



































INDICE

PREFAZIONI ATLAS

- Giuseppe Sala Sindaco di Milano
- Giulio Gallera Assessore al Welfare di Regione Lombardia
- 10 Gabriele Rabaiotti Assessore Politiche Sociali e abitative Comune di Milano
- 12 Roberto Pella Vicepresidente Vicario dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI), Presidente Intergruppo Parlamentare della Qualità di vita nelle città
- 14 Emanuela Baio Presidente Comitato Diritti e doveri delle persone con diabete
- 16 Andrea Lenzi, Michele Carruba, Livio Luzi Health City Institute

INTRODUZIONE

- 19 Michele Carruba Health City Institute
- The Urban Diabetes Consensus
- Cities Changing Diabetes; il progetto e l'analisi quanto-qualitativa

Ketty Vaccaro Area Welfare e Salute - Fondazione CFNSIS



Il contesto demografico e sociale di Milano Città Metropolitana

Carlo Signorelli

Professore Ordinario Igiene e Sanità Pubblica Università Vita-Salute San Raffaele Roberta Crialesi

Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia Istat

Dati clinici-epidemiologici sul Diabete tipo 2 e Obesità nell'area metropolitana 70

Antonio Russo

Direttore UOC Osservatorio Epidemiologico ATS Città Metropolitana di Milano

Antonio Nicolucci

Direttore CORESEARCH

Stefano da Empoli,

Direttore Generale I-COM

Health city. Lo stato di salute dei servizi alla persona a Milano 88

Lucio Corsaro

Direttore Generale Medipragma

100 Conclusioni ATLAS Milano

Elisabetta Lovati e Paolo Fiorina

Presidente e Presidente Eletto SID Lombardia

Annalisa Giancaterini e Regina Dagani

Past President e Presidente AMD Lombardia

Aurelio Sessa

Presidente SIMG Lombardia

Patrizia Oldrati Pappini

Presidente Comitato Sociale Milano Cities Changing Diabetes

104 **Profili**

122 **Comitati**



GIUSEPPE SALA

Sindaco di Milano

Cities Changing Diabetes nasce per promuovere la prevenzione delle malattie croniche, in particolare del diabete, dovute all'impatto dell'urbanizzazione. È necessario che i policy maker siano sempre più sensibili al tema della salute nella città per individuare le politiche di prevenzione più opportune e migliorare la rete di assistenza.

Milano è parte del progetto, realizzato in partnership con la University College London (UCL), con Steno Diabetes Center (Danimarca) e con il contributo di Novo Nordisk. Una rete che coinvolge istituzioni nazionali, amministrazioni locali, mondo



accademico e terzo settore. Ad oggi, l'iniziativa si avvale della collaborazione di 22 città nei 5 continenti

La Città Metropolitana di Milano è un'area ad alta densità di ricerca e innovazione: penso al biotech, uno dei punti di forza del sistema Milano, con una rete di istituti di ricerca all'avanguardia e professionalità di eccellenza. Farmaci per terapia genica e cellulare, farmaci orfani, alla diagnostica biotecnologica, vaccini, nanobiotecnologie: sono solo alcuni dei campi che vedono Milano primeggiare a livello internazionale.

Anche la coraggiosa ed estesa transizione ecologica messa in campo da Milano è una forma – forse la migliore – di prevenzione. Moltiplicazione delle aree verdi, mobilità sostenibile, aria più pulita, energia sostenibile e ciclo ecologico dei rifiuti significano da subito riduzione delle malattie urbane più invalidanti.

Il protagonismo di Milano in Cities Changing Diabetes dimostra e rilancia questi primati. L'Atlas fornisce un'utile mappatura dello stato di salute attuale dei cittadini di Milano grazie alla partecipazione dei diversi partner territoriali. Su guesti dati è possibile costruire un servizio di prevenzione e cura ancora migliore, evitare gli sprechi e concentrarsi in modo efficace sui bisogni reali dei cittadini. Quando un amministratore pubblico lavora su dati certi con competenza e in dialogo con gli specialisti, i risultati arrivano.

Non posso che auspicarlo e impegnarmi ancora, insieme a tutta l'Amministrazione, in questa direzione.

Giulio Gallera

Assessore al Welfare di Regione Lombardia

Cities Changing Diabetes, di cui la Città Metropolitana di Milano è divenuta parte attiva, è il progetto globale per fronteggiare la preoccupante diffusione delle malattie croniche non trasmissibili, tra le quali il diabete, che ha l'infelice primato di essere in costante crescita tra la popolazione adulta e che sta iniziando a coinvolgere anche quella più giovane.

Tra le priorità di Regione Lombardia, con il varo della legge 23 di riordino del Sistema Sanitario Re-



gionale, c'è la concreta attenzione proprio alle attività di prevenzione insite anche nei sani stili di vita che i cittadini delle metropoli devono poter praticare in un adequato contesto urbano.

L'Urban health, ovvero la salute nelle città, deve quidare la Città di Milano verso il suo adequamento alle reali e nuove necessità della popolazione: ancora prima che un paziente giunga alla corretta prevenzione diagnostica sanitaria, alla ne-

cessaria assistenza medico-ospedaliera o, ancora, alla terapia e alla cura, deve essere messo nelle condizioni di poter usufruire di precisi modelli urbanistici al fine di poter essere incoraggiato e favorito nella pratica di corretti stili di vita. Urban health richiede, dunque, negli operatori sanitari la messa in campo e l'attivazione di competenze per la strutturazione di alleanze operative con altri settori quali, in particolare, quello dell'urbanistica. Solo con la realizzazione di opere utili per migliorare la qualità di vita nelle Metropoli si può guardare al futuro per raggiungere obiettivi strategici e innovativi, tutelando la salute della popolazione e la sostenibilità dei sistemi socio-assistenziali, nonché riducendo a monte i fattori di rischio comportamentali che, come nel caso del diabete, vedono l'obesità sempre più spesso individuata come grave concausa.

Proprio il diabete, che non a caso è stato opportunamente definito un killer silenzioso, è il focus su cui quest'anno, grazie alla pubblicazione Atlas, si ottiene un mosaico di autorevoli interventi e di dati che sono lo specchio dell'attuale realtà che ci impone di guardare al futuro con grande attenzione.

I numeri su quale sia il livello di diffusione del diabete e su quali rischi anche le popolazioni di Metropoli come Milano o Roma stiano correndo, non necessitano di ulteriori commenti, ma di azioni e fatti concreti

Il progetto Cities Changing Diabetes non è destinato a restare un sogno nel cassetto, ma è il disegno reale di un bisogno sociale che attraverso la



buona politica deve vedere Milano dirigersi ben oltre i propri confini culturali. E ciò senza perdere di vista il futuro della salute di adulti e bambini e passando attraverso una efficace formazione e una corretta informazione sui sani stili di vita.

Regione Lombardia, con il Sistema Sanitario Regionale, è già protagonista di un primo modello operativo che punta (secondo un approccio coerente con la strategia dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile proposta dalle Nazioni Unite) ad una maggiore consapevolezza da parte della politica riguardo alla salute e al relativo sviluppo di azioni concrete sul territorio per incrementare le opportunità per la pratica dell'attività e dell'esercizio fisico nella popolazione generale e in target specifici: ad esempio, percorsi pedonali casa – scuola e casa- lavoro, green way, piste ciclabili, programmi bike to schools e to work, gruppi di cammino agendo contestualmente sulla riduzione di inquinanti atmosferici.

Certo, sono 'solo' primi importanti passi verso un nuovo percorso che conduce al traguardo tutti insieme: istituzioni e cittadini.

GABRIELE RABAIOTTI

Assessore Politiche Sociali e abitative Comune di Milano

Lo scenario demografico che si sta delineando in maniera sempre più marcata è quello di una società anziana, in cui il quadro epidemiologico è caratterizzato dall'aumentare di limitazioni legate alla non autosufficienza e più in generale a patologie che, tendono anch'esse a dilatare le loro presenza e persistenza nel tempo.

A tale scenario demografico, si accompagna una evidenza di carattere sociologico. Come in molti altri contesti urbani si nota come il dato caratterizzante di molta parte della popolazione anziana sia la solitudine, strettamente collegata al tema del-

l'invecchiamento della popolazione e della diversificazione delle strutture familiari e della maggiore mobilità della componente più giovane. Milano si caratterizza per una presenza significativa di persone sole, quantificabili in 302.947 cittadini (il 45% sul totale delle famiglie), un dato decisamente superiore alla media italiana (32%). Si tratta sicuramente di dati importanti che sarà opportuno far emergere ed incrociare; sarà compito dei referenti scientifici della Rete Cities Changing Diabetes confrontarli con quelli contenuti in questo Atlas che raccoglie il primo focus riferito alla nostra Città.

Come amministratori pubblici siamo ben consapevoli che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sottolineando quali siano i fattori determinanti di salute, ricorda che per il 65% essi dipendono dallo stile di vita (alimentazione e movimento) e dalla qualità dell'ambiente. Forme di prevenzione, pubbliche e private, che, per la nostra parte, ci stiamo impegnando ad attivare

Come città di Milano, non vogliamo dimenticarci di quanto anche una rete sociale comunitaria e famigliare solida, possa consegnare una vita più appagante e in piena salute.La Città di Milano negli ultimi anni è tornata a crescere.

È in corso un processo di internazionalizzazione, trasformazione e riqualificazione urbana a 360 gradi, a cui ha contribuito, senza dubbi, la realizzazione di Expo 2015, di cui il "Milan Urban Food Policy Pact" rappresenta la migliore eredità, che sta a dimostrare come un grande evento, oltre alle trasformazioni fisiche e territoriali, possa e debba essere anche produttore di azioni a sostegno della promozione di benessere, salute e di sani stili di vita. I dati positivi appena citati, parte integrante del Piano di Sviluppo del Welfare 2018-2020 della Città di Milano, non ci devono far dimenticare altre evidenze di carattere socio-statistico.

Infatti dallo stesso Piano di Sviluppo del Welfare, si evince che:

- gli anziani con più di 65 anni a Milano rappresentano oggi il 24,4% della popolazione, e il 3,5% di questi è costituito dai cosiddetti grandi anziani, cioè persone con più di 85 anni.
- I minorenni in Città, registrati all'anagrafe al



- 31/12/2017, costituiscono invece il 16,9% dei residenti, destinati a scendere al 13,6% nel 2030 a fronte di una sostanziale stabilità nella quota di anziani residenti
- Nel 2016 l'aspettativa di vita alla nascita era pari a 82,8 anni e la stima della popolazione non autosufficiente a Milano è di circa 40.000 individui.

La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità alla luce di gueste considerazioni invita i Governi ad adoperarsi responsabilmente, attraverso un programma di educazione alla salute, al fine di promuovere uno stile di vita sano, garantendo ai cittadini un livello di benessere più alto.

Anche al fine di raccogliere questo invito l'Amministrazione Comunale di Milano ha compiuto molti passi, che riteniamo possano muoversi nella direzione sostenuta dal progetto "Cities Changing Diabetes".

Le azioni in stato di avanzamento per una corretta attuazione del Piano Urbano della Mobilità sostenibile, che investe sullo sharing, sulla mobilità elettrica, la ciclabilità e la pedonabilità. Tale intervento prevede il prolungamento e la moltiplicazione delle piste ciclabili e l'estensione delle aree pedonali. L'obiettivo è quello di garantire una maggiore qualità dell'Aria e una Milano ad "emissioni zero", attraverso uno stretto coordinamento con le città della rete C40, puntando sulla riqualificazione energetica degli edifici pubblici e privati, sostenendo gli interventi per la mobilità metropolitana e ampliando le aree verdi, a partire dai tetti della città e della piantumazione dei parchi, dei cortili e dei giardini.

L'ideazione e realizzazione di una Food Policy (prima città italiana ad averlo fatto) che si caratterizza come uno strumento di governo che mira a supportare lo sviluppo equo e sostenibile della città, partendo dalle tematiche legate al cibo e alla tutela delle popolazioni più fragili.

La Food Policy delinea al suo interno cinque priorità:

- 1. Garantire cibo sano per tutti, valorizzando il ruolo della ristorazione collettiva convenzionata e promuovendo soluzioni innovative che coinvolgano le mense scolastiche
- 2. Promuovere la sostenibilità del sistema alimentare, educare al cibo, potenziando l'educazione alimentare a partire dai banchi di scuola
- 3. Lottare contro gli sprechi, valorizzando buone pratiche già attive sul territorio e potenziando le attività già messe in atto nelle mense scolastiche
- 4. Sostenere e promuovere la ricerca scientifica in campo agroalimentare.
- 5. A tutto guesto si aggiunge la nostra adesione alla Rete Italiana ed Europea delle Città Sane che rappresenta, un indubbio stimolo al confronto con altre realtà per la condivisione di obiettivi e di best practices.

La sfida che lanciamo, proseguendo il percorso di adesione alla rete Cities Changing Diabetes, è quella di essere a tutti gli effetti considerati una "healthy city" che è convinta dell'importanza della salute come bene collettivo e che, quindi, mette in atto azioni concrete per tutelarla, promuoverla e migliorarla.

Le diseguaglianze di salute, ancora presenti nel nostro contesto metropolitano, le cui evidenze sono messe in luce in questa pubblicazione, ci spronano a proseguire e migliorare le nostre azioni a partire dalla necessità di interventi di informazione e di prevenzione rivolti alle categorie più fragili. Penso in questo senso sia ai bambini residenti in zone più povere socialmente ed economicamente sia agli anziani che ancora faticano ad avere accesso continuativo ai percorsi diagnosticoterapeutici.

Con la pubblicazione di guesto documento, la Città di Milano attraverso l'Assessorato che rappresento, vuole cogliere fino in fondo l'opportunità data dall'adesione alla rete internazionale "Cities Changing Diabetes", costruendo un programma di azioni che possa accompagnare lo sviluppo economico e urbanistico del territorio, con interventi specifici tesi a promuovere la salute e il benessere per tutti e tutte, contrastando la disomogeneità dei risultati relativi allo stato di salute e scommettendo sulla prevenzione.

ROBERTO PFIIA

Vicepresidente Vicario dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI), Presidente Intergruppo Parlamentare della Qualità di vita nelle città

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 po-



polazione 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 sapremo governarla attraverso politiche pubbliche multidisciplinari e intersettoriali.

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 adequati 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.

Sul tema l'Unione Europea, in stretta connessione con l'attività dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, promuove la salute e la sana alimentazione, incoraggia ambienti favorevoli e stili di vita corretti 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 dalla stessa Assemblea delle Nazioni Unite durante l'Assemblea Generale del 2018. dalla Comitato delle Regioni dell'UE e dalla Commissione UE, dal Ministero della Salute e dall'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI) attraverso numerosi atti di programmazione e implementazione fattiva. 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 squardo innovativo, af-

frontando 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 Milano nel progetto Cities Changing Diabetes interessa, a livello territoriale, non solo l'Amministrazione milanese bensì tutta l'aerea metropolitana, stimolando l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani nella ricerca di soluzioni per migliorare la qualità di vita dei cittadini e delle persone con diabete.

EMANUELA BAIO

Presidente Comitato Diritti e doveri delle persone con diabete

E' bene definirlo un sogno guesto progetto! Perché il sogno ci permette di pensare il nostro futuro con speranza. E' sicuramente un'utopia, ma grazie al progetto internazionale di studio Cities Changing Diabetes deve tradursi in realtà vissuta per tutte le persone con diabete. Il diabete è una vera pandemia urbana, definita tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che individua le malattie croniche come priorità per tutti gli Stati membri e proprio il diabete è il paradigma delle cronicità e come tale costituisce un esempio non solo significativo, ma anche ambizioso sul quale l'area metropolitana milanese ha scelto di impegnarsi su questo progetto. Sappiamo però che se si sogna da soli, il tutto resta un'immagine onirica che presto svanisce, mentre se si sogna insieme si dipana in realtà vissuta. Ce lo ricorda il filosofo, matematico Cartesio, quando racconta "Quel che ci appare nel sogno richiama alcune immagine dipinte, che non hanno potuto essere rappresen-

tate se non ad immagini delle cose vere e reali". E noi



siamo orgogliosi con questo studio di continuare a sognare per poter aggiungere pietruzze di benessere nel puzzle della vita dei milanesi che convivono con il diabete, sia quelli diagnosticati, sia le persone che non sanno di esserlo, anche se guesto male così silenzioso si manifesterà ai loro occhi, solo quando saranno diagnosticate delle complicanze.

E' un sogno che si sta declinando in realtà, perché al progetto Cities Changing Diabetes aderiscono ben 22 aree urbane nei 5 Continenti. E lo studio sulla metropoli Milanese, con la fotografia scientificamente attestata, ben evidenzia le priorità sulle quali i policy maker e tutti gli stakeholder si devono impegnare, perché i dati sul diabete nel capoluogo lombardo sono per alcuni versi incoraggianti, ma evidenziano lacune e criticità ben diffuse. Se, come ci chiede l'OMS, si vuol lavorare sulla prevenzione, sulla diagnosi precoce, sull'appropriatezza terapeutica, sugli stili di vita e speriamo sempre più e sempre meglio sull'inerzia clinica, terapeutica, degli stessi

pazienti e soprattutto dei decisori politici, questo progetto permette di adottare scelte coraggiose, ma possibili, per consentire condizioni di vita migliori ai diabetici. Due sono i sostantivi che ci permettono di attestare l'efficacia dello studio: i diritti e i doveri, come ben evidenziato nel Manifesto per i diritti e i doveri delle persone con diabete, proposto dalle associazioni e condiviso da molte Istituzioni. Un documento vissuto che ben si coniuga con il Progetto Cities Changing Diabetes. E' sufficiente un dato: si stima ci siano nel milanese 241.000 persone affette da diabete di cui oltre 60.000 non ancora diagnosticate. L'inerzia clinica e terapeutica esige doveri stringenti per il mondo scientifico, ma impone doveri quotidiani ai pazienti. Le istituzioni troppo spesso agli occhi dei diabetici adottano un silenzio assordante, che fa male sia alla salute delle persone affette da questa cronicità, sia alla loro condizione psichica e spirituale. Si sentono abbandonati, non avvertono uno Stato amico, che assume i suoi doveri. E poi ancora le aziende dei farmaci e dei dispositivi medici non possono sottrarsi da un dovere di ricerca; non solo per i loro legittimi desideri di profitto, ma soprattutto per la vita delle persone con diabete e in modo particolare per i 20mila bambini o adolescenti in progressivo aumento che dovranno convivere con questa malattia per tutta la vita, perché, per ora, non è possibile quarire dal diabete tipo 1. Solo la ricerca dà loro la certezza che possono sperare in un futuro mialiore.

