



# La salute nelle città al tempo del coronavirus

Maggio 2020



01/2020

I Quaderni di Ancicomunicare

La nuova collana "I quaderni di Ancicomunicare" nasce per organizzare in maniera sistematica gli autorevoli contributi raccolti durante gli eventi e le iniziative messe in campo dalla società di comunicazione inhouse di Anci, mettendoli così a disposizione di tutti coloro che vogliono approfondirli.

Il materiale presente in questa pubblicazione è coperto da copyright.

È fatto divieto copiare, alterare, distribuire, pubblicare o utilizzare i contenuti senza autorizzazione espressa e scritta da parte di Ancicomunicare, i cui riferimenti sono presenti in calce a questa pagina.

---

**Comunicare Anci comunicazione ed eventi**

Via dei Prefetti n. 46 - 00186 Roma

Tel. +39.06.6800384/385/ - Fax +390668009207

[www.ancicomunicare.it](http://www.ancicomunicare.it)

[infocomunicare@anci.it](mailto:infocomunicare@anci.it)

# La salute nelle città al tempo del coronavirus

<b>Prefazione</b> di Roberto Pella	5
<b>Istituzioni locali: la gestione prima e dopo la malattia</b>	8
Intervento di Guido Castelli	
<b>Tecnologia per la salute e garanzia delle cure assistenziali e domiciliari</b>	12
Intervento di Roberto Pella	
<b>Emergenza sanitaria e nuovi ambiti di collaborazione</b>	15
Intervento di Luca Pacini	
<b>Urban Health: cambiare il paradigma della salute nelle città</b>	19
Intervento di Andrea Lenzi	
<b>Covid 19: dalla prima alla seconda fase della gestione dell'emergenza</b>	28
Intervento di Tiziana Frittelli	
<b>La sanità del futuro tra ospedale e territorio</b>	31
Intervento di Angelo Tanese	
<b>La salute nelle città e il ruolo dei sindaci</b>	34
Intervento di Livio Gigliuto	
<b>Una roadmap per la salute nelle città come bene comune</b>	40
Intervento di Stefano da Empoli	
<b>Nuove vulnerabilità e fragilità sociali dopo l'emergenza coronavirus</b>	43
Intervento di Ketty Vaccaro	

**Cittadinanza attiva e sussidiarietà  
in un nuovo concetto di salute nelle città \_\_\_\_\_47**

Intervento di **Antonio Gaudio**

**Partnership pubblico-privata e nuovi modelli di network  
sulla salute della città \_\_\_\_\_51**

Intervento di **Federico Serra**

**Strategie e politiche per l'implementazione di un piano  
di contrasto al diabete nella città metropolitana di Roma \_\_\_\_\_58**

Per conto dell'Health City Institute, I-COM e Cities Changing Diabetes

**Il territorio come elemento strategico per conciliare salute e  
sanità \_\_\_\_\_65**

Intervento di **Alessandro Cosimi**

**Appendice**

**Nuove competenze per gestire la salute nelle città: \_\_\_\_\_68**  
**Core curriculum per health city manager**

**Manifesto - La salute nelle città: bene comune \_\_\_\_\_78**

## Prefazione - Roberto Pella \*

Il tema della tutela della salute e del rafforzamento della sanità territoriale è tornato di grande attualità, anche a seguito delle analisi e delle riflessioni emerse dalla drammatica esperienza di gestione dell'infezione da virus SARS-CoV-2 che ci ha travolti a livello globale.

Si tratta di un impegno che ANCI abbraccia da sempre, e in particolare dal 2017 con la costituzione di una specifica delega alla salute nelle città, intesa come promozione di stili di vita sani e miglioramento della qualità della vita nei contesti urbani. Una visione articolata che si estende dalla pianificazione territoriale alla pratica sportiva, dal sistema dei trasporti alla mobilità dolce e all'intermodalità, dall'educazione alimentare alla sostenibilità ambientale, fino a concepire un nuovo modello di *governance* multilivello e multidisciplinare che prefiguri un welfare intergenerativo, equo, sostenibile, e incentrato sul concetto di salute come bene comune. Nel Patto per la Salute 2019-2021, approvato a dicembre 2019 poco prima dell'esplosione della pandemia, tale riflessione era stata per la prima volta integrata nel documento e la promozione della salute e gli stili di vita sani erano stati inglobati tra gli obiettivi del prossimo biennio.

Oggi, contrariamente a quanto accade su altri temi, si registra sulla salute una piena convergenza tra indirizzi normativi, riflessioni degli esperti, obiettivi degli amministratori del territorio a tutti i livelli istituzionali e degli operatori sanitari, istanze dei cittadini stessi. È essenziale la presenza di una rete di continuità assistenziale strutturata e organizzata, caratterizzata da un omogeneo processo di ammodernamento tecnologico che includa non solo la digitalizzazione delle procedure ma anche formazione e competenze, un rafforzamento della capacità amministrativa.

L'evolversi della situazione epidemiologica della pandemia da virus SARS-CoV-2 ha reso nitida l'urgenza di aggiornare e uniformare, omogeneamente a livello nazionale, il percorso organizzativo dei servizi ospedalieri e territoriali di concerto con le Amministrazioni. In particolare oggi, in una fase che prevede la convivenza con il virus e un graduale ritorno alle normali attività, diventa indispensabile un rimodellamento dell'assistenza che consenta, da un lato, un tempestivo intervento in caso di emergenza da nuovi focolai - tramite una presa in carico dei pazienti affetti e di quelli in isolamento domiciliare - e, al contempo, dall'altro lato, una reale integrazione tra assistenza ospedaliera e assistenza sul territorio che garantisca continuità nell'erogazione delle cure e dei servizi ai soggetti più fragili e vulnerabili.

Nel governo della salute del futuro sindaci e amministrazioni comunali dovranno avere un ruolo essenziale, al fine sviluppare e attuare, in collaborazione con le autorità sanitarie locali, le

Regioni e il Governo, ciascuno secondo le proprie competenze, programmi di prevenzione delle malattie trasmissibili e non trasmissibili e di promozione della salute stessa. Un ruolo d'altronde mai venuto meno nella fase più acuta dell'emergenza e che dovrà inevitabilmente accompagnare anche le prossime fasi, quelle della ripresa e della pianificazione concertata di una "nuova normalità". I sindaci dovranno interfacciarsi con i tanti nodi dai quali dipende la complessità dei determinanti della salute e con gli altri attori istituzionali, a cominciare dalle Aziende socio-sanitarie, ma anche con il mondo scientifico e associativo che gravita sul territorio.

È proprio questa l'ottica con cui ANCI ha promosso, in collaborazione con ANCI Comunicare e Fondazione IFEL, un webinar dedicato alla salute al tempo del coronavirus e a una riflessione sulla gestione e la programmazione futura della salute. Un impegno che proseguirà, sostenendo, all'interno delle sedi deputate, la proposta di un potenziamento del ruolo dei sindaci e degli amministratori locali nel governo della salute, supportati da nuove competenze confluite nell'idea di una nuova professionalità, l'*Health City Manager*, una proposta declinata in accordo alla strategia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che va sotto il nome di "*salute in tutte le politiche*".

\* Vice Presidente Vicario ANCI



Introduzione - Guido Castelli \*

## Istituzioni locali: la gestione prima e dopo la malattia

I Sindaci e gli uffici comunali che si occupano di welfare dovranno sforzarsi di acquisire una “cultura del dato socio-sanitario” che presuppone una condivisione continua di informazioni provenienti dai diversi enti

**C**'è chi ha voluto paragonare il Covid-19 a un grande pettine, che ha rilevato i tanti nodi che si nascondono nella capigliatura del nostro Paese. Non solo sul fronte sanitario. Nodi che nascondono luoghi comuni, riserve ideologiche cresciute al riparo del buon senso e del buon governo. Democratico nel contagio (ha colpito tutti, indistintamente, politici, giornalisti, imprenditori, letterati) il Covid19 ha vilipeso i luoghi comuni e danneggiato gravemente i pensieri politicamente corretti. Non c'è ambito dell'esistenza, individuale o collettiva, che non abbia registrato il naufragio di certezze consolidate. E la dimensione urbana non ha fatto eccezione.

Pensiamo al dibattito tra “città e campagna” avviato da una provocazione di Stefano Boeri e che ha attivato il pensiero critico di architetti e urbanisti di ogni latitudine. Le Città e le grandi concentrazioni urbane, che rappresentavano l'approdo naturale dell'uomo globalizzato hanno dimostrato la propria fragilità. Nell'entroterra e nelle realtà minori ci si contagia meno e, se debitamente serviti dalle infrastrutture digitali, in quei comuni è possibile vivere bene senza perdere il contatto con il resto del mondo.

I paradossi del Covid-19 sono infiniti. Le villette con giardino, simbolo dell'autoreferenzialità urbana, sono risultate pienamente rispondenti alle esigenze della famiglia con genitori in *smart working* e bimbi impegnati con la didattica a distanza. Nello stesso momento, parchi pubblici, aree verdi e piste ciclabili, luoghi elettivi della “Città pubblica” sono stati chiusi e inibiti all'uso per settimane. Le altalene e gli scivoli tuttora restano *off limits*.

Ossimori urbani e sociologici che, tuttavia, impongono al decisore pubblico di fare tesoro di quanto è accaduto, non tanto sperando che il peggio non si ripresenti, ma cercando di rimodulare l'organizzazione sociale. Questo vale in particolare per i Sindaci e i Comuni che, dopo l'esperienza della pandemia, dovranno più che mai ispirarsi all'antico adagio “*Salus publica, suprema Lex*” come criterio orientatore della propria azione di governo.

Questi temi sono stati sempre più all'attenzione di Anci e Ifel e oggetto del recente webinar su “La salute nelle città al tempo del coronavirus”, di cui questa pubblicazione raccoglie i contributi, accomunati dalla necessità di nuove sintesi a livello locale.

Se è vero che il sindaco è l'autorità sanitaria locale per eccellenza e che, mai come in questo frangente, è bene tenere a mente la classica distinzione tra salute e sanità, il Covid-19 fornisce indirizzi inequivocabili a chi presidia le autonomie.

Se la malattia nella sua fase acuta si cura in ospedale, alle istituzioni locali spetta gestire tutto ciò che viene prima e dopo la malattia. L'ospedale può essere considerato metaforicamente una specie di "fabbrica della salute" e dunque sarà decisivo organizzarsi affinché si possa evitare al maggior numero di persone di dover entrare nella fabbrica e, allo stesso modo, a chi ne fosse uscito di tenersene alla larga. Non è impossibile, soprattutto alla luce di quanto sperimentato nella fase più acuta della pandemia.

Gli accessi al pronto soccorso, un po' ovunque, si sono diradati. La paura del contagio ha ridimensionato i codici bianchi e ha favorito l'appropriatezza delle attività ospedaliere che, almeno quelle programmate, si sono ridotte senza conseguenze particolarmente rilevanti. Da questo punto di vista si tratta di consolidare questa tendenza ad evitare, per quanto possibile, l'ospedalizzazione e la medicina del territorio sarà fondamentale. Sia in termini di prevenzione che di educazione alla salute.

Lo stesso rilancio delle aree interne, uno dei must di questi anni, passa per la capacità del sistema di approntare una rete di medici di medicina di famiglia e una dotazione di diagnostica all'altezza delle esigenze collettive. Lo Stato dovrà fare la sua parte, mettendo da parte gli algoritmi del decreto Balduzzi e riorganizzare LEA e DRG in maniera da favorire telemedicina e tele soccorso. L'integrazione tra organizzazione sanitaria e livello municipale dovrà essere patrimonio comune in uno scambio continuo di dati, esperienze ed informazioni. Ancora una volta è un nuovo servizio che dovrà essere richiesto all'Istituzione più prossima ai cittadini.

I Sindaci (e gli uffici comunali che si occupano di welfare) dovranno sforzarsi di acquisire una "cultura del dato socio-sanitario" che presuppone una condivisione continua di informazioni provenienti dai diversi enti. Dall'anagrafe e dalla polizia municipale, come dagli ambulatori di medicina generale e dal servizio di assistenza domiciliare. Asl, Usl e aziende ospedaliere non potranno più essere monadi distanti dagli altri enti del territorio: parliamo spesso di big data e poi accettiamo di scomporre e parcellizzare il grande flusso informativo che ci deriva dai luoghi dell'erogazione del servizio quotidiano.

Sanità e assistenza devono procedere insieme e devono poter essere "viste" insieme dal decisore pubblico e dall'amministratore locale. Questo approccio, a livello comunale, consentirà anche di rispondere a quella nuova grande domanda di protezione sociale, che si manifesta nelle nuove povertà e marginalità prodotte dalla pandemia. Non vuol dire solo assistenza sociale, che è una delle specifiche aree di competenza dei Comuni e dei Sindaci.

Ma si è affermata una richiesta di nuove e rinnovate forme di sostegno, che partano da una diffusa responsabilità individuale e che prevedano il massimo coinvolgimento del terzo settore e del privato sociale. In definitiva, la sfida è anche di natura antropologica e su questo sindaci e istituzioni locali dovranno cimentarsi con sistematicità.

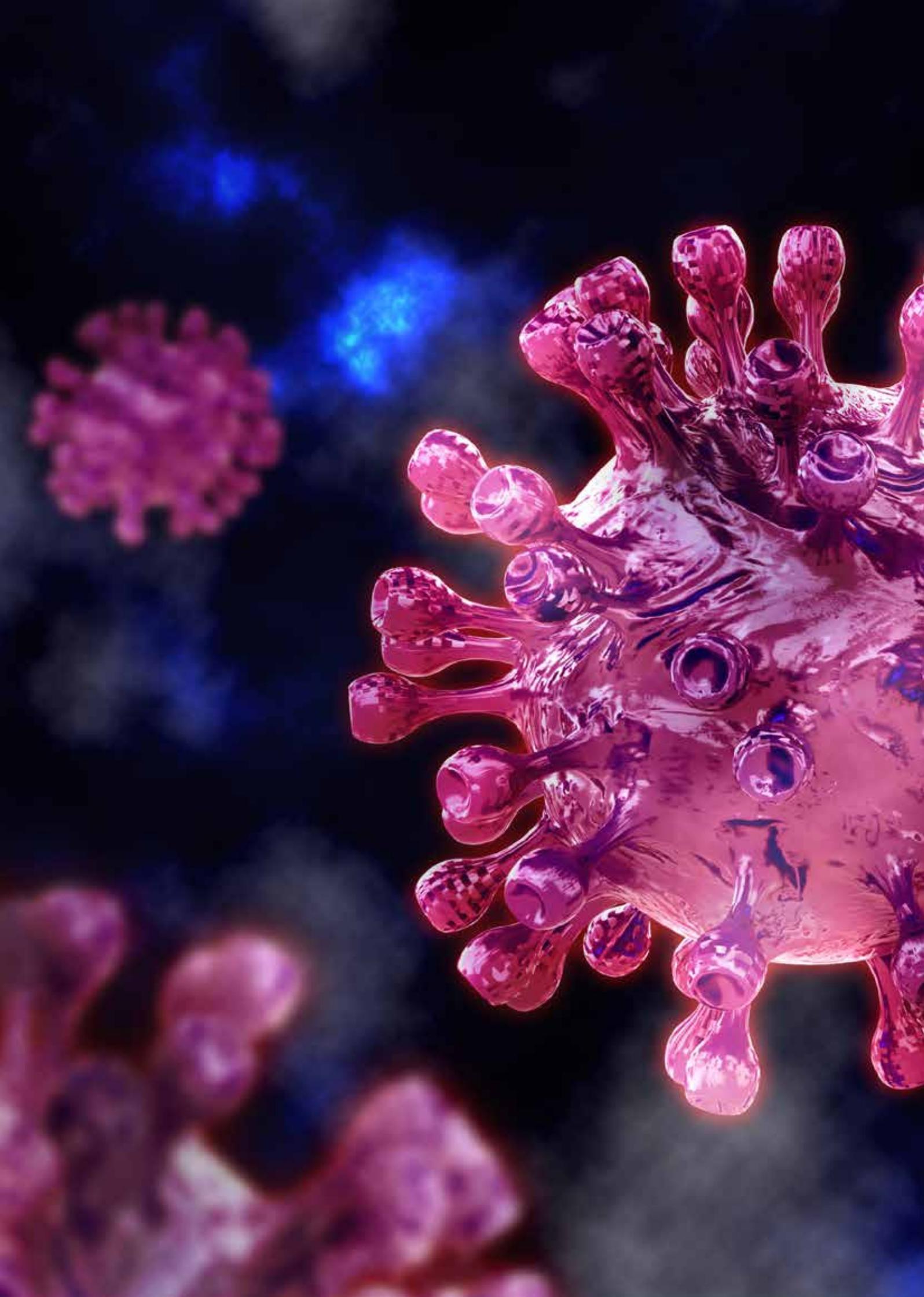
Il tema degli stili di vita si afferma con sempre maggiore forza nell'orizzonte della salute pubblica. Le stesse polizze sanitarie – individuali e collettive – sempre più parte integrante di un welfare mix inevitabilmente pubblico-privato, contengono espliciti fattori di rischio legati alle abitudini individuali: l'attività fisica come i consumi alimentari faranno sempre più parte di quella protezione dal rischio che inizia dalla persona.

Con quell'ipocrisia tutta anglosassone da tempo si mettono nel mirino obesi, diabetici e fumatori – come soggetti corresponsabili della loro cattiva salute, della cronicità di alcune patologie, e quindi meno “meritevoli” di una copertura dal rischio – senza menzionare le dipendenze da alcol e droghe, tra gli analoghi fattori di cattive abitudini che si scaricano come costo individuale e sociale nella gestione della salute pubblica.

Eppure, non è difficile scoprire il nesso tra questi stili di vita e la morbilità. O l'incidentalità: a Roma in queste settimane sono diminuiti i decessi, nonostante Covid-19. Complice senz'altro il drastico calo del traffico, ma anche la diminuita propensione allo sballo notturno e ai consumi che rendono la stessa guida automobilistica un rischio accresciuto per la vita propria e altrui.

Ci sono modelli sociali e comportamenti individuali che devono essere ripensati, con coraggio e con trasparenza. Ci vuole una nuova cultura della salute – che non deve trasformarsi in un patetico salutismo – che parta dalla responsabilità personale. La lezione del distanziamento sociale ci ha fatto capire che gli italiani non sono estranei a questa nuova stagione di impegno individuale e comunitario.

