziale, a causa di stili di vita non corretti e di una sempre maggiore sedentarietà nella popolazione in generale, e in quella giovanile in particolare.

L'importanza della prevenzione dell'obesità nei bambini e negli adolescenti normopeso e la riduzione dell'eccesso ponderale in quelli già sovrappeso o obesi per ridurre il rischio di prediabete e di DM2 è da sempre riconosciuta come obiettivo primario per i pediatri. Rimane

tuttavia irrisolto come ottenere il mantenimento del calo ponderale, condizione fondamentale per l'efficacia degli interventi a lungo termine.

Le strategie per ridurre l'obesità vanno indirizzate verso la famiglia e, in particolar modo, verso la scuola. Gli interventi contro l'obesità, le errate abitudini alimentari e gli stili di vita non salutari sono tanto più efficaci quanto più precocemente attuati.

Il sovrappeso e l'obesità in età pediatrica costituiscono un fattore di rischio per la comparsa di alterazioni precliniche del metabolismo che possono con il tempo evolvere in forme di diabete conclamato.

Inoltre, complicanze sia micro che macrovascolari sono già documentabili anche negli adolescenti con relativamente breve durata del DM2, persino al momento della diagnosi clinica, e la loro presenza compromette la qualità di vita, in quanto causa di morbilità e di patologie invalidanti anche in età giovanile.

Le alterazioni del metabolismo glicidico possono fortunatamente essere reversibili, con la modifica sostanziale della dieta e dello stile di vita.

Gli interventi di prevenzione del DM2 rivolti al singolo individuo sono spesso inefficaci, soprattutto a lungo termine, mentre sono promettenti campagne informative di prevenzione con un indirizzo socio-ecologico che impiegano metodologie di social marketing e di entertainment education rivolte alla famiglia e agli ambienti frequentati dai giovani a rischio.

Da queste osservazioni emerge la necessità di sviluppare programmi di prevenzione strutturati e in linea con l'evoluzione tecnologica per stimolare la compliance familiare, scolastica, ambientale ed in ultimo del singolo bambino e adolescente.

Roma è sicuramente uno dei più grandi agglomerati urbani ed anche uno dei più difficilmente gestibili.

Quale l'impatto dell'urbanizzazione sul futuro dei bambini e adolescenti obesi?

Roma risulta, a giudizio dei suoi abitanti, molto carente sotto tanti aspetti: mezzi pubblici, pulizia nelle strade, condizioni di strade e palazzi, cattiva qualità dell'aria, scarsa integrazione degli immigrati.

Questi sono tutti fattori di rischio molto importanti nel determinare un incremento dell'obesità infantile e delle sue complicanze. Non serve l'attività fisica a scuola, se si limita a pochissime ore a settimana. I bambini si muovono poco, non vanno più a giocare nei parchi o nei cortili. Sarebbe forse utile tenere per un'ora in più al giorno i bambini a scuola a giocare e fare movimento?

I dati socio-demografici dell'ISTAT ci devono fare riflettere su alcune criticità da analizzare, che possono avere un impatto sullo sviluppo di diabete e obesità.

Tali dati ci indicano, infatti, che a fronte di un generale invecchiamento della popolazione, questo fenomeno non è distribuito

in maniera uniforme tra centro e periferia, che vi è una forte discrepanza tra centro e periferia in termini di reddito, migranti, qualità di vita, alimentazione, sedentarietà e titolo di studio.

L'analisi delle possibili differenze tra le persone con diabete che vivono in un'area metropolitana può aiutarci, ad esempio, a comprendere la variabilità tra le diverse zone, in termini di outcome clinici; temi in stretta correlazione e studio per una branca nuova che coniughi l'antropologia medica al diabete rappresentata appunto dall'Urban Diabetes.

La qualità della vita è universalmente riconosciuta come un obiettivo fondamentale dell'assistenza sanitaria, nonostante la sua valutazione non sia ancora entrata a pieno titolo nella pratica clinica. Soprattutto nelle patologie croniche, in continua espansione, gli interventi medici sono sempre più rivolti non solo ad "aggiungere anni alla vita", ma anche e soprattutto ad "aggiungere vita agli anni", attraverso la riduzione delle complicanze e delle disabilità e la possibilità di garantire un adeguato stato di benessere psico-fisico.

Per tali ragioni, la valutazione dei risultati dell'assistenza nelle condizioni croniche richiede un ampliamento degli indicatori abitualmente utilizzati, con l'inclusione di misure delle capacità funzionali del soggetto, del suo benessere psicologico e della sua percezione soggettiva dello stato di salute.

La valutazione della qualità della vita è pertanto divenuta un indicatore fondamentale, non solo per misurare i risultati dell'assistenza, ma anche per stabilire l'efficacia di nuovi trattamenti, nell'ambito di sperimentazioni cliniche controllate.

A parità di efficacia clinica, si tende infatti a privilegiare quei trattamenti che più riescono ad incidere in senso positivo (o a non incidere negativamente) sulla percezione soggettiva di stato di benessere.

Tali problematiche sono di particolare rilievo nel diabete, gravato da numerose e severe complicanze, che possono influire in modo drammatico sullo stato di benessere dell'individuo e ridurne le aspettative di vita.

Ma non è solo la severità della malattia ad avere un effetto sulla qualità della vita; diversi aspetti legati alla gestione del diabete possono infatti condizionare, positivamente o negativamente, la percezione del proprio stato di benessere.

Tali considerazioni acquistano particolare rilevanza alla luce delle evidenze scientifiche che dimostrano l'importanza di un controllo precoce ed intensivo dei principali fattori di rischio (glicemia, pressione arteriosa, colesterolo) per una efficace prevenzione delle complicanze. Il clinico si trova quindi a fronteggiare un difficile equilibrio fra la necessità di trattamenti aggressivi per evitare il rischio futuro di grave compromissione della qualità della vita, a causa delle complicanze croniche, e l'accettazione da parte del paziente di politerapie e dei loro possibili effetti collaterali per il trattamento di una condizione a lungo asintomatica.

Tutti questi sono obiettivi che lo studio Cities Changing Diabetes su Roma ha perseguito, anche attraverso l'analisi qualitativa delle vulnerabilità della persona con diabete, per arrivare ad una azione di politica sanitaria in grado di assicurare la migliore assistenza specialistica e territoriale.

La Regione Lazio, con la pubblicazione del Piano Regionale sulla Malattia Diabetica del dicembre del 2015, oggi in fase di applicazione, ha voluto dare una risposta concreta in termini di governance. 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 attuasse le indicazioni dello stesso. Il lavoro della commissione ha rappresentato una grande opportunità di analisi e progettualità, e ha visto la partecipazione dei rappresentanti regionali e dei rappresentanti delle società scientifiche diabetologiche, degli specialisti convenzionati, dei medici di medicina generale, dei podologi, degli infermieri, degli psicologi e delle associazioni dei pazienti.

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 consentirà di riorganizzare e potenziare l'offerta sociosanitaria regionale a favore dei pazienti, e investe su una assistenza personalizzata e integrata con i servizi del territorio.

In altre parole, le persone affette da diabete faranno riferimento alle strutture ospedaliere per le complicanze e per la gestione delle condizioni di maggiori complessità, mentre potranno rivolgersi a strutture e operatori più vicini per situazioni cliniche meno complesse. Infatti, con l'attivazione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) personalizzati e differenziati a seconda del grado di complessità della malattia di ciascuno, si attiverà sempre più la collaborazione strutturata fra Medici di Medicina Generale e servizi diabetologici.

L'implementazione del piano regionale troverà in una serie di indicatori organizzativi, di processo e di esito, gli strumenti idonei di verifica e miglioramento.

Sono queste le premesse che hanno visto le Società Scientifiche di Diabetologia, sia a livello Nazionale che della Regione Lazio, accettare entusiasticamente di promuovere Cities Changing Diabetes su Roma, sicuri che la sinergia con l'Health City Institute, il Ministero della Salute, l'ANCI, Roma Città Metropolitana, le Università di Roma, l'Istituto Superiore di Sanità, l'ISTAT, il CENSIS, CORESEARCH, I-COM e le Associazioni dei pazienti e di Cittadinanza, porterà alla realizzazione di un action plan su Diabete e Obesità su Roma, e a una attenta analisi delle dinamiche dell'Urban Diabetes in Italia.