Partiamo dalle aree urbane per dimostrare che cambiare è possibile, che migliorare fa bene alla vita delle persone con diabete e consente alle economie degli Stati risultati efficaci.

Sognare è bello. Sognare tutti insieme permette di recuperare la voglia di lottare e sul volto delle persone con diabete apparirà il sorriso!







ANDRFA I FN7I





MICHELE CARRUBA

HVIO LUZI

Le città sono in prima linea nel contrastare il crescente aumento del numero di persone con diabete. 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.

Con circa due terzi delle persone con diabete che vivono in contesti urbani, le città sono in prima linea nella lotta al diabete e sono il punto focale per costruire una partnership che guidi l'azione ad arginare questa situazione

Il progetto *Cities Changing Diabetes* ha l'obiettivo

di arrestare la curva di crescita del diabete per prevenire più di 100 milioni di nuovi casi di diabete entro il 2045. L'obesità è il più grande fattore di rischio modificabile associato al diabete di tipo 2 e la ricerca mostra chiaramente come per arrestare la curva di crescita del diabete bisogna puntare ad una riduzione dei tassi di obesità del 25%.

Se non si interviene, il mondo può aspettarsi che entro il 2045, 736 milioni di persone avranno il diabete e 1,4 miliardi di persone saranno obese.

Nel 2050 la popolazione urbana rappresenterà il 70% della popolazione globale. Il pianeta del 2050 saprà sostenere un incremento di oltre due miliardi di abitanti che per la gran parte vivranno in città?

I governi nazionali, regionali e cittadini saranno in grado di rispondere alla crescente domanda di salute e alla sfida che obesità e diabete rappresentano per i servizi sanitari nazionali? Rispondere a queste domande con un approccio integrato e coerente sarà una delle principali sfide del prossimo futuro ed è l'obiettivo in Italia di Cities Changing Diabetes.

Oggi il programma vede coinvolti quasi 200 milioni di cittadini in 23 città del mondo: Beirut, Buenos Aires,, Houston, Philadelphia, Vancouver, Johannesburg, Leicester, Lisbona, Varsavia, Madrid, Copenaghen, Manchester, Merida, Città del Messico, Giacarta Koriyama, Shanghai, Hangzhou, Tianjin, Xiamen, Pechino, Seoul, Roma e Milano.

La candidatura di Milano quale Città Changing Diabetes, voluta oltre dall'Health City Institute, anche dal Centro Studi e Ricerche sull'Obesità e dall'Università di Milano, dall'Unità di Endocrinologia e Malattie Metaboliche all'IRCCS Policlinico San Donato di Milano e sostenuta dal Comune di Milano e dalla Regione Lombardia conferma come Milano negli anni abbia sviluppato la chiara visione, che grazie alle sinergie internazionali si può puntare a creare una città migliore e più vivibile, nel rispetto di uno sviluppo urbanistico sostenibile.

L'attenzione alla sana alimentazione e allo sviluppo globale del Pianeta è stato il tema centrale di EXPO 2015 ospitato da Milano, come quello dell'ambiente è un tema centrale dell'impegno di Milano nel network internazionale sull'ambiente delle città, C40

Milano inoltre con progetti mirati alla sana alimentazione scolastica, all'ambiente e alla mobilità sostenibile si pone come modello di studio e benchmarking internazionale sul tema della salute e del benessere cittadino.

Tutti temi espressi nel dossier, che visto impegnati nella realizzazione 15 ricercatori, dell'Health City Institute, dell'Università di Milano, di ISTAT, di CORE-SEARCH, della Fondazione CENSIS e di MediPragma, con una fotografia reale delle potenzialità di Milano in tema di Urban Health, ed evidenze che sono state riconosciute come eccellenze, che hanno convinto l'University College of London e lo Steno Center di Copenaghen, che Milano potesse far parte a pieno titolo di questo progetto internazionale.

La giusta visibilità all'impegno sul progetto, il Comune di Milano lo ha tra l'altro tradotto concretamente nella DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA COMUNALE N.1529 DEL 14/09/2018.

Con questo ATLAS viene realizzata una prima mappatura dei dati quantitativi demografici, clinico- epidemiologici e sulla percezione della salute nell'area di Milano Città Metropolitana, pubblicati in questo ATLAS per fornire una base di studio e osservazione per futuri studi.

Per guesta prima fase quantitativa è stato impor-

tante l'apporto fornito dai dati pubblici dell'ATS Milano Città Metropolitana, che permettono di avere dati clinico-epidemiologici di grande importanza che uniti ai dati sociodemografici forniti dall'ISTAT, hanno consentito di fare una fotografia precisa del territorio metropolitano di Milano.

La fase qualitativa che sarà avviata a Febbraio 2020, condotta tramite la Fondazione CENSIS, prevede 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 Milano. Le interviste saranno condotte tramite il questionario Q-Tool validato a livello nazionale e realizzato dall'University College of London, questionario analogo per tutte le Città coinvolte a livello internazionale nel progetto Cities Changing Diabetes.

Inerente al progetto Cities Changing Diabetes, assieme alla Federazione Italiana Atletica Leggera, il Comune di Milano, la Regione Lombardia e la Scuola del Cammino, l'Health City Institute ha realizzare il progetto Roma Città per il Cammino e della Salute, che prevede la realizzazione di 34 percorsi di walking urbano e di almeno tre percorsi nei parchi urbani, per arrivare a una rete di circa 170 Km utilizzabili per attività motoria a costo zero. Il progetto ha portato la realizzazione del passaporto Milano Città per il Cammino e della Salute e di una app dedicata, con l'ambizioso obiettivo di rendere Milano centro il 2026, data delle Olimpiadi invernali Milano-Cortina, una OLYMPIC ACTIVE CITY, in linea con le indicazioni del Comitato Olim-

pico Internazionale, con almeno 200 percorsi di walking urbano per circa 1000 km.

E' nostro desiderio collaborare attivamente con le Istituzioni Nazionali e Internazionali, la Città di Milano e il suo territorio metropolitano, la Regione Lombardia, l'ATS Milano Città Metropolitana, con le Università di Milano, con gli Enti di ricerca, con le Società Scientifiche, le Associazioni dei Pazienti e gli esperti per portare avanti questo studio e promuovere specifiche azione volte a migliorare la qualità di vita di molti cittadini e persone con diabete, perché mutuando Italo Calvino e il suo Marco Polo "D'una città non godi le sette o settantasette meraviglie, ma la risposta che dà a una tua domanda"

Prof. Andrea Lenzi

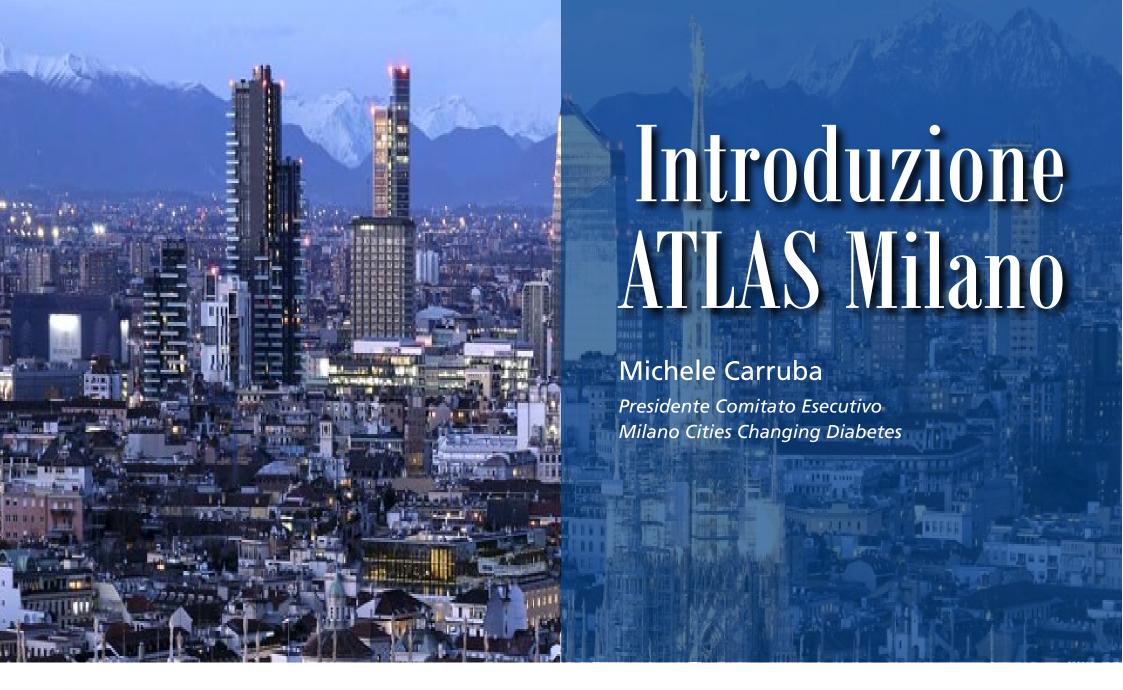
Presidente Italia Cities Changing Diabetes Presidente dell'Health City Institute Presidente del Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze per la Vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Prof. Michele Carruba

Presidente del Comitato Esecutivo di Milano Cities Changing Diabetes Presidente del Centro Studi e Ricerche sull'Obesità dell'Università di Milano

Prof. Livio Luzi

Presidente del Comitato Scientifico di Milano Cities Changing Diabetes Direttore dell'Unità di Endocrinologia e Malattie Metaboliche all'IRCCS Policlinico San Donato di Milano



Oggi, più del 50% della popolazione mondiale vive nelle città1 ed alcuni studi ipotizzano che nel 2100 la percentuale di popolazione mondiale che vivrà in megalopoli raggiungerà il 90%.

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 alimentari, cambia il modo di vivere, i lavori sono sempre più sedentari, l'attività fisica diminuisce. Tali cambiamenti, insieme ad altri fattori sociali e culturali, si ripercuotono immancabilmente sulla salute degli abitanti con conseguenze devastanti in termini di incrementi della prevalenza delle patologie croniche non trasmissibili, tra cui Obesità e Diabete di tipo 2. Questi fenomeni sono stati definiti: Urban Obesity ed Urban Diabetes. E' chiaro pertanto che per contrastare la crescita di queste patologie le città rappresentano il punto determinante dove analizzare e studiare il fenomeno in modo da poter programmare criteri di organizzazione ed urbanizzazione più consoni alle esigenze di salute degli abitanti.

Cities Changing Diabetes nasce nel 2014 in Danimarca ed è un programma di partnership promosso dall'University College London (UCL) e dallo Steno Diabetes Center (Danimarca) in collaborazione con Novo Nordisk, con un investimento di 20 milioni di dollari, 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 Changing Diabetes sottolinea la necessità di agire in considerazione del crescente numero di persone con obesità e con diabete e del consequente onere economico e sociale che tutto ciò comporta. Al programma Cities Changing Diabetes hanno aderito Città del Messico, Copenaghen, Houston, Shanghai e Tianjin. Si tratta di cinque importanti città, con una popolazione complessiva di quasi 60 milioni di persone, che fotografano due realtà diverse: le città a crescita rapida delle economie emergenti e le città "più mature" delle società sviluppate. Nel 2016 anche Vancouver e Johannesburg hanno aderito al programma, mentre Roma, nel 2017. Nel 2018 anche Milano è stata inserita nel programma, diventando per i prossimi anni Città simbolo mondiale nella lotta a Diabete tipo 2 e Obesità.

Il progetto in Italia, sia a Milano che a Roma, è coordinato dall'Health City Institute in collaborazione con il Ministero della Salute, l'ANCI, la Rete Città Sane dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Istituto Superiore di Sanità, l'ISTAT, la Fondazione CENSIS e CORESEARCH. L' Health City Institute, in collaborazione con Ministero della Salute e ANCI, ha promosso la realizzazione del Manifesto della Salute nelle città bene comune, documento che delinea le azioni da intraprendere nelle Città per studiare i determinati della salute nelle Città e migliorare la qualità di vita dei cittadini. Il Manifesto è stata 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**.

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 aderente 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.

Milano è entrata nel progetto globale nel settembre 2018 e. con la sua naturale vocazione internazionale, si pone al centro di uno sviluppo urbanistico importante per dimensioni e soluzioni che mirano ad un progressivo miglioramento della qualità della vita dei propri cittadini. Non va dimenticato che l'Italia vanta un'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale tra le migliori del mondo e che tale organizzazione nasce in Lombardia.

Milano nel 1999, venti anni orsono, ha ospitato il congresso europeo della EASO (European Association for the Study of Obesity) organizzato dal Centro di Studio e Ricerca sull'Obesità dell'Università degli Studi di Milano (CSRO) dove è stata lanciata la Milan Declaration, documento firmato da 33 delegati rappresentanti delle diverse società scientifiche nazionali per lo studio dell'obesità, che rappresenta la prima presa di posizione ufficiale da parte degli scienziati che si occupano di obesità e malattie ad essa consequenti per denunciare il problema sociale di questa patologia e l'importanza per le istituzioni di prevenirla e curarla. A 20 anni dalla sottoscrizione di questo importante documento finalmente anche l'Italia, con una mozione parlamentare votata all'unanimità, recepisce il messaggio che l'obesità è una malattia potenzialmente mortale ed epidemica con un impatto devastante sulla sostenibilità dell'organizzazione sanitaria nazionale in quanto causa di altre malattie quali diabete, malattie cardiovascolari, renali, epatiche, osteoarticolari, respiratorie e tumorali che comportano gravi insostenibili costi.

Milano inoltre gode dell'eredità culturale di EXPO 2015 dedicata alla sana alimentazione e allo sviluppo globale del pianeta. La Regione Lombardia, con la Legge 23, ha recentemente riorganizzato il Sistema Sanitario Regionale sviluppando sul territorio la "presa in carico" del paziente cronico.

Per sviluppare il progetto Cities Changing Diabetes nella città di Milano sono state implementate delle partnership locali con tutte le istituzioni: Regione Lombardia, Comune di Milano, Città Metropolitana di Milano.

Sono state coinvolte le sette Università della città (Università degli Studi di Milano, Università Bicocca, Politecnico di Milano, Università Bocconi, Vita Salute S.Raffaele, Humanitas University, IULM), le società scientifiche e culturali (SID, AMD, SIMG,

SIO, OSDI, Museo della Scienza e della Tecnologia Leonardo da Vinci), le associazioni dei pazienti diabetici e obesi e Cittadinanzattiva. Al progetto hanno aderito altre realtà come l'Accademia di Brera, la MILE School di Milano, Milano Ristorazione ecc..

Lo scorso 8 luglio a Roma, in occasione del IV Health City Forum, è stato siglato tra le città di Roma. Milano, Houston e Shangai una Consensus per unire ali sforzi nel combattere il diabete e l'obesità in ambito urbano. Alcuni aspetti chiave di guesto accordo sono la creazione di collaborazioni attive, lo sviluppo della conoscenza a fondo della sfida che ci attende, l'aumento della consapevolezza del problema sulla popolazione che vive in ambito urbano, e la costruzione di un ambiente sano in cui vivono le persone attraverso la creazione di partenariati tra le diverse città.

La Città Metropolitana di Milano, rispetto ad altre metropoli, ha la peculiarità di avere una popolazione che per il 42% è amministrata dal Comune di Milano e per il 58% da 132 comuni limitrofi; aspetto che denota una forte attenzione verso il territorio ed un levato potenziale di studio e osservazione. E' stato pertanto avviato lo sviluppo di un network tra le amministrazioni comunali afferenti all'area Metropolitana di Milano, con l'obiettivo di stimolare una positiva interazione tra i vari enti, promuovere iniziative comuni, incentivare lo scambio di better practice.







ROME July 8 2019

CONSENSUS KEY ASPECTS

1 COLLABORATE

The scope of the challenge means that the fight against urban diabetes can only be won if we forge strong alliances between cities, universities, health centers, community leaders, industry and professionals. Establishing mechanisms for collaboration through partnerships are a prerequisite for bending the curve on urban diabetes.

2 UNDERSTAND THE CHALLENGE

To fully understand the situation and identify opportunities for building resilience, cities must study and monitor the specific health determinants that impact health in their urban context including social factors, cultural determinants and the urban environment.

3 RAISE AWARENESS

Cities must ensure a high-level of health literacy through health education, campaigns and easily accessible health information for all people of all ages.

4 BUILD A HEALTH PROMOTING ENVIRONMENT

Cities must strive to make the city environment an enabler for living a healthy life by supporting active transportation, access to healthy food, and creating sports and exercise facilities close to where people live.

5 PARTNERSHIPS

The challenge of urban diabetes is not unique to one country or city. As cities in the Cities Changing Diabetes partnership, we encourage more cities to join the fight against urban diabetes and share their best practises with cities around the world. Together we can bend the curve on urban diabetes.

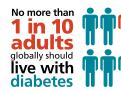
URBAN DIABETES

CITIES ARE THE FRONT LINE FOR BENDING THE CURVE ON TYPE 2 DIABETES

Diabetes is rising at an alarming rate around the world. By 2045, an astounding 736 million people could be living with diabetes. Given the devastating human and economic cost that diabetes and its complications have on individuals, families and communities, this growth is simply unsustainable. We must change the trajectory of the rise in diabetes, which is why the Cities Changing Diabetes partnership set a bold ambition that no more than 1 in 10 adults globally has diabetes in 2045.

Rapid, global urbanization is changing both where people live, and the way people live. City planning, policy, and culture have a direct impact on people's health. Already today 2/3 of people living with diabetes live in cities. The Cities Changing Diabetes partnership aim to improve understanding of the principal factors behind the rise of diabetes in urban settings, then share and apply that knowledge to real world solutions for people to live healthier lives. Cities are where the fight against diabetes must be fought and won.