\* *Presidente IFEL*



Introduzione - Roberto Pella \*

## Tecnologia per la salute e garanzia delle cure assistenziali e domiciliari

Bisogna accelerare lo sviluppo di tutti gli strumenti tecnologici per superare definitivamente il divario digitale del Paese, specie in questo periodo in cui molte attività della vita quotidiana si sono spostate online, dallo *smart working* alla didattica, telemedicina e teleassistenza

**A**ll'indomani dell'esplosione dell'emergenza sanitaria da COVID-19, le nostre comunità locali sono state destinatarie di misure di contenimento e restrizione mai sperimentate, cui i Sindaci si sono da subito attenuti, impegnandosi a farle osservare con il massimo rigore e senso di responsabilità, talvolta anche a costo di sonore strigliate ai propri cittadini.

All'indomani dell'esplosione dell'emergenza sanitaria da COVID-19, le nostre comunità locali sono state destinatarie di misure di contenimento e restrizione mai sperimentate, cui i Sindaci si sono da subito attenuti, impegnandosi a farle osservare con il massimo rigore e senso di responsabilità, talvolta anche a costo di sonore strigliate ai propri cittadini.

Come Sindaci e Amministratori locali ci siamo ritrovati a decodificare una situazione mai immaginata e a codificare il comportamento più innaturale: chiedere ai nostri cittadini di privarsi della socialità, di mantenere le distanze, di disdire o posticipare ogni iniziativa. Di non frequentare i parchi pubblici, di non affollare i sentieri di montagna, o i lungomare. Fino a vietare l'ingresso nei cimiteri. E tuttavia è stato doveroso farlo: l'emergenza si è potuta attenuare proprio restando separati, nell'isolamento. Allo stesso modo, nel futuro che ci aspetta dimostreremo di saperci rispettare, di tenere al bene comune e al prossimo continuando a osservare le precauzioni e le misure che ci saranno richieste.

Ma i Comuni non vanno mai in *lockdown*. In particolare nei Comuni più piccoli, dove si è chiamati a svolgere tanti ruoli e a ricoprire tante responsabilità, il Sindaco si rivela presidio di fiducia e avamposto d'informazioni certe e coerenti. Lottando, spesso a mani nude, purtroppo alcuni di noi sono mancati ai propri cari e alle proprie comunità, nell'esercizio del proprio dovere.

I Sindaci oggi stanno chiedendo un profondo e inedito coinvolgimento ai propri cittadini per la "*salus rei publicae*", consapevoli che la salute è il bene comune più alto che dobbiamo presidiare e preservare. Il messaggio chiaro emerso da questo periodo è stato proprio quello di una forte assunzione di responsabilità, istituzionale e individuale. I nostri comportamenti hanno dimostrato come la salute individuale sia importante, ma di più lo è quella globale, la "*one health*". L'interconnessione e l'interdipendenza fra le città sono diventate variabili imprescindibili da Vo' Euganeo a New York, nella difficoltà di contrastare la diffusione del virus così come nella solidarietà e nella condivisione di soluzioni.

Come per gli altri comparti del Paese, gli Enti locali necessitano di un'iniezione di liquidità molto forte per assicurare i servizi essenziali, sia nell'immediato sia dopo l'emergenza, per com-

pensare le enormi perdite di gettito comunale derivante dai tributi e dal calo di entrate locali e per garantire la continuità dei servizi. Perché ci sarà tanto da ricostruire, tanto da far ripartire, tanto da immaginare: dai piccoli esercenti di paese alle grandi aziende manifatturiere, dai servizi educativi e scolastici agli eventi sportivi, dall'assistenza socio-sanitaria alla sostenibilità dei nostri territori. Il mondo dopo il COVID-19 sarà diverso e richiederà rinnovato impegno per le nostre comunità. In questo senso la posa dell'impalcato del Ponte di Genova, i cui lavori sono proseguiti in sicurezza durante l'epidemia, è il simbolo della rinascita di un'Italia dei Comuni forte e determinata.

Sin dalla fase che ci apprestiamo a vivere, quella della convivenza con il virus, dovremo pianificare le nostre città secondo nuove modelli e parametri, per dare valore e protezione a comunità che si sono improvvisamente fragilizzate e che sono a forte rischio di impoverimento e marginalizzazione. Non potremo che adottare un approccio *community-centred*, ridefinendo gli ambiti d'azione e gli strumenti dei Sindaci, rafforzando le fondamenta del sistema sanitario nazionale che troverà solide radici nei sindaci e delle comunità che essi rappresentano. In questo modo acquisiremo maggiore reattività a una serie di fenomeni, non solo di natura epidemica, che si sviluppano localmente. Dovremo imparare a prepararci nei momenti di pausa, il che richiederà collaborazione e capacità di fare rete per arrivare a una nuova normalità dove la sanità pubblica sia messa in primo piano, come bene comune, puntando sulla medicina territoriale. Laddove questa si è dimostrata forte, le cose hanno funzionato meglio e i servizi sono stati più resilienti.

In quest'ottica, bisogna accelerare lo sviluppo di tutti gli strumenti tecnologici per superare definitivamente il divario digitale del Paese, specie in questo periodo in cui molte attività della vita quotidiana si sono spostate online, dallo *smart working* alla didattica, sino al diritto fondamentale di tutela della salute attraverso strumenti come telemedicina e teleassistenza. Si tratta di un divario che non riguarda solo la copertura internet, ma in molti casi anche la telefonia, fissa e mobile. Va colmato inoltre un divario organizzativo: penso al tema delle gestioni intercomunali, dello sviluppo economico e dell'innovazione sociale nei piccoli Comuni e nelle aree interne, per contrastare lo spopolamento e la marginalizzazione di interi territori del Paese. Una riflessione che Anci ha avviato da tempo, consapevole che tecnologia al servizio della salute significa garantire più spazio alle attività di cura assistenziali e domiciliari, in un Paese che vede da anni crescere le patologie e le necessità legate alla cronicità e all'invecchiamento della popolazione.

Per questo ho convintamente sottoscritto un appello, insieme agli amici Relatori del webinar di oggi, in cui chiediamo che nel governo della salute del futuro un ruolo essenziale sia svolto dalle amministrazioni comunali, per sviluppare e attuare, in collaborazione con le autorità sanitarie locali, le Regioni e il Governo - ciascuno con le proprie competenze - programmi di sorveglianza sulla prevenzione e sulla promozione della salute stessa. Un paradigma di sostenibilità a tutto tondo che dovrà includere l'ambiente, la tecnologia e lo sviluppo di una "cultura della gestione delle crisi", in grado di coltivare responsabilità collettiva e buone pratiche al servizio della qualità di vita e del benessere dei cittadini.

\* Vice Presidente Vicario ANCI



Introduzione - Luca Pacini \*

## Emergenza sanitaria e nuovi ambiti di collaborazione

È necessario accompagnare i Comuni in questo percorso di profondi cambiamenti, studiando e proponendo nuovi modelli organizzativi nella rigenerazione del sistema di welfare, a partire dalle prassi già realizzate sui territori nella fase uno

**I**n relazione allo stato di emergenza Covid-19 che il nostro Paese sta attraversando si registrano pesanti ricadute territoriali che impattano sui servizi sociali e sociosanitari locali, ricadute che non esauriranno il loro effetto nella fase uno ma richiedono un **necessario ripensamento dei servizi, a partire da quelli essenziali, e l'ideazione di nuove misure per la fase due e per la fase tre.**

L'eccezionale stato di emergenza sanitaria, che sta già producendo una conseguente emergenza economica e sociale, impone un immediato ripensamento del welfare locale, in un'ottica di massima flessibilità, poiché in **ogni fase porta con se nuove sfide e importanti cambiamenti.** Da ogni fase il sistema dei servizi territoriali uscirà diverso da come ne è entrato.

Più che vere e proprie fasi ci si muoverà lungo un percorso continuo fatto di progressive e diversificate riaperture, calibrate sulle diverse zone del Paese, sulle diverse dimensioni demografiche dei Comuni, sui diversi modelli regionali e infine sui diversi settori economici del Paese. Una stratificazione normativa, di prassi, di politiche nuove, che andranno a sovrapporsi con un andamento fortemente differenziato sui territori.

È assolutamente **necessario accompagnare i Comuni** in questo percorso di profondi cambiamenti, studiando e proponendo **nuovi modelli organizzativi nella rigenerazione del sistema di welfare**, a partire dalle prassi già realizzate sui territori nella fase uno, con una **doverosa calibratura e differenziazione in base alla dimensione demografica del Comune, delle diverse realtà regionali e della peculiarità delle aree interne**, tenendo conto della progressiva riapertura dei vari settori del Paese. In particolare, nei piccoli Comuni e nelle Aree interne stiamo osservando grandi difficoltà nella riorganizzazione e riconversione dei servizi.

La progressiva riapertura riguarderà il Comune anche come macchina organizzativa e sotto i profili legati alla gestione del personale.

### Target

Oltre ai target tradizionali, l'emergenza produrrà per i servizi sociali dei Comuni una **enorme bacino di utenza aggiuntivo generato dalla crisi stessa.** Una platea non conosciuta dai servizi sociali e non facile né da individuare né da raggiungere. Basti pensare agli anziani autosufficienti per i quali sarà necessario garantire servizi fin qui mai previsti, al supporto psicologico che si renderà necessario anche per persone fin qui senza problemi, alle nuove povertà generate dalla crisi economica, alle persone in quarantena e agli immunodepressi e, infine, ad un probabile aumento

delle dipendenze. A titolo esemplificativo il Comune dovrà garantire assistenza alle seguenti categorie:

- Disabili
- Anziani e non-autosufficienti
- Minori, con particolare riferimento ai più deboli (minori fuori famiglia, msna, famiglie fragili)
- Senza Dimora
- Poveri e nuovi poveri
- Anziani autosufficienti e immunodepressi e persone in quarantena
- Persone con problemi di salute mentale e tossicodipendenze

## Misure

Tra le diverse misure che i Comuni dovranno mettere in campo, in parte già attuate nella fase uno ma che necessitano di un maggiore strutturazione e doverosa rimodulazione in riferimento alle diverse fasi che il Paese attraverserà:

- **Domiciliarizzazione di alcuni servizi e potenziamento dei servizi domiciliari già esistenti;**
- **Ripensamento di alcuni servizi** (es. centri diurni per disabili, minori e anziani, che necessariamente riapriranno con modalità diverse);
- **Ideazione di nuovi servizi e strutturazione di servizi e prassi messi in campo nella fase uno** (es. consegna a domicilio di spesa e medicinali, pasti a domicilio, aiuti alimentari, turnazione accesso ai parchi per i disabili su appuntamento, etc.);
- **Digitalizzazione di alcuni servizi e servizi a distanza** (es. supporto psicologico, supporto educativo, servizi di compagnia, supporto alla vigilanza sanitaria, etc.);
- **Individuazione di interventi di supporto per i Senza Dimora** (favorire piccoli centri di accoglienza - mutuando l'esperienza del Siproimi basata principalmente su piccoli centri e accoglienza in appartamenti - e riconversione h24 dei servizi notturni, come fatto dal Comune di Roma, favorire la riorganizzazione dei servizi mensa, predisporre protocolli e strutture per la gestione dell'eventuale quarantena di tali soggetti).

## Integrazione socio-sanitaria

La crisi ha imposto anche una nuova classificazione delle priorità dettata dalle nuove esigenze collettive, ridisegnato il perimetro del socio - sanitario e quello dei rapporti collaborativi in questo ambito anche attraverso nuovi modelli organizzativi.

Questa è l'area in cui i Comuni sono direttamente chiamati in causa e che presuppone l'erogazione congiunta di attività e prestazioni relative all'area sanitaria e a quella dei servizi sociali (di competenza comunale), che sono poi quelle previste nel capo IV del decreto di individuazione dei Lea Sanitari, e cioè in sintesi: disabilità e non autosufficienza, salute mentale, dipendenze, assistenza socio-sanitaria a minori e famiglie. Da qui la necessità di un approccio e di risposte integrate alle fragilità che per loro natura presentano sempre una multidimensionalità e che richiedono una conseguente, e non più rimandabile, vera integrazione dei servizi, a partire da quelli sanitari e sociali, sui territori. L'emergenza sanitaria in corso apre nuovi ambiti di collaborazione, ancora tutti da strutturare su cui avviare una riflessione e un percorso congiunto.

## La sanità tra ospedale e territorio

Come già anticipato in premessa, l'altro tema che l'emergenza ha posto all'attenzione di tutti per l'impatto nella risposta al Covid-19 in termini di tutela della salute, è quello dei diversi modelli organizzativi regionali. I modelli sanitari regionali, infatti, hanno avuto un impatto sia sulla risposta sanitaria all'epidemia, sia sulla buona riuscita delle politiche sociali realizzate dai Comuni. Su alcuni territori l'emergenza Covid ha messo in evidenza la fragilità di sistemi sanitari regionali caratterizzati da una minore territorialità, mentre in altri il maggior protagonismo della medicina territoriale ha permesso una risposta più adeguata.

## Cittadinanza attiva e sussidiarietà

Le esperienze realizzate nei Comuni nell'emergenza hanno messo nuovamente in evidenza il ruolo strategico del partenariato con il Terzo settore e il mondo del volontariato in un'ottica di piena realizzazione del principio di sussidiarietà orizzontale.

Un ruolo non solo residuale e di emergenza ma riconosciuto, strutturato, tutelato e responsabilizzato come parte integrata delle politiche di welfare, con la regia dell'ente locale. Dove questo era già strutturato e consolidato infatti la risposta all'emergenza è stata pronta e maggiormente efficace.

## Ripensare un nuovo welfare

Nell'emergenza la tutela della salute si è tradotta di fatto quasi esclusivamente nell'obiettivo di garantire l'assenza della malattia" accantonando, anche per forza di cose, l'obiettivo di garantire il diritto alla salute nel suo significato più ampio di "benessere". Allo stesso modo il welfare locale è stato impegnato nella prima fase Covid in uno sforzo di riconversione di servizi essenziali da una parte e di ideazione di nuovi servizi dall'altra a fronte di nuovi target e nuovi bisogni, realizzando anche pratiche innovative e impensabili fino a qualche mese fa. Inevitabilmente la fase attuale impone un ripensamento del welfare locale e dell'integrazione con il sistema sanitario, in un'ottica circolare che metta a sistema le nuove pratiche che si sono sviluppate e si stanno sviluppando nei territori. Un paradigma completamente nuovo che tenga conto di tutti i fattori in campo.

## Con quali risorse?

Per poter intervenire efficacemente e attivare, o mantenere attive, le misure necessarie (sopra illustrate) è imprescindibile che vengano messe a disposizione dei Comuni **risorse specifiche, dedicate e commisurate alle diverse esigenze. È altresì necessario che tali risorse vengano erogate e rese fruibili nel più breve tempo possibile, al fine di consentire che gli interventi siano realizzati tempestivamente.**

Da questo punto di vista, infatti, la misura dei 400 milioni erogati ai Comuni per i c.d. "buoni spesa" ha messo in evidenza e dimostrato quanto sia importante, in questo frangente, poter intervenire in maniera rapida. Diversamente, ogni intervento risulterebbe inefficace, vanificando non solo tutti gli sforzi messi in campo finora, ma anche le risorse stesse.

\* Responsabile Area Welfare ANCI

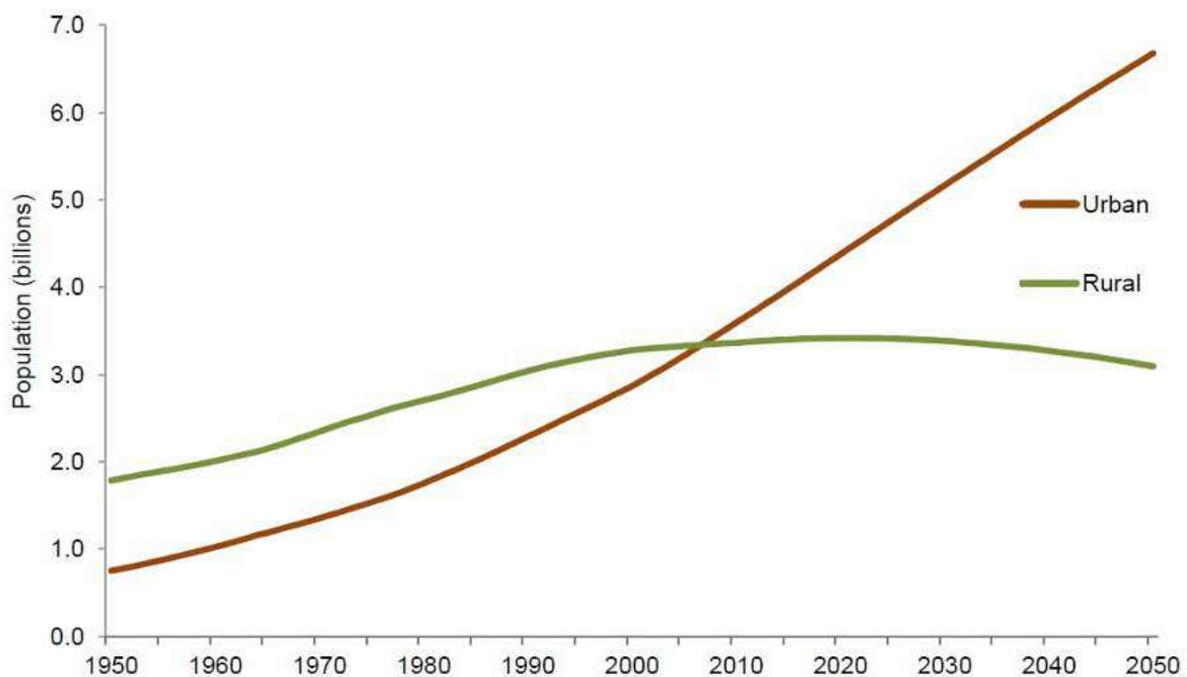


Intervento - **Andrea Lenzi \***

## Urban Health: cambiare il paradigma della salute nelle città

“D’una città non godi le sette o le settantasette meraviglie, ma la risposta che dà a una tua domanda.” Italo Calvino, Marco Polo