Il punto di vista delle Associazioni di cittadinanza e dei pazienti

Lo studio della dimensione socio-sanitaria di una città per identificare le criticità di sistema l'analisi del tavolo sociale di Roma cities changing diabetes

Antonio Gaudioso, *Segretario generale Cittadinanzattiva*
Lina Delle Monache, *Presidente Federdiabete Lazio*

Le città oggi non sono solo motori economici per i Paesi, ma sono centri di innovazione chiamati a gestire e rispondere alle drammatiche transizioni demografiche ed epidemiologiche in atto.
Nel 2014, una coalizione di sindaci e leader della maggiori città a livello mondiale si sono riuniti e impegnati per affrontare il cambiamento climatico del Pianeta riducendo le emissioni di gas serra. Una sfida che parte proprio dalle città e vede coinvolti i Sindaci e tutta la comunità.
Questa iniziativa è stata lanciata e promossa dalle Nazioni Unite (ONU), attraverso un network formato dal Cities Climate Leadership Group (C40), da United Cities and Local Governments Network (UCLG) e dall'International Council for Local Environmental Initiatives (ICLEI)
Ad oggi, attraverso questo accordo, 206 città per una popolazione complessiva di 270 milioni di abitanti, si sono impegnate ad intraprendere un percorso specifico con un approccio trasparente e delle strategie precise, per ridurre nelle loro realtà urbane il livello emissioni e polveri sottili, riducendo così la vulnerabilità dei loro territori ai cambiamenti climatici.
Nell'ottobre del 2015, sindaci di 115 città per un totale di 400 milioni di persone , in occasione dell'EXPO 2015 hanno firmato il Milan Urban Food Policy Pact. Questo impegno comporta una serie di azioni locali per affrontare alcune emergenze globali che vanno dalla fame, alla malnutrizione e allo spreco di cibo. Le città, sottoscrivendo il documento, si sono impegnate a sviluppare sistemi alimentari sostenibili e cibi sani a prezzi accessibili per tutte le persone, in un quadro basato sui diritti umani.
Questi due esempi sottolineano il ruolo che i Sindaci e le città si sono date per affrontare lo sviluppo del Pianeta e dei popoli attraverso un approccio proattivo. Ma oggi i Sindaci debbono affrontare con altrettanto impegno il tema dei determinati della salute nelle città.
Già nei Sustainable Development Goals vengono indicati degli obiettivi sanitari collegati al conseguimento dello sviluppo urbano quali ad esempio SDG 3.3 e 3.4, obiettivi che hanno uno specifico focus sull'epidemia di HIV e la riduzione della mortalità da malattie non trasmissibili (NCDs).

Mentre la prevalenza di HIV è noto che da sempre è concentrata maggiormente nelle persone che risiedono nelle città, lo stile di vita urbano è considerato un fattore di guida per l'aumento del carico dei NCDs.
L'invecchiamento della popolazione di se per stesso porta un aumento del carico delle cronicità e i dati socio-demografici ci indicano come l'aumento dell'urbanizzazione e delle malattie croniche non trasmissibili siano fattori intercorrelati.
Allora i Sindaci dovranno guardare alla sempre maggiore urbanizzazione in termini nuovi, comprendendo che il carico di disabilità che le malattie croniche si portano con se, come naturale fardello, inciderà sullo sviluppo e sulla sostenibilità delle loro città.
Si sta venendo a creare un nuovo modello di welfare urbano, che va compreso, analizzato e studiato in tutti i possibili dettagli. Un welfare che se pur riferito a un quadro di riferimento Nazionale, deve essere valutato oggi nei contesti locali.
Bisogna chiedersi se e in cosa differiscono i sistemi di welfare tra le grandi città e le piccole città. Bisogna chiedersi se oggi si stia passando da un sistema di welfare state a un sistema di welfare local.
Bisogna chiedersi se le città saranno disponibili ad attivare strategie che portino progressi verso gli obiettivi urbanistici, l'ambiente e i problemi socio-economici, perché solo allora probabilmente potranno essere più propensi a sostenere il miglioramento della qualità di vita e della salute dei propri cittadini, attraverso un progressivo miglioramento di stili di vita più salutari.
Un approccio integrativo al SDGs sarà utile per il raggiungimento degli obiettivi per la salute nelle città perché molte delle sfide richiedono la collaborazione multisettoriale.

Come lo studio dei fattori sociali può aiutare a migliorare le citta': Roma cities changing diabetes

E' chiaro che un aumento dell'aspettativa e della buona qualità di vita correlata ad una riduzione dei decessi prevenibili a causa di malattie non trasmissibili, porterà come conseguenza la creazione di strutture di coordinamento tra diversi settori della governance urbana che interagiscono con la salute.
Un coordinamento che dovrà avvenire attraverso il coinvolgimento di diversi livelli di governo - locale, regionale e nazionale - ed essere supportato da azioni globali e quale fattore primario da una osservazione dinamica dei determinati della salute nelle città.
Un Osservatorio della salute nelle città che riesca ad individuare le criticità e a favorire le buone pratiche.
In quasi tutte le città i vantaggi per la salute possono essere notevolmente maggiori per alcune persone e in effetti bisogna interrogarsi e

riuscire a capire come ad esempio, per alcune persone che vivono in medesimi contesti urbani vi possano essere aspettative di vita differenti. Ad esempio, a Londra le persone vivono più a lungo 17 anni che a Westminster, che dista dalla City poche fermate di metropolitana, o come gli abitanti di un sobborgo di Baltimora, vivono 20 anni meno di altri abitanti della stessa città.
L'epigenetica da tempo studia la correlazione tra ritmo circadiano e insorgenza di alcune malattie. Gli studi attuali ci dimostrano come vi sia una stretta correlazione tra aspetti bio-genetici, stili di vita individuali e ambiente nel quale viviamo. Sono fattori che debbono essere investigati con metodologia e che possono portare a valutare il perché di differenziazione tra le città e all'interno delle stesse nei quartieri.
Bisogna creare una roadmap su urbanizzazione e salute. Per aumentare la consapevolezza riguardo le sfide per la salute associate con l'urbanizzazione e la necessità di affrontare le stesse attraverso la pianificazione urbana e azioni intersettoriali, in linea con le raccomandazioni del WHO, bisogna arrivare a tracciare una roadmap per promuovere azioni concrete e strategie governative riguardo ai rischi per la salute dei cittadini relativamente al maggiore impatto dell'urbanizzazione. Una roadmap che prenda in esame come l'urbanizzazione porti a una maggiore esposizione dei cittadini a fattori ambientali (ad esempio l'inquinamento dell'aria, acqua, iservizi igienici, lo smaltimento delle acque reflue e dei rifiuti, ecc.) e fattori di rischio per la salute.
Una roadmap che individui in ogni singola realtà cittadina le azioni da promuovere per evitare disparità e consentire a ogni cittadino di godere una vita in salute.
L'Italia oggi può essere in prima linea nello studio delle dinamiche correlate alla salute nei riguardi dell'urbanizzazione se Governo, Sindaci, Università, Aziende Sanitarie sapranno interaggire..
Uno studio recente ha evidenziato che 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.
I fattori di rischio più comuni (età, etnia, peso, attività fisica e dieta) non sono del tutto la causa di un rischio così elevato di sviluppare il diabete dei paesi a medio basso reddito ed è quindi immaginabile che sia la condizione sociale a giocare un ruolo molto importante nell'esposizione dell'individuo al rischio di questa patologia.