A BOLD AMBITION



cities changing diabetes









ROME July 8 2019

CONSENSUS KEY ASPECTS

The Urban Diabetes Consensus is an agreement between four partner cities of the global Cities Changing Diabetes Programme:

HOUSTON, SHANGHAI, ROME AND MILAN

Houston and Shanghai were among the first five cities to start the programme in 2014. Rome joined the programme in 2017, followed by Milan in 2019. All four cities have demonstrated their commitment to improving health through policies and actions.

The Urban Diabetes Consensus defines the strategic aspects of actions to improve health in cities through a holistic and multisectoral approach.

ROME Andrea Lenzi

Full Professor of Endocrinology University of Rome Sapienza, President Health City Institute and President National Committee for Biosafety, Biotechnology, Life Science of Prime Minister Council

SHANGHAI Cai Chun

Msc, MPH. Executive Deputy Director of Hospital Management Research Center Shanghai Jiaotong University Affiliated Sixth People's Hospital Department

HOUSTON Faith E. Foreman-Hays

Director of Office of Chronic Disease, Health Education and Wellness Houston Health

MILAN Michele Carruba

Dr.P.H., MPH, BA, LVN. Assistant Full Professor of Pharmacology and President of Obesity Centre Department of Milan University









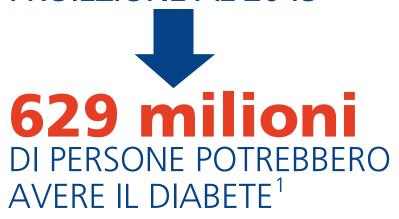




IL DIABETE È UNA DELLE PATOLOGIE PIÙ SFIDANTI DEGLI ULTIMI DECENNI

2017 425 milioni DI PERSONE ADULTE HANNO IL DIABETE¹

PROIEZIONE AL 2045



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. 7th edn. Brussels, Belgium 2015

LA REGOLA DEL ME771 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.

Dei 426 milioni di persone² con diabete...



circa il 50% ha una diagnosi di diabete...



di cui circa il 50% riceve un trattamento adequato...



dei quali circa il 50% raggiunge il target...



dei auali circa il 50% raggiunge gli obiettivi desiderati



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 guesta metà circa il 50% è in trattamento.

Di questa percentuale poi solo il 50% (il 25% del totale) delle persone viene curato in modo adequato, 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.

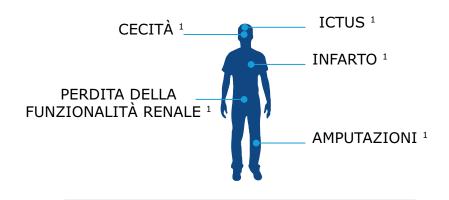
Per concludere solo la metà di guesto numero, pari a circa il 12% del numero di persone totali che hanno il diabete, vive una vita priva di complicanze.

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.Interantional Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 7th edn. Brussels, Belgium 2015



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 20171

958 MILIARDI

DI DOLLARI SONO PREVENTIVATI PER LA SPESA FARMACEUTICA GLOBALE, AL 2045¹

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

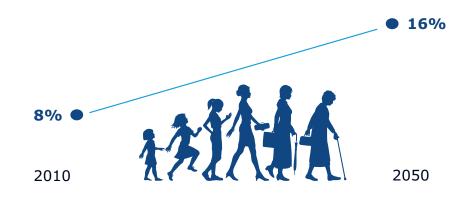
Quest'ultima dipende, in massima parte, dal grado di scompenso del diabete, ciò che conta infatti non è solo il valore della glicemia, ma anche le variazioni quotidiane (differenza tra massimo e minimo di glicemia).

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.Interantional Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 7th edn. Brussels, Belgium 2015 2. World Health Organization. Global Report on Diabetes. 2016

INVECCHIAMENTO E OBESITÀ SONO FATTORI DI RISCHIO DA NON SOTTOVALUTARE



600 MII TARDI DI ADULTI SONO DI ADULTI SONO **SOVRAPPESO** O OBESI2

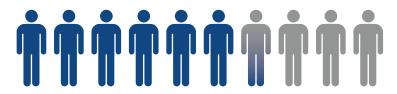
E' un fatto noto che l'incremento della prevalenza del diabete sia dovuto a fattori di rischio quali invecchiamento e obesità^{1,2}

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.

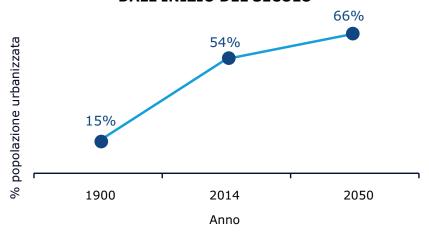
- 1. World Health Organization. Global Report on Diabetes. 2016.
- 2. World Health Organization. Obesity and Overweight Factsheet. 2016. Available at: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/. Accessed 09 August 2016.

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



DELLE PERSONE VIVRÀ IN AREA URBANA NEL 20501

AUMENTO DELLA URBANIZZAZIONE DALL'INIZIO DEL SECOLO¹



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 inadequate ad accogliere il cambiamento, sta compromettendo il sogno di uno sviluppo sostenibile ed è responsabile delle inequaglianze 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.

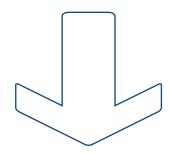
1. World Health Organization. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. 2010.

SALUTE NEL CONTESTO URBANO UN'FMERGENZA ED UNA NON SFRUTTATA **OPPORTUNITÀ**

NEL 2014

IL 66%

DELLE PERSONE CON DIABETE VIVEVA IN AREE URBANE¹



NFI 2045

IL 75%

DELLE PERSONE CON DIABETE VIVRÁ IN ARFF URBANF¹

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.

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**









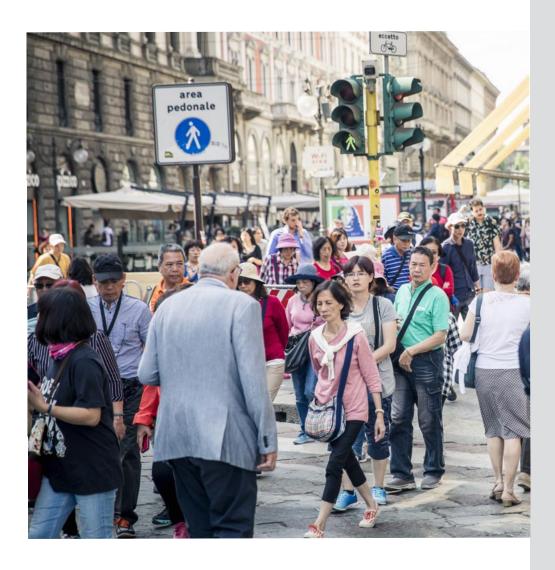


I cambiamenti nelle abitudini alimentari, nello svolgimento dell'attività fisica, dell' ambiente di lavoro, sul consumo di alcool e sigarette e in generale tutto il tempo che si dedica agli spostamenti e la modalità di impiego del tempo libero impattano notevolmente sulla salute.

Molti di questi fattori sono associati ad un rischio maggiore di malattie metaboliche, come il diabete di tipo 2.1

Fonte 1. Telines G. Urbanization and health: new challenges in health promotion and prevention. Oslo academic press 2005

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.

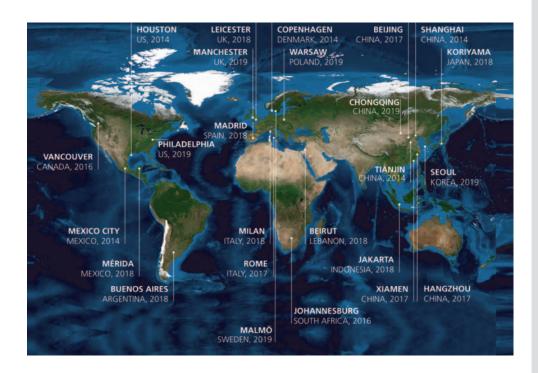
UN PROGRAMMA IN PARTNERSHIP PER RIPENSARE LE SFIDE LEGATE AL DIABETE

cities changing diabetes









cities

changing diabetes

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 25 le città in tutto il mondo che hanno aderito al programma: Beijing, Beirut, Buenos Aires, Chongging, Copenhagen, Jakarta, Johannesburg, Koriyama, Hangzhou, Houston, Leicester, Lisbon, Madrid, Malmoe, Manchester, Merida, Mexico City, Milano, Philadelphia, Roma, Seoul, Shanghai, Tianjin, Warsaw, Xiamen

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

MAPPATURA

Ricerca quantitativa

REGOLA DEI MEZZI

Ci aiuta a *identificare* le differenze principali in merito alla diagnosi di diabete e ai trattamenti.



Ricerca qualitativa

VALUTAZIONE DEI FATTORI SOCIALI E DEI DETERMINANTI CULTURALI

Ci aiuta a capire cosa rende alcune persone *predisposte* al diabete e alle sue complicanze 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.



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

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

FATTORI BIOMEDICI

Predisposizione individuale che può aumentare o ridurre la vulnerabilità Comuni a livello locale

FATTORI SOCIALI

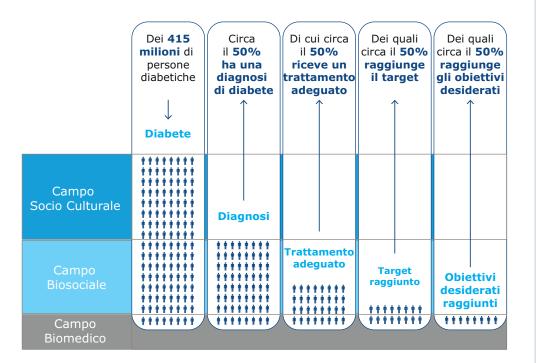
Elementi strutturali e aggregativi che aumentano o riducono la vulnerabilità Complessi e diversificati a livello locale

DETERMINANTI CULTURALI

Convinzioni e suggestioni condivise che aumentano o riducono la vulnerabilità Vari, complessi e localmente molto diversificati La vulnerabilità si compone di almeno tre elementi: la suscettibilità individuale, la condizione sociale e i determinanti culturali.

Alcuni di guesti 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.

METTERE IN RELAZIONE LA REGOLA DEI MEZZI CON LA VULNERABILITÀ

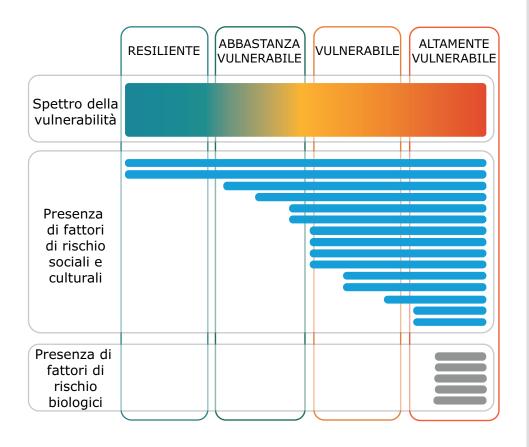


Mettendo in relazione la vulnerabilità con la regola dei mezzi emerge che la condizione in cui viviamo è di fondamentale importanza nel rischio di sviluppare il diabete di tipo 2.

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.



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.

VULNERABILITÀ AL DIABETE-FATTORI SOCIALI

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. 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.

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.



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

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.





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.

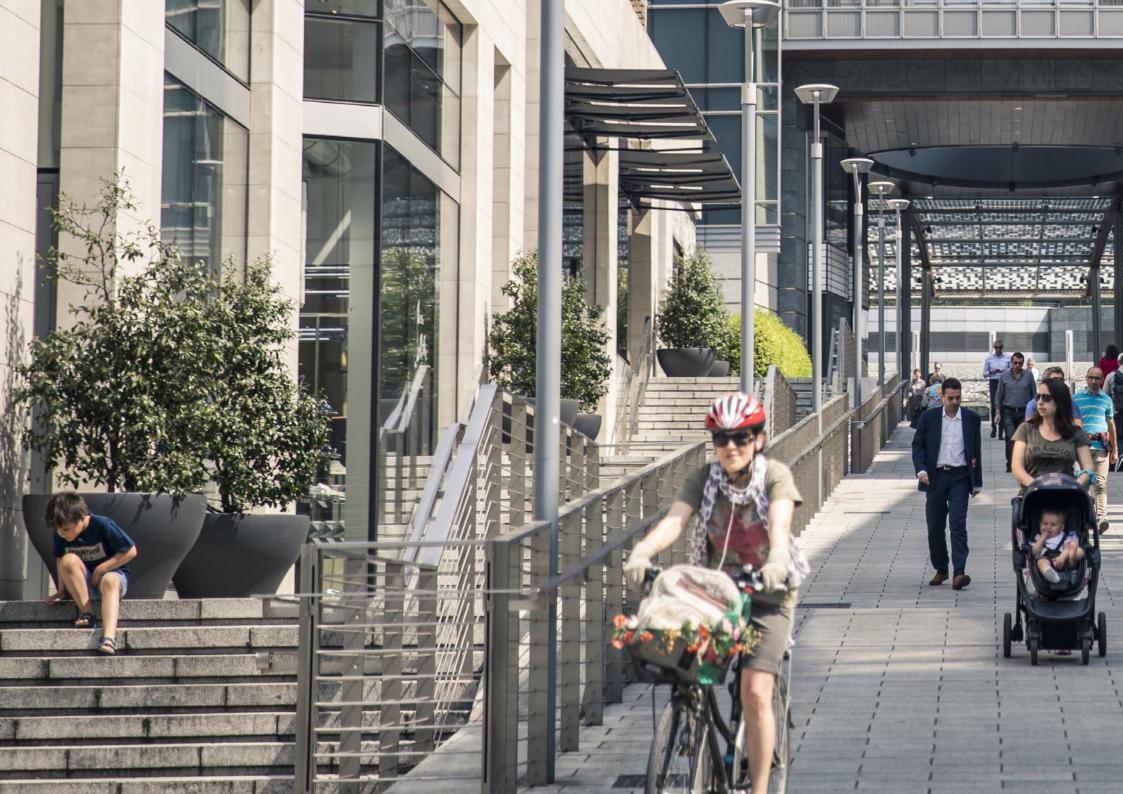
La valutazione del proprio margine di cambiamento è uno dei passi più importanti.



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.







DATI SOCIO ECONOMICI DELLA CITTÀ MFTROPOLITANA DI MILANO

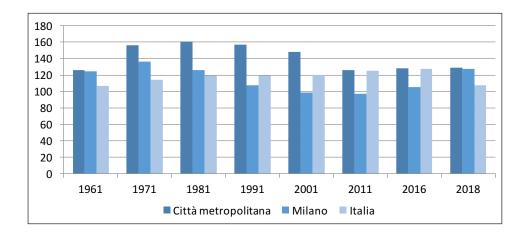
La fotografia della metropoli La crescita del PIL La situazione odierna PIL pro capite 6.4% +9.7% mila euro Milano -4,6% 26 mila euro -3,3% La ricchezza in mano di pochi Tassi di disoccupazione 10,8% Quota della popolazione 6,4% che detiene oltre 9% 1/3 della ricchezza complessiva Le performace 7.6 milioni 50 progetti di multinazionali di turisti l'anno attivati 30esima al mondo 11esima al mondo per valore di investimenti esteri in real estate per integrazione economica Le grandi imprese Le mutinazionali estere 14 mila 4.600 con fatturato annuo a Milano in Italia oltre un miliardo di euro Altri indicatori 2016 2017 2018 Certificati rilasciati online 49.2% 49.9% (% di quelli richiedibili) 38.5% Spesa per servizi sociali (milioni di euro) 409 402 414 9.935 9.957 10.060 Posti negli asili nido Ricerca scientifica I brevetti 32% maggiormente citata registrati a Milano a livello globale

Nell'ultimo quinquennio 2015-2019 il PIL cittadino è cresciuto il doppio rispetto al resto d'Italia (9,7% vs 4,6%) con un valore procapite che si attesta sui 49.000€ verso i 26.000€ del dato medio nazionale. Emerge tuttavia come l'ondata di benessere si ferma ad una fascia ristretta di popolazione; 1/3 della ricchezza complessiva della città è in mano al 9% della popolazione. Il tasso di disoccupazione nel 2018 si attesta al 6,4% rispetto al un valore nazionale del 10,8%.

Il 32% dei brevetti nazionali vengono registrati a Milano dove si registra il 27% di ricerca scientifica maggiormente citata a livello globale.

Fonte: Report Osservatorio Milano 2019 - Assolombarda.

INDICE POPOLAZIONE RESIDENTE (1951=100)



La popolazione residente nella città metropolitana di Milano al 1 gennaio 2019 è di 3.250.315. Il 42,4% della popolazione è concentrato nel Comune di Milano mentre l'area metropolitana milanese registra una variazione del +0,3%, imputabile soprattutto a Milano città, che ha incrementato i residenti di 5.711 unità in 2 anni. Il peso demografico della città metropolitana di Milano a livello regionale si consolida al 32,3% della popolazione, mentre sul totale nazionale risulta pari al 5,4%. La componente femminile della popolazione dell'area metropolitana è del 51,6%, leggermente superiore in Milano città (52,1% circa) per il maggiore peso della componente anziana (in particolare della "quarta età") dove prevale nettamente la componente femminile.

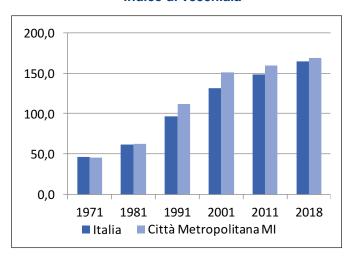
Nel comune di Milano si concentra il 42,4% della popolazione della città Metropolitana di Milano corrispondente al 13,7% della popolazione della Regione Lombardia e al 2,3% della popolazione nazionale.

Fonte: ISTAT, Popolazione residente per età, sesso e stato civile, vari anni.