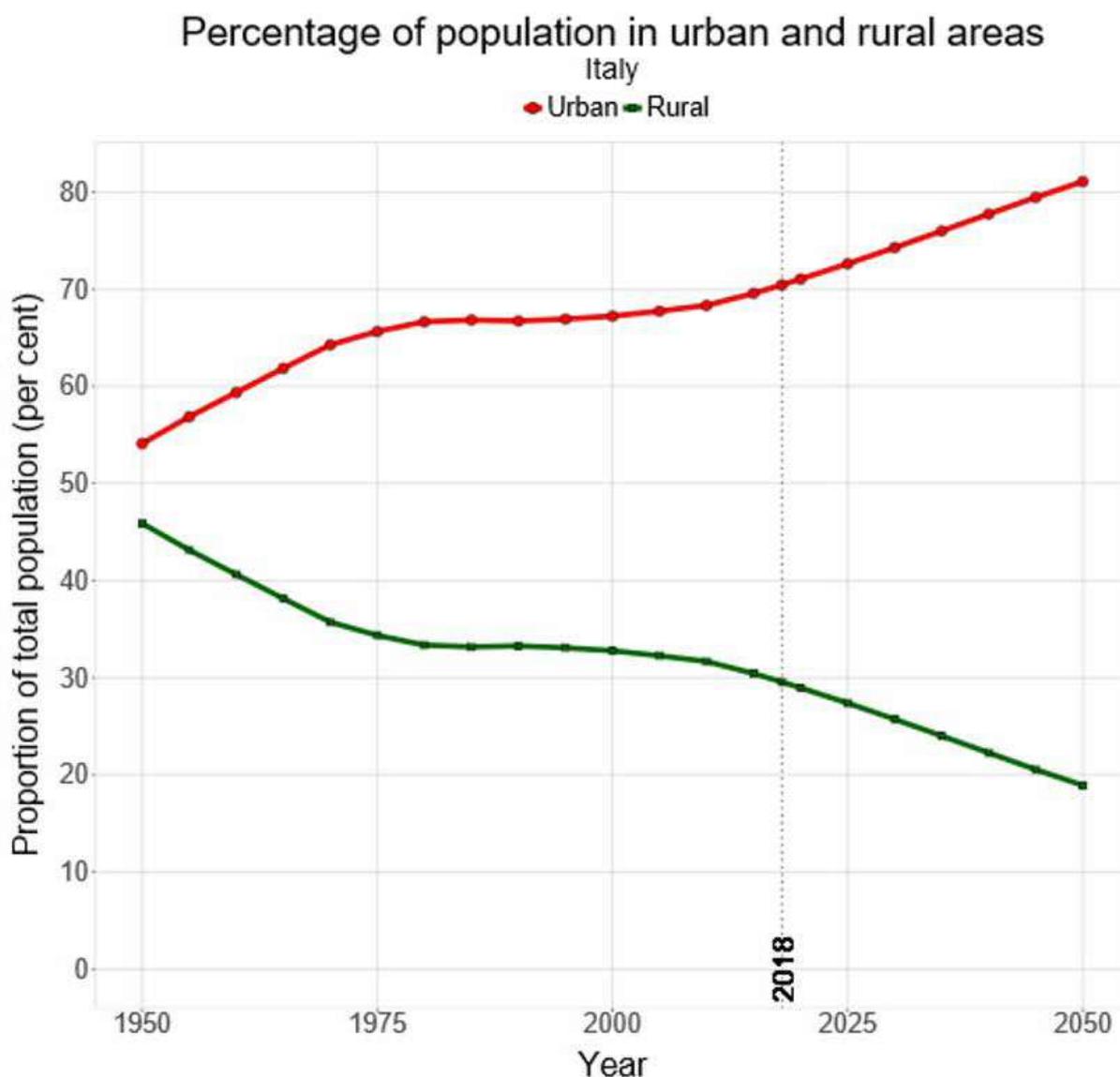
**O**ltre 3 miliardi di persone oggi vivono in città metropolitane e megalopoli. Nel 2007, la popolazione mondiale che vive nelle città ha superato per la prima volta nella storia il 50% e questa percentuale è in crescita, come le stime indicate dalle Nazioni Unite ci dicono, nel 2030, 6 persone su 10 vivranno nei grandi agglomerati urbani. ma è una stima che se proiettata nel futuro ci porta a dover considerare che nel 2050 sarà del 70% in numero di abitanti dei grandi contesti urbani (fig.1)



**FIGURA 1** Data source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2018a). World Urbanization Prospects 2018.

Una tendenza che negli ultimi 50 anni sta cambiando il volto del nostro Pianeta e che va valutata in tutta la sua complessità in termini non solo socio-demografici, ma anche sulle implicazioni che tale migrazione ha in termini economici e sulla salute degli individui e delle comunità.

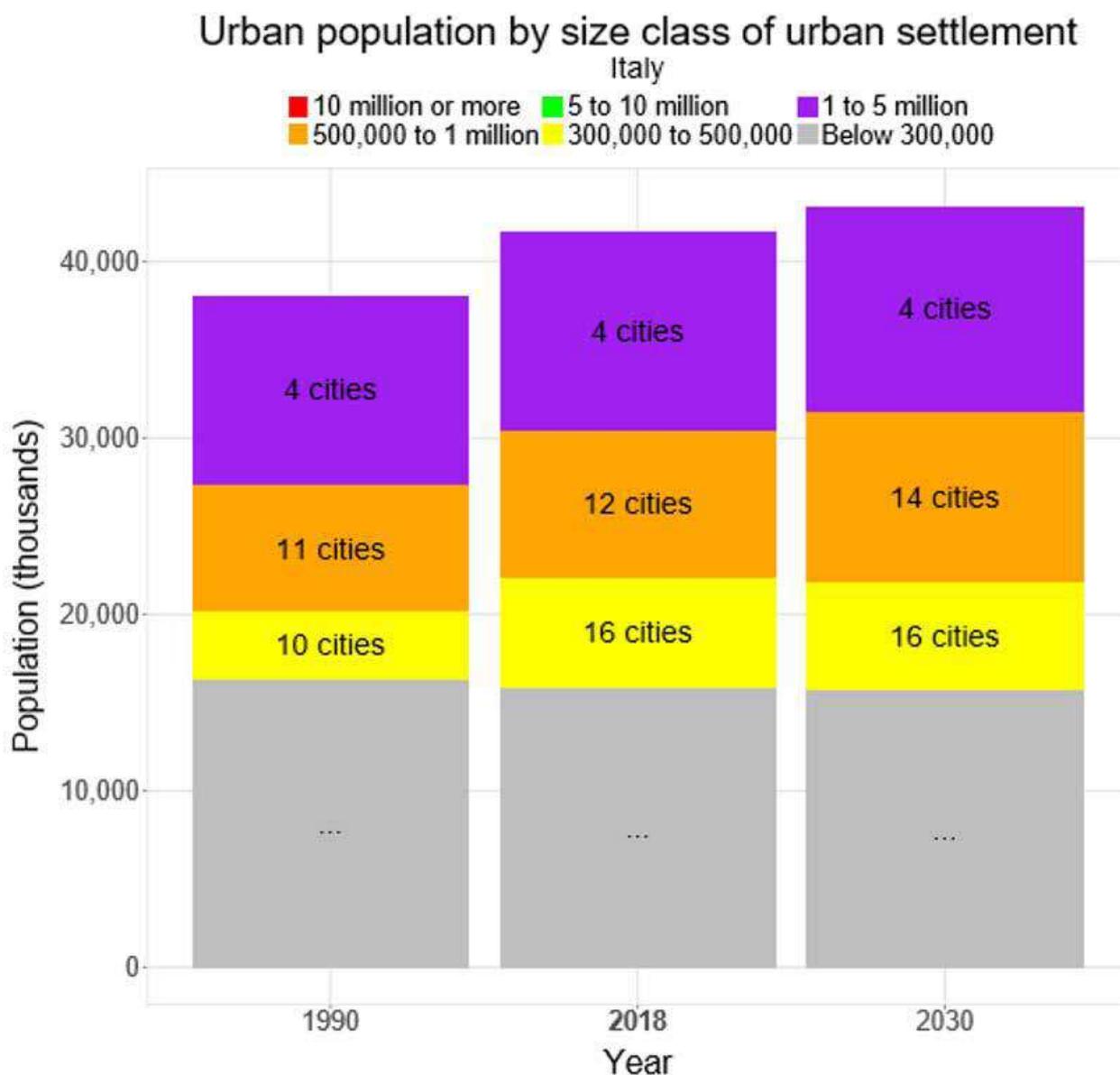
Un fenomeno socio-demografico che riguarda anche l'Italia che nel 2019 secondo una stima delle Nazioni Unite indica come il 70,4% della popolazione viva nelle aree urbane con un restante 29,6 che vive in quelle rurali. Una proiezione che porterà nel 2050 a una percentuale superiore del 80% della popolazione italiana che abiterà nelle aree urbane. (fig. 2)



Note: Urban and rural population in the current country or area as a percentage of the total population, 1950 to 2050

**FIGURA 2** Data source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2018a). World Urbanization Prospects 2018.

L'Italia si caratterizza, secondo il World Urbanization Prospect delle Nazioni Unite, con una mancanza di megalopoli ( dai 5 ai 10 milioni di abitanti), ma con una popolazione urbana di 42 milioni di individui che si concentrano per quasi due-terzi in 4 città di dimensione socio-abitativa superiore a 1 milione di abitanti, in 12 città superiori ai 500 mila abitanti, in 16 città superiori ai 300.000 abitanti. Una proiezione che entro il 2030 porterà ad una crescita socio-demografica soprattutto nel numero delle città, da 14 a 16, che stanno nella fascia tra i 500 mila e il milione di abitanti. (fig. 3)



Note: Urban population by size class of urban settlement and number of cities, 1990, 2018 and 2030. The grey area is a residual category that includes all urban settlements with a population of less than 300,000 inhabitants.

**FIGURA 3** Data source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2018a). World Urbanization Prospects 2018.

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

Le città e il loro modello di sviluppo sono oggi in prima linea nella lotta contro le criticità connesse alla crescente urbanizzazione, tra cui la salute pubblica occupa un posto di primaria importanza

Soprattutto in questi tempi di emergenza sanitaria globale dovuta al COVID-19, si è sentita la necessità di dover ridefinire il concetto di salute e valutare le connessioni che la stessa ha con i fenomeni di urbanizzazione e con il concetto di comunità.

I dati sull'aspettativa di vita alla nascita (LEB) dal 1900 ad oggi, sviluppati dall'Health City Institute sulle proiezioni socio-demografiche relative alla salute della World Health Organization e delle Nazioni Unite, ci indicano nei Paesi sviluppati si sia passato dai 47,3 anni del 1900 ai 76,9 anni del 2000, per arrivare agli 80,7 del 2018 (dati OCSE), con una proiezione che porterebbe ai 90 anni nel 2050 (fig.4). Una longevità frutto di interventi politico sanitari, di prevenzione, di strategie vaccinali, della clorazione dell'acqua, la riduzione degli incidenti sul lavoro, di ricerca e diagnostica e della scoperta di nuove molecole, e anche di una modifica sostanziale delle cause di mortalità, dove le malattie croniche non trasmissibili (NCDs) sono di fatto oggi la causa di maggiore mortalità nella popolazione. L'aspettativa di vita alla nascita è quasi raddoppiata grazie al progresso civile, tecnico e scientifico e all'alfabetizzazione della popolazione. Nuove abitudini e nuovi rischi hanno però modificato, e continuano a modificare, le principali cause di morte nei Paesi avanzati che si sono trovate negli ultimi cento anni a dover affrontare anche le grandi sfide dovute alla diffusione delle malattie infettive di origine virali.

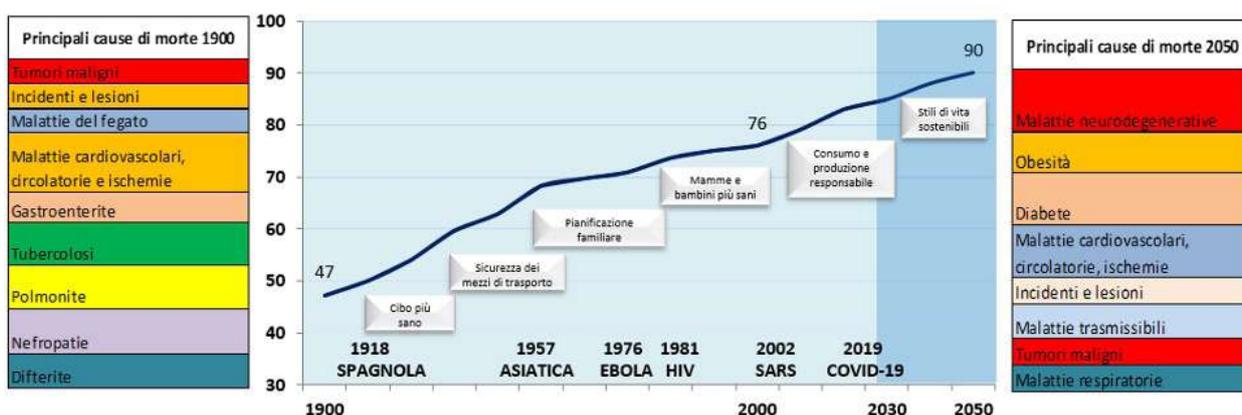


FIGURA 4 Data Source: Health City Institute - A political vision for the future: reduce deaths and improving lives (2020)

La grande sfida del secolo scorso è stata quella di aumentare l'aspettativa di vita e di cercare di migliorare la qualità della stessa, come segno di civiltà e progresso

Nel secolo scorso uno studente chiese all'antropologa statunitense Margaret Mead, quale ritenesse fosse il primo segno di civiltà in una cultura. La risposta della Mead lasciò sorpreso lo stu-

dente che si aspettava una dissertazione antropologica. La Mead disse che il primo segno di civiltà in una cultura antica era un femore rotto e poi guarito. Per lei antropologa quello era il vero segnale di una civiltà che si evolve, perché nel regno animale, se ti rompi una gamba, muori. Resti isolato in balia del pericolo, non puoi cacciare o dissetarti al fiume sottolineando come nessun animale può sopravvivere a una gamba rotta abbastanza a lungo perché l'osso guarisca da solo. Un femore rotto che è guarito è la prova che qualcuno si è preso il tempo di stare con colui che è caduto, ne ha bendato la ferita e bloccato l'arto fratturato, lo ha portato in un luogo sicuro, lo ha rifocillato, lo ha aiutato a recuperare il suo stato di salute. Questo concetto di inizio della civiltà significa che oggi come all'inizio dell'evoluzione dell'uomo, ognuno di noi deve spendere più tempo a curare e prendersi cura dell'altro, perché questo significa che salute è civiltà. All'indomani della seconda guerra mondiale, nel 1948, le Nazioni costituenti nel fondare l'Organizzazione Mondiale della Sanità, definirono la salute come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia, oggi bisogna rivedere questo concetto in una definizione ancora più moderna e attinente all'evoluzione del concetto di salute e sanità.

Oggi, questo concetto dovrebbe affermare come la salute non è soltanto l'assenza di disagio o infermità, ma uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale, ma anche economico e culturale sia individuale che collettivo. Noi medici e ricercatori di area sanitaria e biomedica dobbiamo cominciare a pensare, quindi, anche a un nuovo concetto di medicina consci che la nostra salute dipende per il 20% dalla predisposizione genetica e per l'80% dai fattori ambientali (che a loro volta influenzano geni) e la cura deve necessariamente andare oltre la persona e il concetto di malattia, ma studiare nel contempo il contesto di vita e la comunità che circonda l'individuo. Dobbiamo passare da un concetto di medicina incentrata sul singolo paziente, a un concetto più ampio di comunità, da una "patient medicine to a community medicine", incentrata sul valore più ampio di una salute come bene comune.

La sfida di questi tempi che il nostro Sistema Sanitario Nazionale sta vivendo è epocale e dovrà, necessariamente, portare a delle ampie riflessioni in termini di politica e programmazione sanitaria dove la contrapposizione e la mancata integrazione ospedale-territorio ha fatto emergere fragilità che debbono essere viste con una rimodulazione del concetto di assistenza e cura quindi meno "patient centred care" e maggiormente incentrato, o quantomeno altrettanto, su quello di "community centred care". Le "eccellenze", di cui noi stessi facciamo parte, lo sono solo se sono in grado di riconvertirsi rapidamente. La medicina personalizzata e di precisione che è e resta sicuramente il futuro non deve fare perdere di vista l'insieme dell'individuo e della collettività: una polmonite atipica è un indizio, due polmoniti atipiche possono essere una coincidenza, ma tre polmoniti atipiche sono la prova che qualcosa di "atipico" sta accadendo in quella comunità! Una emergenza sanitaria, sociale, economica, politica globale, come quella dell'infezione COVID-19, pone tutti davanti ad una sfida darwiniana, ovvero eventi in grado di cambiare le prospettive evoluzionistiche in ambito biomedico, epidemiologico, sociale e clinico. Questi eventi e le loro conseguenze, dovranno spingere governanti, esperti, ricercatori e clinici, a riflettere sulla necessità e il dovere di considerare le malattie infettive diffuse come una minaccia sempre costante, in grado di cambiare la vita di tutte le persone e delle comunità che abitano questo "grande condominio" chiamata Terra, altrettanto quanto le malattie non trasmissibili (Non-Communicable Disease - NCD) erano, e sono

diventate il nostro target di studio per aggiungere qualità alla quantità della speranza di vita del singolo. In un mondo dove le conoscenze biomediche negli ultimi anni sono progredite costantemente con ritmi elevati ed apparentemente inarrestabili, con un grave rischio di delirio di onnipotenza; in un mondo di comunicazione costante in cui tutti si ritengono esperti e la medicina clinica ha perso valore di fronte al Doctor Google, appare, a noi veri esperti, evidente il contrasto con una medicina sempre più frazionata in silos e, talora, poco interconnessa con la società e l'ambiente. Un ambito biomedico che dovrà, quindi, sempre più tenere conto della scienza per dare in anticipo risposte anche alle grandi sfide che fenomeni come globalizzazione, incremento sociodemografico e urbanizzazione avranno in futuro sulla salute degli individui e delle comunità. Le città nella loro struttura urbanistica, sociale e sanitaria sono e saranno un laboratorio di questo contesto di community e saranno le prime, necessariamente, ad avere modifiche che portino a dover riconsiderare il ruolo del government e della governance della salute. Nella lingua italiana abbiamo solo una parola che è "governo" della salute che non ci aiuta e che finisce, a volte anche in maniera capziosa, a fornire alibi e generare confusione. È invece chiara la differenza tra government, ovvero il primato politico di chi prende le decisioni, e la governance che invece si riferisce a quell'insieme di entità, individui e modi che debbono realizzare le azioni di governo e render le stesse realizzabili e utili alla comunità. Due pilastri interconnessi che fanno sì che il Sistema sia in grado di prevenire, prendere rapidamente decisioni e agire anche e soprattutto durante le emergenze.