CALL TO ACTION

GOVERNANCE SANITARIA

- ATTUARE il piano regionale sulla malattia diabetica
- AUMENTARE l'accesso alla cura per i soggetti più svantaggiati
- IMPLEMENTARE il disease management attraverso l'interazione con i medici di base
- POTENZIARE la rete di assistenza specialistica, principalmente nelle aree suburbane
- ATTIVARE progetti di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce

ISTRUZIONE/INFORMAZIONE

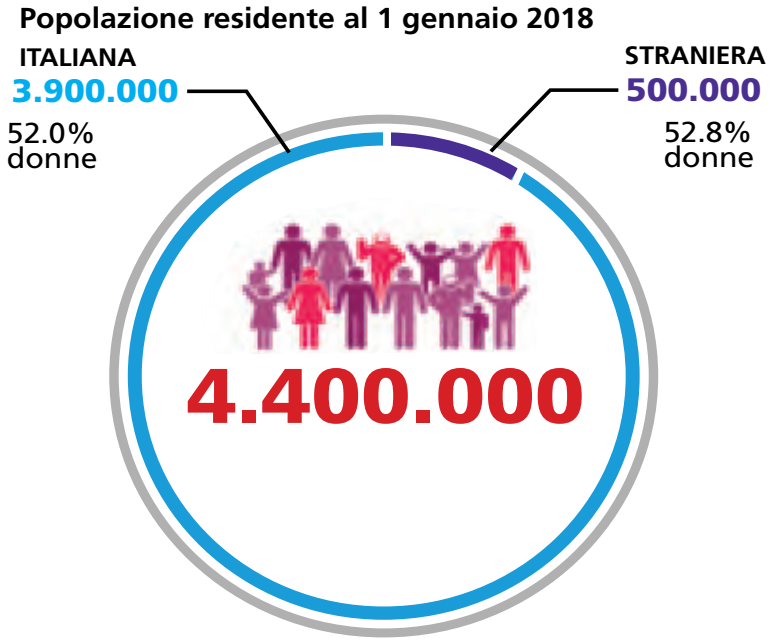
- COINVOLGERE le farmacie come rete di riferimento territoriale
- RESPONSABILIZZARE le organizzazioni pazienti nei programmi di educazione sanitaria
- RAFFORZARE la rete sociale e di prossimità

STILI DI VITA

- AMPLIARE il numero di infrastrutture a basso costo e ad alto impatto per la promozione dell'attività fisica
- PROMUOVERE attività specifiche per favorire l'invecchiamento attivo
- AVVIARE campagne di educazione alimentare nelle scuole, nei posti di lavoro e nelle periferie
- REALIZZARE progetti di mobilità urbana sostenibile

Roma città metropolitana: dati socio-demografici

POPOLAZIONE



Roma capitale d'Italia e prima delle 14 città metropolitane per numero di abitanti, **si estende per 5.362 Km** e ha una densità di abitanti di 809,5 ab/Km^2. E' una città molto verde con **45,6 milioni di verde urbano** al quale si aggiunge il verde protetto.

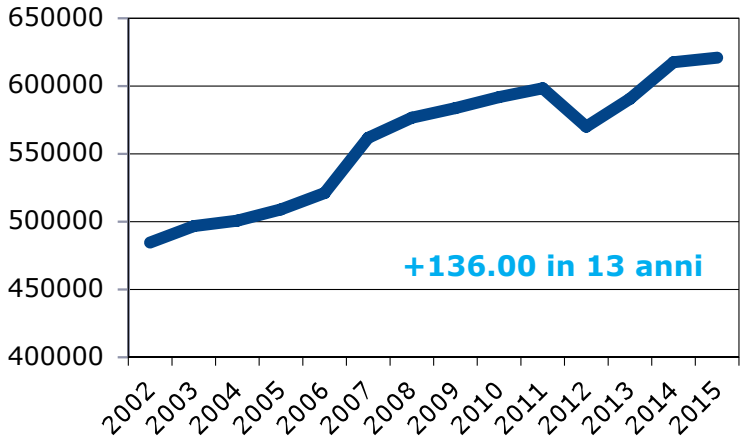
Nella città metropolitana di Roma risiedono 4,4 milioni di persone (2,9 nel Comune), di cui il 52,0% sono donne (52,6% nel Comune). Gli stranieri residenti sono 500.000, pari al 12.8% (a fronte di un 8.5% della media nazionale)

L'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' **Indice di vecchiaia è pari a 166** (per ogni bambino di 0-14 anni vi sono 1,7 persone con più di 64 anni) con variazioni a seconda del Municipio.**

Uno dei fattori più importanti alla base della crescita della prevalenza di diabete è rappresentato dall'invecchiamento della popolazione.

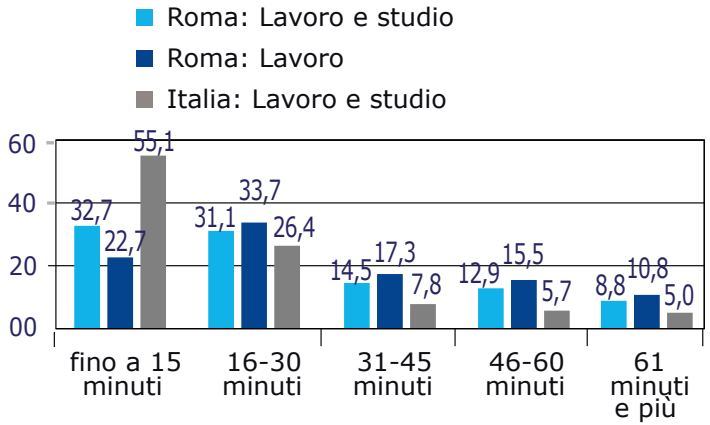


*Rif. Censimento ISTAT 2015 **Censimento ISTAT 2018

LA MOBILITÀ

Ogni giorno il 68,3% della popolazione cittadina si sposta per motivi di studio (in circa due terzi dei casi) o di lavoro. Per più di **una persona su cinque lo spostamento è superiore a 45 minuti**.

Spostamenti quotidiani per tipologia e durata

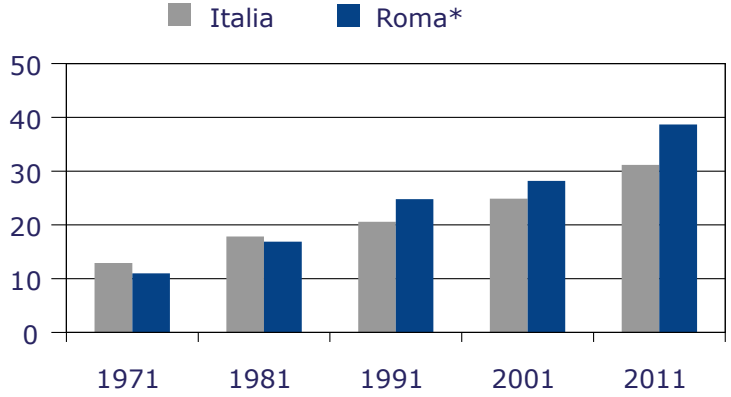


DINAMICHE DI LUNGO PERIODO: L'EVOLUZIONE DELLA FAMIGLIA

Mutamenti demografici sono associati a profondi cambiamenti nella struttura della società. La dimensione media delle famiglie della città metropolitana si riduce: da 3,3 componenti nel 1971 a 2,2 nel 2011.

A Roma nel 1971 poco più di una famiglia su 10 era unipersonale, nel 2011 più di una famiglia su tre. Gli **anziani** (>64 anni) **che vivono soli sono il 28,4%** (29,4% nel territorio comunale, mentre la media italiana è 27,1%).

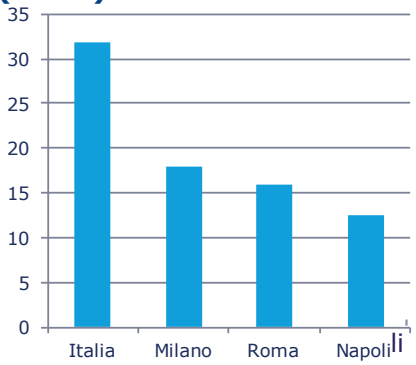
Quota di famiglie unipersonali



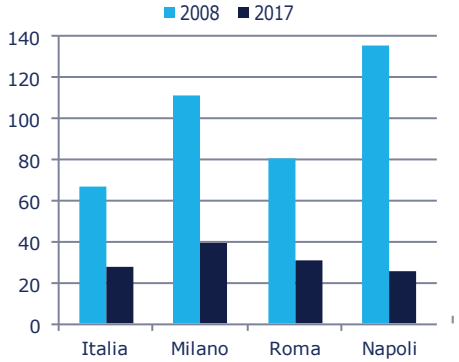
QUALITÀ DELL'ARIA E VERDE URBANO

La qualità dell'aria nelle città è uno degli elementi cruciali per la salute dei cittadini. Nel 2017 a Roma il limite giornaliero previsto per il PM10 è stato superato 31 volte, in miglioramento dal 2017. Nel 2017 la disponibilità di verde urbano di Roma è di 15,9 m^2 per abitante, circa la metà del valore medio dei comuni capoluogo, ma in linea con quello dei maggiori centri.