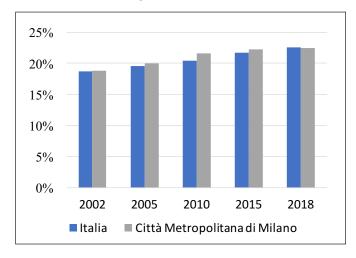


DINAMICHE DI LUNGO PERIODO: L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

Indice di vecchiaia



Popolazione over 65



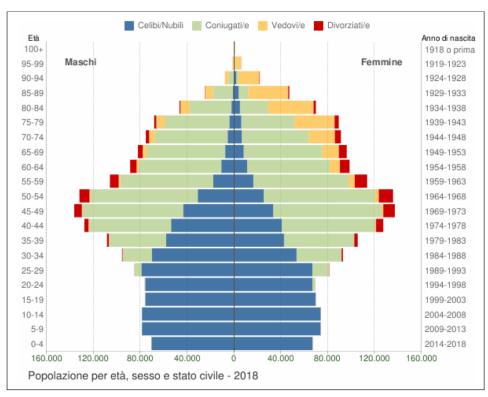
L'indice di vecchiaia, inteso come rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni, nella Città Metropolitana di Milano si attesta nel 2018 a 164,7 (ossia 164,7 anziani ogni 100 giovani). Il dato ha avuto nel corso degli anni un incremento costante anche se meno marcato rispetto al dato nazionale che oggi si attesta a 168,9.

La quota di residenti ultrasessantacinquenni è fortemente aumentata passando dal 18,8% nel 2002 al 22,5% nel 2018, valore lievemente inferiore al dato nazionale (22,6%).

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

LA CITTA' METROPOLITANA ED IL COMUNE DI MILANO OGGI

La piramide dell'età nella città metropolitana di Milano

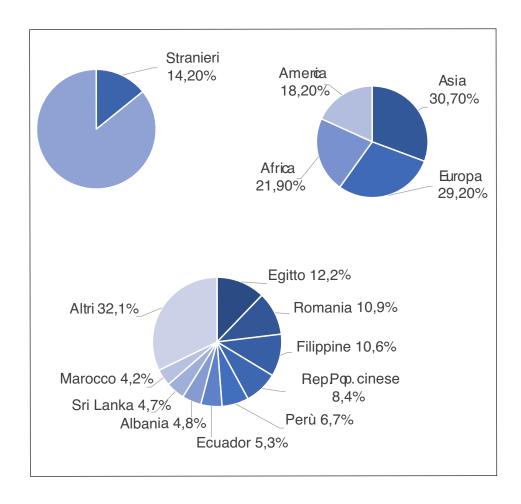


Il grafico, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente nella città metropolitana di Milano per età, sesso, e stato civile al 1 gennaio 2018. Dalla lettura del grafico si nota che la nuzialità è sempre più ridotta. Il notevole apporto alle nascite delle donne provenienti dall'estero sta di fatto compensando il rilevante calo della fertilità delle donne italiane. Un dato molto positivo è quello del tasso di mortalità che continua a scendere, con una speranza di vita alla nascita che conseguentemente è cresciuta fino a raggiungere 80,7 anni per i maschi e 85,6 anni per le femmine.

Fonte: ISTAT, Popolazione residente al 1° gennaio 2018.



LA POPOLAZIONE STRANIERA



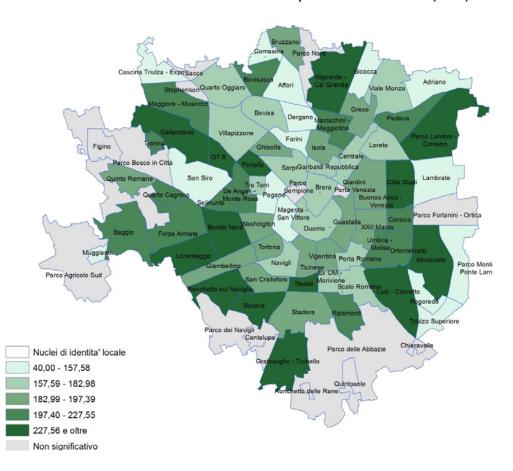
Gli stranieri residenti nella città metropolitana di Milano al 1° gennaio 2018 sono 459.109 e rappresentano il 14,2% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'Egitto con il 12,2% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla Romania n(10,9%) e dalle Filippine (10,6%).

Fonte: ISTAT, Popolazione residente al 1° gennaio 2018.

UN APPROFONDIMENTO: L'INVECCHIMENTO NELLE DIVERSE ZONE

Comune di Milano: Indice di vecchiaia per zona urbanistica (2011)

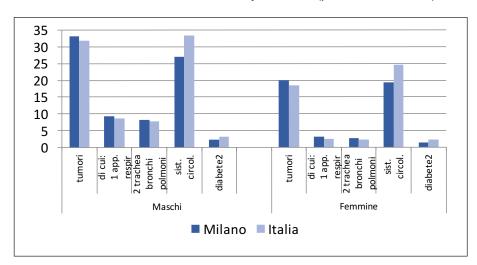


cities changing diabetes Nel 2018 l'indice di vecchiaia ha raggiunto nel territorio comunale di Milano un valore pari a 164,7 (per ogni bambino di 0-14 anni vi sono 1,65 persone con più di 64 anni). La popolazione anziana è distribuita in modo non omogeneo nelle zone urbanistiche della città: i valori più elevati (spesso superiori a 200) si riscontrano in alcune zone periferiche (es. Parco Lambro, Mecenate, Gratosoglio) con un picco massimo di 345 raggiunto nella zona del Gallaratese.

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 MORTALITA'

Tassi standardizzati di mortalità per causa (per 10.000 abitanti)

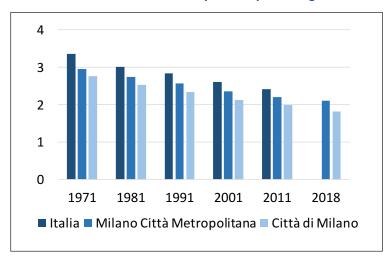


Nel 2015, il tasso di mortalità nella città metropolitana è di 9,6 decessi per mille abitanti, valore inferiore a quello nazionale (10,6 per mille). I tassi standardizzati di mortalità per genere e per causa (numero di decessi per 10mila abitanti) mostrano come nella città metropolitana la mortalità per cancro sia maggiore rispetto alla media nazionale soprattutto per i tumori 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 (2,28) che per le donne (1,35) rispetto alla media nazionale (rispettivamente 3,17 e 2,40).

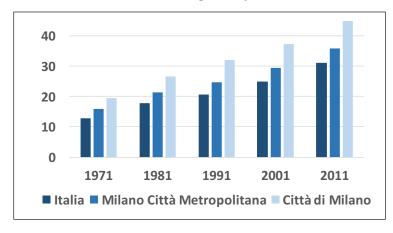
Fonte: ISTAT, Indagine sulle cause di morte – anno 2015.

DINAMICHE DI LUNGO PERIODO: L'EVOLUZIONE DELLA FAMIGLIA

Numero medio di componenti per famiglia



Quota di famiglie unipersonali



cities changing diabetes

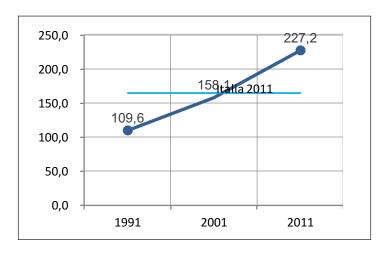
Negli ultimi decenni si continua a registrare una crescita del numero di famiglie, alla quale corrisponde una progressiva riduzione della dimensione familiare, un aumento delle famiglie unipersonali e, consequentemente, una contrazione di quelle numerose. A fronte di una crescita del numero di famiglie nella città di Milano, il numero medio di componenti per famiglia è sceso da 2,76 nel 1971 a 1,8 nel 2018.

Nello stesso periodo sono aumentate le famiglie unipersonali: a Milano si è passati dal 19,4% nel 1971 al 44,8% nel 2018 con una forte contrattura delle famiglie numerose. Ciò è consequenza di profonde trasformazioni demografiche e sociali: dalla riduzione delle nascite all'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione, dall'aumento di separazioni e divorzi ai nuovi scenari migratori.

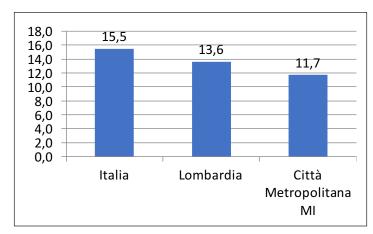
Fonte: ISTAT, Censimento della popolazione e abitazioni, vari anni.

GLI INDICATORI DI ISTRUZIONE

Rapporto adulti con diploma o laurea / licenza media



Uscita precoce dal sistema di formazione - Anno 2011

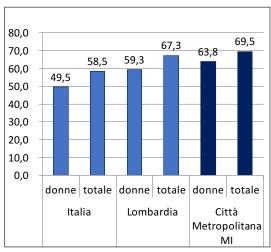


Il livello generale d'istruzione degli adulti è cresciuto ed è più elevato nei contesti urbani. A Milano nel 2011 per ogni persona con licenza media ve ne sono più di due che hanno un diploma o un titolo universitario; in Italia l'analogo rapporto è di 1 a 1,6; livello che il comune di Milano aveva già raggiunto nel 2001. Per contro la quota di persone tra i 15 e i 24 anni uscite dal sistema di formazione e istruzione è assai più contenuta (11,7%) rispetto alla media regionale (13,6%) e italiana (15,5%) In ambito cittadino il livello di istruzione è sensibilmente più elevato nei quartieri centrali.

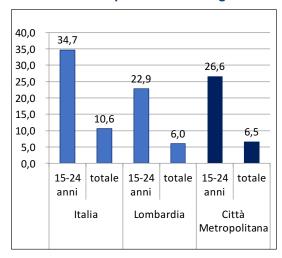
Fonte: ISTAT, Censimento della popolazione e abitazioni, vari anni.

DINAMICHE DI LUNGO PERIODO: L'EVOLUZIONE DELLA FAMIGLIA

Tasso di occupazione totale e femminile



Tasso di disoccupazione totale e giovanile



La città metropolitana offre maggiori opportunità di lavoro: nel 2017, il tasso di occupazione raggiunge il 69,5%, maggiore di quello medio lombardo e nazionale (rispettivamente 67,3% e 58,5%), soprattutto per la componente femminile.

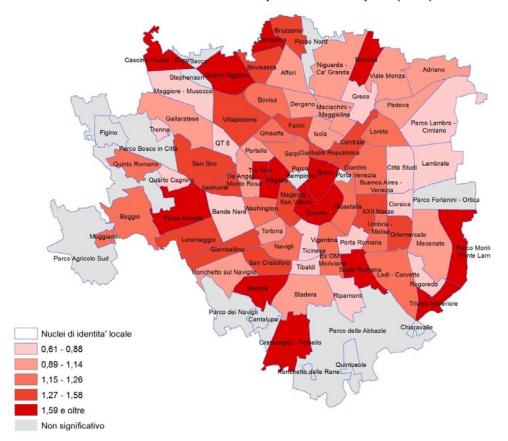
Il tasso di disoccupazione è del 6,5% più contenuto rispetto alla media nazionale (10,6%) ma tra i giovani rimane molto alto anche se inferiore al valore medio nazionale (26,6% rispetto a 34,7%).

Fonte: ISTAT, Rilevazione sulle forze di lavoro – Anno 2017.



IL DISAGIO ECONOMICO DELLE FAMIGLIE

Comune di Milano: Incidenza di famiglie con persona di riferimento in età lavorativa in cui nessun componente è occupato (2011)

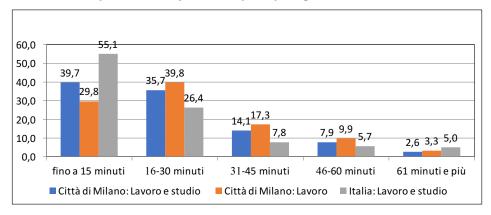


L'incidenza delle famiglie con potenziale disagio economico (rapporto percentuale tra il numero di famiglie con figli in cui la persona di riferimento è in età fino a 64 anni e in cui nessun componente è occupato o ritirato dal lavoro e il totale delle famiglie) calcolato sui dati censuari del 2011 rivela una situazione fortemente differenziata tra le diverse zone urbanistiche della città di Milano; a fronte di un valore medio pari a 1,2 si registrano quartieri con picchi fino a 3 (es. Quarto Oggiaro).

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

MOBILITA' (1)

Spostamenti quotidiani per tipologia e durata



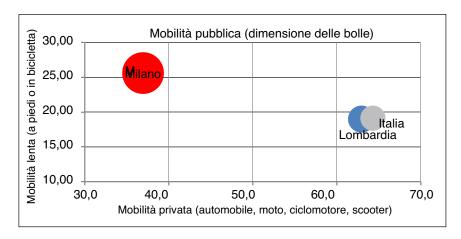
In base ai dati censuari, ogni giorno il 53% della popolazione della Città di Milano si sposta per motivi di studio o di lavoro. In gran parte (86%) rimane all'interno del comune di Milano. Per il 40% circa dei residenti che rimangono all'interno del comune di Milano lo spostamento è inferiore ai 15 minuti; un dato significativamente più elevato rispetto al valore regionale (29,8%) anche se nettamente inferiore al dato nazionale (55,1%). Solo per una persona su dieci circa (10,5%) lo spostamento è superiore a 45 minuti; dato lievemente superiore rispetto al valore nazionale (10,7%)

Fonte: ISTAT, Censimento della popolazione e abitazioni 2011.



MOBILITA' (2)

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

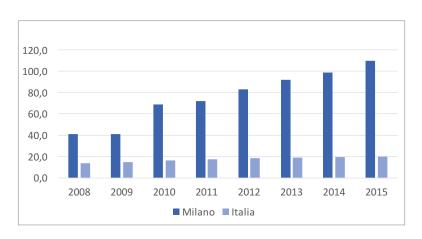


Su Milano Il 37% circa delle persone per gli spostamenti quotidiani per lavoro o studio utilizza principalmente un mezzo pubblico. Circa il 26% lo fa a piedi o in bicicletta (cosiddetta mobilità lenta) ed id il rimanente 37% usa il mezzo proprio (automobile, moto, ciclomotore, scooter). Il modello di mobilità urbana si discosta da quello prevalente a livello nazionale 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.

MOBILITA' (3)

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



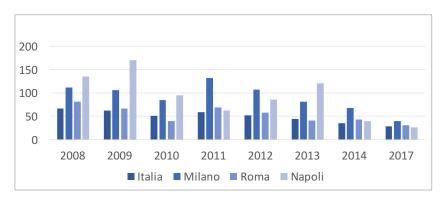
Nel territorio comunale di Milano ci sono attualmente più di 140 km di piste ciclabili; il dato è cresciuto da un valore pari a 41,2 km per 100 km2 nel 2008 fino ad un valore pari a 110,1 nel 2015. L'80% di esse corre su strada, in corsie protette o indicate dalla segnaletica, il 20% si snoda in parchi e aree verdi. Il valore dell'indicatore è nettamente superiore a quello medio dei comuni capoluogo (pari a 20,2) ed ha subito una netta accelerazione negli ultimi anni.

Fonte: ISTAT, Rilevazione sui dati ambientali delle città.



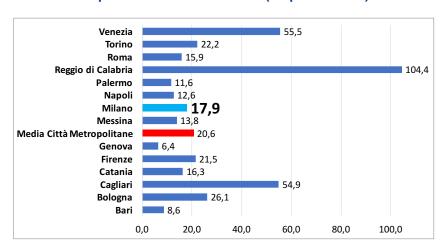
QUALITA' DELL'ARIA

Numero di superamenti del valore limite giornaliero di PM10



VFRDF URBANO

Disponibilità di verde urbano (m² per abitante)



La qualità dell'aria nelle città è uno degli elementi critici per la salute dei cittadini. Nel 2017 a Milano il limite giornaliero previsto per il PM10 è stato superato 40 volte. Il valore è molto superiore a quello medio dei comuni capoluogo. Rispetto al 2008 comunque la situazione è in netto miglioramento ovungue.

La disponibilità di verde urbano di Milano è di 17,9 m2 per abitante, superiore a quello di Roma (15,9) e Napoli (12,6) di poco inferiore al valore medio delle città metropolitane (20,6).

OUALITĂ DELL'ARIA

Fonte: ISTAT, Rilevazione sui dati ambientali delle città.

VERDE URBANO

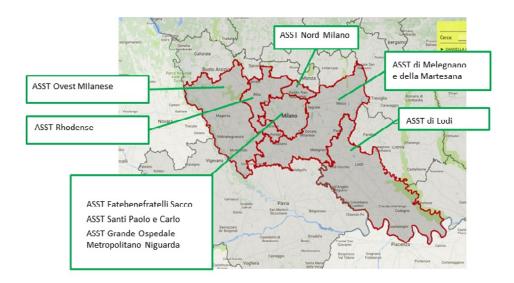
Fonte: ISTAT, Rilevazione sui dati ambientali delle città – Anno 2017.







ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO -TERRITORIO ASST

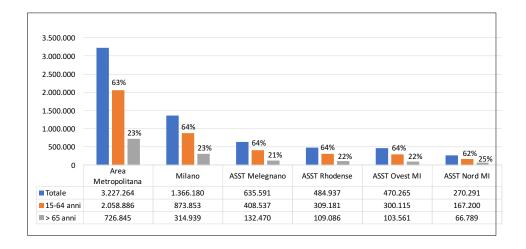


Il territorio dell'Area Metropolitana di Milano corrisponde alla provincia di Milano, ed è governato da un'unica Agenzia di Tutela della Salute -Città Metropolitana di Milano, insieme alla provincia di Lodi. Escludendo quest'ultima (corrispondente ad una ASST), è suddiviso in 7 Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), cui fanno capo 27 strutture di ricovero e cura a carattere pubblico. A queste, si aggiungono 29 strutture di ricovero e cura private convenzionate prevalentemente concentrate nell'area del capoluogo, con una capienza complessiva di circa 11.600 posti letto di cui oltre 4.500 in strutture private accreditate.