Dovranno quindi cambiare la visione ed il concetto di governo e struttura dei grandi ospedali e forse ripensarne la struttura organizzativa, la flessibilità e l'agilità di trasformazione: solo per fare un esempio per noi tangibile è stato più facile agire in strutture ospedaliere diffuse con padiglioni specializzati da accendere, spegnere e riconvertire che le strutture monoblocco ed iper-compatte dove, come sapevano i nostri maestri, le epidemie si diffondono con maggiore facilità. Dovremo ripensare al rapporto con il territorio che in questa evenienza, specie in alcune metropoli, è decisamente mancato proprio dove la concentrazione di "eccellenze" ne aveva lacerato del tutto le connessioni. Dovrà quindi cambiare il concetto di Urban Health in una visione dinamica che sia in grado di integrare lo sviluppo urbanistico con la scelta di soluzioni capaci di incidere sulle condizioni di salute e di vulnerabilità di cittadini.

Una salute, che sempre più sarà la conseguenza di fattori multidimensionali come la sanità, vista come sistema complessivo di prevenzione, diagnosi e accesso alle cure, gli stili di vita non solo più individuali ma sempre più collettivi, di Stato sociale, economico, lavorativo e culturale non solo del singolo, ma del contesto nel quale si vive, di famiglia, intesa come il nucleo di riferimento dove si sviluppano strategie quotidiane sulla salute e si vedono i primi "indizi" di malessere, e di comunità, intesa l'insieme di individui, dove gli indizi diventano "coincidenze" ed, infine, di Enti e Professionisti che incidono su un determinato territorio che devono fare il collegamento "indizi + coincidenze = prova". Una salute sempre più "bene comune e indivisibile per singolo individuo". In questi giorni stiamo imparando, in tutto il mondo, a convivere con il timore che ove la pandemia COVID-19 si espandesse incontrollata nelle metropoli, questa potrebbe essere una tragedia di dimensioni tali da essere forse, in una visione darwiniana, irreversibile per tutta l'umanità. Una medicina incentrata sulle community significa tornare a ridefinire gli ambiti di intervento dove – early detection, early diagnosis, early prevention e early treatment – debbono trovare una nuova

dimensione anche nella ricerca e nella clinica, inserendo il medico e il ricercatore in un contesto più ampio dell'ambito sanitario e mettendolo in stretta correlazione con esperti di programmazione ed organizzazione dei servizi, di igiene sanitaria e di ambiente, per curare il "femore rotto" del nostro progenitore primo esempio di evoluzione civile.

Concetti come smart working, teleassistenza e telemedicina, mobilità intelligente, distanziamento sociale e non ultimo la paura di vivere soli e isolati in grandi compound abitativi potranno arrestare la crescita demografica dovuta a fenomeni migratori interni ed esterni verso le grandi città, ma in ogni caso serviranno a riprogettare da parte degli amministratori città non più come silos culturali ed estetici, dove smart cities, green cities, sport cities, sono concetti di sviluppo del tessuto urbano separato e non sono connessi al concetto superiore di healthy cities.

La salute come bene comune identifica una specifica area di competenza per i sindaci e gli amministratori locali, che dovranno considerare come la stessa sia una priorità di tutta la comunità. In una indagine condotta dall'Health City Institute e MediPragma su Milano i era pre COVID19, emergeva con la salute fosse al primo posto tra le priorità dei cittadini milanesi(fig.5) ed è facile immaginare come questa esigenza oggi emerga ancora maggiore e inderogabile.



#### Livello di priorità delle aree di intervento per una migliore vivibilità della città di Milano



FIGURA 5 Data Source: Health City Institute- Medi Pragma Lo stato di salute dei servizi offerti ai cittadini dalla Città' di Milano, ATLAS Milano Cities Changing Diabetes (2019)

I sindaci dovranno riscoprire sempre di più la parola salute come principio politico di governo del territorio e in questo avranno bisogno di avere al loro fianco nuove figure professionali di governance, che siano di raccordo tra le politiche dell'amministrazione comunale e quelle dell'amministrazione sanitaria. In questo, lo sviluppo della figura dell'Health City Manager, appare indero-

gabile. Un professionista, con competenze curriculari, che possa rientrare all'interno dello staff del Sindaco per coordinare e implementare le azioni per la salute pubblica nel contesto urbano in funzione degli obiettivi di mandato espressi dal documento di programmazione dell'Amministrazione comunale in termini di salute e capace di raccordarsi con le politiche sanitarie nazionali, regionali e locali.

Ma le città dovranno fare i conti anche con le fragilità sociali ed economiche che stanno emergendo ed emergeranno sempre di più in futuro e i Sindaci, soprattutto dei grandi nuclei urbani, dovranno gestire ed arginare il disagio, le vulnerabilità e, a volte, la rabbia che nascerà da nuove povertà generate da post pandemia, dove le disegualianze tra chi ha soluzioni lavorative, abitative, di mobilità e di accesso alle cure si troveranno contrapposti a chi, invece, vivrà in condizioni di negazione sociale del diritto di accesso al lavoro, alle risorse economiche e di grande precarietà per l'accesso alla salute.

Lo sviluppo sostenibile, che molte città hanno messo nelle loro agende, sicuramente dovrà essere rivisto nell'ottica di non solo di uno sviluppo socialmente, ma anche di una salute sostenibile. La salute potrà essere o il collante che lega una comunità o la condizione che evidenzia le disegualianze e allora il Sindaco non sarà solo colui che dovrà dare una risposta in tema di occupazione e sicurezza, ma sarà colui che dovrà garantire il piano accesso alle cure e ai trattamenti in ottica di tutela e fruizione della propria comunità. Il Manifesto della salute nelle città potrà essere per i sindaci una roadmap sulla quale lavorare e non solo una buona intenzione amministrativa. Dove il concetto di *smart city*, ovvero di una città tecnologicamente connessa, si evolve anche nel tema di controllo della salute dei cittadini, attraverso l'utilizzo di tecnologie che possano monitorare i determinanti della salute nelle città

\* Professore Ordinario di Endocrinologia, Direttore del Dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"  
Presidente Comitato Nazionale sulla Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita (CNBBSV) della Presidenza del Consiglio dei Ministri  
Presidente Health City Institute



**Intervento - Tiziana Frittelli \***

## Covid 19: dalla prima alla seconda fase della gestione dell'emergenza

Una governance integrata tra frontiera sanitaria e impegno dei comuni sul socio-sanitario e assistenziale

### Situazione pre-covid della sanità italiana *(fonte Rapporto Oasi 2018)*

Dopo avere raggiunto l'equilibrio economico-finanziario riuscendo a mantenere buoni risultati in termini di salute della popolazione, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) deve ora risolvere alcuni disequilibri territoriali e raccogliere la sfida imposta dalla frammentazione della società, che crea nuove fragilità e nuovi bisogni.

*Sul totale della spesa, quella per il welfare segna una riduzione della quota sanitaria e incremento della spesa assistenziale (invalidità e accompagnamento)*

Tutte le tipologie di assistenza ospedaliera (ricoveri ordinari e soprattutto day hospital) registrano trend in riduzione. A rimanere invariata è, però, soprattutto la domanda derivante dal cambiamento sociale, che porta a una progressiva frammentazione: nel 2017 il 32% delle famiglie è unipersonale (8,1 milioni di individui, di cui 4,4 milioni over 60) e il rapporto tra gli over 65 e la popolazione attiva, al 35%, è il più alto d'Europa.

*Copertura dei servizi pubblici del 32% della domanda socioassistenziale, dispersa tra SSN, INPS e Comuni*

### Criticità di sistema emerse durante la fase 1 Covid

Dal 21 febbraio gli accessi al PS per patologie "no covid" sono diminuite mediamente di oltre il 30%.

Questo significa che:

- Accesso inappropriato ai servizi di emergenza nella fase pre-covid;
- Scarso filtro effettuato dai MMG;
- Territorio debole, sia dal punto di vista medico che infermieristico, con scarso e spesso inesistente raccordo tra servizi ospedalieri e territoriali e debole presa in carico dei pazienti con patologie croniche;
- Scarso empowerment del paziente e dei care giver;
- Criticità emerse sulla gestione degli anziani nelle Rsa ;

### Contesto: Fase 2, il ruolo strategico del territorio

La pandemia ha dimostrato che le cronicità e le fragilità sociali rappresentano il "banco di prova" per la tenuta del SSN. Per questo motivo bisogna procedere verso il potenziamento delle cure primarie sul territorio, in aggiunta alla rete già presente dei MMG, orientando il Population Health management su 5 "P": prevenzione, prossimità, proattività, personalizzazione, partecipazione.

## Obiettivi

Occorre, ora, lavorare su un concetto di prevenzione ampio, che intercetti i pericoli di contagio, soprattutto nei luoghi di aggregazione esterni all'area delle strutture sanitarie, collocati nei territori comunali, per favorire la protezione delle categorie più fragili.

*Per questo motivo si intende promuovere azioni tra Aziende sanitarie e Comuni, al fine di proteggere le comunità più fragili, che entrano nei circuiti sanitari di controllo solo in caso di contagio.*

Sarebbe opportuna una "centrale comune" tra rete sanitaria e socio assistenziale mettendo a fattor comune informazioni e tecnologie.

## Case History: Progetto in via sperimentale Federsanità Anci Lazio

Anci Lazio e Federsanità Lazio hanno elaborato un progetto che potrà essere replicato in altre Regioni, al quale hanno aderito Upi Lazio, Unione regionale dei segretari comunali e provinciali e Regione Lazio. Il progetto sarà aperto alla Protezione civile del Lazio, al terzo settore, alle Associazioni sportive, al Vicariato, ai Nas. Saranno partner possibili Federfarma, (per consegna farmaci a domicilio), Assobiomedica (per consegna dispositivi a domicilio), le grandi catene distribuzione alimentare (per consegna spesa a domicilio), primarie società informatiche per la ricerca di soluzioni tecnologiche che facilitino la vita sociale e la salute della popolazione.

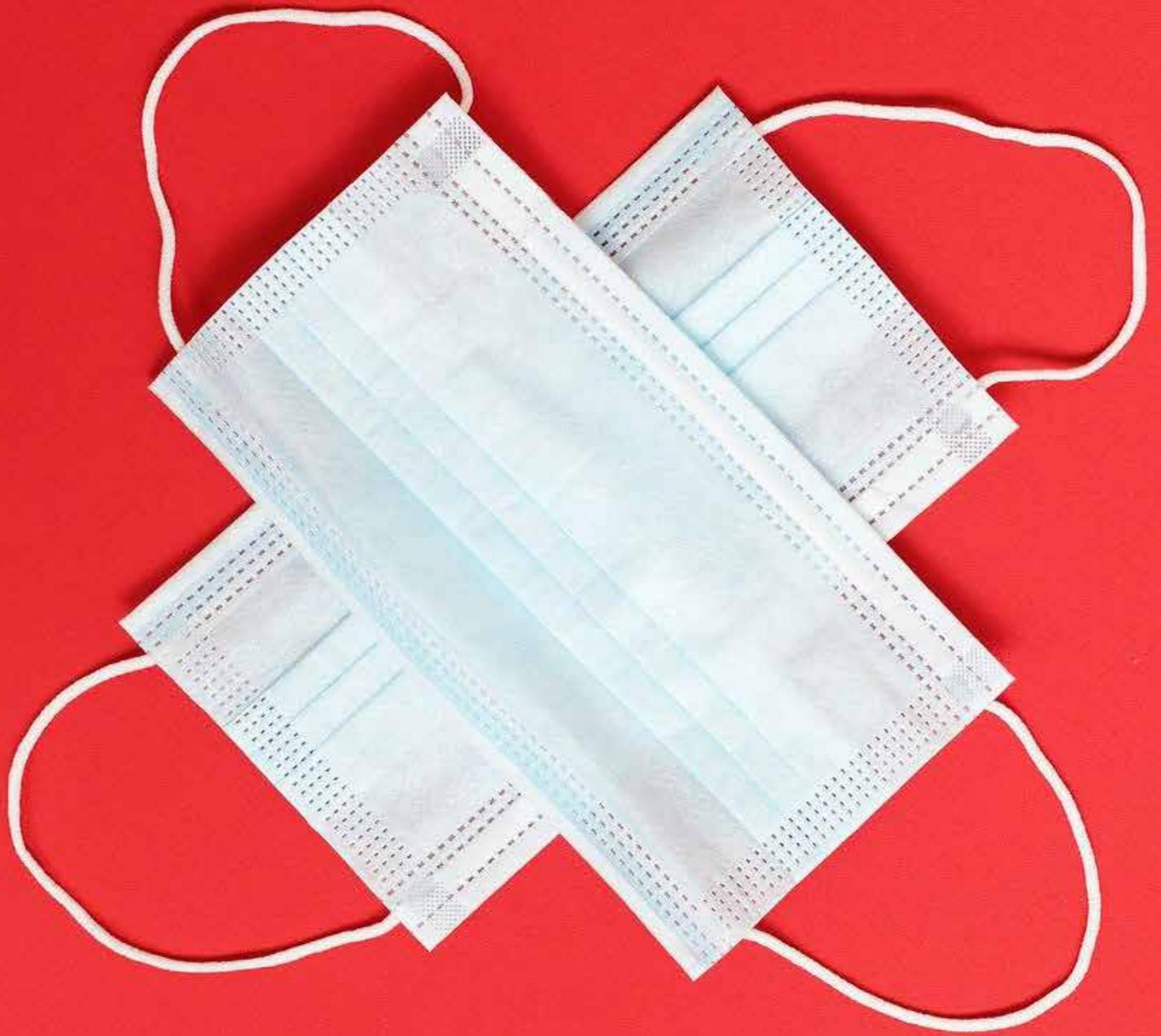
Per accompagnare i Comuni della Regione Lazio verso un ordinata gestione della fase 2, il progetto prevede tre iniziative.

- 1) **Attività di formazione per la riapertura degli uffici comunali e provinciali**
- 2) **Strategie di distanziamento personale con tecnologia digitale - percorsi attivabili e buone pratiche attraverso:**
  - *Mappatura disponibilità di tecnologia*
  - *riduzione del divario digitale*
- 3) **Strategie di comunità e prevenzione primaria**
  - *sentinelle di comunità*
  - *i supporti di rete della solidarietà*

## Conclusioni

È fondamentale mettere a punto ora un sistema di **presa in carico integrata sul territorio**, che consentirà domani una prevenzione proattiva sugli stili di vita e un empowerment del cittadino, favorita dall'integrazione con il terzo settore e da soluzioni tecnologiche e di facilitazione della vita sociale.

\* Presidente Federsanità - Confederazione delle Federsanità Anci Regionali



Intervento - Angelo Tanese \*

## La sanità del futuro tra ospedale e territorio

L'emergenza Covid costituisce un potentissimo richiamo alla necessità di operare un cambio di passo e una più rapida innovazione su alcuni aspetti strutturali e organizzativi dei nostri sistemi sanitari

L'emergenza Covid 19 ha messo a dura prova il nostro servizio sanitario, per la rapidità della diffusione del contagio e l'improvviso afflusso di ricoveri ad alto rischio infettivo e con medio-alta intensità assistenziale. Nell'arco di poche settimane decine e decine di ospedali hanno dovuto raddoppiare se non triplicare i posti letto di terapia intensiva, in una situazione di crescente carenza di personale, attrezzature e dispositivi di protezione individuale.

Se l'impatto sulla rete di emergenza è noto, meno evidente è il fatto che l'epidemia sin dall'inizio ha coinvolto anche i servizi di prevenzione delle ASL, chiamati a identificare, mettere in sorveglianza e monitorare migliaia di cittadini, la rete delle cure primarie e dei servizi tenuti a gestire le persone a domicilio, le centrali che hanno gestito la dimissione dagli ospedali in strutture protette, e un ruolo di vigilanza e intervento delle ASL sulle strutture residenziali o sulle comunità (comunità religiose, convitti, istituti penitenziari, etc).

L'ondata d'urto dell'epidemia è stata tale da mettere in difficoltà anche sistemi maturi e abbastanza collaudati, come la rete ospedaliera lombarda o la rete delle cure primarie dell'Emilia-Romagna. Potremmo chiederci cosa sarebbe successo se il contagio si fosse sviluppato con la stessa virulenza in regioni notoriamente meno attrezzate dal punto di vista strutturale e nell'organizzazione dei servizi.

Ma non è questa la domanda che dobbiamo porci oggi. Dobbiamo invece chiederci cosa possiamo trarre da questa esperienza in termini di ripensamento e riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese e, in modo più specifico, dove dovremmo investire per migliorare e rafforzare la nostra capacità di tutela della salute nei confronti dei cittadini, superando anche la stessa contrapposizione tra ospedale e territorio.

Non vi è dubbio, infatti, che in questo inizio di 2020 l'emergenza Covid costituisce un potentissimo richiamo alla necessità di operare un cambio di passo e una più rapida innovazione su alcuni aspetti strutturali e organizzativi dei nostri sistemi sanitari.

Innanzitutto rendere più flessibile la gestione dei posti letto nei nostri ospedali, che devono poter rimodulare l'offerta per intensità di cure anche in relazione a situazioni impreviste, e quindi con un "margine di elasticità" maggiore rispetto alla cura dimagrante degli ultimi decenni; devono essere inoltre ospedali in grado di gestire percorsi separati di accesso al Pronto Soccorso e alla fase di isolamento del paziente sospetto in attesa di valutazione; e devono essere ospedali più integrati nella più ampia rete dei servizi sanitari, in una logica di continuità assistenziale in cui singole strutture (assistenza di base e domiciliare, ambulatori specialistici, ospedali, strutture intermedie) gestiscono fasi di intensità diversa di uno stesso percorso di diagnosi e cura.

Dall'altro lato, abbiamo bisogno di ripensare profondamente il sistema di erogazione dei servizi sul territorio. I cittadini devono sentire il Servizio Sanitario più vicino, più accessibile e più

integrato. Malgrado i tanti sforzi fatti negli ultimi anni, la rete delle cure primarie è spesso debole e frammentata, i servizi di prevenzione e del distretto sono talvolta percepiti come burocratici e lenti, e gli strumenti della telemedicina e della teleassistenza mediamente poco sviluppati.

E' arrivato il momento di cogliere l'opportunità del grande sforzo che in questi mesi stiamo facendo per riportare al centro dell'agenda politica l'investimento sulla salute come bene comune e mettere in campo un grande sforzo di semplificazione, innovazione e immissione di giovani professionisti nel Servizio Sanitario. Lo scopo non è un mero finanziamento aggiuntivo del SSN, ma l'attuazione di una strategia forte e consapevole di adeguamento dell'offerta sanitaria a bisogni di salute e di assistenza che sono cambiati.

Evitiamo però che i modelli siano disegnati in modo rigido a livello centrale; le realtà locali sono molto diverse tra loro, dai contesti urbani e metropolitani a quelli rurali o montani. Permane un'esigenza di garantire autonomia e flessibilità nell'organizzazione dei servizi con un ruolo fondamentale delle regioni e delle aziende sanitarie. E di realizzare anche una grande operazione simbolica e culturale che responsabilizzi maggiormente cittadini e istituzioni sui temi della promozione della salute, a partire dagli enti locali, dalle istituzioni educative e formative, e dalle stesse imprese, con scelte più orientate al rispetto dell'ambiente, alla cura delle persone e al benessere delle comunità. E' questa la vera sfida del prossimo decennio.