Disponibilità di verde urbano (metri quadrati per abitante) (2013)



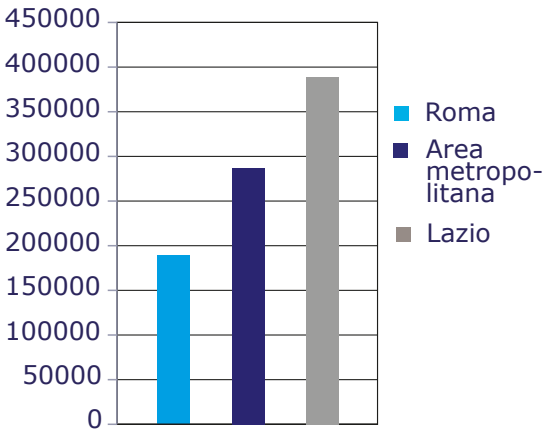
Numero di superamenti del valore limite giornaliero previsto per il PM_{10} (2014)



Roma città metropolitana: dati clinico-epidemiologici del diabete

Dati ISTAT, mostrano come il Lazio sia 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 6,66%**

NUMERO DI PERSONE CON DIABETE NEL LAZIO



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**.

La metà delle persone con diabete residenti nel Lazio vive a Roma e il 75% vive nell'area metropolitana di Roma.

La prevalenza media di diabete è 6.66% e varia a seconda del distretto sanitario.

PREVALENZA DEL DIABETE NEI DISTRETTI SANITARI DELL'AREA METROPOLITANA

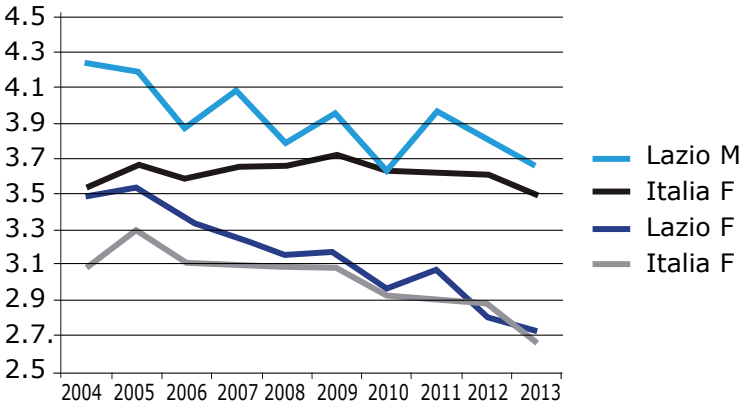
Distretto sanitario	Popolazione	N. di persone con diabete	Prevalenza di diabete
RM A	507,203	29,824	5.88
RM B	735,230	47,983	6.52
RM C	559,628	38,101	6.80
RM D	523,627	38,358	7.32
RM E	550,446	33,616	6.11
Roma	*2,876,134*	*187,882*	*6.53*
RM F	311,235	20,852	6.70
RM G	481,788	34,196	7.10
RM H	538,256	37,197	6.91
Suburbe	*1,331,279*	*92,245*	*6.93*
Area metropolitana di Roma	4,207,413	280,127	6.66

Autori: *A.Lenzi, K.Vaccaro, R.Crialesi, A. Nicolucci, L. Corsaro*

Referenze: Diabete Tipo 2 e Obesità nell'area di Roma Città Metroplitana – Factsheets Atlas 2017, ISTAT Annuario Statistico 2015 , Dipartimento di epidemiologia del servizio sanitario della Regione Lazio-programma Regionale valutazione degli esiti degli interventi sanitari 2016

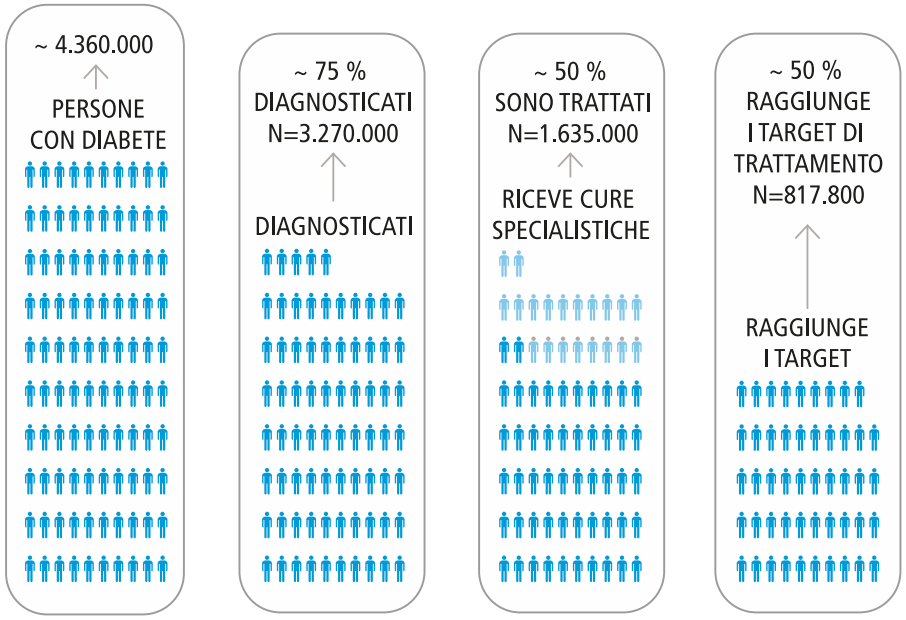
LA MORTALITÀ E DIABETE TIPO 2

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.



	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

LA REGOLA DEI MEZZI



L'International Diabetes Federation stima che nel nostro Paese per ogni tre persone con diabete noto ce ne sia una che ha il diabete senza saperlo.
Si può quindi stimare che complessivamente le persone affette da diabete nell'area metropolitana di Roma siano circa 381.000. Di queste, il 75% sa di avere il diabete.
Fra le persone con diabete noto, si stima che circa il 50% vedano 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 ≤7,0%, risulta priva di complicanze microvascolari e macrovascolari

il Passaporto Roma città per il cammino e della salute

Maurizio Damilano

Presidente Scuola del cammino,
Campione Olimpico e Mondiale di Marcia,
Responsabile FIDAL del progetto Bandiera Azzurra
"Città per il cammino e della salute"

Camminare, correre sono delle attività naturali che l'uomo porta con se da sempre. Il nostro corpo è strutturato per percorrere 30 km al giorno, come facevano gli uomini primitivi - i nostri progenitori – per procurarsi cibo e acqua. Oggi percorriamo a piedi meno di un chilometro al giorno e stiamo perdendo l'abitudine a far si che il nostro corpo trovi giusti stimoli a muoversi. La sedentarietà ha innescato una vera e propria emergenza sociale; sia nei Paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo, l'obesità e le conseguenze dell'inattività fisica peggiorano la qualità di vita quotidiana delle persone, fanno impennare i costi della sanità pubblica e uccidono milioni di persone ogni anno.

Bisogna tornare a concepire le Città come territori vivibili, permettendo ai cittadini di poter disporre di vere e proprie "palestre a cielo aperto" quali parchi e percorsi che favoriscono il trekking urbano.

Roma Città per Camminare e della Salute è un progetto, promosso in collaborazione tra Scuola del cammino, la Federazione Italiana Atletica Leggera-FIDAL, l'Health City Institute, Cittadinanzattiva, AMD e SID Lazio e Cities Changing Diabetes, che nasce con l'obiettivo di unire in rete quelle città dove è possibile trovare spazi e situazioni per camminare.

Si va dai percorsi tipicamente urbani e turistici dedicati alla visita a piedi di centri storici o aree specifiche della città, a percorsi che coinvolgono il territorio cittadino più allargato, alle proposte naturalistiche e ambientali, sino ai percorsi più decisamente sportivi.

Il tutto con un occhio alla salute, che trova nel cammino l'attività di prevenzione primaria e a basso costo per malattie quali l'obesità, il diabete e quelle cardiovascolari.

Roma Città per Camminare e della Salute nasce anche per essere uno strumento per stimolare la partecipazione attiva dei giovani, coinvolgendoli direttamente nelle attività, al fine di raggiungere contemporaneamente due scopi:

- fare loro conoscere i nostri territori
- promuovere uno stile di vita sano, obiettivo tra l'altro intensamente perseguito dalla Commissione Europea

La pubblicazione del Passaporto di Roma Città per Camminare e della Salute, un volume/guida dal formato pocket contenente itinerari dove camminare in Italia, vuole stimolare i cittadini romani e i turisti a riscoprire Roma attraverso quasi 320 Km percorsi di walking urbano, promuovendo così la cultura del movimento.

Peculiarità della guida, denominata appunto passaporto dall'idea del documento che ti apre le frontiere, in questo caso dell'attività fisica e della salute, è stat oproprio guardare al rapporto tra Roma, ambiente, territorio, cittadino e qualità di vita, con la salute come grande obiettivo.