La rete diabetologica si sviluppa su tutto il territorio della Città Metropolitana con 34 CAD che afferiscono alle suddette strutture ospedaliere e 13 poliambulatori territoriali, dislocati nella città di Milano, che afferiscono all'ASST Nord Milano.

Fonte: ATS Città Metropolitana di Milano.

POPOLAZIONE



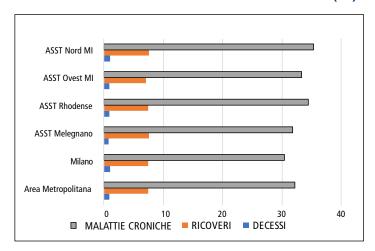
All'interno delle varie ASST la popolazione di riferimento, pur con una numerosità differente, risulta essere distribuita in modo omogeneo in termini di fasce di età.

Il 63% della popolazione residente è costituita da persone con un'età compresa tra i 15 ei 64 anni, mentre le persone con 65 anni o più rappresentano il 23%

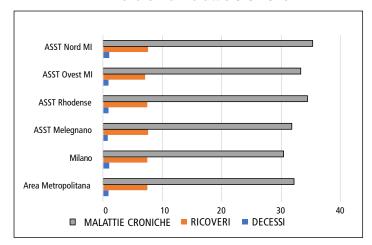
Fonte: ATS Città Metropolitana di Milano - Anno 2018.



Prevalenza malattie croniche – decessi – ricoveri (%)



Prevalenza malattie croniche



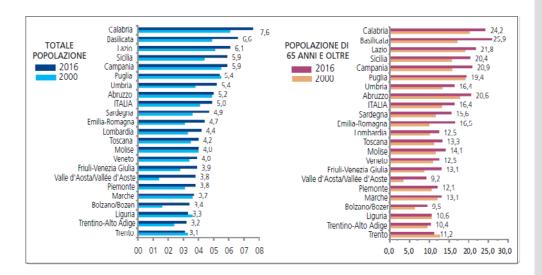
All'interno delle singole ASST si registra una variabilità della prevalenza grezza di malattie croniche. Dai dati estrapolati dal portale dell'ATS, la Città di Milano risulta avere la più bassa prevalenza di malattie croniche (30,4% vs 32,1% della Città Metropolitana) mentre l'ASST Nord Milano registra il valore più elevato, sia per le malattie croniche (35,3%) che per i decessi (1,02% vs 0,9%). L'ASST Ovest Milano registra la più bassa prevalenza di ricoveri (7,1% vs 7,4%), mentre l'ASST Melegnano e Martesana la percentuale di decessi più bassa (0,75% vs 0,9%).

Tra tutte le patologie croniche, quelle a più alta prevalenza risultano le malattie cardiovascolari (21,51%) seguite dalle endocrine (8,95%) e dal diabete (5,62%).

All'interno della varie ASST si registrano variazioni della prevalenza grezza: l'ASST Rhodense registra la più alta prevalenza di patologie cardiovascolari (23,39% vs 21,51%) ed endocrine (10,17% vs 8,95%). Il diabete ha la prevalenza più elevata nell'ASST Nord Milano (6,22% vs 5,62%).

Fonte: ATS Città Metropolitana di Milano – Anno 2018.

Differenze regionali nella prevalenza del diabete nella popolazione e tra gli anziani. Anni 2000 e 2016. Tassi standardizzati per 100 persone, tassi standardizzati per 100 persone (a)



Dagli ultimi dati ISTAT disponibili emergono forte differenze di prevalenza del diabete tra le regioni italiane sia riferite a tutta la popolazioneche al target di pazienti anziani.

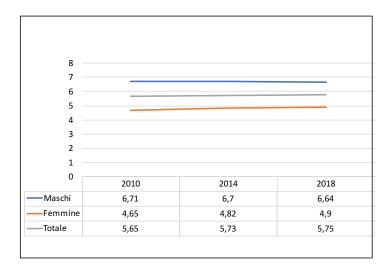
La Lombardia registra una prevalenza di diabete inferiore al dato nazionale sia relativamente a tutta la popolazione(4,4% vs 5,0%) che rispetto alle persone anziane (12,5% vs 16,4%).

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



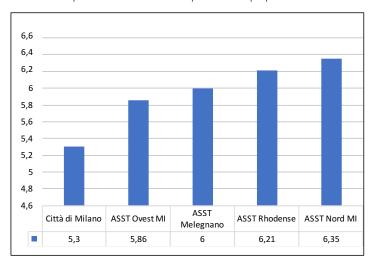
Prevalenza diabete area metropolitana MI

(Tassi standardizzati per 100 residenti rispetto alla popolazione Italiana)



Prevalenza diabete ASST

(Tassi standardizzati per 100 residenti rispetto alla popolazione Italiana)

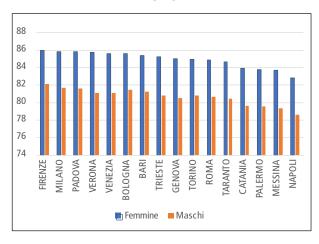


La prevalenza del diabete nell'area metropolitana di Milano ha subito nell'arco temporale 2010-2018 un lieve incremento passando dal 5,65 casi per 100 residenti del 2010 a 5,75 casi per 100 residenti nel 2018, con un incremento di circa 0,1 casi ogni 100 residenti. L'incremento è stato più rilevante nella popolazione femminile (si passa da 4,65 casi per 100 residenti a 4,90 casi per 100 residenti, con incremento di 0,35 casi per 100 residenti) rispetto a quello della popolazione maschile dove si osserva una sostanziale stabilità (da 4,71 casi per 100 residenti a 6,64 casi per 100 residenti). La prevalenza di diabete nei territori delle varie ASST della Città Metropolitana di Milano presenta delle variazioni: si va da un valore del 5,30 per 100 residenti nella Città di Milano fino ad un valore massimo di 6,35 per 100 residenti nel territorio dell'ASSTNord Milano.

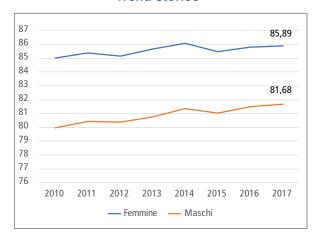
Fonte: ATS Città Metropolitana di Milano – Anno 2018

L'ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA A MII ANO

Anno 2017



Trend storico



Secondo i dati ISTAT la speranza di vita degli italiani alla nascita risulta nel 2017 quasi stabile e pari a 80,6 anni per gli uomini, e a 84,9 anni per le donne. In virtù dei più rapidi miglioramenti nella mortalità maschile, se confrontati con quella femminile, il gap di genere si riduce nel 2017 a 4,3 anni.

La maggior parte delle grandi città (in questo caso considerando l'intero territorio provinciale) presenta livelli di longevità superiori alla media nazionale per entrambi i sessi.

I maschi di Firenze risultano i più longevi con 82,1 anni, seguiti da quelli di Milano con 81,7.

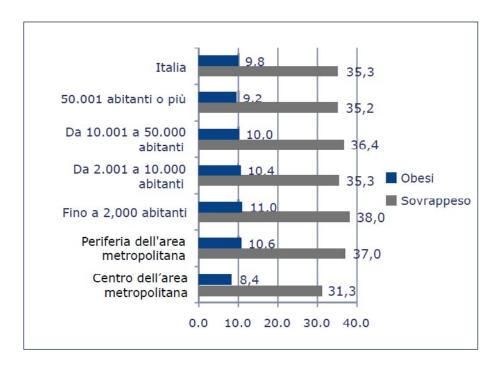
In fondo alla graduatoria, con un distacco notevole dalla città in penultima posizione, è Napoli con 78,6 anni; pertanto 3,5 anni di vita separano la prima città e l'ultima.

Per le femmine guida la graduatoria ancora Firenze (86 anni); subito dopo ancora Milano (85,9). Di nuovo in coda Napoli, con 82,8 anni.

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



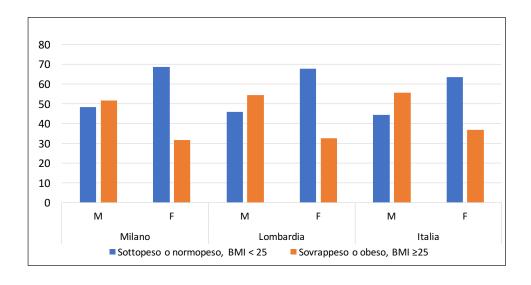
OBESITA' NELLE AREE URBANE E SUBURBANE



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.

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

L'OBESITA' NEGLI ADULTI A MILANO

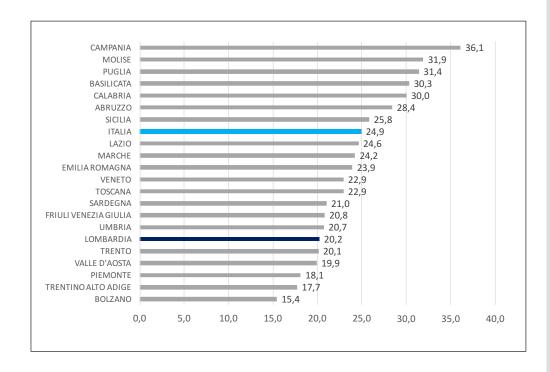


Nel comune di Milano, la percentuale persone adulte con eccesso ponderale (BMI ≥25) è leggermente più bassa rispetto alla media nazionale sia nelle donne (31,48% vs. 36,66%) che negli uomini (51,68% vs. 55,56%). In particolare le persone obese sono l'8,60% tra le donne (dato nazionale 9,4%) e 12,08% tra gli uomini (dato nazionale 11,13%).

Fonte: Rielaborazioni di dati Istat Multiscopo, pool 2013, 2015, 2016



L'OBESITA' NEI BAMBINI IN ITALIA

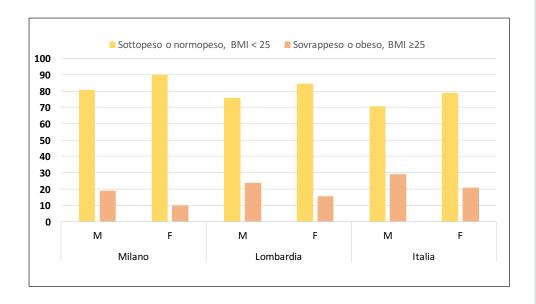


Il problema dell'eccesso ponderale è sempre più frequente in età infantile. Fra i bambini e adolescenti di età compresa fra i 6 e i 17 anni, uno su quattro è affetto da eccesso ponderale.

La prevalenza in Lombardia è pari al 20,2%; valore nettamente inferiore rispetto alla media nazionale (24,9%), mentre nelle regioni del sud oltre un terzo dei bambini/adolescenti è in sovrappeso o obeso.

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

L'OBESITA' INFANTILE A MILANO RISPETTO ALL'ITALIA

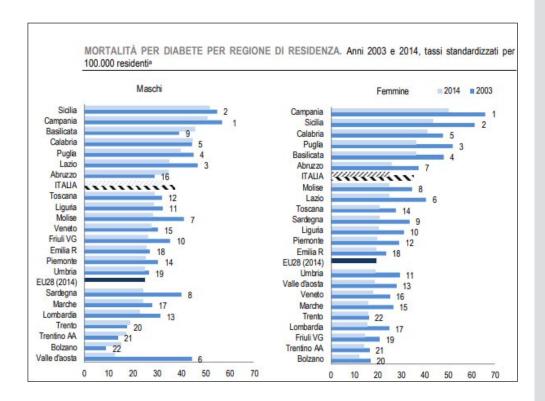


Nel comune di Milano, la percentuale di minori tra i 6 e i 17 anni con eccesso ponderale (BMI ≥25) pur non essendo trascurabile è più bassa sia rispetto al dato nazionale che a quello della regione Lombardia. In particolare è del 9,95% tra le femmine e del 19,05% tra i maschi, rispetto ad un dato nazionale del 20,99% e 29,15%, ovvero rispettivamente circa la metà ed un terzo in meno.

Fonte: Rielaborazioni di dati Istat Multiscopo, pool 2013, 2015, 2016.



MORTALITÀ PER DIABETE IN I OMBARDIA



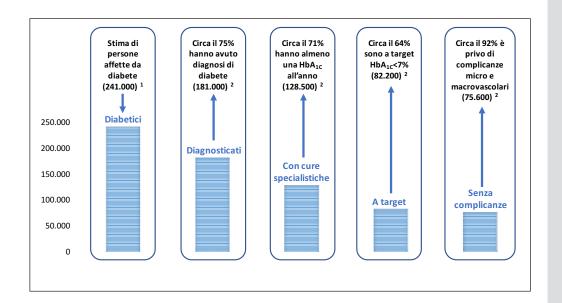
La geografia della mortalità per diabete mostra livelli molto differenziati ed è correlata alla diffusione della malattia sul territorio. Le regioni del Mezzogiorno presentano livelli di mortalità sensibilmente più elevati in entrambi i sessi con il costante primato negativo di Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia, a cui si aggiunge il Lazio per gli uomini. Per le donne è la Campania ad avere il valore più elevato, 50,2, il doppio rispetto al tasso medio nazionale.

Il diabete ha una forte rilevanza non solo come causa iniziale di morte ma anche come concausa del decesso in associazione ad altre malattie. I tassi standardizzati di mortalità per diabete come causa multipla confermano il maggiore rischio per gli uomini rispetto alle donne. Nel tempo questo indicatore diminuisce per le donne mentre sul fronte maschile si registra un lieve aumento. Nella classifica nazionale della mortalità per diabete la Lombardia si pone al 13° per gli uomini ed al 17° posto per le donne

Fonte: ISTAT, indagine sui decessi e le cause di morte.

a. Le regioni e le province autonome sono rappresentate in ordine decrescente del valore del tasso standrdizzato .nel 2014 (graduatoria decrescente), il numero accanto alle barre rappresenta la posizione in graduatoria nel 2003.

REGOLA DEI MEZZI PER MILANO CITTA' METROPOLITANA



Nell'area metropolitana di Milano i casi diagnosticati, ovvero le persone che sanno di avere il diabete, sono circa 181.000. L'International Diabetes Federation (IDF) 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 Milano siano circa 241.000.

Fra le persone con diabete noto, si stima che circa il 71% hanno almeno un valore di emoglobina glicata all'anno (128.500 persone). Di questi, circa il 64% raggiunge il target terapeutico di HBA1C<7% (82.200 persone).

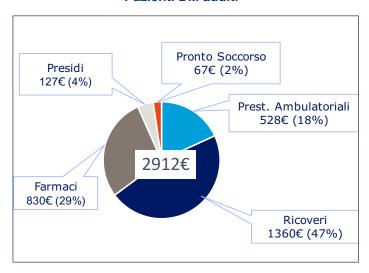
Infine, fra coloro che raggiungono un valore di HbA1c ≤7,0%, il 92% circa risulta priva di complicanze microvascolari e macrovascolari (75.600).

Fonte: 1. Istat, Indagine Multiscopo, Aspetti della vita quotidiana 2015; 2. ATS Città Metropolitana di Milano

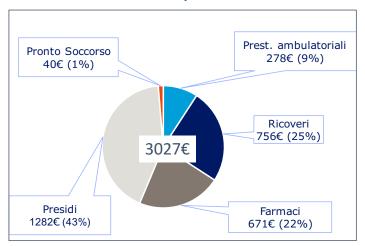


COSTI MEDI ANNUI PER DIABETE NELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

Pazienti DM adulti



Pazienti DM pediatrici



Il costo diretto medio annuo stimato per ciascun paziente diabetico adulto è di 2912€ e varia da 2078€ per i soggetti non trattati farmacologicamente a 5078€ per i soggetti diabetici insulinodipendenti trattati con la sola insulina.

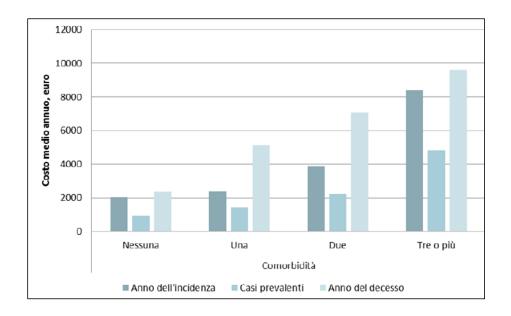
Per il paziente adulto i ricoveri rappresentano la maggioranza dei costi (1369€) Il costo dei farmaci rappresenta complessivamente il 29 dei costi diretti e varia da 400€ per i soggetti non trattati con terapia farmacologica ipoglicemizzante ai 1500€ per i pazienti trattati con insulina e ipoglicemizzanti orali.

Il costo diretto medio annuo stimato per ciascun paziente diabetico pediatrico è di 3027€ leggermente superiore rispetto a quello medio dell'adulto ma nettamente inferiore rispetto agli adulti diabetici insulinodipendenti trattati con sola insulina (media di circa 5000€).

Rispetto agli adulti i costi per i presidi sono maggiori in termini assoluti mentre sono inferiori tutti gli altri costi.

Fonte: ATS Città Metropolitana di Milano – Aderenza alla terapia ed impatto economico nel trattamento del diabete mellito 2018.

COSTI MEDI PER FASE DELLA MALATTIA PER COMORBILITA'



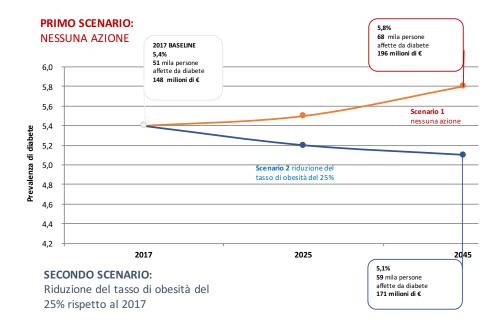
Analizzando i costi per fase della malattia, questi sono più alti nell'anno del decesso (8477 euro considerando tutti i soggetti con un picco di 11.143 euro nei pazienti adulti IDD), seguiti dall'anno dell'incidenza (4235 euro in media) e più bassi negli altri anni (2892 euro in media). Nei casi prevalenti, il costo medio in assenza di comorbidità è meno di 1/5 di quello dei soggetti con 3 comorbiditào più e circa la metà dei soggetti con 2 comorbidità.