\* *Direttore Generale ASL Roma 1*



3 12

www.123.com

Intervento - **Livio Gigliuto** \*

## La salute nelle città e il ruolo dei sindaci

Queste figure di “eroi discreti”, impegnati strada per strada nel far rispettare le regole, sono emersi affidabili e rassicuranti, tanto che 7 italiani su 10 hanno promosso a pieni voti l'operato del proprio Sindaco

L' emergenza Covid 19 ha messo a dura prova il nostro servizio sanitario, per la rapidità della diffusione del contagio e l'improvviso afflusso di ricoveri ad alto rischio infettivo e con medio-alta intensità assistenziale. Nell'arco di poche settimane decine e decine di ospedali hanno dovuto raddoppiare se non triplicare i posti letto di terapia intensiva, in una situazione di crescente carenza di personale, attrezzature e dispositivi di protezione individuale.

Paura e speranza nascono giganti. Così sembra accadere anche durante l'emergenza che da ormai più di due mesi sta colpendo il Pianeta e ovviamente il nostro Paese. L'arrivo dell'epidemia ha immediatamente generato un elevato livello di allerta presso l'Opinione. Il momento simbolo di questa fase è stato l'annuncio del lockdown dell'8 marzo. Da quel momento, più di 7 italiani su 10 hanno avvertito un forte livello di timore.

Un livello rimasto costante con il trascorrere delle settimane e mai sopito presso l'Opinione.

Questo sentimento diffuso di vulnerabilità ha condotto (anche in questo caso la letteratura è piena di casi storici del tutto simili) a una particolare affezione nei confronti delle autorità: quando abbiamo paura abbiamo più fiducia in chi prende le decisioni.

Così si spiega la crescita di consenso nei confronti del Governo e dei suoi più alti esponenti, ma anche nei confronti delle forze dell'ordine, del Presidente della Repubblica, della sanità pubblica e persino della comunicazione pubblica. Anche la Rai ha visto crescere il proprio livello di consenso, essendo parte di quel “sistema” che in questi anni aveva subito forti cali di reputazione e che ora, invece, ci tranquillizza, ci fa sentire protetti. In questo quadro, si inserisce il ruolo dei Sindaci italiani. Da sempre, il primo cittadino è anche la categoria di rappresentanti delle istituzioni verso la quale l'Opinione esprime pareri più positivi. Questo anche per un principio assoluto: il “principio di prossimità”. Poter “toccare” il Sindaco, incontrarlo per strada, ci fa sentire più vicini a lui, lo sentiamo più “in servizio”, e quindi istintivamente lo apprezziamo di più.

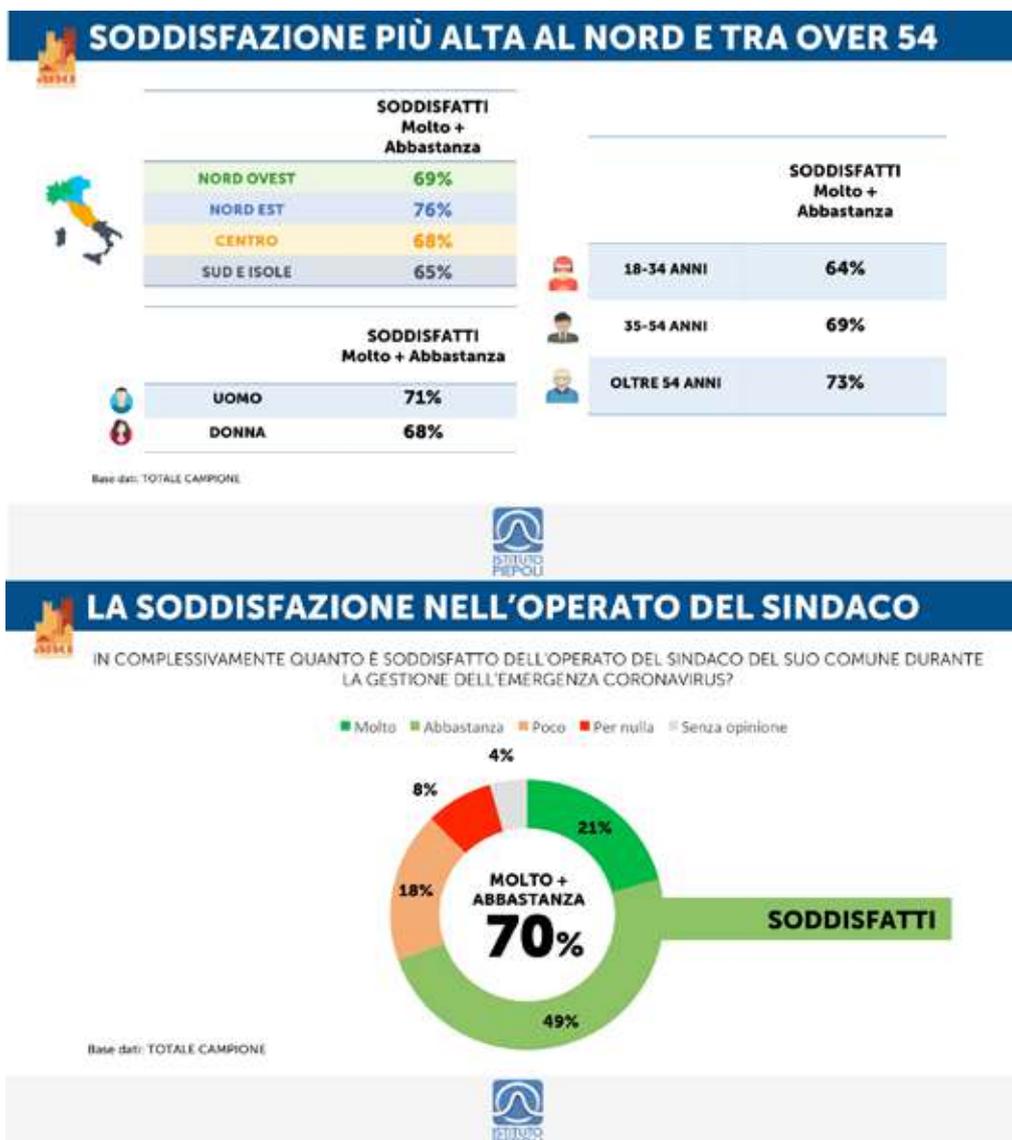
La centralità della figura del Sindaco porta con sé anche effetti negativi. La sua prossimità ci porta ad “appoggiare” su di lui ogni nostro problema, indifferentemente dal fatto che di quel problema sia effettivamente sua la responsabilità. È la sindrome da “è colpa del Sindaco”, che i primi cittadini conoscono bene, e che sono frutto di un naturale bias che ci porta ad associare un problema all'autorità più vicina, e non a quella dotata di più potere.

### **Ma come ha impattato l'emergenza sul nostro sentimento nei confronti dei Sindaci?**

Come abbiamo potuto verificare attraverso un'indagine che abbiamo condotto presso un campione dell'Opinione Pubblica italiana<sup>1</sup>, l'emergenza ha rafforzato negli italiani l'empatia verso i

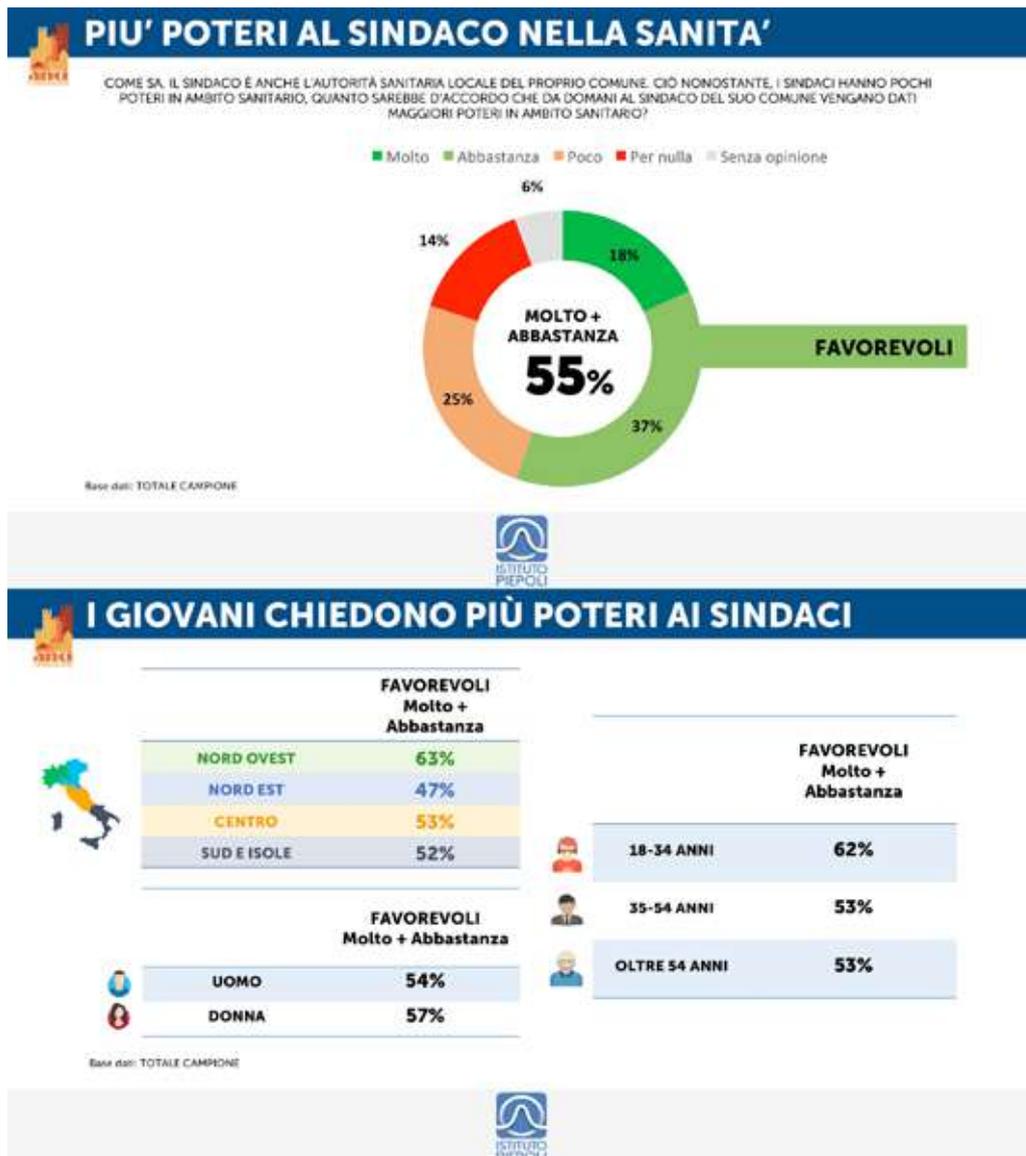
1) L'indagine è stata realizzata da Istituto Piepoli il 28 Aprile 2020 attraverso 502 interviste CATI/CAWI ad un campione rappresentativo della popolazione italiana maschi e femmine dai 18 anni in su, segmentato per sesso, età, Grandi Ripartizioni Geografiche e Ampiezza Centri proporzionalmente all'universo della popolazione italiana.

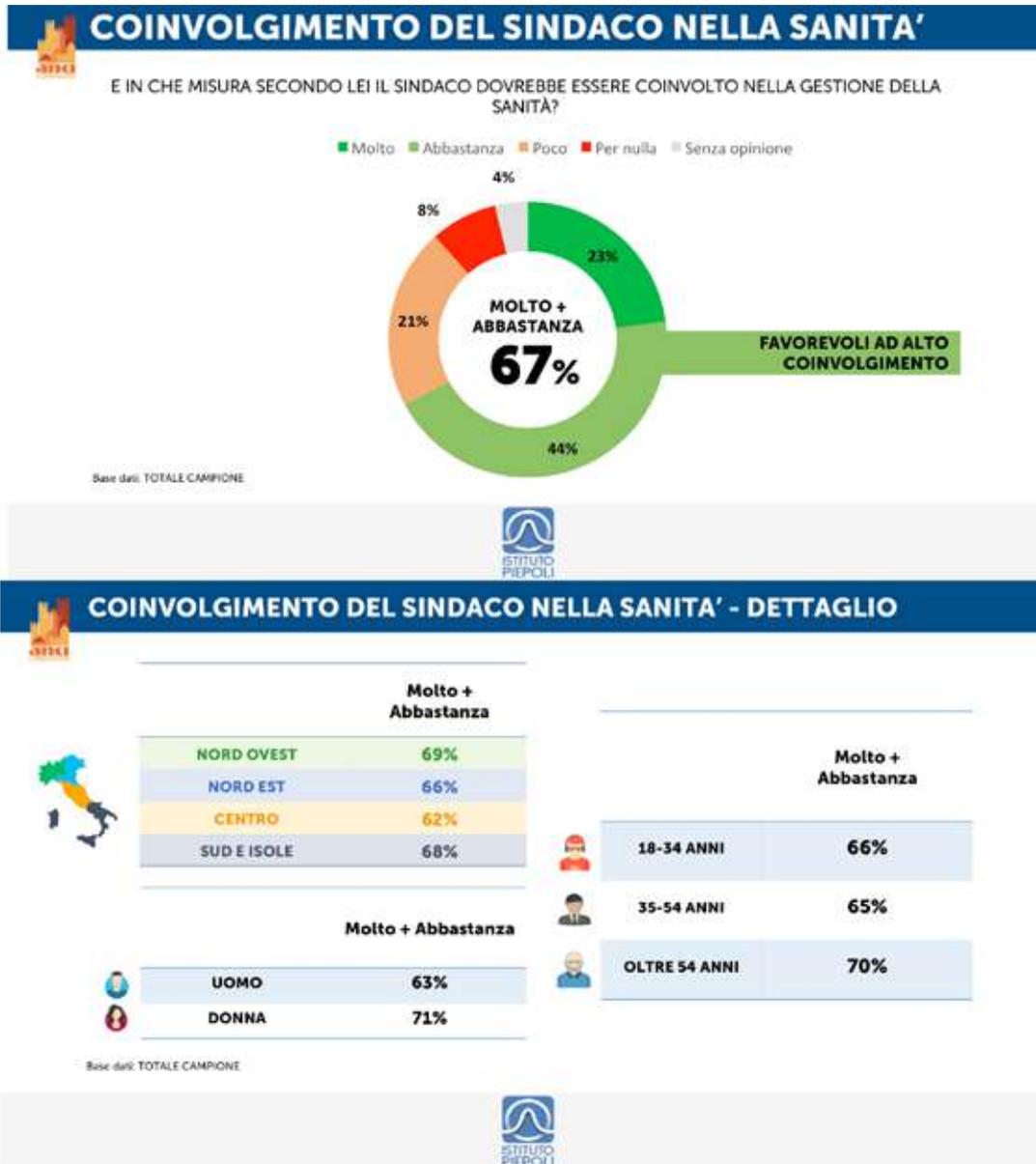
Sindaci. Tra gli italiani queste figure di “eroi discreti”, vicini, impegnati strada per strada nel far rispettare le regole, sono emersi come affidabili e rassicuranti, tanto che 7 italiani su 10 hanno promosso a pieni voti l’operato del proprio Sindaco. Sono in particolare soddisfatti gli abitanti del NordEst, ma il livello è alto in tutto il Paese. Il livello di soddisfazione cresce con l’età: sono ancora più soddisfatti gli over 54.



Meno mediatici dei Presidenti delle Regioni, meno istituzionali dei membri del Governo, gli italiani hanno rivisto nei Sindaci i politici “da campo”, appassionati alle loro comunità a un livello tale da anteporre la salute collettiva alla loro salute individuale. Nella mia esperienza personale, in questi mesi di emergenza ho “incontrato” (rigorosamente in digitale) sindaci coraggiosi e mediaticamente poco visibili, come il Sindaco di Empoli Brenda Barnini, una giovane donna che alle ultime settimane di gravidanza girava per le strade della sua bellissima città toscana distribuendo mascherine (ovviamente in totale sicurezza) e avvertendo i concittadini dell’importanza di restare a casa.

La maggioranza degli italiani (55%), quindi, chiede che i poteri dei sindaci in termini sanitari siano rafforzati e ampliati, rendendo ancora più concreta la loro posizione di autorità sanitaria locale. In questo caso, la richiesta arriva più forte dai più giovani. In ogni caso, in modo sostanzialmente uniforme, due terzi degli italiani (una maggioranza schiacciante) chiedono che il Sindaco sia molto coinvolto nelle scelte relative alla loro salute. Un ulteriore indicatore dell'alta fiducia che gli italiani hanno verso il loro Sindaco. Tra le donne questa sensibilità è più forte.





Le grandi priorità degli italiani si dividono tra i grandi timori generati da questa crisi: il lavoro, il sostegno alle famiglie, la sanità. Un ultimo, interessante segnale debole: proprio tra i più giovani (più soggetti alle crisi occupazionali) l'importanza della salute è più alta, diventando quasi la prima tra le priorità del nostro Paese.



\* Vice Presidente Istituto Piepoli

LA SALUTE NELLE CITTÀ AL TEMPO DEL CORONAVIRUS

[www.ancicomunicare.it](http://www.ancicomunicare.it)



Intervento - **Stefano da Empoli \***

## Una roadmap per la salute nelle città come bene comune

Una governance integrata tra frontiera sanitaria e impegno dei comuni sul socio-sanitario e assistenziale

**S**e c'è una cosa che la crisi generata dal COVID-19 ha dimostrato è il ruolo da protagonista dei sindaci e delle amministrazioni comunali. Non solo come simboli delle città martoriate dal virus ma nel garantire ogni giorno il diritto (e in alcuni casi il dovere) alla salute dei propri cittadini, con le proprie ordinanze ma anche con tante azioni più empatiche che burocratiche. Un ruolo che non si esaurirà di certo con il venir meno della fase più acuta dell'emergenza ma dovrà inevitabilmente accompagnare le fasi successive, quelle della ripresa con la dovuta attenzione a possibili ricadute.

Questo legame tra le città e chi le amministra e la salute non nasce con il COVID-19. Con il termine "*healthy city*", l'Organizzazione Mondiale della Sanità non descrive una città che ha raggiunto un particolare livello di salute pubblica, bensì una che è conscia dell'importanza della salute come bene collettivo e che, quindi, mette in atto delle politiche chiare per tutelarla e migliorarla. Secondo una visione allargata agli aspetti psicologici, alle condizioni naturali, ambientali, climatiche e abitative, alla vita lavorativa, economica, sociale e culturale dei suoi abitanti.