Una APP dedicata a Città per Camminare e della Salute (scaricabile gratuitamente sulle piattaforme iOS, Android e Windows Phone per smart-phone e tablet) offre non solo maggiori opportunità di conoscenza e divulgazione del progetto stesso ma, soprattutto, apre ad una integrazione ancor più forte tra salute, ambiente, cittadini e territorio.

Questa applicazione offre al cittadino diverse opportunità per ottenere informazioni sul suo stato di forma fisica, sul consumo energetico, sul contributo alla riduzione di CO_2 nell'aria camminando di più, alla fruibilità di percorsi cittadini e di territorio per praticare attività motoria. Ogni cittadino può essere protagonista del progetto ma soprattutto del proprio benessere proponendo uno o più percorsi e partecipando ad una "sfida" virtuosa tra utenti. L'applicazione è, infatti, integrata di una parte social che mette in relazione gli utenti, e permette di lanciare sfide virtuali dagli effetti reali, ma anche di porre gli utenti in un contesto di appartenenza ad una Città, ad un territorio, dando così vita all'idea delle Communities che sono l'insieme di Città e cittadini che operano unitamente a divulgare il messaggio salutistico e civico del vivere la Città secondo un'idea "a misura di cittadino", per la sua salute e per quella della Città attraverso un modo sostenibile per viverla.

Si tratta quindi a tutti gli effetti di uno strumento che, attraverso anche indicazioni sull'attività motoria che si sta svolgendo, contribuisce a motivare le persone ad essere maggiormente attive, a prevenire malattie, a tutelare e potenziare la propria salute, ad utilizzare pratiche tanto buone quanto semplici e a portata di mano, pardon di piede, perché si trovano proprio sotto casa, nella loro

Città, nel loro territorio. Inoltre aiuta tutti a vivere la Città per farla "respirare" meglio.

L'applicazione nasce con lo scopo di:

- promuovere l'utilizzo del cammino quale attività motoria di riferimento per la tutela della salute;
- dare alle città il valore aggiunto dell'attenzione alla qualità di vita dei cittadini;
- promuovere un miglioramento degli stili di vita;
- incidere sull'attenzione alla salute da parte delle persone attraverso piccoli servizi di misurazione del proprio stato di benessere;
- coinvolgere le città in un progetto sociale forte e immediato;
- veicolare e promuovere il concetto di città a misura d'uomo;
- proporre una strategia di comunità sottolineando il legame tra tematiche quali ambiente, salute, esercizio fisico, mobilità sostenibile;
- divulgare il concetto di pratica sportiva secondo la finalità di un'accessibilità alla portata di tutti.

Stimolare quindi l'interazione tra cittadini e città, attraverso un maggior uso del cammino, ed un uso più mirato di questa attività, può dar vita ad un circolo virtuoso: camminare migliora la salute dei cittadini con una conseguente riduzione della spesa sanitaria, un miglioramento della qualità ambientale, della vivibilità della Città.

La nuova Applicazione di Città per Camminare e della Salute oltre a tutto ciò permette, attraverso i suoi diversi settori operativi, un ventaglio ampio di opportunità:

- consultare i percorsi proposti;
- proporre, in tempo reale, percorsi personalizzati;
- trasformare il proprio tablet/smartphone in uno strumento per tracciare il proprio percorso e registrare la propria attività motoria;
- accedere ad informazioni di carattere salutistico;
- avere a portata di "touch" i dati relativi alla proposta di cammino scelta e sull'attività svolta;
- conoscere quanto si è influito sulla salute dell'ambiente con il dato in tempo reale del risparmio di CO_2.

La tecnologia consente di integrare contenuti dedicati e personalizzare quelli già esistenti realizzando un sistema aggregativo forte nel quale la Città è al centro, dando consistenza a quanto espresso dai dati della letteratura scientifica che affermano che le politiche di promozione dell'HEPA (attività fisica a scopo salutare) hanno un effetto costo efficacia e costo beneficio vantaggioso, creano quindi ricchezza e benessere per le nazioni che le adottano.

Roma la prima walkable city in Europa

*Basato sul numero di cittadini residenti nelle aree di sviluppo dei percorsi

Profili

HEALTH CITY INSTITUTE

Health City Institute (HCI) è un "Health Tank" indipendente, apartitico e no profit, nato come risposta civica all'urgente necessità di studiare i determinanti della salute nelle città.

L'Health City Institute è costituito da un gruppo di professionisti che si sono distinti nel proprio campo di appartenenza e che lavorano a titolo puramente personale e pro bono per fare proposte attuali, pratiche e d'impatto che permettano di individuare le priorità sulle quali agire in tema di salute nelle città.

L'Health City Institute vuole aggregare persone di massima integrità e motivate da una forte passione civica provenienti dai mondi delle professioni, dell'industria, della finanza, dell'imprenditoria, dell'innovazione, della consulenza, dell'accademia, della pubblica amministrazione, della magistratura, della cultura, della scienza e dei media, mettendo queste competenze al sevizio del Paese, delle Istituzioni e dei Comuni.

Alle Istituzioni Health City Insitute offre: un confronto con competenze diversificate (orizzontali, verticali e di sistema) ed accesso a best practices comparate e globali; una controparte professionale animata da senso civico, credibile ed indipendente disposta a lavorare su specifici progetti e azioni mirati alla promozione della salute nel nostro Paese.

Health City Institute offre alle migliori energie intellettuali del Paese un'efficace piattaforma d'impatto sullo studio dei determinanti della salute nella città e conta su un network di persone a livello internazionale, nelle 14 città metropolitane e nelle maggiori città italiane.

ISTAT

L'Istituto nazionale di statistica è un ente di ricerca pubblico. È presente nel Paese dal 1926 ed è il principale produttore di statistica ufficiale a supporto dei cittadini e dei decisori pubblici. L'organizzazione dell'Istituto è stata ridisegnata con il Decreto del Presidente della Repubblica n. 166 del 7 settembre 2010. Gli organi di governo sono il Presidente - che è nominato con decreto del Presidente della Repubblica e ha la rappresentanza legale dell'Istituto – e il Consiglio, che ha funzioni di indirizzo, programmazione e controllo.

Il Comstat esercita le funzioni direttive dell'Istat nei confronti degli uffici di statistica del Sistan, il Sistema statistico nazionale, mentre il Collegio dei revisori accerta la regolare tenuta della contabilità. L'Istituto svolge un ruolo di indirizzo, coordinamento, promozione e assistenza tecnica alle attività statistiche degli enti e degli uffici che fanno parte del Sistan.

L'Istat fa parte del Sistema Statistico Europeo e collabora con gli altri soggetti del sistema statistico internazionale.

La missione dell'Istituto nazionale di statistica è quella di servire la collettività attraverso la produzione e la comunicazione di informazioni statistiche, analisi e previsioni di elevata qualità in ambito economico, sociale e ambientale.

Dei 948 progetti previsti dal Programma statistico nazionale per l'anno 2012, 390 sono stati assegnati alla diretta responsabilità dell'Istat, articolati in: 168 statistiche da indagine, 28 statistiche da fonte amministrativa, 112 elaborazioni, 69 studi progettuali e 13 sistemi informativi statistici. La percentuale dei progetti realizzati dall'Istituto è stata dell'82,3%.

I dati prodotti sono diffusi attraverso il sito web istat.it, dove sono disponibili comunicati stampa e banche dati. Il principale accesso ai dati è I.Stat, il datawarehouse dell'Istituto, all'interno del quale le informazioni sono organizzate per temi, presentate in tavole multidimensionali e corredate da metadati. L'accesso al datawarehouse è libero e gratuito.

L'Istat offre i contenuti diffusi in formati aperti, per cui grafici, dati, informazioni, widget sono riutilizzabili e incorporabili dagli utenti su altri siti. In questo modo è possibile riprodurre, distribuire, trasmettere e adattare liberamente dati e analisi dell'Istat, anche a scopi commerciali, con la sola condizione che venga citata la fonte (licenza *creative commons*).

L'apertura di canali Istat sui social network più conosciuti (Twitter, YouTube, SlideShare) garantisce inoltre la diffusione tempestiva e virale dei contenuti Istat sul web.

FONTE: http://www.istat.it/it/informazioni/per-i-giornalisti/informazioni

FONDAZIONE CENSIS

Il Censis, Centro Studi Investimenti Sociali, è un istituto di ricerca socio-economica fondato nel 1964.

A partire dal 1973 è diventato una Fondazione riconosciuta con Dpr n. 712 dell'11 ottobre 1973.