Per quanto riguarda l'anno dell'incidenza, il costo medio per i pazienti senza comorbidità è 2000 euro, con una comorbidità 2400 euro, mentre aumenta a 3901 euro con 2 comorbidità ed è di 8367 euro con 3 o più comorbidità (circa 4 volte più alto rispetto a chi non ha comorbidità).

Fonte: ATS Città Metropolitana di Milano – Aderenza alla terapia ed impatto economico nel trattamento del diabete mellito 2018



DIABETES PROJECTION MODEL PER II COMUNE DI MII ANO



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% EN-TRO IL 2045). Riduzione progressiva del tasso di obesità in una data popolazione tramite l'attivazione di adequati strumenti di policy entro il 2045. La prevalenza del diabete e la relativa spesa sanitaria si riducono rispetto al primo scenario. Il tasso di prevalenza del diabete nell'area all'inizio del periodo (2017) è stato fissato in misura pari a quanto pubblicato dall'ATS Milano per il comune di Milano.

Date le precedenti specifiche è possibile stimare che, agendo per una riduzione del tasso di obesità del 25% nell'area del Comune di Milano, la relativa riduzione del tasso di prevalenza del diabete porterebbe a una riduzione della popolazione affetta da diabete per un numero pari a circa 9 mila persone, portando ad un risparmio di 25 milioni di € in termini di spesa sanitaria nel 2045.

Fonte: I-COM Istituto per la Competitività







INTRODUZIONE

Da più di un decennio il processo di urbanizzazione ha portato all'aumento della popolazione nelle città che ha reso necessarie alcune riflessioni in tema di salute pubblica. L' Organizzazione delle Nazioni Unite certifica che dal 2019 la percentuale di popolazione mondiale che vivrà nelle città supererà quella che vive nelle zone rurali. Oggi circa il 55% della popolazione mondiale vive in città (circa 4,2 miliardi di persone), mentre il restante 45% (3,2 miliardi di persone) vive ancora nelle campagne o in piccoli centri. Ogni anno circa l'1% della popolazione mondiale (circa 74 milioni di persone) lascia le zone rurali per trasferirsi in città, e questo vale anche per i cd. Paesi in via di sviluppo. I tassi di popolamento delle città crescono a ritmi vertiginosi: si pensi che 20 anni fa guesta percentuale era di circa lo 0,73%, mentre guarant'anni fa dello 0,53%. L'ONU prevede che entro il 2045 2 persone su 3 vivranno in città. Inoltre lo spopolamento delle zone rurali è stato compensato dall'aumento della popolazione in quelle zone, ma i numeri ci dicono che i tassi di crescita della popolazione nelle zone rurali sono in diminuzione e quindi queste ultime sono destinate a spopolarsi in maniera più netta e, senza una inversione di marcia, definitiva.

Sulla base di guesto massiccio popolamento dei centri urbani, il mutamento degli stili di vita, la cementificazione e l'aumento dello smog, L'OMS ha lanciato l'allarme sulle Malattie Croniche non Trasmissibili (NCDs), un fenomeno che la stessa organizzazione definisce "la nuova epidemia urbana" tale da pregiudicare lo sviluppo economico, la crescita delle città ed in particolar modo la qualità della vita delle generazioni future.

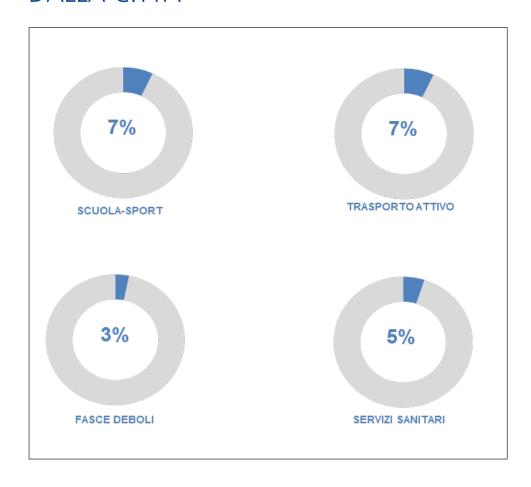
L'HEALTHCITY SURVEY è un'indagine statistica che ha lo scopo di individuare quali siano le priorità di intervento per migliorare lo stile di vita e lo stato di salute dei cittadini nelle aree urbane. HEALTHCITY Think Thank è uno spazio di studio, approfondimento e confronto in cui affrontare i temi relativi ai determinanti della salute nelle città L'indagine è stata svolta mediante somministrazione di un guestionario (CAWI) 12.000 cittadini milanesi residenti in zone centrali, periferiche od extraurbani di cui 640 interviste concluse e 336 valide per l'analisi (errore campionario del 7,6%; Varianza 0,5; z-score 1,96). Gli strumenti metodologici utilizzati sono stati le Scale Cantril, il Net Promoter Score e le scale di soddisfazione a quattro dimensioni. La scala di Cantril è una tecnica utilizzata in ambito psicometrico, sociologico, nelle analisi di mercato e della customer satisfaction. Questa scala chiede all'intervistato di attribuire punteggi a oggetti cognitivi (o frasi) scegliendo un numero da 0 a 10. Come a scuola, l'intervistato è invitato a esprimere con 1 un giudizio completamente negativo e con 10 uno del tutto positivo. Nella somministrazione della scala, in genere sono interpretati solo gli estremi; solo in alcuni casi anche la categoria centrale. Questa scala è somministrata in domande come "le chiediamo di dare un voto (punteggio) a..., oppure, con riferimento all'ultimo mese, dia il voto a ciascuno di essi utilizzando una scala da 0 a 10". La scala utilizzata nella seguente indagine ha dei valori compresi tra 0 e 10. Il Net Promoter Score (NPS) è un numero che misura la proporzione di "promotori" di un prodotto, marca o servizio, rispetto ai "detrattori". L' NPS permette di visualizzare in modo semplice ed efficace il livello di soddisfazione e raccomandabilità del cliente rispetto a temi specifici. L'NPS framework, utilizzato nella seguente indagine, somma tutti i valori della scala Cantril secondo il seguente schema: 1-6 (detractor); 7-8 (passive); 9-10 (promoter). Con le scale di soddisfazione invece è stato rilevato il livello di soddisfazione rispetto a specifiche tematiche ed attività implementate dalle istituzioni pubbliche di riferimento della comunità. L'analisi svolta è stata di tipo monovariata e bivariata.

OBIETTIVO DELL'INDAGINE



- Valutare il grado di efficienza percepito dai cittadini rispetto ai seguenti servizi:
- socio-educativi, sportivi, culturali e ricreativi,
- o sanitari,
- o trasporto attivo,
- o 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

PERCENTUALE DI CITTADINI MILANESI MOLTO SODDISFATTI DEI SERVIZI OFFERTI DALLA CITTÀ

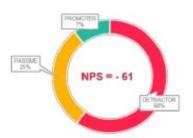


Come riportato in figura, i promoter dei servizi scolasticoeducativi- sportivi, ricreativi e culturali (punteggio 9-10) sono molto pochi rispetto ai detrattori (68%).

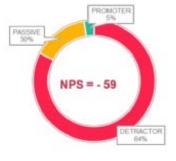
Anche per quanto riguarda le politiche per il trasporto attivo, i promoter rappresentano solo il 7% del totale dei rispondenti, mentre i detrattori raggiungono il 78%. Le percentuali subiscono una ulteriore diminuzione per quanto riguarda le politiche per le fasce deboli (promoter: 3% - detrattori 81%) e servizi sanitari (promoter: 5% detrattori 64%).

Successivamente sono stati calcolati i Net Promoter Score (NPS).

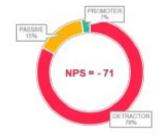
VALUTAZIONI DELLA PRESENZA DEI SERVIZI E STRUTTURE CITTADINE: SERVIZI SCOLASTICO-EDUCATIVI, SPORTIVI, RICREATIVI, CULTURALI



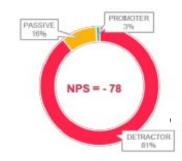
Servizi scolastico-educativi sportivi, ricreativi e culturali



Servizi sanitari



Politiche trasporto attivo



Servizi per le fasce deboli

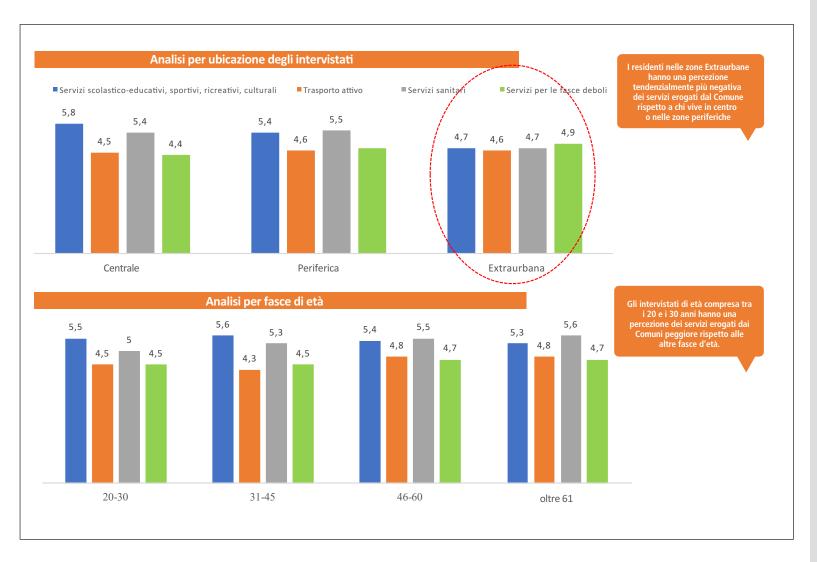
Gli NPS (n. detrattori – n. promoter) sono ampiamente negativi per tutti e quattro gli items a conferma del quadro di sfiducia ed insoddisfazione dei cittadini milanesi rispetto alle tematiche loro proposte.

Successivamente si è proceduto con un'analisi che ha tenuto conto delle distribuzioni rispetto a diversi cluster individuati (zona di residenza, età, posizione lavorativa e numerosità nucleo familiare) per comprendere rispetto a quali variabili il giudizio sugli items proposti potesse essere più significativo.

Ricordando che la valutazione è stata espressa utilizzando scale Cantril 0-10, per nessuno degli items proposti è stato raggiunto un giudizio di sufficienza (punteggio 6).



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

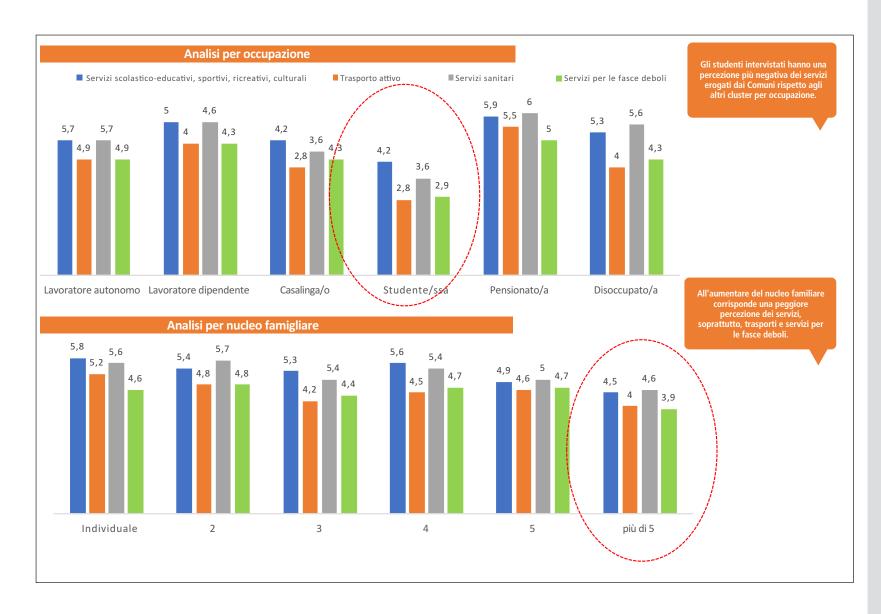


I punteggi assegnati sono più bassi man mano che ci si allontana dal centro, sì che le zone extraurbane sono quelle dove c'è una percezione peggiore per gli items proposti (Figura 1).

Anche i giovani di età compresa tra i 20 e i 30 anni sono molto critici nei confronti degli items loro proposti.

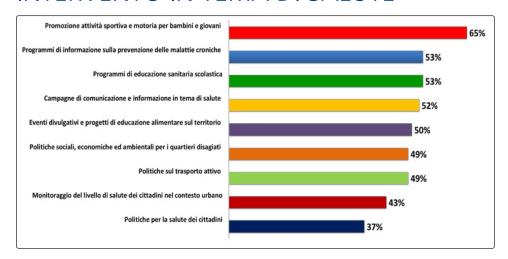
Gli studenti sono coloro che esprimono il giudizio maggiormente negativo sugli items proposti in particolare rispetto al trasporto attivo, ai servizi per le fasce deboli e a quelli sanitari.





I punteggi sono particolarmente negativi per le famiglie composte da più di cinque persone (Figura 2) a riprova del fatto che, con l'aumentare dei componenti del nucleo familiare, peggiora la percezione e dunque il punteggio assegnato.

LIVELLO DI SODDISFAZIONE DEI CITTADINI MILANESI RISPETTO ALLE AREE DI INTERVENTO IN TEMA DI SALUTE



LIVELLO DI PRIORITÀ DELLE AREE DI INTERVENTO PER UNA MIGLIORE VIVIBI-LITÀ DELLA CITTÀ



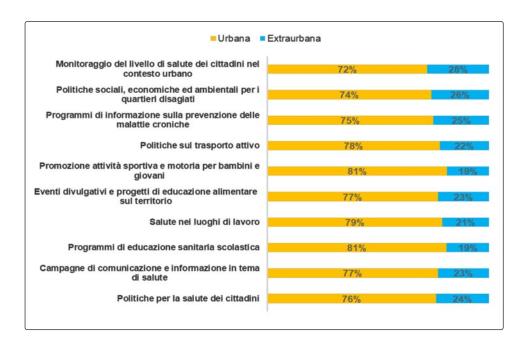


Il prosieguo dell'analisi mira alla misurazione del livello di soddisfazione dei cittadini milanesi rispetto a nove aree di intervento istituzionale in tema di salute. L'analisi rappresentata in figura 1 restituisce un guadro piuttosto critico rispetto alle politiche per la salute dei cittadini. Solo il 37% del campione (poco più di 1 milanese su tre) si dichiara soddisfatto delle politiche per la salute dei cittadini e questo dato assume ancora più rilievo se consideriamo la figura 2. La salute è il tema che sembra stare maggiormente a cuore ai cittadini milanesi, come si evince dalla figura, ma il livello di soddisfazione degli stessi per le politiche in tema di salute è molto basso, sia come punteggi attribuiti ai servizi sanitari, sia per il basso livello di soddisfazione rispetto alle attività svolte.

Restando in tema di politiche per la salute dei cittadini, l'analisi per cluster mostra come il livello di soddisfazione sia maggiore nelle aree extraurbane (48%), mentre nell'analisi per situazione lavorativa sono i lavoratori dipendenti ad esprimere il livello di soddisfazione più elevato (46%). Assume particolare rilevanza la completa insoddisfazione da parte del cluster "Disoccupati". Le fasce di età intermedie, 31-45 (42%) e 46-60 (42%), sono quelle più soddisfatte delle politiche per la salute dei cittadini, mentre la soddisfazione nella popolazione giovane (36%) ed anziana (20%) si riduce in modo netto. Le famiglie con più di 5 componenti sono totalmente insoddisfatte e, fatta eccezione per quelle individuali (46%), il livello di soddisfazione diminuisce all'aumentare dei componenti del nucleo familiare.

La promozione di attività sportive e motorie per bambini e giovani, che rappresenta l'attività con il più elevato livello di soddisfazione, è particolarmente apprezzata nel cluster dei residenti nelle zone centrali (66%). Se le casalinghe esprimono totale soddisfazione (100%) nei confronti di gueste attività, gli studenti esprimono totale insoddisfazione delle stesse. Il confronto per fasce di età, evidenzia che la popolazione tra i 31-45 anni presenta il livello di soddisfazione maggiore (72%), probabilmente influenzata dalla presenza di persone in età familiare con figli. Per quanto riguarda il confronto per numerosità del nucleo familiare, le famiglie individuali sono quelle che presentano il livello di soddisfazione maggiore (81%).

CONOSCENZA DELL'IMPLEMENTAZIONE DI POLITICHE PER SPECIFICA AREA DI INTERVENTO: CONFRONTO PER ZONA DI RESIDENZA



In sostanza emerge un maggiore livello di conoscenza dei servizi per i residenti dell'area Urbana (solo comune di Milano: centrale+ periferica) rispetto a coloro che risiedono nell' area extraurbana (comuni che afferiscono all'area metropolitanadi Milano).

I dati, a dispetto dell'ampia e qualificata offerta di servizi della città di Milano, mostrano una sostanziale e diffusa insoddisfazione rispetto a tutte quelle politiche ed attività che dovrebbero migliorare le condizioni sociali, politiche, economiche e di salute della popolazione metropolitana. L' insoddisfazione sembra essere riconducibile da una parte ad un elevato livello di aspettative sulla tipologia e qualità di servizi resi ai cittadini e dall'altro ad una ridotta valorizzazione e comunicazione dell'offerta di servizi ed opportunità dati dalla città.







L'inserimento del territorio di Milano 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 Milano e della Lombardia, da sempre conscia che solo attraverso una attenta mappatura ed analisi dei dati clinico epidemiologici correlati a quelli sociodemografici e ai determinanti umanistici è possibile oggi promuovere iniziative di governance sanitaria atte a migliorare la qualità di vita delle persone con diabete.