D'altronde, nella misura in cui la salute non risulta essere più solo un "bene individuale" ma anche e soprattutto un "bene comune", emerge il ruolo di fulcro delle città, insieme a quello delle sue componenti, a partire da chi è chiamato ad amministrarla. Come gangli fondamentali della vita umana, le città sono fattori di ricchezza e sviluppo ma possono diventare anche anelli deboli, particolarmente suscettibili a malattie infettive così come a patologie non trasmissibili, a partire dal diabete.

È per questo che è nato con il supporto dell'Istituto per la Competitività ed è già operativo da alcuni anni l'*Health City Institute*, basato su un approccio che vede nelle città uno snodo essenziale per incidere sui determinanti della salute, dall'ambiente allo sport, dall'alimentazione al disagio sociale. Un modo di pensare ma soprattutto di fare che si rispecchia nel Manifesto "La salute nelle città: bene comune" del 2016, che delinea nei suoi dieci punti gli elementi chiave che possono guidare le città a studiare e approfondire i determinanti della salute nei propri contesti e a fare leva su di essi per escogitare strategie tese a migliorare gli stili di vita e il benessere psico-fisico dei cittadini. Indicando le azioni prioritarie per ciascuno dei principi affermati.

La diffusione del COVID-19 ha evidenziato le enormi difficoltà del mondo globalizzato nel prevenire le emergenze derivanti dall'epidemia, rispondere rapidamente alla minaccia e mitigarne gli effetti, ricordandoci che stiamo parlando di eventi ciclici e dunque dimenticarsene una volta passato il pericolo non è una strada che si possa percorrere.

Come si afferma nel Manifesto, integrato alla luce dell'emergenza COVID-19, è dunque necessario intervenire per prevenire e contenere l'impatto delle malattie trasmissibili infettive e

diffusive, promuovendo e incentivando i piani di vaccinazione, le profilassi e la capacità di reazione delle istituzioni coinvolte, con l'attiva collaborazione dei cittadini. Per questo, nel governo della salute del futuro, un ruolo essenziale lo dovranno avere le amministrazioni comunali, per sviluppare e attuare, in collaborazione con le autorità sanitarie locali, le Regioni e il Governo, ciascuno con le proprie competenze, programmi di sorveglianza sulla prevenzione della diffusione delle malattie trasmissibili infettive e diffusive, ricoprendo un ruolo attivo nella definizione preventiva dei relativi piani di contenimento, nonché programmi di sorveglianza sulle questioni relative alla biosicurezza che vanno intesi come un controllo dei fattori inquinanti e dannosi rilasciati nell'ambiente in modo volontario ed involontario.

Nell'ambito degli strumenti di governance multi-livello esistenti, credo sia senz'altro utile riportare alcune decisioni di politica della salute nell'alveo della Conferenza Unificata, che riunisce i rappresentanti dello Stato, delle Regioni e anche delle Città, più che nella sola Conferenza Stato-Regioni.

Inoltre, i comuni dovranno diventare, sempre più, un "centro operativo" all'interno dei protocolli sanitari regionali e nazionali ed essere attivamente coinvolti per esempio nei piani di promozione e prevenzione regionali.

La ripartenza non potrà che avvenire sulla base di un paradigma di sostenibilità a tutto tondo che, con il fondamentale contributo delle amministrazioni locali, dovrà includere l'ambiente, la tecnologia e gli strumenti predittivi dell'intelligenza artificiale, unitamente allo sviluppo di una "cultura della gestione delle crisi", in grado di coltivare responsabilità collettiva e buone pratiche al servizio della salute e del benessere dei cittadini. Un paradigma flessibile, in grado, a seconda delle crisi, di rispondere in maniera selettiva, attivando processi di autoanalisi e di adeguamento alla realtà e, contemporaneamente, volgendo lo sguardo al futuro. Creando, come già affermato nell'ultimo dei dieci punti del Manifesto, in ciascun contesto territoriale (ma anche in contenitori nazionali) una forte alleanza tra comuni, università, aziende sanitarie, centri di ricerca, industria e professionisti. E prevedendo l'istituzione, presso i Comuni, di una nuova figura, l'*Health City Manager*, che possa rientrare all'interno dello staff del Sindaco per coordinare e implementare le azioni per la salute pubblica nel contesto urbano in funzione degli obiettivi di mandato espressi dal documento di programmazione dell'Amministrazione comunale.

Uno dei principali insegnamenti della drammatica vicenda che ha colpito il Paese è quello di puntellare le fondamenta del sistema sanitario nazionale che verrà con le solide radici dei sindaci e delle comunità che essi rappresentano. Non già per sfilacciare un sistema che purtroppo, anche in questa situazione, si è caratterizzato talvolta per la sua eccessiva frammentazione ma per acquisire una maggiore reattività a una serie di fenomeni, non solo di natura epidemica, che si sviluppano localmente. Per essere pronti alla prossima emergenza ma anche per governare meglio ogni giorno le nostre città e l'Italia nel suo complesso.

\* *Presidente Istituto per la Competitività I-COM*

Con il patrocinio di



Giornata nazionale per la salute e il benessere nelle città

**2 LUGLIO**

**“La salute è nelle tue mani, prenditene cura...”**



**cities  
changing  
diabetes**

Intervento - **Ketty Vaccaro \***

## Nuove vulnerabilità e fragilità sociali dopo l'emergenza coronavirus

Vivere in un nucleo urbano con specifiche caratteristiche ha un impatto diverso sulla condizione individuale: la grande area metropolitana del Sud aggrava le condizioni di povertà

**P**arlare delle nuove vulnerabilità e fragilità sociali dopo l'emergenza COVID-19 significa trattare un tema ampio, complesso e difficile che si può tuttavia inquadrare con il supporto di alcuni dati ed elementi significativi, i quali non esauriscono certo la vasta dimensione delle fragilità sociali ed economiche del nostro Paese ma ben ne possono spiegare alcune caratteristiche essenziali.

Innanzitutto, dobbiamo chiederci che cosa rende particolarmente complessa l'emergenza che stiamo attraversando. E la risposta risiede nel fatto che essa ha conseguenze che non sono solo sanitarie, ma anche economiche, sociali e psicologiche, a tal punto che addirittura in certi momenti il dibattito pubblico ha visto quasi contrapporsi l'interesse economico a quello sanitario collettivo. **Oggi noi assistiamo a un intreccio fra vecchie e nuove fragilità che s'intensificano e che sono fra loro connesse.** Ma l'elemento di specificità che si va a sommare è che l'Italia si muoveva in una situazione particolarmente problematica già prima dell'epidemia. L'intreccio delle conseguenze che l'epidemia ha comportato s'inserisce quindi in un contesto assolutamente difficile nel caso italiano, proprio in riferimento alle fragilità e alle vulnerabilità sociali.

A dimostrazione di questa argomentazione, si parta da un dato economico emblematico, quello sulla povertà. E' importante evidenziare come negli anni della crisi si fosse già assistito a un più che raddoppio delle condizioni di povertà estrema in termini di incidenza sul totale delle famiglie (da 3,5% a 7,0%) che, in valore assoluto, sono passate da 800mila nel 2007 a 1,8 milioni nel 2018.

Un dato che include differenze storiche che ci portiamo appresso e non ancora eliminate – su tutte senz'altro il gradiente Nord-Centro-Sud- ma insieme anche ad un mosaico di fragilità specifiche che deve necessariamente essere tenuto in considerazione.

Prendendo come indicatore la povertà assoluta, il dato nazionale del 7,0% diventa 10,0% al Sud, ed è noto. Ma all'interno della stessa condizione di povertà si rispecchiano ulteriori fragilità, specifiche di alcune determinate situazioni, come, ad esempio, le famiglie monogenitoriali (11,0%), le famiglie numerose con 3 o più figli minori (19,7%), le famiglie di soli stranieri (30,3%) e le famiglie con capofamiglia con basso titolo di studio (10%), ove noi sappiamo che le risorse individuali sono fondamentali per garantirsi l'accesso alle risorse economiche. **C'è un problema di mappa generazionale della povertà che è profondamente cambiata nell'arco di questo decennio di crisi.** Se prima coincideva sostanzialmente con la condizione di anzianità, oggi la situazione è completamente ribaltata: l'incidenza di povertà nelle famiglie con capofamiglia di età compresa tra i 18 e i 34 anni è pari al 10,4% contro il 3,2% di quelle con anziano, che può anche avere un reddito basso ma garantito dalla pensione. Il dato noto è che nei nuclei famigliari ove il capofamiglia è in cerca di occu-

pazione l'indicatore è pari al 27,6%, ma qual è il dato meno noto su cui innestare la riflessione, dal momento che rappresenta, tra l'altro, il rischio specifico della situazione che stiamo vivendo? Senza l'altro il fenomeno dei *working poor*: anche nelle famiglie in cui il capofamiglia è operaio l'incidenza della povertà assoluta raggiunge il 12,3%, mentre nel 2007 era solo dell'1,7%. Questo significa che, se prima della crisi economica del 2008 l'occupazione poteva in larga misura rappresentare una garanzia di reddito, oggi le difficoltà economiche che il Paese ha vissuto e tuttora vive e la precarizzazione del lavoro hanno determinato una drastica riduzione di sicurezza, causando, tra l'altro, un ampliamento della forbice relativa alle differenze di reddito. E questa situazione non potrà che peggiorare a causa del COVID-19.

Volendo poi fare riferimento più specificamente al tema della salute nelle città, bisogna porre l'accento sulle specificità territoriali. Non solo le differenze relative alla variabile Nord-Sud che non riusciamo a sradicare, ma anche le differenze di contesto, del luogo in cui si vive sono rilevanti: sono proprio queste ultime che ci mettono di fronte a maggiori o minori possibilità, in termini di accesso differenziato alle risorse. Il fatto di vivere in un nucleo urbano con specifiche caratteristiche ha un impatto diverso sulla condizione individuale: la grande area metropolitana del Sud aggrava le condizioni di povertà, il rischio di povertà, la vulnerabilità, una condizione sociale più deprivata, mentre in altri contesti funziona diversamente. Nelle metropoli del Centro, come ad esempio Roma, sono le periferie ad avere una maggiore difficoltà. La specificità dei contesti impatta dunque fortemente sulle condizioni di vita e di salute delle persone.

Un esempio importante: sono 8 milioni e 500 mila (il 33%) le famiglie unipersonali (il 40% nelle città centro dell'area metropolitana) e di queste poco meno della metà sono di anziani che vivono soli (15,7% delle famiglie). Le famiglie unipersonali di over 64enni sono distribuite in modo diverso nelle varie realtà urbane. Il problema degli anziani soli si riscontra con maggiore frequenza anche nei comuni più piccoli, fino a 2mila abitanti. Per questo, la realtà territoriale è importante da conoscere, analizzare, affrontare in modo specifico.

Richiamare il grafico ISTAT sulla linea della povertà serve a mostrare che oggi siamo in un momento in cui questa soglia si rende del tutto permeabile e il rischio è che alcune persone precipitino al di sotto, che i "quasi poveri" più o meno inavvertitamente scivolino al di sotto di essa. La stima Caritas parla di circa 200mila persone che dell'ultimo mese e mezzo sarebbero già scivolate sotto questa linea di povertà.

Ma ancor più rilevante, in questo momento di emergenza, è parlare dell'intreccio di condizioni, del legame fra fragilità sociali, economiche e sanitarie. Il livello d'istruzione, utilizzato come *proxy* del livello socio-economico complessivo, impatta in maniera consistente, facendo emergere quasi dieci punti di differenza, a parità di età, tra persone laureate anziane e persone anziane con il livello di istruzione più basso che si dichiarano cronici in buona salute. C'è pertanto un problema di vissuto della cronicità che è strettamente correlato dalle condizioni socio-economiche individuali.

E questo vale anche nel caso del COVID-19. Non è vero che sia una "livella": se parliamo di contagio forse il virus appare più democratico, a livello di conseguenze negative lo è molto meno. Il 61% delle persone che sono decedute aveva almeno tre patologie croniche concomitanti. E non è solo un problema di età, bensì di fragilità vere e proprie. Un vissuto più problematico comporta una doppia penalizzazione: il rischio di incappare nelle conseguenze più gravi della patologia infettiva e

il rischio di una gestione quotidiana più problematica della patologia cronica, che sappiamo essere differente a seconda dei determinanti di partenza e con un impatto differenziato. Alcuni modelli di gestione della cronicità nella popolazione anziana, come le RSA, hanno - come già si evidenziava da anni - fatto il loro tempo; oggi dobbiamo mettere mano a questa problematica in modo più diretto, immediato ed efficace.

“Più che l'età poté il reddito”, potremmo dire. Se, infatti, guardiamo alle persone con diabete a Roma, i risultati dello studio CCD mostrano la maggiore incidenza del diabete nelle periferie, anche se le zone periferiche sono abitate da cittadini più giovani. Questo dipende anche dal fatto che la struttura dei servizi è diversa, è più rarefatta, più difficoltoso l'accesso anche a causa di problemi di mobilità e probabilmente insufficiente. Di nuovo il contesto, insieme al livello socio-economico, incide fortemente sulla condizione di salute e di rischio.

Oggi abbiamo la necessità di agire nelle città, a partire dal grande vantaggio di poter operare in maniera intrecciata, integrando le risorse a disposizione e contando sul valore della prossimità e della tempestività di intervento. È l'unica strategia efficace per combattere la dimensione economica e sociale ma anche sanitaria della fragilità.

\* *Direttore Area Welfare CENSIS*



**Zeus**  
pastigli dei

**Zeus**  
OS

Bayernland  
LATTINO INTERO 3,5%

Bayernland  
LATTINO INTERO 3,5%

Bayernland  
LATTINO INTERO 3,5%

Bayernland  
LATTINO INTERO 3,5%

lotte  
Bayernland  
LATTINO INTERO 3,5%

Intervento - Antonio Gaudio\*<sup>\*</sup>

## Cittadinanza attiva e sussidiarietà in un nuovo concetto di salute nelle città

La prima urgenza che ci è stata segnalata, con grande preoccupazione da parte soprattutto di pazienti affetti da patologie croniche e rare è stata la impossibilità di continuare le cure a causa del problema del rinnovo dei piani terapeutici

**D**a alcuni mesi ormai siamo immersi in una realtà completamente nuova, di portata epocale e che nessuno avrebbe mai potuto immaginare. Improvvisamente il nostro Paese si è trovato a fronteggiare quella che inizialmente era stata classificata come epidemia e che in poco tempo è stata dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità una pandemia, che per effetto della globalizzazione ha interessato tutto il pianeta.

Tutto quello che ruota attorno al nemico invisibile che ha messo in crisi la scienza, ma anche i sistemi governativi, quelli sanitari, le tutele sociali e previdenziali ha ed avrà sempre di più una profonda incidenza non solo nella nostra vita, ma nelle politiche sociali, industriali, di sviluppo e in generale nel complesso delle politiche pubbliche.

Tutti gli attori oggi coinvolti, dal singolo cittadino, fino alle Istituzioni e al mondo economico, scientifico e del lavoro, si troveranno a ridisegnare le priorità individuali, ma anche collettive.

In questo scenario, quale è il compito di un'Organizzazione civica come Cittadinanzattiva? Come applicare in un contesto così improvviso e drammatico il principio della sussidiarietà? Ovvero il diritto acquisito con l'approvazione dell'art. 118 ultimo comma della Costituzione di rappresentare nei confronti dello Stato un "potere concorrente" nella capacità e nella possibilità di promuovere iniziative di interesse generale. Come esercitare una concorrenza virtuosa, una corresponsabilità orientata ad alzare l'asticella della cura dei beni comuni e della tutela dei diritti, quando tutto è messo in discussione, anche la stessa partecipazione?

Proviamo a spiegarlo partendo da quello che abbiamo fatto finora.

Il primo compito che abbiamo sentito il dovere di darci, come Organizzazione Civica, è stato quello di informare i cittadini in maniera diretta, utilizzando fonti certificate, il contributo di esperti del mondo scientifico, delle professioni ed istituzionali, con un linguaggio semplice, comprensibile e cercando di racchiudere in un contenitore facilmente accessibile tutte quelle indicazioni e notizie che ritenevamo utili. Contenitore che viene continuamente aggiornato e che quindi segue l'attualità e tutte le problematiche ad essa connesse.

Ancora, abbiamo sin da subito capito che era necessario, quanto mai lo è stato nella storia, creare alleanze con i professionisti e tutti i soggetti che potessero aiutarci a fornire quelle risposte che i cittadini in senso lato e soprattutto i pazienti cronici e rari, in questo particolare momento, ci chiedevano. Il primo messaggio che abbiamo voluto lanciare, all'inizio di questa pandemia, è stato quello della campagna realizzata con FIMMG dal titolo "KEEP CALM. Insieme senza paura" utilizzando l'immagine di una donna che mantiene davanti al volto una mascherina con i colori della bandiera italiana, a voler simboleggiare che la risposta non può arrivare da singoli comparti o segmenti

della società civile, ma dal Paese nel suo insieme e allo stesso tempo a non lasciarsi prendere da una paura irrazionale ma affrontando la situazione con determinazione.

Subito dopo abbiamo pensato che fosse necessario raggiungere e rivolgersi a tutti i cittadini, superando anche le barriere linguistiche. Da qui il nostro coinvolgimento nella campagna #io resto a casa realizzata da Assogenerici con l'obiettivo di fornire a tutte le comunità presenti nel nostro Paese informazioni in lingua madre su come evitare comportamenti pericolosi e quindi contribuire allo stop alla diffusione del coronavirus. Campagna declinata grazie ad un video in 11 lingue - Inglese, Francese, Spagnolo, Portoghese (brasiliiano), Rumeno, Arabo, Russo, Filippino, Punjabi (India e Pakistan), Hindi (India), Bengalese).

Le alleanze hanno coinvolto non solo i professionisti ma anche le aziende. La Roche, ad esempio è stata per essere stata la prima azienda che ha aderito alla nostra richiesta di supporto ai medici di famiglia per la campagna #insiemesenzapaura. Risposta che si è concretizzata mettendo a disposizione dei medici di famiglia italiani gel disinfettante, materiale di informazione ai cittadini sulla infezione da coronavirus e i primi DPI che l'azienda è riuscita, non senza difficoltà, a reperire sul mercato.