Il Censis svolge da oltre cinquant'anni una costante e articolata attività di ricerca, consulenza e assistenza tecnica in campo socio-economico. Tale attività si è sviluppata nel corso degli anni attraverso la realizzazione di studi sul sociale, l'economia e l'evoluzione territoriale, programmi d'intervento e iniziative culturali nei settori vitali della realtà sociale: la formazione, il lavoro e la rappresentanza, il welfare e la sanità, il territorio e le reti, i soggetti economici, i media e la comunicazione, il governo pubblico, la sicurezza e la cittadinanza.

Il lavoro di ricerca viene svolto prevalentemente attraverso incarichi da parte di ministeri, amministrazioni regionali, provinciali, comunali, camere di commercio, associazioni imprenditoriali e professionali, istituti di credito, aziende private, gestori di reti, organismi internazionali, nonché nell'ambito dei programmi dell'Unione europea. L'annuale «Rapporto sulla situazione sociale del Paese», redatto dal Censis sin dal 1967, viene considerato il più qualificato e completo strumento di interpretazione della realtà italiana.

CORESEARCH

Il Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology (CORESEARCH) è un istituto di ricerca con sede a Pescara, fondato da un team di ricercatori con oltre 25 anni di esperienza nel campo dell'epidemiologia clinica delle malattie croniche e nell'applicazione di tecniche statistiche avanzate alla ricerca biomedica.

Le principali aree di competenza comprendono: disegno, conduzione ed analisi di sperimentazioni cliniche controllate e studi osservazionali, conduzione di revisioni sistematiche e metanalisi, valutazione della qualità della cura e della qualità della vita, analisi di grandi database amministrativi e di real world data, con attenzione ai risultati clinici, sociali ed economici, creazione di registri di patologia.

I diversi approcci metodologici vengono utilizzati per lo studio di farmaci, dispositivi biomedicali, strategie assistenziali, telecare/telemedicina e per valutazioni di epidemiologia clinica e salute pubblica.

In CORESEARCH si integrano molteplici background specialistici derivanti da percorsi di studio in Medicina, Farmacia e Farmacologia, Biotecnologie, Statistica, Informatica.

La multidisciplinarietà caratterizza le attività del gruppo che si distingue per la capacità di tradurre la complessità di sofisticati approcci metodologico-statistici in messaggi di immediata fruibilità dal punto di vista clinico.

Le attività si articolano in tre aree principali: Servizi, Formazione, Ricerca.

I ricercatori e gli esperti di CORESEARCH sono autori di oltre 250 articoli pubblicati in riviste scientifiche internazionali indicizzate, fra le quali The Lancet, JAMA, Annals of Internal Medicine, BMJ, Archives of Internal Medicine, Diabetes Care, Diabetologia, Journal of National Cancer Institute, Journal of Clinical Oncology.

CORESEARCH opera come Clinical Research Organization (CRO, DM 15/11/2011) ed è inserito nel network europeo per la ricerca non profit Ecrin/Ita-Crin.

CONTATTI

Center for Outcomes Research and Clinical Epidemiology s.r.l.

Codice Fiscale e Partita Iva IT02113130682

Direttore: Dott. Antonio Nicolucci

Recapiti:

Indirizzo: Via, Vecellio, 2
65124 Pescara (Pe)

Telefono: +39 085 9047114

Fax: +39 085 9047113

E-mail: core@coresearch.it

PEC: core2015@legalmail.it

MEDI-PRAGMA

Medi-Pragma è una società indipendente, con oltre 30 anni di esperienza, specializzata nelle ricerche di mercato e consulenza marketing nell'area farmaceutica, diagnostico-medicale, cosmetica e in generale nell'area Salute. L'ambizione di Medi-Pragma è di offrire ai suoi clienti un servizio eccellente per aiutarli a migliorare le proprie performance. Noi aiutiamo:

- i decisori per individuare le informazioni chiave necessarie al governo del Sistema Salute e alla presa delle decisioni (decision making);
- le organizzazioni operative a misurare e massimizzare le performance e il ritorno degli investimenti;
- gli innovatori a creare Value Proposition di successo;
- le istituzioni e tutti gli attori del Sistema Salute nell'identificare come ridurre gli sprechi e i costi della salute (efficacia ed efficienza di sistema).

Medi-Pragma ha un'importante esperienza in ambito HTA, Market Access ed Healthcare Delivery sia in Italia che a livello internazionale e collabora con enti locali e nazionali nell'ambito della raccolta ed analisi dei dati.

Grazie alla sua esperienza pluriennale, Medi-Pragma è partner dell'Università Sapienza di Roma per la realizzazione del Master Universitario di I livello in "Marketing e Market Access Farmaceutico" , www.mastermaf.it .

Medi-Pragma ha sviluppato una partnership strategica con Springer Healthcare per la gestione e pubblicazione della rivista GIHTAD:

Giornale Italiano di Health Technology Assessment & Delivery.

IBDO Foundation

Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation nasce come modello di moderno Think Tank sul diabete nella certezza che questa patologia oggi debba essere affrontata attraverso un confronto continuo sulle tematiche cliniche, sociali, economiche e politico-sanitarie.

Il confronto strutturato, l'analisi e il monitoraggio continuo dei dati permettono di valutare una varietà di indicatori per giungere a individuare strategie a breve, medio e lungo termine in grado di determinare reali cambiamenti gestionali.

La IBDO Foundation ritiene che *una roadmap per individuare le priorità di intervento sul diabete può essere tracciata solo attraverso l'analisi e l'integrazione delle quattro aree strutturali – clinica, sociale, economica e politica – su cui si basa il moderno approccio all'Healthcare Landscape*.

Per tali motivi, la IBDO Foundation è stata chiamata a far parte, quale membro istituzionale, di importanti gruppi internazionali che si occupano di salute pubblica, come la *European Public Health Association*, al pari dei Ministeri della Salute dei Paesi europei, compreso quello italiano, e di importanti enti di ricerca internazionali.

L'ambizione è rendere l'Observatory un modello di partnership intersettoriale tra Istituzioni, Società Scientifiche, Associazioni di Pazienti, Università e tutti gli interlocutori coinvolti nella lotta al diabete, *per creare uno strumento che dia organicità e sistematicità alle numerose iniziative intraprese sul diabete*.

Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation, ha l'ambizione di affrontare in modo concreto la sfida che una malattia in rapida espansione come il diabete pone all'Italia e al mondo intero: arrestare la progressione "pandemica" del diabete.

È il primo osservatorio sul diabete a livello mondiale che vede il coinvolgimento di Università, Istituzioni Governative e Parlamentari, Società Scientifiche e Industria.

L'obiettivo dichiarato è promuovere "un progetto unitario" che identifichi – a beneficio degli attori dello scenario "diabete" e della pubblica opinione e attraverso l'analisi dei dati e la valutazione delle attività intraprese – tutto quanto viene compiuto per meglio pianificare i futuri interventi.

ISTITUTO PER LA COMPETITIVITA' I-COM

L'Istituto per la competitività (I-com) è un'associazione senza finalità di lucro, fondata nel 2005 da un gruppo di giovani studiosi, professionisti e manager, per promuovere temi e analisi sulla competitività in chiave innovativa, all'interno del quadro politico-economico europeo ed internazionale.

L'I-com intende influenzare il dibattito pubblico sul futuro del sistema Italia, sulla base di una competenza multidisciplinare, rafforzata da un comitato scientifico di alto profilo, e grazie a una varietà di strumenti di analisi e divulgazione.

In particolare, l'analisi promossa si caratterizza sotto due profili:

1) analizzare secondo un elenco certamente non esaustivo ma sufficientemente ampio il contributo marginale di rilevanti fattori di competitività alla crescita (o non-crescita) italiana

2) esaminare i singoli fattori di competitività (energia, comunicazioni, finanza, istituzioni e innovazione) in una prospettiva integrata

A questo riguardo, l'I-com si propone di combinare rigore analitico e autonomia assoluta dagli schieramenti politici con la possibilità di assumere una posizione specifica su singoli temi e di utilizzare strumenti di divulgazione accessibili non solo agli addetti ai lavori ma più generalmente a un pubblico informato.