Con questo progetto, Milano viene inserita in un ampio network di metropoli; ad oggi 22 città in cinque continenti nel mondo hanno aderito al programma: Nord America (Città del Messico, Mérida, Houston, Vancouver), Europa (Copenaghen, Leicester, Madrid, Manchester, Milano, Roma), Asia (Beirut, Beijing, Koriyama, Tianjin, Seoul, Shanghai, Hangzhou, Xiamen, Jakarta), Sud America (Buenos Aires) e Africa (Johannesburg), città impegnate a studiare l'impatto della sempre crescente urbanizzazione sul diabete e sull'obesità.

L'Urban Health oggi diventa 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. Nel 2030, 6 persone su 10 vivranno nei grandi agglomerati urbani e se guesta 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, guindi, prendere atto che si tratta di un fenomeno sociale inarrestabile ed 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 ed 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 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 guindi 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.

I Dati ISTAT ci indicano che oggi nell'area metropolitana di Milano risiedono 3,2 milioni di abitanti, una cifra significativa per livelli di urbanizzazione, che la pone tra le prime aree metropolitane in Europa, la seconda in Italia dopo Roma. Un forte contesto di urbanizzazione che dagli anni sessanta ad oggi è più che raddoppiato e che costituisce circa il 32% della popolazione della Regione Lombardia. Una cifra, quella relativa alla popolazione, forse anche conservativa, visto l'alto tasso di popolazione non residente ma che svolge attività lavorativa nell'area della città di Milano.

I dati sul diabete nell'area di Milano Città Metropolitana, elaborati dall'ATS Città Metropolitana di Milano, indicano una prevalenza del 5,62%, dato inferiore al dato nazionale sia relativamente a tutta la popolazione che rispetto alle persone anziane. Dati largamente incompleti, in quanto siamo di fronte ad una popolazione diabetica in crescita del 60% negli ultimi 15 anni e che oggi conta circa 181.000 persone con diabete noto e circa altre 60.000 persone che, pur avendo il diabete, non sanno di averlo.

Diventa, pertanto, obiettivo primario delle Società Scientifiche mettere in atto strategie finalizzate al raggiungimento di una diagnosi e trattamento precoci, per ottenere una riduzione delle complicanze legate al diabete, che condizionano pesantemente la qualità di vita dei pazienti. Anche i dati sull'obesità nell'area di Milano Città Metropolitana ci indicano una prevalenza del 7,2%, 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 ma in particolar modo 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. 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. 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. 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 socioecologico 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 ed in linea con l'evoluzione tecnologica per stimolare la compliance familiare, scolastica, ambientale ed in ultimo del singolo bambino e adolescente.

I dati sociodemografici dell'ISTAT ci debbono 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 di stretta correlazione e studio di una branca nuova che coniuga 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 adequato 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, 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 poli terapie e dei loro possibili effetti collaterali per il trattamento di una condizione a lungo asintomatica.

Sono tutti guesti obiettivi che lo studio Cities Changing Diabetes su Milano vuole perseguire 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.

Il Medico di Medicina Generale è fortemente radicato nella comunità sia essa rurale, suburbana e metropolitana. Ogni cittadino europeo ha un proprio Medico di Famiglia che è colui che conosce abitudini, stili di vita, familiarità e contesto sociale in cui vivono i suoi assistiti.

Anche se nelle grandi aree urbane il rapporto medico-paziente è meno forte rispetto ad altri luoghi, il medico con il suo paziente può instaurare un forte legame che può giocare un ruolo fondamentale dalla prevenzione alla gestione e al follow up del paziente diabetico.

Ancora più forte può essere l'integrazione con i centri diabetologici per migliorare la gestione integrata del paziente diabetico.

Il coinvolgimento di Milano nel programma Cities Changing Diabetes assume un particolare significato nell'ambito della Presa in Carico della Cronicità perché il diabete è proprio paradigmaticamente una malattia che può essere prevenuta, gestita integralmente tra tutti gli operatori sanitari, evitarne o ritardarne le complicanze coinvolgendo fortemente il paziente e il suo contesto ambientale. L'area metropolitana è di per sè un determinate dell'insorgenza della malattia diabetica, ed è proprio in questo contesto dove la medicina d'iniziativa e anticipatoria e l'alleanza con i cittadini/pazienti e le istituzioni tutte possono contenere l'ampia diffusione della malattia nella società.

L'analisi e la mappatura dei dati clinico-epidemiologici correlati a quelli sociodemografici e a tutte le determinanti culturali ci permettono di capire sempre meglio come sia possibile ridurre o meglio rallentare la crescita nell'incidenza del diabete e migliorare la qualità di vita delle persone con diabete.

Occorre però tener presente che i risultati si ottengono solo se l'esecuzione di una strategia è perfetta e qui la testimonianza "dal basso", concreta e quotidiana, di un'Associazione di persone coinvolte dal diabete, può essere decisiva. Sappiamo tutti che l'effettiva modalità di erogazione dell'assistenza medica può moltiplicare o ridurre l'efficacia della diagnosi e della più appropriata terapia. Allo stesso modo, l'esecuzione concreta di un progetto di urban health può garantire, minare o azzerare la sua efficacia.

Un esempio banale: la pista ciclabile che si interrompe bruscamente o descrive un angolo retto è un pericolo, non una soluzione per i ciclisti; Se poi la 'pista' è semplicemente dipinta su un marciapiede senza separazioni aiuta poco i ciclisti e ottiene l'effetto opposto: spaventa i pedoni magari anziani disincentivandoli a camminare.

Affinchè una città produca salute occorre un impulso 'dall'alto', un processo che leghi il meglio della elaborazione teorica, i dati più raffinati e l'azione politico-amministrativa. Ma non basta, solo l'ascolto continuo dei cittadini, magari attraverso le loro Associazioni, prima durante e dopo l'esecuzione del progetto può garantire la sua efficacia. Solo "dal basso", dal 'piano strada' si misura l'impatto reale di una misura, si possono scorgere e riportare problemi e identificare possibili soluzioni.

Il diabete rende molto maturi e consapevoli coloro che ne sono colpiti, in tutte le fasi della loro vita, compresi i familiari coinvolti. Il progetto Cities Changing Diabetes è in fase avanzata, e la riflessione che ha avviato è abbastanza matura da poter accogliere anche la sfida e l'opportunità dell'ascolto e della concretezza.



cities changing diabetes

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-igiornalisti/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 Fcrin/lta-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 guesta 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 guattro 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 chia-

mata 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

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

Conosciuta anche come La Statale, l'Università degli Studi di Milano è un ateneo relativamente giovane nel panorama nazionale. Nasce nel 1924 grazie alla determinazione di Luigi Mangiagalli, medico e ginecologo, che realizzò così il sogno, a lungo coltivato, di un ateneo per il capoluogo lombardo.

Fino ad allora, infatti, le tradizionali facoltà universitarie erano appannaggio dell'Ateneo di Pavia, nato nel XIV secolo, anche se a Milano, nel corso dei secoli, erano fioriti istituti e scuole di eccellenza che sarebbero poi confluite nell'Università degli Studi di Milano.

Tra queste, l'Accademia Scientifico-Letteraria, nata nel XIX secolo, che gettò le basi per la facoltà di Lettere e Filosofia; le Scuole Palatine, nate all'inizio del Seicento, che ebbero tra i loro insegnanti intellettuali e studiosi come Paolo Frisi, Cesare Beccaria e Giuseppe Parini; le Scuole superiori di Veterinaria e di Agraria; l'Osservatorio astronomico di Brera e gli Istituti clinici di perfezionamento - nati nel 1906 - destinati a giovani medici e voluti da Luigi Mangiagalli.

Deputato nel 1902 e successivamente sindaco di Milano, Mangiagalli si adoperò, insieme a un gruppo di cittadini milanesi riuniti nell'Associazione per lo sviluppo dell'Alta Cultura, per realizzare la prima università cittadina. Il progetto si concretizzò quando il Comune di Milano, nel 1913, concesse dei terreni alle porte est della città, in quell'area che Mangiagalli stesso aveva pensato come una "Città degli Studi", denominazione tuttora utilizzata non solo in riferimento all'Ateneo, ma per l'intero quartiere che lo ospita. I lavori iniziarono nel 1915 per concludersi oltre un decennio dopo.

L'Università degli Studi di Milano è sede di importanti gruppi di ricerca operanti nel contesto, particolarmente ricco ed eterogeneo, dei settori scientifico-disciplinari presenti al suo interno. Partecipe di molti dei più rilevanti programmi di ricerca nazionali ed internazionali, l'ateneo è altrettanto attivo sul fronte del trasferimento tecnologico e dello sviluppo applicativo dei risultati della ricerca scientifica.

La Terza Missione affianca le due principali funzioni dell'università, ricerca scientifica e formazione, con il preciso mandato di diffondere cultura, conoscenze e trasferire i risultati della ricerca al di fuori del contesto accademico, contribuendo alla crescita sociale e all'indirizzo culturale del territorio. L'Ateneo intende pertanto giocare un ruolo chiave quale motore economico e culturale per il territorio e propulsore di progresso e innovazione per la propria comunità di riferimento promuovendo il dialogo e l'interazione con i cittadini, il sistema economico e le istituzioni pubbliche e private al servizio di un percorso di innovazione della società aperto e sostenibile.In quest'ottica, l'Università Statale di Milano intende assumere nella "società della conoscenza" il compito di valorizzare la ricchezza delle sue competenze multidisciplinari e creare sinergie e rapporti di collaborazione e scambio sia interni che con il territorio.



UNIVERSITÀ VITA SALUTE SAN RAFFAELE

L'Università Vita-Salute San Raffaele, fondata da Don Luigi Maria Verzé, è stata inaugurata nel 1996 con la Facoltà di Psicologia, cui seguono nel 1998 la Facoltà di Medicina e Chirurgia e nel 2002 la Facoltà di Filosofia. L'ateneo si caratterizza fin dalla sua origine per una stretta integrazione della didattica con la ricerca nelle sue diverse e principali espressioni: ricerca di base, filosofica, sociale.

La missione dell'Università Vita-Salute San Raffaele è quella di rispondere alla domanda Quid est homo, nella convinzione che l'essere umano sia un unicum biologico, psicologico e spirituale. L'Università Vita-Salute da sempre basata sul perseguimento dell'eccellenza sia nella didattica che nella ricerca è una struttura che non si articola in dipartimenti di ricerca ma nelle tre Facoltà, fondamentalmente sedi della "scuola" UniSR in cui trova sede l'organizzazione dei corsi di studio e della didattica. La ricerca scientifica in UNISR è molto articolata e strutturalmente integrata con l'organizzazione della ricerca dell'IRCCS il che ne rispecchia la vivacità e attualità e ne consente un inserimento nel tessuto socio-culturale (vedi terza missione). L'organizzazione della ricerca include anche centri di ricerca di natura puramente Universitaria come nello schema che segue.

L'Università Vita-Salute San Raffaele afferisce ora al Gruppo Ospedaliero San Donato.

L'Università Vita-Salute San Raffaele è un punto di riferimento per la formazione universitaria di eccellenza, trattandosi di uno degli atenei più quotati del nostro paese. Ciascuna Facoltà è in sé una struttura complessa che ospita, oltre ai corsi di laurea e post lauream, centri di ricerca, scuole di dottorato, master.

L'Università Vita-Salute San Raffaele è oggi riconosciuta come una delle più prestigiose università italiane nel mondo, costantemente ai vertici delle più importanti classifiche nazionali ed internazionali per la qualità della sua offerta.

La sua unicità è data dalla totale integrazione fra ricerca, pratica e didattica che da sempre contraddistingue tutta la sua offerta:

sia che si parli di clinica, grazie ad un imponente parco scientifico di laboratori per gli studi in biologia cellulare e molecolare, genomica e proteomica che coinvolgono il soma e la psiche, con dipartimenti di neuroscienze, di psicologia cognitiva, di medicina nucleare orientata all'individuazione dei percorsi fisiologici e dei loro effetti. sia che si parli di professione, grazie alla ricerca che indaga la mente, la persona e la società nei

contatti che questo implica con le aziende ed il mondo del lavoro. Il tutto, anche e soprattutto grazie alla prossimità con l'IRCCS Ospedale San Raffaele, una delle 18 strutture d'eccellenza del Gruppo Ospedaliero San Donato, che le rende possibile offrire ai pro-

pri studenti un'esperienza formativa senza

suoi processi socioeconomici ed ai molteplici

HUMANITAS UNIVERSITY

La missione di Humanitas University è quella di formare professionisti sanitari con una mentalità internazionale, avvalendosi di metodologie didattiche interattive e di una stretta integrazione con la comunità clinica e di ricerca.

I Corsi di Laurea integrano la prestigiosa tradizione accademica italiana con i più innovativi metodi di formazione e attività professionali, investendo nella ricerca scientifica e clinica e nelle tecnologie per offrire la migliore formazione possibile.

Ad oggi Humanitas University accoglie circa 1200 studenti, tra cui 150/anno nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, 100/anno nel Corso di Laurea in Infermieristica e 31/anno nel Corso di Laurea in Fisioterapia.

Humanitas University è stata costruita a partire dai 14 anni di esperienza in ambito educativo maturati grazie alla stretta collaborazione con l'Università di Milano. Humanitas ospita il corso di Laurea in Infermieristica dal 2000 e il corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dal 2003 (in Inglese dal 2010).

Una stretta integrazione tra assistenza sanitaria, ricerca e formazione per offrire ai nostri pazienti le migliori cure al mondo a prezzi accessibili: questa è la missione di Humanitas.

Humanitas crede ci sia uno stretto legame tra qualità clinica, ricerca e formazione. I pazienti vengono assistiti meglio nei centri dedicati alla ricerca e alla formazione. Offrire ai pazienti l'assistenza migliore significa attrarre ricercatori di talento da tutto il mondo e offrire ai giovani medici una formazione di respiro internazionale.

Humanitas University è costruita dall'ospedale, nell'ospedale. Tutti i tutor sono specificamente formati e lavorano all'interno dell'ospedale come medici o infermieri. Tutte le strutture del campus sono situate nell'area dell'ospedale. Studiare presso Humanitas University permette

non solo di entrare in contatto con la realtà clinica di un ospedale importante, ma soprattutto con un gruppo di medici, ricercatori, infermieri e operatori sanitari coinvolti in importanti progetti di ricerca.

Humanitas Research Hospital è stato citato dalla Harvard Business Review ed è stato studiato tre volte come case of management dalla Harvard Business School. L'ospedale è stato accreditato dalla Joint Commission International per la qualità clinica e al suo interno si fondono diversi centri specializzati.

Humanitas Research Center è il terzo in Italia, il ventisettesimo nell'Europa Occidentale ed è incluso da SCImago SIR Report 2013 nel 6% degli ospedali migliori al mondo per l'impatto delle sue pubblicazioni. Ricercatori provenienti da 15 paesi lavorano nel Centro di Ricerca Humanitas.



UNIVERSITÀ BOCCONI

L'Università Bocconi nasce come apertura alla modernità, come atto di fiducia nel progresso e nella sua stretta relazione con l'avanzamento della conoscenza, sempre in dialogo con il mondo esterno.

Ferdinando Bocconi, precursore in Italia della grande distribuzione, decise di legare i suoi beni e il nome della sua famiglia a una prestigiosa istituzione formativa, in memoria del figlio Luigi, caduto nella battaglia di Adua.

Leopoldo Sabbatini, autore del programma formativo, primo presidente e rettore dell'Ateneo, ricorda nei suoi scritti i meriti di Ferdinando Bocconi: l'aver impostato gli studi universitari bocconiani rispettando "l'armonia fra la scuola e la vita", e aver intuito l'importanza del ruolo della cultura e della scienza come fondamento della crescita economica e morale della nazione.

Dopo un secolo dalla fondazione, i valori che hanno ispirato i fondatori dell'Università Bocconi sono rimasti intatti e continuano a vivere nelle attività dell'Ateneo. Dal 1955 l'Istituto Javotte

Bocconi - Associazione Amici della Bocconi, fondazione dell'Università Bocconi è principale riferimento delle scelte strategiche e di governance dell'ateneo milanese. Dalla sua fondazione, l'Istituto sostiene economicamente l'ateneo in diverse forme e tramanda alle giovani generazioni l'impegno della famiglia Bocconi nell'esperienza educativa. Inoltre veglia affinchè tale impegno sia costantemente realizzato dal governo accademico nel modo migliore e più efficace.

Dal 2016 l'Università Bocconi si è data un nuovo Piano strategico, che guiderà l'attività fino al 2020.

Il Piano ha riesaminano l'offerta formativa e confermato la struttura organizzativa e di governance definiti con il precedente piano.

La proposta formativa è stata ampliata in modo da offrire maggiori opportunità di scelta, più flessibilità nella composizione dei percorsi di studio e migliore adattabilità ai profili richiesti dal mercato del lavoro e dal contesto internazionale. Nel panorama internazionale della formazione universitaria si stanno diffondendo e moltiplicando classifiche di qualità, robustezza metodologica e rilevanza fortemente differenziate. L'Università Bocconi è da sempre presente nelle principali classifiche, coerenti con la sua natura di ateneo specializzato nell'area dell'economia e del management e più in generale delle scienze sociali.

La Bocconi è presente anche in numerose classifiche pubblicate dal Financial Times. Più precisamente, SDA Bocconi School of Management, la Business School dell'Università Bocconi, è presente nelle classifiche: MBA, Executive MBA (EMBA), Executive Education Custom Programs, Executive Education Open Programs e European Business School Rankings. Con riferimento ai programmi MSc (le lauree magistrali), l'Università è presente nelle classifiche dei Master in Management e in Finance. Di seguito si riporta la tabella con la posizione aggiornata sia a livello mondiale che europeo.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA

L'Università degli Studi di Milano Bicocca nasce nel 1998 quando, con un Decreto Ministeriale, viene istituita la "seconda Università degli Studi di Milano" e nominato il Comitato Ordinatore che rimarrà in carica fino alla costituzione del Senato Accademico e del Consiglio di Amministrazione.

Nel 1999 viene modificato sia il nome in Università di MILANO - BICOCCA sia la composizione del Comitato Ordinatore portandolo da dieci a dodici membri compreso il Presidente.

Il campus Bicocca sorge nell'omonimo quartiere milanese un tempo sede di grandi industrie come Pirelli e Breda. Il nuovo Ateneo si inserisce in un ampio progetto coordinato dall'architetto Vittorio Gregotti.