Le barriere come sappiamo non sono solo di tipo linguistico, ma esiste anche il digital divide che esclude parte della popolazione, presente soprattutto nelle aree interne. Da qui nasce la campagna "Riconnessi : perché nessuno resti indietro" realizzata in partnership con la Federazione Aree Interne, destinata a fornire abbonamenti dati, connessioni web via satellite e device elettronici a studenti e famiglie delle aree interne del nostro Paese che si trovino in particolare difficoltà. Partendo, quindi, con la raccolta fondi sulla piattaforma gofund.me, gofundme.com/f/riconnessi per fornire device alle scuole e, tramite queste, alle famiglie delle aree interne.

Altra campagna di raccolta fondi realizzata insieme a FIMMG dal titolo molto esplicativo "Aiutaci a proteggere il tuo amico di famiglia", ha permesso di raccogliere grazie alla grande solidarietà di singoli cittadini ed aziende poco più di un milione e 300 mila euro che hanno consentito di effettuare gli acquisti dei dispositivi di protezione individuali più urgenti. In modo particolare, grazie alle donazioni sono state acquistate 70mila mascherine FFP2, 30mila visiere integrali in plexiglass, 60mila sovra camici impermeabili in polipropilene e 4 milioni 500mila paia di guanti monouso. Oltre al denaro, sono molte le aziende del settore farmaceutico e non che hanno aderito alla campagna donando beni.

L'impegno di un'Organizzazione civica non si può fermare, ovviamente, solamente alla informazione e alla realizzazione di partnership sebbene con i risultati anche molto concreti che abbiamo elencato, ma il principio di sussidiarietà sopra citato si estrinseca soprattutto nelle iniziative di carattere politico.

La prima urgenza che ci è stata segnalata, con grande preoccupazione da parte soprattutto di pazienti affetti da patologie croniche e rare è stata la impossibilità di continuare le cure a causa del problema del rinnovo dei piani terapeutici. Da cui è nata una richiesta da parte di Cittadinanzattiva e Fadoi (Federazione dei medici internisti ospedalieri) all'AIFA per il rinnovo automatico di questi ultimi sino alla conclusione del periodo di emergenza. Richiesta poi accolta dall'AIFA e che quindi ha permesso di garantire la continuità terapeutica ad oltre 10 milioni di malati cronici.

Altra categoria di pazienti, particolarmente a rischio in questa emergenza è quella dei pa-

zienti oncologici. Anche in questo caso Cittadinanzattiva, Periplo – che rappresenta le reti oncologiche italiane - e FMP hanno indirizzato ai Presidenti e agli Assessori alla salute delle Regioni una lettera con alcune specifiche richieste di adozione di misure garantire la continuità delle cure ad una categoria di pazienti particolarmente vulnerabili in regime di maggiore sicurezza.

Lo stesso problema relativo all'accesso alle terapie farmacologiche in continuità e sicurezza si è presentato nei confronti di tutti quei dispositivi, quali sacche, placche, pannolini, cateteri, strisce per la misurazione della glicemia, sacche per alimentazione speciale, alimenti a proteici, il controllo periodico e straordinario di devices impiantati per pazienti con scompenso cardiaco, i presidi per l'emodialisi ambulatoriale, per la dialisi peritoneale, la cui interruzione può causare, quindi, un danno ai pazienti cronici.

Federfarma ha raccolto, proprio riguardo questa problematica, l'invito di Cittadinanzattiva allargando l'iniziativa gratuita sulla distribuzione a domicilio dei farmaci anche ai dispositivi medici, favorendo così i bisogni delle persone in condizioni di fragilità - come i pazienti affetti da una patologia cronica e rara - maggiormente esposte a rischio contagio in una fase delicata come quella che stiamo attraversando, e rispondendo anche all'appello rivolto a tutti di restare a casa.

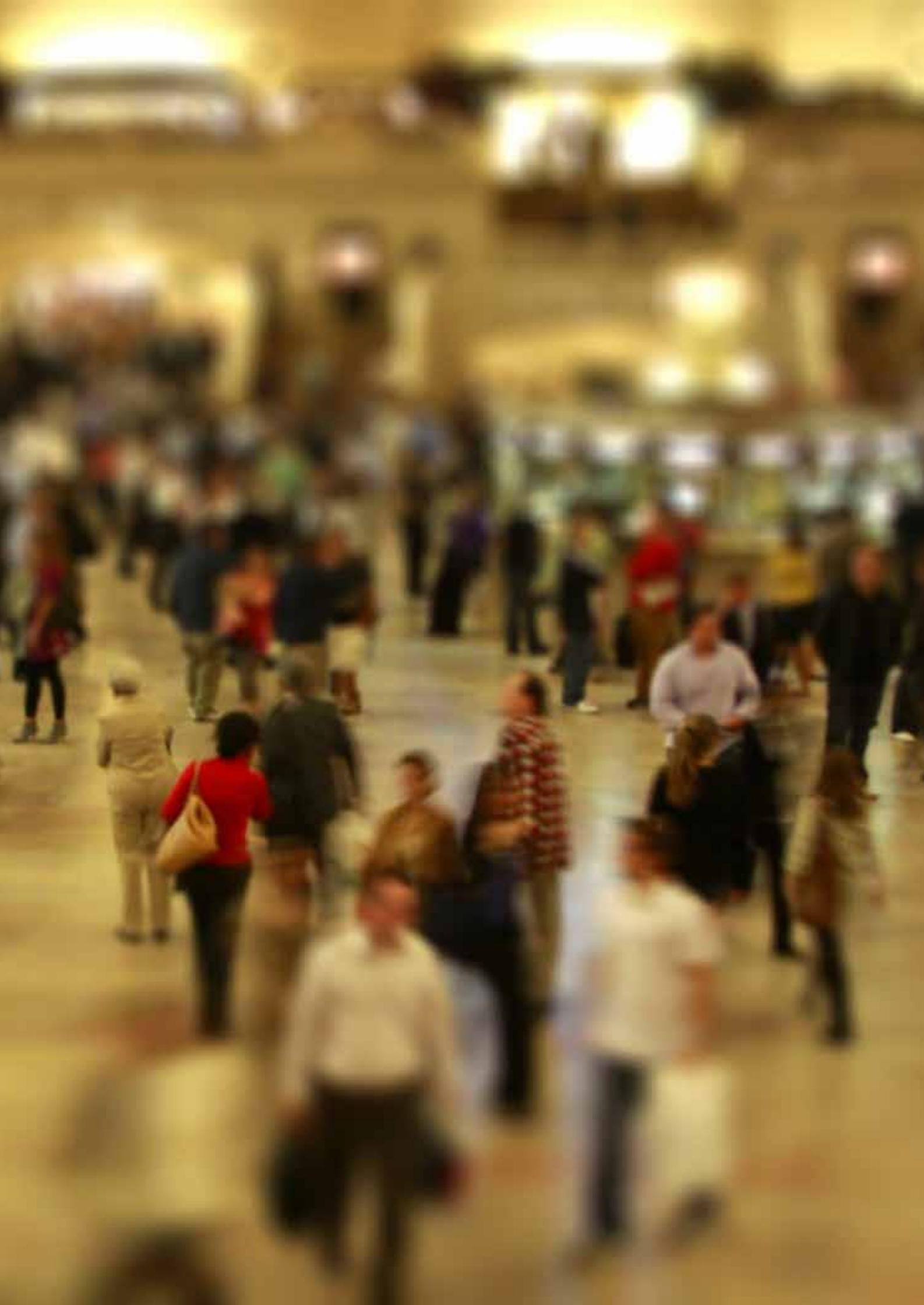
Allo stesso tempo una lettera sottoscritta da numerose Associazioni di pazienti è stata indirizzata ai Presidenti delle Regioni, agli Assessori Regionali alla Salute e al Ministero della Salute affinché prorogassero le richieste per tutto il periodo dell'emergenza, così come avvenuto per i farmaci.

Un'altra "lettera-appello" è stata inviata ai Presidenti delle Regioni, agli Assessori regionali alla Salute e al Coordinatore Commissione salute Conferenza delle Regioni, Luigi Genesio Icardi, affinché siano adottati al più presto i piani straordinari d'emergenza finalizzati alla prevenzione, assistenza e controllo del contagio da Covid-19 nelle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) a seguito delle tristi notizie di cui tutti siamo stati spettatori dei numerosi decessi avvenuti in queste strutture.

Ancora, abbiamo realizzato un'indagine sui servizi di prevenzione da cui emerge una situazione disomogenea tra le regioni, ma anche nella stessa regione, sebbene, come ci ricorda l'Oms le campagne vaccinali sono estremamente importanti in questa fase. Una loro interruzione, infatti, anche se per un breve periodo, porterebbe a un accumulo di persone suscettibili a un maggiore rischio di epidemie di malattie prevenibili da vaccino, rendere maggiormente vulnerabili alcune categorie di persone o addirittura causare decessi, se non addirittura portare come effetto a un aumento delle risorse sanitarie per farvi fronte.

Infine, abbiamo avanzato una nostra proposta di emendamento depositata dal senatore Tommaso Nannicini per rafforzare l'assistenza socio-sanitaria e domiciliare attraverso una rimodulazione della tassazione sui prodotti da tabacco riscaldato, da cui si riuscirebbe a recuperare risorse pari a 1 miliardo e 200 milioni di euro in tre anni che le Regioni potranno destinare a garantire assistenza socio-sanitaria e domiciliare a malati cronici e rari, immunodepressi, acuti non ospedalizzati e persone disabili non autosufficienti.

\* Segretario Generale CittadinanzAttiva



Intervento - **Federico Serra\***

## Partnership pubblico-privata e nuovi modelli di network sulla salute della città

È necessario che nasca un nuovo concetto di network per affrontare i grandi temi come quello della salute e dell'ambiente, attraverso un coordinamento che dovrà avvenire attraverso il coinvolgimento di diversi livelli di governo - locale, regionale e nazionale

**O**ggi sappiamo che lo sviluppo urbanistico ha profondamente cambiato molti fattori di governo su temi globali e in particolare sul tema dell'ambiente e della salute.

Le città che tendono a vivere una dimensione globale e connesse ai grandi temi quali l'ambiente e la salute, tendono a prendere più iniziative ed ad essere più aperte dei singoli Stati nazionali, ma soprattutto nel favorire la nascita di network con altre metropoli. In un libro di alcuni anni fa Benjamin Barber nel suo libro "If Mayors ruled the world" sosteneva che "Nel nostro mondo interdipendente, le città non hanno solo l'obbligo ma il diritto di dare e ottenere soluzioni a problemi globali". Barber credeva nel "governo dei sindaci" e che un mondo amministrato dai sindaci sarebbe stato migliore, più pacifico ed efficiente, dal momento che ogni Sindaco è strettamente connesso alle esigenze quotidiane e alla risoluzione dei problemi dei cittadini, concentrandosi su obiettivi pragmatici, recisi e percepiti e dando una risposta alla propria comunità.

La nascita di network nazionali ed internazionali come da anni e in maniera preminente hanno fatto l'Healthy Cities Network del WHO, il C40 della Bloomberg Foundation, il C14+ di ANCI e dell'Health City Institute, think tank italiano sull'urban health, e il Cities Changing Diabetes dell'University College of London e dello Steno Centre di Copenaghen, dimostra che i Sindaci debbono aprirsi e confrontarsi con le altre città per trovare strumenti di azione e studio condivisi, coinvolgendo e animando il dibattito con partners universitari, scientifici, sociali, economici e privati, in una logica di cross-sector partnership e non di individualismo sterile.

Le città e il loro modello di sviluppo sono oggi in prima linea nella lotta contro le criticità connesse alla crescente urbanizzazione, tra cui la salute pubblica occupa un posto di primaria importanza. Nel settembre del 2015, 193 Stati membri delle Nazioni Unite si sono riuniti a New York con l'obiettivo di adottare una nuova serie di 17 obiettivi di Sustainable Development Goals (SDGs). I nuovi SDGs coprono una vasta gamma di questioni di critiche come porre fine alla povertà, il raggiungimento universale dell'istruzione e la lotta ai cambiamenti climatici, ma è importante come per la prima volta sia stato inserito un preciso obiettivo (SDG 11) dedicato a rendere le città inclusive, sicure, sostenibili e capaci di affrontare il cambiamento. Obiettivi chiave per raggiungere questo obiettivo come lo sviluppo abitativo, la qualità dell'aria, la buona alimentazione e il trasporto vengono individuati chiaramente e diventano importanti determinanti della salute delle persone nelle città.

Ma è importante considerare come migliorare la salute rimane una priorità globale nella programmazione che va dal 2016 al 2030 con un particolare punto (SDG 3) focalizzato sulla realizzazione della promozione del benessere psico-fisico per tutti e per tutte le fasce di età. La prevalenza e alta densità della popolazioni nelle metropoli, la complessità dei fattori di rischio che influenzano la salute,

l'impatto delle disuguaglianze sulla salute, l'impatto sociale ed economico e sono temi da affrontare e discutere, per agire concretamente sui determinanti della salute e non con interventi a spot che spesso non risolvono nulla e non permettono di comprendere a pieno la sfida alla quale siamo chiamati. Le città oggi non sono solo motori economici per i Paesi, ma sono centri di innovazione chiamati a gestire e rispondere alle drammatiche transizioni demografiche ed epidemiologiche in atto.

Nel 2014, una coalizione di sindaci e leader della maggiori città a livello mondiale si sono riuniti e impegnati per affrontare il cambiamento climatico del Pianeta riducendo le emissioni di gas serra. Una sfida che parte proprio dalle città e vede coinvolti i Sindaci e tutta la comunità.

Questa iniziativa è stata lanciata e promossa dalle Nazioni Unite (ONU), attraverso un network formato dal Cities Climate Leadership Group (C40), da United Cities and Local Governments Network (UCLG) e dall'International Council for Local Environmental Initiatives (ICLEI)

Ad oggi, attraverso questo accordo, 206 città per una popolazione complessiva di 270 milioni di abitanti, si sono impegnate ad intraprendere un percorso specifico con un approccio trasparente e delle strategie precise, per ridurre nelle loro realtà urbane il livello emissioni e polveri sottili, riducendo così la vulnerabilità dei loro territori ai cambiamenti climatici. Nell'ottobre del 2015, sindaci di 115 città per un totale di 400 milioni di persone, in occasione dell'EXPO 2015 hanno firmato il Milan Urban Food Policy Pact.

Questo impegno comporta una serie di azioni locali per affrontare alcune emergenze globali che vanno dalla fame, alla malnutrizione e allo spreco di cibo. Le città sottoscrivendo il documento si sono impegnate a sviluppare sistemi alimentari sostenibili e cibi sani a prezzi accessibili per tutte le persone, in un quadro basato sui diritti umani.

La rete C40 è una rete globale di grandi città che operano per sviluppare e implementare politiche e programmi volti alla riduzione dell'emissione di gas serra e dei danni e dei rischi ambientali causati dai cambiamenti climatici, con sede a Londra.

Nasce da un processo iniziato nel 2005 dall'allora sindaco di Londra Ken Livingstone, che convocò i rappresentanti di 18 metropoli per proporre un accordo di cooperazione per la riduzione delle emissioni attraverso azioni decisive ed immediate, in modo da coordinare il loro intervento nell'affrontare una delle maggiori sfide economiche, sociali ed ambientali degli ultimi anni. Da allora, l'urgenza di rispondere al cambiamento climatico nei centri urbani continua ad aumentare, e con essa l'esigenza di interventi significativi e tempestivi.

Già nel 2006 avevano aderito alla rete 40 città (da ciò nacque il nome dell'organizzazione), che ad oggi conta 96 membri, tra le quali Milano, Roma e Venezia. Le città hanno un ruolo fondamentale nel cambiamento climatico, come maggiori produttrici di emissioni di gas serra (quelle che fanno parte della rete C40 sono responsabili del 25% sul totale globale) e come maggiore fonte di soluzioni innovative alla questione climatica.

Questi esempi sottolineano il ruolo che i Sindaci e le città si sono date per affrontare lo sviluppo del Pianeta e dei popoli attraverso un approccio proattivo. Ma oggi i Sindaci debbono affrontare con altrettanto impegno il tema dei determinanti della salute nelle città.

Già nei Sustainable Development Goals vengono indicati degli obiettivi sanitari collegati al conseguimento dello sviluppo urbano quali ad esempio SDG 3.3 e 3.4, obiettivi che hanno uno specifico focus sull'epidemia di HIV e la riduzione della mortalità da malattie non trasmissibili (NCDs).

Mentre la prevalenza di HIV è noto che da sempre è concentrata maggiormente nelle persone che risiedono nelle città, lo stile di vita urbano è considerato un fattore di guida per l'aumento del carico dei NCDs.

Recentemente il sindaco di Milano, Giuseppe Sala, è stato nominato a capo della task force dei sindaci delle più importanti città del mondo per la ripresa economica dopo l'emergenza Coronavirus, la 'Global Mayors COVID-19 Recovery Task Force'. I sindaci si confronteranno su come usare investimenti pubblici nella ripresa per creare una nuova normalità per le economie cittadine, basata sull'eliminazione dell'inquinamento e della povertà, sul miglioramento della salute pubblica e sull'aumento della resilienza agli shock.

Sempre il Sindaco di Milano e la Sindaca Milano Raggi hanno firmato con altri 24 sindaci, all'interno del network internazionale Cities Changing Diabetes, la Urban Diabetes Declaration, dove le città riconoscono la necessità di accelerare l'azione della città per prevenire il diabete e le sue complicanze, riconoscendo che vi è un grande potenziale per migliorare la salute e benessere, combattere le disuguaglianze sanitarie, ridurre i costi a lungo termine e garantire produttività e crescita sociale ed economica nelle città. L'invecchiamento della popolazione di se per stesso porta un aumento del carico delle cronicità e i dati socio-demografici ci indicano come l'aumento dell'urbanizzazione e delle malattie croniche non trasmissibili siano fattori intercorrelati.

Allora i Sindaci oltre alle emergenze sanitarie, come il COVID-19, dovranno guardare alla sempre maggiore urbanizzazione in termini nuovi, comprendendo che il carico di disabilità che le malattie croniche si portano con se, come naturale fardello, inciderà sullo sviluppo e sulla sostenibilità delle loro città. Si sta venendo a creare un nuovo modello di welfare urbano, che va compreso, analizzato e studiato in tutti i possibili dettagli. Un welfare che se pur riferito a un quadro di riferimento Nazionale, deve essere valutato oggi nei contesti locali.

Bisogna chiedersi se e in cosa differiscono i sistemi di welfare tra le grandi città e le piccole città. Bisogna chiedersi se oggi si stia passando da un sistema di welfare state a un sistema di welfare local. Bisogna chiedersi se le città saranno disponibili ad attivare strategie che portino progressi verso gli obiettivi urbanistici, l'ambiente e i problemi socio-economici, perché solo allora probabilmente potranno essere più propensi a sostenere il miglioramento della qualità di vita e della salute dei propri cittadini, attraverso un progressivo miglioramento di stili di vita più salutari.