Per perseguire gli scopi associativi, l'I-com potrà svolgere, su sua iniziativa o su richiesta dei soci, le seguenti attività:

– organizzare e promuovere convegni, seminari, corsi di formazione, dibattiti ed incontri aperti al pubblico o riservati ai soci sulla competitività del sistema italiano in campo europeo e/o internazionale contribuire al dibattito pubblico con idee e proposte di policy, attraverso position papers, proposte di legge e commenti a fatti e provvedimenti nazionali e internazionali
– pubblicare collane di libri e quaderni e una collana di working papers sui temi della competitività aperta a contributi esterni e vagliata da un comitato editoriale ad hoc
– elaborare e pubblicare newsletter, materiale multimediale e altre pubblicazioni a circolazione interna ed anche esterna, con l'obiettivo di accrescere la conoscenza culturale e scientifica dei propri soci
– sostenere la ricerca e gli studi sulla competitività del sistema italiano, europeo e straniero, anche attraverso il collegamento e la collaborazione con Enti universitari e altri Istituti di ricerca
– organizzare iniziative per la formazione e la specializzazione di tutti coloro che operano nei campi economico, politico e sociale
– organizzare ed eventualmente produrre iniziative formative che sfocino in manifestazioni aperte al pubblico in collaborazione con Enti pubblici o privati, Scuole, Università, Accademie o altre realtà che si occupino di cultura ed istruzione, per lo studio e l'approfondimento della competitività del sistema italiano

BANDIERA AZZURRA "Città per il cammino e della salute"

"Bandiera Azzurra" è un progetto speciale della Federazione Italiana Atletica Leggera-FIDAL, che punta a riconoscere, qualificandoli come Città della Corsa e del Cammino, i centri urbani che offrano ai propri cittadini la possibilità di praticare sport all'aria aperta in aree e percorsi certificati. Il progetto, frutto della sinergia tra l'Atletica Italiana e i Comuni, nasce da un'idea di Maurizio Damilano, campione olimpico di marcia e coordinatore dell'iniziativa: la Bandiera Azzurra è uno strumento per moltiplicare i parchi urbani che permettono un'attività tanto semplice e immediata (camminare, correre, usare le palestre naturali) quanto determinante per la salute.

L'obiettivo è quello di aumentare le palestre a cielo aperto, promuovendo così stili di vita salutari e un'attività motoria a costo zero in ambiente urbano. Una missione, quella della lotta alla sedentarietà, che trova di nuovo fianco a fianco la Federazione Italiana di Atletica Leggera e l'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI) e che è supportata anche dal lancio di una app per smartphone e da eventi e giornate dedicate.
Per ottenere la bandiera azzurra della Fidal, le città debbono presentare dieci percorsi certificati e curati, specificatamente adibiti alla corsa o alla camminata, con il coinvolgimento di almeno un parco, e offrire occasioni di eventi e incontri su suolo pubblico supportando Fidal nell'organizzazione; una volta raggiunta la certificazione, di durata annuale e rinnovabile, si entrerà nella app creata dalla Federazione che mappa i percorsi e li raccoglie in una guida.

CITTADINANZATTIVA

Cittadinanzattiva è un'organizzazione, fondata nel 1978, che promuove l'attivismo dei cittadini per la tutela dei diritti, la cura dei beni comuni, il sostegno alle persone in condizioni di debolezza. La sua missione fa riferimento all'articolo 118, ultimo comma,della Costituzione, proposto proprio da noi e recepito nella riforma costituzionale del 2001. L'articolo 118 riconosce l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale e, sulla base del principio di sussidiarietà, prevede per le istituzioni l'obbligo di favorire i cittadini attivi.

La parola d'ordine di Cittadinanzattiva è "perché non accada ad altri": il nostro ruolo è denunciare carenze, soprusi, inadempienze, e agire per prevenirne il ripetersi mediante il cambiamento della realtà, dei comportamenti, la promozione di nuove politiche, l'applicazione delle leggi e del diritto. Siamo convinti che "fare i cittadini sia il modo migliore di esserlo", cioè che l'azione dei cittadini consapevoli dei propri poteri e delle proprie responsabilità sia un modo per far crescere la nostra democrazia, tutelare i diritti e promuovere la cura quotidiana dei beni comuni.

Gli obiettivi di Cittadinanzattiva sono:

- **rafforzare il potere di intervento dei cittadini nelle politiche pubbliche**, attraverso la valorizzazione delle loro competenze e del loro punto di vista;
- **intervenire a difesa del cittadino**, prevenendo ingiustizie e sofferenze inutili;
- **attivare le coscienze** e modificare i comportamenti dannosi per l'interesse generale;
- **attuare i diritti riconosciuti dalle leggi** e favorire il riconoscimento di nuovi diritti;
- proteggere e **prendersi cura dei beni comuni**;
- **fornire ai cittadini strumenti per attivarsi** e dialogare a un livello più consapevole con le istituzioni;
- costruire alleanze e collaborazioni indispensabili **per risolvere i conflitti e promuovere i diritti.**

Cittadinanzattiva si occupa di:

- Salute, con il Tribunale per i Diritti del Malato e il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC).
- Politiche dei consumatori e servizi di pubblica utilità, con i Procuratori dei cittadini.
- Giustizia, con Giustizia per i diritti.
- Scuola, con la Scuola di cittadinanza attiva.
- Cittadinanza europea, con Active Citizenship Network.
- Valutazione della qualità dei servizi dal punto di vista dei cittadini, con l'Agenzia di valutazione civica.
- E, anche, di **riforma delle istituzioni, trasparenza delle amministrazioni, lotta alla corruzione e agli sprechi, salute e ambiente, vivibilità e decoro urbano, cittadinanza d'impresa**

NOVO NORDISK

L'Azienda

Novo Nordisk è una multinazionale farmaceutica che da oltre 95 anni è leader nella cura del diabete. Questo patrimonio le ha fornito le capacità e le competenze per aiutare le persone a sconfiggere anche l'obesità, l'emofilia, i disturbi della crescita e altre gravi malattie croniche.

Oggi Novo Nordisk conta circa 43.200 dipendenti in 80 Paesi nel mondo e i suoi prodotti sono presenti in circa 170 nazioni grazie alle numerose affiliate locali che fanno capo alla sede centrale di Copenaghen.

Il modello di sviluppo innovativo promosso da Novo Nordisk, definito Triple Bottom Line, si basa sull'equilibrio fra gli obiettivi finanziari e l'impatto ambientale e sociale. Novo Nordisk è stata definita la Multinazionale più green al mondo secondo il Rapporto Ambientale sugli impatti relativi alle emissioni pubblicato dalla rivista Forbs nel 2012 e, all'ultimo World Economic Forum di Davos, è stata nominata l'Azienda farmaceutica più sostenibile del mondo.
Novo Nordisk supporta inoltre la World Diabetes Foundation e la Novo Nordisk Haemophilia Foundation per aiutare le persone affette da diabete ed emofilia nelle nazioni a basso reddito.

La storia

La sua storia ha inizio nel 1922 quando August Krogh, un fisiologo danese vincitore del Premio Nobel, e la moglie Marie, affetta da diabete tipo 2, andarono a trovare i ricercatori canadesi Frederick Banting e Charles Best, i quali avevano cominciato l'anno prima ad estrarre l'insulina dal pancreas dei bovini.
L'anno successivo all'incontro August Krogh aprì un'azienda in Danimarca, la Nordisk Insulin Laboratorium, che cominciò a produrre insulina per la cura del diabete. Uno dei primi collaboratori di August Krogh, Harald Pedersen, nel 1925 fondò un'azienda concorrente: la Novo Therapeutic Laboratory. Nel 1989 Novo e Nordisk decisero di unire le forze. Dopo essere state in concorrenza per oltre sessant'anni, le due aziende hanno potuto concentrare e mettere insieme le proprie forze allo scopo di sviluppare nuovi prodotti ipoglicemizzanti. La nuova azienda fu chiamata Novo Nordisk A/S.

I prodotti

Gli investimenti a lungo termine nel campo dell'innovazione hanno permesso a Novo Nordisk di maturare una notevole esperienza in ambito delle moderne biotecnologie.
Oggi l'azienda fornisce farmaci per curare il diabete a oltre 29,2 milioni di persone nel mondo e produce la metà dell'insulina mondiale. Negli ultimi anni ha investito circa il 15% del proprio fatturato in ricerca e sviluppo.

I prodotti in pipeline corrente includono nuove insuline e analoghi del GLP-1, l'ormone della crescita e nuove terapie per l'emofilia e l'obesità.

Nell'area del diabete l'Azienda, attraverso tecniche di biotecnologia, ha lanciato prodotti quali l'insulina degludec ad azione prolungata, l'analogo del glucagone-like peptide 1, liraglutide, e la loro combinazione, e l'insulina insulina aspart fast-acting.