I ventuno edifici occupati dall'Università sono tutti localizzati nel quartiere Bicocca a eccezione della sede della facoltà di Medicina e Chirurgia che si trova a Monza nei pressi dell'Ospedale San Gerardo, polo ospedaliero universitario.

Presso il Polo Bicocca sono stati ultimati i lavori

di ristrutturazione e ampliamento dell'edificio denominato U9, che ospita, oltre a laboratori impegnati su specifiche tematiche di ricerca interdipartimentali, il Centro di Produzione Multimediale d'Ateneo, e un settore didattico interfacoltà.

E' stato inoltre ultimato l'edificio U14, collocato nell'ex area Breda, avente una superficie di 4.500 metri quadri, dove già opera il Dipartimento di Informatica, Sistemistica e Comunicazioni.

Di fronte a questo edificio, l'Università è entrata in possesso di una struttura analoga, con annessi alcuni capannoni industriali, che andranno ristrutturati per poter ospitare accanto ad attività istituzionali, anche iniziative spin-off e start-up, in particolare collegate ad aziende biotecnologiche e farmaceutiche che vorrebbero insediarsi all'interno del polo di Bicocca.

L'impostazione originaria del Polo di Monza mirava alla costituzione di un sito per la ricerca e la didattica della Facoltà di Medicina e Chirurgia strettamente connesso all'Ospedale San Ge-

rardo, con il quale l'Università è convenzionata. Per far fronte alla notevole crescita delle attività scientifiche e didattiche, queste ultime dovute in parte all'istituzione delle nuove lauree tecnicosanitarie, si è realizzato, in prossimità della sede della Facoltà di Medicina, un nuovo edificio per la didattica, denominato U18. Grazie ad un accordo con l'Ospedale S. Gerardo, l'Università di Milano-Bicocca usufruisce, per le proprie attività scientifiche, di un settore dell'edificio denominato "Villa Serena", situato nell'area ospedaliera.



POLITECNICO DI MILANO

Il Politecnico è un'università scientifico-tecnologica che forma ingegneri, architetti e designer. Da sempre punta sulla qualità e sull'innovazione della didattica e della ricerca, sviluppando un rapporto fecondo con la realtà economica e produttiva attraverso la ricerca sperimentale e il trasferimento tecnologico.

La ricerca è sempre più legata alla didattica e costituisce un impegno prioritario che consente al Politecnico di Milano di raggiungere risultati di alto livello internazionale e di realizzare l'incontro tra università e mondo delle imprese. L'attività di ricerca costituisce, inoltre, un percorso parallelo a quello della cooperazione e delle alleanze con il sistema industriale

Conoscere il mondo dove si andrà a operare è requisito indispensabile per la formazione degli studenti. Rapportarsi alle esigenze del mondo produttivo, industriale e della pubblica amministrazione, aiuta la ricerca a percorrere terreni nuovi e a confrontarsi con la necessità di una costante e rapida innovazione. L'alleanza con il mondo industriale, in molti casi favorita dalla Fondazione Politecnico e da consorzi partecipati dal Politecnico, consente all'Ateneo di assecondare la vocazione dei territori in cui opera e di essere da stimolo per il loro sviluppo.

La sfida che si gioca oggi proietta guesta tradizione di forte radicamento territoriale oltre i confini del paese, in un confronto che si sviluppa prima di tutto a livello europeo con l'obiettivo di contribuire alla creazione di un "mercato unico" della formazione. Il Politecnico partecipa a numerosi progetti di ricerca e di formazione collaborando con le più qualificate università europee e internazionali, dal Nord America al Sud-Est Asiatico all'Est Europeo. Oggi la spinta all'internazionalizzazione vede il Politecnico di Milano partecipare al network europeo e mondiale delle principali università tecniche e offrire numerosi programmi di scambio e di doppia laurea e diversi corsi di studio interamente in inglese.

Il Politecnico di Milano si candida a svolgere il ruolo di motore di ricerca e di innovazione, com-

binando contenuti tecnologici di frontiera con l'attenzione al sociale. Una ricerca flessibile e interdisciplinare, che conta su strutture d'eccellenza e sullo sviluppo del capitale umano; in grado di intercettare con successo i finanziamenti dai programmi europei. Tra gli obiettivi principali rientra quello del consolidamento del rapporto con le imprese, che passa anche attraverso il sostegno alle start-up e allo sviluppo d'impresa. Il Politecnico di Milano si adopera affinché i suoi studenti e ricercatori comprendano le complesse relazioni tra scienza, innovazione, tecnologia e sistemi socioeconomici, perché migliorino le loro capacità di produrre un impatto positivo sulla collettività. Questo obiettivo richiede di adottare una visione di lungo periodo, un cambio di mentalità, un nuovo approccio e un ampio grado di condivisione: traquardi importanti che possono essere raggiunti a piccoli passi.

LIBERA UNIVERSITÀ DI LINGUE E COMUNICAZIONE

L'Ateneo è stato fondato nel 1968 dalla Fondazione Scuola Superiore per Interpreti e Traduttori, su impulso del Senatore Carlo Bo e del Professor Silvio Baridon, come Istituto Universitario di Linque Moderne (I.U.L.M.). Sin dal principio l'idea ispiratrice è quella di soddisfare le esigenze del mercato del lavoro basandosi sull'analisi delle tendenze in atto.

Pur mantenendo grande attenzione sulle dinamiche del mondo del lavoro, l'Università IULM punta con decisione sulla preparazione culturale dei suoi studenti proponendo loro frontiere formative sempre nuove.

Nata come punto di riferimento per la formazione nei settori delle Lingue e della Comunicazione, diventa polo di eccellenza anche negli ambiti del turismo e della valorizzazione dei beni culturali.

Con le sue tre Facoltà, i Corsi di Laurea Triennale. i Corsi di Laurea Magistrale, i numerosi Master universitari e i corsi post-experience, presenta un'offerta formativa articolata e percorsi didattici completi.

La missione dell'Università IULM è quella di formare professionisti in grado di affrontare le sfide e cogliere le opportunità che emergono dai mercati e dagli scenari internazionali, ma è anche quella di plasmare uomini e donne consapevoli di sé e del proprio valore.

Ai suoi studenti IULM garantisce un bagaglio culturale completo e una preparazione solida, mix di teoria ed esperienze pratiche: un approccio integrato rivelatosi sempre estremamente utile per inserirsi con successo nel mondo del lavoro e per realizzarsi nella vita come persona.

L'Università IULM ha sempre avuto un carattere pionieristico: nel corso degli anni ha anticipato le tendenze e si è adattata ai cambiamenti, muovendosi come un interlocutore dinamico in un sistema in continua evoluzione.

Oggi è una realtà ben radicata nei meccanismi socioeconomici del proprio territorio di riferimento: una condizione privilegiata che le permette di avvicinarsi a importanti realtà extra-accademiche con cui sviluppare progetti di interesse comune che producono valore aggiunto per la didattica e la ricerca.



CENTRO DI STUDIO E RICERCA SULL'OBESITÀ (CSRO)

Il Centro di Studio e Ricerca sull'Obesità (CSRO), fondato nel 1997, ha sede presso il Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Traslazionale dell'Università degli Studi di Milano ed ha tra gli scopi quello di promuovere ricerche scientifiche sulla nutrizione e sulle patologie ad essa correlate.

I più importanti interessi scientifici sono focalizzati agli studi sull'invecchiamento, obesità e malattie ad essa consequenti incluso il diabete di tipo 2, le patologie cardiovascolari, neurodegenerative, oltre che la sarcopenia.

Il CSRO sostiene la formazione accademica in scienza della nutrizione e stili di vita, e promuove una corretta comunicazione scientifica al pubblico sull'obesità e le patologie correlate.

Il CSRO inoltre organizza annualmente convegni e conferenze sui temi sopraindicati. In particolare, il CSRO nel 1999 ha organizzato a Milano il "9th European Congress on Obesity" della European Association for the Study of Obesity (EASO) durante il quale è stata lanciata la "Milan Declaration".

Tale manifesto rappresentava e tuttora rappresenta la richiesta, rivolta alla società, alla politica e all'economia del riconoscimento dell'obesità come reale malattia e del supporto necessario a implementare azioni efficaci a livello nazionale e internazionale, per combattere l'epidemia di questa malattia.

In collaborazione con l'EASO e la Società Italiana dell'Obesità (SIO) il CSRO ha presentato più recentemente e in occasione di EXPO2015 (Universal Exposition Topic Feeding the Planet, Energy for Life) la "2015 Milan Declaration" ribadendo l'assoluta necessità che è tempo di agire.

Tale documento è stato firmato da 32 delegati, rappresentanti delle diverse società scientifiche nazionali per lo studio dell'Obesità.

In questo contesto, il CSRO e l'EASO hanno dichiarato la disponibilità e la capacità di fornire quida e supporto scientifico, per stimolare e coinvolgere i vari governi in attività volte a ridurre le conseguenze dell'obesità in Europa. Inoltre, il documento richiama gli stessi al rispetto, all'accettazione e al riconoscimento dell'obesità come malattia, anche al fine di contrastare il crescente stigma sociale verso i pazienti obesi.

Numerosi dal 1997 i lavori scientifici che il CSRO ha pubblicato su riviste internazionali, tra cui Science, Nature Medicine, PNAS, Cell Metabolism, Journal of Clinical Investigation. Inoltre, il CSRO ha contribuito alla pubblicazione di centinaia di articoli divulgativi su quotidiani, periodici nazionali ed esteri, al fine di promuovere una maggiore conoscenza dell'impatto dei corretti stili di vita sulla salute e sulla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e la presa di coscienza della necessità di intraprendere efficaci strategie sociali, economiche e politiche per favorire la salute e il risparmio sulla spesa sanitaria.

MUSEO DELLA SCIENZA E DELLA TECNOLOGIA

Il Museo della Scienza e Tecnologia Leonardo da Vinci di Milano è il più grande museo della scienza e della tecnologia in Italia, uno dei più importanti in Europa e nel mondo. Ci rinnoviamo e sperimentiamo nuovi linguaggi per raccontare nuove storie e coinvolgere nuovi pubblici. Valorizziamo la più grande collezione al mondo di modelli di macchine realizzati a partire da disegni di Leonardo da Vinci. Lavoriamo per essere leader in Europa sull'educazione informale.

Nasce il 15 febbraio 1953. Dipendenti e collaboratori del Museo pensano, elaborano e realizzano direttamente l'attività quotidiana e i progetti di ampie dimensioni. A queste risorse interne si uniscono istituzioni, aziende, professionisti, studiosi e ricercatori, volontari che completano la rete con cui il Museo realizza la sua missione.

Il Museo rappresenta fin dalla sua nascita un luogo fondamentale per la comprensione dei fenomeni scientifici e del loro impiego tecnologico

e pratico. Tecnologia e scienza si impongono nella nostra vita quotidiana spesso senza mediazione, ponendoci anche questioni etiche su cui è difficile scegliere in modo consapevole.

Anche se in un contesto economico non paragonabile a quello di altre realtà europee, dove musei e science center ricevono finanziamenti largamente superiori, il nostro Museo sta compiendo un grande sforzo per rispondere alle esigenze della società.

Accanto alla ricerca e alla conservazione, l'educazione è una delle funzioni principali di un museo ed è uno degli obiettivi fondamentali dell'attuale Fondazione Museo Nazionale della Scienza e della Tecnologia Leonardo da Vinci. Le nostre proposte si fondano sull'approccio

dell'"educazione informale". Le esperienze nei laboratori interattivi (i.lab) e nelle collezioni sono improntate alla scoperta e all'esplorazione. Il nostro objettivo è ajutare il visitatore a utilizzare le proprie conoscenze e capacità per interpretare

gli oggetti e i fenomeni ed essere protagonista nei processi del proprio apprendimento. Un percorso di scoperta, esperienza, emozione e comprensione accessibile a tutti.



MILANO CITIES CHANGING DIABETES COMITATI

Comitato d'onore

Ministro della Salute

Governatore della Regione Lombardia

Sindaco di Milano

Presidente Nazionale ANCI

Presidente ANCI Lombardia

Presidente dell'Intergruppo Parlamentare sulla

Oualità di vita nelle Città

Presidente della delegazione italiana presso il

Comitato delle regioni dell'UE

Ambasciatore di Danimarca in Italia

Presidente ISS

Presidente ISTAT

Presidente del Comitato Nazionale per la

Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della

Vita (CNBBSV) della Presidenza del Consiglio

dei Ministri

Presidente Nazionale del CONI

Presidente del CONI Lombardia

Rettore Università Statale di Milano

Rettore Università Statale di Milano Bicocca

Rettore Humanitas University

Rettore Università Vita-Salute San Raffaele

Rettore Libera università di Lingue e

Comunicazione

Presidente della Rete Nazionale delle Città Sane dell'OMS

Presidente Federsanità

Presidente FIASO

Presidente della Fondazione CENSIS

Presidente dell' IBDO Foundation

Presidente Nazionale della IAPB

Presidente del Comitato per i diritti della persona

con diabete

Presidente della Federazione dei Farmacisti Italiani Presidente dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Milano

Comitato promotore

Chairs

Giulio Gallera, Assessore al Welfare Regione Lombardia

Gabriele Rabaiotti, Assessore alle Politiche Sociali e abitative Comune di Milano

Roberto Pella, Vice Presidente Vicario ANCI Andrea Lenzi, Presidente Health City Institute

Membri

Maria Pia Abbracchio, Prorettore Vicario Università Statale di Milano

Emanuela Baio, Presidente Comitato Diritti delle Persone con Diabete

Stefano Cianfarani, Presidente Nazionale SIEDP Claudio Cricelli, Presidente Nazionale SIMG

Maria Luisa Di Pietro, Docente Università Cattolica Sacro Cuore

Fiorenzo Galli, Direttore Generale Museo della Scienza e Tecnologia di Milano

Antonio Gaudioso, Segretario Generale di Cittadinanzattiva

Carolina Larocca, Presidente di OSDI Nazionale Domenico Mannino, Presidente Nazionale AMD Lorenzo Mantovani, Direttore Scientifico della Fondazione Charta

Tiziano Melchiorre, Segretario Generale della IAPB Roberto Messina, Presidente di Senior Italia Fabrizio Muratori, Past President Nazionale SIO Nicoletta Musacchio, Presidente della Fondazione AMD

Mario Pappagallo, Presidente di EUHCNet e Direttore di URBES

Francesco Purrello, Presidente Nazionale SID Giorgio Sesti, Presidente della Fondazione SID Titti Suraci, Presidente di Diabete Italia Paola Testori Coggi, già Direttrice Generale della DG Salute e Consumatori (SANCO) della Commissione Europea

Stefano Vella, Direttore Centro per la Salute Globale dell'Istituto Superiore di Sanità

Gianvincenzo Zuccotti, Prorettore Delegato ai Rapporti con le Istituzioni Sanitarie Università degli Studi di Milano



Comitato esecutivo

Chair

Michele Carruba, Direttore del Centro per lo Studio e la Ricerca sull'Obesità dell'Università Statale di Milano

Members

Antonio Bonaffini, Referente Assessorato Welfare Regione Lombardia

Emanuele Bosi, Professore di Endocrinologia all'Università Vita Salute San Raffaele

Stefano Capolongo, Professore di Igiene e Sanità Pubblica al Politecnico di Milano

Alessandro Castelli, Presidente del CUS Milano Edoardo Croci, Professore Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche Università Bocconi Milano Giovanni Crupi, Coordinatore Sviluppo al Museo della Scienza di Milano

Regina Dagani, Presidente AMD Lombardia Fabrizio De Fabritiis. Amministratore Unico di Milano Ristorazione

Andrea Lania, Responsabile di UO Endocrinologia, Andrologia medica e Diabetologia Humanitas Elisabetta Lovati, Presidente della SID Lombardia Livio Luzi, Coordinatore dell'Health City Institute per la Lombardia

Silvia Maino, Presidente di OSDI Lombardia Daria Alice Maistri, Direttore Area Domiciliarità e Cultura della Salute Comune di Milano Gerardo Medea, Responsabile SIMG Area Metabolica

Andrea Scaramuzza, Segretario SIEDP Lombardia Carlo Signorelli, Professore di Igiene e Sanità Pubblica Università Vita Salute San Raffaele Milano Paola Pelliciari, Segretario Cittadinanzattiva Lombardia

Gianluca Perseghin, Professore di Endocrinologia all'Università Statale Milano Bicocca

Vincenzo Russo, Direttore Scientifico del Centro di Ricerca di neuromarketing IULM

Federico Serra, Direttore del Cities Changing Diabetes Italia

Chiara Spinato, Direttore Generale Health City Institute

Comitato scientifico

Chairs

Francesco Dotta (Health City Institute) Livio Luzi (Health City Institute)

Members

Riccardo Bonfanti (Rapprentante SIEDP) Stefano Capolongo (Politecnico di Milano) Simona Frontoni (IBDO Foundation) Gerardo Medea (Rappresentante SIMG) Enzo Nisoli (Centro per lo Studio e la Ricerca sull'Obesità dell'Università Statale di Milano) Gianluca Perseghin (Rappresentante SID) Umberto Valentini (Rappresentante AMD)

Comitato data analysis

Chairs

Antonio Nicolucci, Chiara Rossi (CORESEARCH) Ketty Vaccaro (CENSIS)

Members

Roberta Crialesi, Stefania Rossetti (ISTAT) Lucio Corsaro (MEDPRAGMA) Lorenzo Mantovani (Fondazione Charta) Basilio Pintaudi (Esperto Ospedale Niguarda)

Comitato sociale

Chair

Patrizia Pappini Oldrati (Coordinamento Lombardia Associazioni Diabetici)

Members

Maurizio Damilano (Scuola del Cammino) Tamara Grilli (FAND Lombardia)

Maria Luigia Mottes (Coordinamento Lombardia Associazioni Diabetici)

Paola Pelliciari (Cittadinanzattiva Lombardia)

Elsa Pesce (Cittadinanzattiva Lombardia)

Titti Suraci (Diabete Italia)