Nell'emofilia l'azienda ha sviluppato il fattore VII attivato ricombinante per il trattamento di episodi emorragici nei pazienti emofilici con inibitori. Si è, inoltre, aggiunto il fattore XIII ricombinante, indicato per i soggetti affetti da deficit congenito di XIII, e il fattore VIII ricombinante per i pazienti affetti da emofilia A congenita.

Più recentemente Novo Nordisk è presente anche nel mondo dell'obesità con un nuovo farmaco, un centro di sviluppo e ricerca dedicato a Seattle, Stati Uniti, e altre molecole in pipeline.

Il gruppo opera anche in altri settori dell'endocrinologia. Ha sviluppato infatti l'ormone della crescita e una terapia ormonale sostitutiva per le donne in menopausa.

Novo Nordisk, per prima ha lanciato un sistemo rivoluzionario di "somministrazione a penna" per un utilizzo rapido e sicuro soprattutto nei bambini. Numerosi sono i riconoscimenti ottenuti in questo ambito fra cui il prestigioso premio Red Dot 'Best of the Best' nel 2012.

Produrre farmaci è una responsabilità significativa. Tuttavia, per curare una grave malattia cronica il farmaco è solo una parte della soluzione. È necessario fare di più, adottando una visione più sociale. Questo è il motivo per cui Novo Nordisk lavora in partnership con pazienti, politici, operatori sanitari e le organizzazioni non governative per sensibilizzare, migliorare la prevenzione, promuovere la diagnosi precoce ed espandere l'accesso alle cure. Changing Diabetes®, Changing Obesity® e Changing Heamophilia® sono le piattaforme di comunicazione che caratterizzano l'impegno del gruppo, mentre il Team Novo Nordisk è la prima squadra al mondo di ciclisti professionisti, supportata da Novo Nordisk, interamente formata da atleti con diabete che vogliono essere d'esempio, insegnare e responsabilizzare le persone con diabete.

ROMA CITIES CHANGING DIABETES

Comitato d'Onore

Prof. Armando Bartolazzi, Sottosegretario alla Salute

Prof. Rocco Bellantone, Preside Facoltà di Medicina Università cattolica Sacro Cuore

Avv. Enzo Bianco, presidente Consiglio Nazionale ANCI

Prof. Raffaele Calabro', Rettore Campus Biomedico

Dott. Alessio D'Amato, Assessore Regione Lazio

Ing. Antonio De Caro, Presidente ANCI

Prof. Giuseppe De Rita, Presidente CENSIS

Dott. Daniele Frongia, Assessore al Comune di Roma

Prof. Eugenio Gaudio, Rettore Università Roma "Sapienza"

On. Giulia Grillo, Ministro della Salute

Dott. Gianni Letta, Presidente Associazione CIVITA

S.E. Erik Vilstrup Lorenzen, Ambasciatore di Danimarca

Dott. Giovanni Malagò, Presidente CONI

Prof. Giuseppe Novelli, Rettore Università Roma "Tor Vergata"

Dott. Roberto Pella, Vice Presidente ANCI e Presidente Intergruppo Parlamentare sulla Salute nelle città

Prof. Luca Pietromarchi , rettore dell'università Roma Tre.

Prof. Fabio Pigozzi, Rettore Università Roma Foro Italico

Avv. Virginia Raggi, Sindaco di Roma

Sen. Daniela Sbrollini, Presidente Intergruppo Parlamentare sulla Salute nelle città

Dott. Nicola Zingaretti, Presidente Regione Lazio

Comitato Promotore

Presidente

Prof. Andrea Lenzi, Presidente Health City Institute e Presidente Comitato Nazionale per la Biosicurezza e le Biotecnologie e le Scienze per la Vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Componenti

Sen. Emanuela Baio, Presidente del Comitato per i Diritti della persona con diabete

Dott. Vittoria Buratta, Direttore per le statistiche sociali e il censimento della popolazione dell'ISTAT

Dott. Antonio Caretto, Presidente Fondazione ADI

Avv. Giuseppe Castronovo, Presidente Agenzia Internazionale per la prevenzione della Cecità – IAPB Italia

Prof. Stefano Cianfarani, Presidente SIEDP

Dott. Alessandro Cosimi, Componente CdA ISS, AGENAS ed INPS

Prof. Claudio Cricelli, PresideNte SIMG

Prof. Stefano da Empoli, Presidente Istituto per la Competività I-COM

Dott. Lino Del Favero, Direttore Generale ISS

Dott. Giuseppe Fatati, Presidente IO-NET

Dott. Antonio Gaudioso, Segretario Generale

Prof. Renato Lauro, Presidente IBDO Foundation, Rettore Emerito Università Roma Tor Vergata

Dott. Giuseppe Malfi, Presidente ADI

Dott. Domenico Mannino, Presidente Associazione Medici Diabetologi

Dott. Nicoletta Musacchio, Presidente Fondazione AMD

Dott. Veronica Nicotra, Segretario Generale ANCI

Prof. Walter Ricciardi, Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni

Dott. Francesco Ripa di Meana, Presidente FIASO

Prof. Ferruccio Santini, Presidente SIO

Prof. Giorgio Sesti, Presidente FO.RI.SID

Dott. Drago Vuina, Corporate VP Novo Nordisk

Comitato Scientifico

Coordinatore

Prof. Simona Frontoni – IBDO Foundation

Segretario

Dott. Chiara Spinato – Health City Institute

Componenti

Prof. Vincenzo Atella – CEIS Tor Vergata

Prof. Marco Baroni – SID Lazio

Dott. Alfondo Bellia – IBDO Foundation

Prof. Raffaella Buzzetti – Università Roma

cities changing diabetes

"Sapienza"

Prof. Davide Lauro – Università Roma Tor Vergata

Dott. Salvatore Caputo – Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni

Dott. Davide Integlia – I-COM

Prof. Frida Leonetti – Società Italiana dell'Obesità Lazio

Prof. Francesco Mennini, ISPOR Italy Rome Chapter

Prof. Silvia Migliaccio – Università Roma Foro Italico

Dott. Lelio Morviducci – AMD Lazio

Dott. Giulio Nati – SIMG Lazio

Dott. Paola Pisanti – Ministero della Salute

Prof. Alfredo Pontecorvi – Università Cattolica Sacro Cuore

Prof. Paolo Pozzilli – Università Campus Biomedico Roma

Prof. Paolo Sbraccia – IBDO Foundation

Dott. Federico Serra, Direttore Cities Changing Diabetes Italia

Prof. Federico Spandonaro - CREA Sanità

Data Analysis Board

Coordinatore

Dott. Ketty Vaccaro – Fondazione CENSIS

Componenti

Dott. Lucio Corsaro – MEDI PRAGMA

Dott. Roberta Crialesi – ISTAT

Dott. Eleonora Mazzoni, I-COM

Dott. Gerardo Medea – HEALTH SEARCH

Dott. Antonio Nicolucci – CORESEARCH

Dott. Chiara Rossi – CORESEARCH

Dott. Stefania Rossetti – ISTAT

Dott. Alessandro Solipaca - Osservatorio Nazionale per la Salute nelle Regioni

Dott. Paolo Testa - ANCI

National Publication plan Commmittee

Coordinatore

Prof. Francesco Dotta – IBDO Foundation

Componenti

Prof Daniele Gianfrilli – Università Roma "Sapienza"
Dr Francesco Pallotti – Università Roma "Sapienza"
Dr Riccardo Pofi – Università Roma "Sapienza"
Dr Andrea Sansone – Università Roma "Sapienza"

Global Publication Plan Committee

Prof. Andrea Lenzi – Università Roma "Sapienza"
Prof. Walter Ricciardi - Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Comitato Sociale

Coordinatore

Dott. Antonio Gaudioso – Cittadinanzattiva

Componenti

Sen. Emanuela Baio, Comitato per i diritti della persona con diabete

Prof. Albino Bottazzo, FAND Italia Dott. Antonio Cabras, FDG Italia

Dott. Maurizio Damilano, Scuola Nazionale del Cammino

Dott. Lina Delle Monache, Coordinamento Associazioni Pazienti Diabetici Lazio

Dott. Marcello Grussu, ANIAD

Dott. Aurora Ketmaier, Associazione per la Ricerca sul Diabete

Ing. Gianni Lamenza, AGD Italia

Dott. Tiziano Melchiorre, IAPB Italia Ing. Stefano Nervo, Diabete Forum

Dott. Raffaele Scalpone, AID Italia

Dott. Felix Strollo, ANIAD

Dott. Titti Suraci, Diabete Italia

cities
changing
diabetes

IT19CD00015

cities
changing
diabetes

Con il contributo non condizionato di novo nordisk®