Un approccio integrativo al SDGs sarà utile per il raggiungimento degli obiettivi per la salute nelle città perché molte delle sfide richiedono la collaborazione multisettoriale.

E' chiaro che un aumento dell'aspettativa e della buona qualità di vita correlata ad una riduzione dei decessi prevenibili a causa di malattie non trasmissibili, porterà come conseguenza alla creazione di strutture di coordinamento tra diversi settori della governance urbana che interagiscono con la salute.

Un approccio questo sviluppato con il progetto Cities Changing Diabetes che mira a studiare l'impatto del diabete nei grandi nuclei urbano, studiandone le vulnerabilità individuali e di comunità. 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. Questo fenomeno è stato definito: urban diabetes.

Vivere in un'area urbana, e ancora di più in una megalopoli, si accompagna a cambiamenti

sostanziali degli stili di vita rispetto al passato; cambiano le abitudini, cambia il modo di vivere, i lavori sono sempre più sedentari, l'attività fisica diminuisce. Fattori sociali culturali che rappresentano un potente volano per obesità e diabete.

Cities Changing Diabetes nasce nel 2014 in Danimarca ed è un programma di partnership promosso dall'University College London (UK) e dallo Steno Diabetes Center (Danimarca) con il sostegno di Novo Nordisk, in collaborazione con partner nazionali che comprendono istituzioni, città metropolitane, comunità diabetologiche/sanitarie, amministrazioni locali, mondo accademico e terzo settore.

L'obiettivo del programma è quello di creare un movimento unitario in grado di stimolare, a livello internazionale e nazionale, i decisori politici a considerare il tema dell'urban diabetes prioritario. Mettendo in luce il fenomeno con dati ed evidenze, provenienti dalle città di tutto il mondo, il programma Cities Changing Diabetes sottolinea la necessità di agire in considerazione del crescente numero di persone con diabete e del conseguente onere economico e sociale che tutto ciò comporta.

Al programma Cities Changing Diabetes hanno aderito in una prima fase 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 e Milano nel 2019 sono state inserite nel programma internazionale, che oggi vede impegnate 26 città al mondo, diventando per i prossimi anni oggetto di studi internazionali su urbanizzazione e diabete tipo 2 e nello stesso tempo Città simbolo mondiale nella lotta a questa importante patologia. (fig.1)

## La rete delle 26 città partner di Cities Changing Diabetes Rappresentano più di 150 million persone



Source: <http://www.citieschangingdiabetes.com/home.html>

Il progetto in Italia, a Roma e Milano è coordinato dall'Health City Institute in collaborazione con il Ministero della Salute, l'ANCI, Roma Città Metropolitana, l'Istituto Superiore di Sanità, l'ISTAT, la Fondazione CENSIS, CORESEARCH, l'IBDO Foundation, Medi-Pragma e tutte le Università di Roma e Milano, le Società Scientifiche del Diabete e dell'Obesità e le Associazioni pazienti e di Cittadinanza. E' necessario che nasca un nuovo concetto di network per affrontare i grandi temi come quello della salute e dell'ambiente, attraverso un coordinamento che dovrà avvenire attraverso il coinvolgimento di diversi livelli di governo - locale, regionale e nazionale e una partnership pubblico-privato ed essere supportato da azioni globali e quale fattore primario da una osservazione dinamica dei determinanti della salute nelle città. Lavorare in silos separati non è più possibile e l'esperienza di questo momento di emergenza dimostra come una società è tanto più fragile se ognuno lavora in una dimensione individuale e non di comunità. Bisogna arrivare ad avere un Osservatorio della salute nelle città che riesca ad individuare le criticità e a favorire le buone pratiche.

In quasi tutte le città i vantaggi per la salute possono essere notevolmente maggiore per alcune persone rispetto per gli altri e in effetti bisogna interrogarsi e riuscire a capire come ad esempio, per alcune persone che vivono in medesimi contesti urbani vi possano essere aspettative di vita differenti. Ad esempio, a Londra le persone vivono più a lungo 17 anni che a Westminster, che dista dalla City poche fermate di metropolitana, o come gli abitanti di un sobborgo di Baltimora, vivono 20 anni meno di altri abitanti della stessa città. A Torino le disuguaglianze di salute dentro la città sono tali che se prendessimo il tram della linea 3 che collega i quartieri ricchi della collina a quelli poveri della periferia Nord della città, osserveremmo negli uomini una perdita di circa cinque mesi nella speranza di vita per ogni chilometro percorso. Si osserva, cioè, un divario fra i quartieri socio-economicamente svantaggiati (le periferie a Nord di corso Regina Margherita e Mirafiori Sud) e quelli più ricchi (Collina, Centro alto-borghese e quartieri centro-occidentali) che può essere sintetizzato dalla differenza di circa quattro anni nella speranza di vita per gli uomini tra chi vive in collina e chi vive alle Vallette. A Roma vi è una differenza di prevalenza di diabete tra chi abita in centro e chi nelle periferie del 25% (5,8% in Centro contro i 7,8% in periferia).

Queste sono sfide che vedono i Sindaci in prima linea nella gestione delle periferie dove l'aspettativa di vita e la qualità di vita è minore.

L'epigenetica da tempo studia la correlazione tra ritmo circadiano e insorgenza di alcune malattie. Gli studi attuali ci dimostrano come vi sia una stretta correlazione tra aspetti bio-genetici, stili di vita individuali e ambiente nel quale viviamo. Sono fattori che debbono essere investigati con metodologia e che possono portare ad valutare il perché di differenziazione tra le città e all'interno delle stesse nei quartieri.

Bisogna creare una roadmap su urbanizzazione e salute. Per aumentare la consapevolezza riguardo le sfide per la salute associati con l'urbanizzazione e la necessità di affrontare le stesse attraverso la pianificazione urbana e azioni intersettoriali, in linea con le raccomandazioni del WHO, bisogna arrivare a tracciare una roadmap per promuovere azioni concrete e strategie governative riguardo ai rischi per la salute dei cittadini relativamente al maggiore impatto relativa all'urbanizzazione. Una roadmap che prenda in esame come l'urbanizzazione porti a una maggiore esposizione dei cittadini a fattori ambientali (ad esempio l'inquinamento dell'aria, acqua, i servizi igienici, lo smaltimento delle acque reflue e dei rifiuti, ecc.) e fattori di rischio per la salute.

Una roadmap che individui in ogni singola realtà cittadina le azioni da promuovere per evitare disparità e consentire a ogni cittadino di godere una vita in salute.

L'Italia oggi può essere in prima linea nello studio delle dinamiche correlate alla salute nei riguardi dell'urbanizzazione se Governo, Sindaci, Università, Aziende Sanitarie, Industrie e esperti sapranno interagire attraverso forme virtuose e non virtuali, settoriali e individualistiche, evitando la logica dei silos.

\* *Direttore Italia Cities Changing Diabetes*



# Strategie e politiche per l'implementazione di un piano di contrasto al diabete nella città metropolitana di Roma

Marco Baroni, Roberta Cialesi, Stefano da Empoli, Lina Delle Monache, Simona Frontoni, Andrea Lenzi, Eleonora Mazzoni, Lelio Morviducci, Elio Rosati, Federico Serra, Chiara Spinato, Concetta Suraci, Angelo Tanese, Ketty Vaccaro \*

**L'** **Action Plan 2019-2022** è la parte conclusiva della fase di mapping sul diabete tipo 2 nell'area della città metropolitana di Roma all'interno del progetto internazionale Cities Changing Diabetes, che vede Roma dal 2017 inserita in un contesto che coinvolge 26 città che a livello globale studiano l'impatto dell'urbanizzazione sul diabete di tipo 2 e sull'obesità. **La città di Roma riconoscendo il bisogno di accelerare l'azione della città per prevenire il diabete e le sue complicanze** e come città partner del programma Cities Changing Diabetes, vuole impegnarsi a guidare le azioni poste in essere per rispondere alla sfida del diabete secondo i seguenti cinque principi: investire nella promozione della salute e del benessere; affrontare i determinanti sociali e culturali del diabete e combattere per una salute equa; integrare la salute in tutte le politiche; coinvolgere e impegnare le comunità per assicurare soluzioni per la salute sostenibili e creare soluzioni in partenariato con altri settori in modo trasversale. Il progetto si compone di tre fasi **"map, share and act"**. La fase di mapping è stata realizzata in collaborazione all'University College of London e allo Steno Center di Copenhagen è stata condotta in Italia dall'Health City Institute in collaborazione con il Ministero della Salute, l'ANCI, Roma Città Metropolitana, l'Istituto Superiore di Sanità, l'ISTAT, la Fondazione CENSIS, CORESEARCH, I-COM, l'IBDO Foundation, Medi-Pragma e tutte le Università di Roma, le Società Scientifiche del Diabete e della Medicina Generale (AMD, SID, SIEDP, SIMG) e dell'Obesità e le Associazioni pazienti e di Cittadinanza e ha visto coinvolti in tre anni di lavoro 130 esperti e ricercatori. I dati così prodotti sono stati raccolti nell'ATLAS Roma CCD (2017) e nel Roma CCD Report (2019) e mostrano come non solo la prevalenza del diabete differisce tra le diverse zone del territorio che compone la città metropolitana di Roma, ma come essa sia strettamente legata alle differenze del contesto in cui si vive. La disuguaglianza si riflette anche nel fatto che le implicazioni di una vita con il diabete sono relativamente più significative per alcuni gruppi della popolazione. La connotazione del tessuto urbano e le azioni per modificarlo, sono significative per la prevenzione e la cura della malattia e, in ultimo ma non meno importante, per tutelare i cittadini, mettendoli al centro delle decisioni relative alla loro salute. Innescare un circolo virtuoso in cui, prevenzione, accesso alle cure, fruibilità delle terapie e sostenibilità degli stili di vita siano il frutto di azioni integrate sul territorio, per il territorio e con i cittadini è l'obiettivo da perseguire. **Nell'Action Plan triennale** sono contenute le azioni da **condividere e mettere in atto** (share and act) per **arrestare lo sviluppo pandemico di obesità e diabete tipo 2 nell'area metropolitana di Roma**, fornendo ai decisori istituzionali riflessioni utili per migliorare la qualità e l'aspettativa di vita delle persone con diabete e dei cittadini romani. Con questo obiettivo dall'Action Plan nasce un processo che porta alla creazione di tre tavoli di lavoro che hanno il focus sulla necessità di ridurre quanto più possibile i costi del non fare legati alla mancanza di azioni sinergiche e coese, in altri termini l'inerzia, nel contrastare lo sviluppo del diabete di tipo 2. Non agire porta inevitabilmente infatti con sé un aumento dei costi sociali e sanitari tanto in modo diretto che passando indirettamente per il peggioramento delle condizioni di vita e dello stato di salute della popolazione all'interno del contesto urbano. Il contrasto all'inerzia deve allora comprendere tre diverse dimensioni: quella politica/istituzionale, quella clinica e quella sociale. Attorno a questi tre temi ruota dunque la creazione dei tre tavoli di lavoro.

## 1 Le criticità da cui muovono le azioni previste dall'Action Plan

- L'ambito socio-demografico della città metropolitana di Roma rappresenta un territorio complesso, e complessa ne è di conseguenza la gestione sanitaria. La condizione socio-economica della popolazione evidenzia profonde differenze all'interno dell'area metropolitana. La presenza di popolazione anziana è maggiore nelle zone urbanistiche più centrali e si sta progressivamente riducendo la dimensione media delle famiglie, sia a causa della riduzione nel numero di figli per nucleo familiare, sia a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento del numero di giovani che vivono da soli, contribuendo all'incremento del fenomeno delle famiglie unipersonali. Inoltre la città metropolitana di Roma non deve fare fronte solo alle persone che vi risiedono ma a flussi continui di persone in ingresso.
- L'area metropolitana di Roma, così come l'intera regione Lazio, sono contraddistinte da una delle più alte prevalenze di diabete in Italia. Il Lazio rappresenta la terza regione italiana con prevalenza più elevata, la metà delle persone con diabete residenti nel Lazio vive a Roma e tre quarti di esse nell'area metropolitana. La crescita nel tempo della prevalenza del diabete è legata a profondi cambiamenti demografici e negli stili di vita, ed i due fattori più importanti alla base del suo aumento sono l'invecchiamento della popolazione e l'obesità, anch'essa in aumento nel tempo. L'eccesso ponderale è prevalentemente legato alla cattiva alimentazione e alla conduzione di uno stile di vita sedentario, rischi che crescono al ridursi del livello di istruzione delle persone.
- La vulnerabilità al diabete già fortemente influenzata dalle condizioni economiche e sociali (disoccupazione, reddito, istruzione etc.) si modifica ed aumenta al variare di altre forme di fragilità sociale, derivanti dal livello di istruzione, dalla capacità di informarsi, dalla zona in cui si vive e dalla possibilità di condurre uno stile di vita sostenibile che incentivi una corretta alimentazione e l'attività fisica, anche solo per il tramite degli spostamenti attivi a piedi o in bicicletta. I fattori di rischio più comuni (età, etnia, peso, attività fisica e dieta) non sono dunque del tutto la causa di un rischio più elevato di sviluppare il diabete ed è quindi la condizione sociale a giocare un ruolo molto importante nell'esposizione dell'individuo al rischio di questa patologia.
- La riduzione della prevalenza di diabete nel tempo attraverso azioni volte ad agire sulle sue determinanti di rischio principali, non solo porterebbe ad un miglioramento dello stato di salute della popolazione nel contesto urbano ma, contestualmente, ad una significativa riduzione della spesa sanitaria rivolta alla sua cura e gestione, liberando in questo modo risorse economiche importanti, da poter reinvestire nel sistema, creando così un circolo virtuoso destinato ad auto-alimentarsi.

## 2 Dove siamo arrivati? I tre tavoli di lavoro: un primo passo per la sua implementazione

Allo scopo di dare concretezza a quanto richiamato nell'Action Plan 2019-2022 per la città metropolitana di Roma ed **entrare nella fase di implementazione (act)** è stato organizzato un convegno, rimandato attualmente a data da destinarsi a causa dell'emergenza sanitaria in corso che ha, peraltro, sottolineato ancor di più alcuni aspetti critici della gestione sanitaria del territorio della città metropolitana di Roma, come dell'intero sistema sanitario nazionale. Con l'obiettivo di coinvolgere i principali stakeholder nel delineare e implementare azioni di contrasto alla diffusione del diabete di tipo 2 legato all'urbanizzazione nella città metropolitana di Roma, il convegno ruota intorno alla convocazione di **tre tavoli di lavoro declinati sul tema "Combattere l'inerzia"**, nella sua accezione istituzionale/politica; clinica e sociale. Di seguito sono raccolti gli obiettivi e le priorità di azione sul territorio individuate a partire dall'Action Plan e suddivise nelle aree tematiche dei tre tavoli di lavoro al fine di fornire spunti di riflessione e di intervento utili ai passi ancora da intraprendere. Si vogliono in questo modo fornire elementi utili per consentire ai rappresentanti istituzionali regionali e locali, le aziende, gli istituti di ricerca, gli accademici, i clinici, i rappresentanti delle associazioni dei pazienti e della società civile e le società scientifiche coinvolti nell'iniziativa e, in particolare, nei tavoli di lavoro pensati al suo interno, di riflettere in questo tempo sul **contributo che ognuno di loro, per la propria competenza e ruolo, potrà attivamente dare al raggiungimento degli obiettivi individuati.**

### 2.1 Combattere l'inerzia. Il contributo delle istituzioni a livello locale e regionale

La pianificazione degli agglomerati urbani, soprattutto in un contesto complesso quale quello della città metropolitana di Roma, condiziona profondamente la capacità dei suoi abitanti di condurre una vita lunga, in salute e produttiva. La sua ridefinizione alla luce dei bisogni dei cittadini può permettere di ridurre il crescente carico di malattia e allo stesso tempo contenere la dinamica dei costi del sistema sanitario. I due fattori più importanti alla base della crescita nel tempo della prevalenza di diabete sono l'invecchiamento della popolazione e l'obesità, anch'essa in aumento nel tempo. Le difformità sul territorio della città metropolitana di Roma indicano l'esistenza di un ampio margine di miglioramento per quanto riguarda la diagnosi precoce e l'assistenza alle persone con diabete. 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. I mutamenti del contesto socio - demografico della città metropolitana di Roma e l'afflusso interurbano di persone non residenti all'interno dell'area e del comune per ragioni di lavoro, studio, turismo etc. rischiano di limitare la fruibilità e la possibilità di accesso alle strutture di erogazione dei servizi socio - sanitari. **Tra gli obiettivi prioritari si individuano:**

- Intervenire attraverso un deciso rinnovamento della pianificazione urbana che sia atto a sostenere lo svolgimento di uno stile di vita sano da parte della popolazione residente secondo il criterio di “*health in all policies*”<sup>1</sup>;
- Agire prioritariamente a potenziare le infrastrutture e i servizi esistenti (viabilità, percorsi ciclo – pedonali, verde pubblico e infrastrutture sportive) ed a compensare le differenze sul territorio della città metropolitana in termini di dotazioni e possibilità di accesso agli stessi;
- Intervenire per creare sistemi di monitoraggio del contesto urbano e per adeguare il dimensionamento delle strutture alla domanda di salute, con il duplice obiettivo di evitarne il sovraffollamento e di migliorare l'erogazione dei servizi e l'accesso agli stessi.

## 2.2 Combattere l'inerzia. Il contributo della rete assistenziale e dei servizi sanitari

La gestione del diabete rappresenta un problema sanitario di grande rilevanza per gli aspetti di carattere clinico, epidemiologico (complicanze, comorbidità e diffusione della patologia) e per l'impatto sui servizi in termini di qualità dei percorsi assistenziali e di entità di risorse dedicate. Il primo passo verso la prevenzione consiste nel riconoscere i fattori di rischio, che indicano se una persona ha qualche probabilità, di essere diabetica. L'evidenza positiva è che grazie alla presenza nel nostro Paese di un'ampia rete delle strutture di diabetologia, l'accesso alle cure specialistiche risulta facilitato. Si stima infatti che circa il 50% delle persone con diabete siano seguite presso le strutture specialistiche. Nel Lazio, i dati mostrano incoraggianti progressi, tuttavia, circa la metà degli assistiti non raggiunge i target terapeutici desiderati, sia per quanto riguarda i valori di emoglobina glicosilata (HbA1c), sia per quanto riguarda il profilo lipidico e la pressione arteriosa. Soprattutto nelle aree suburbane è necessario potenziare la rete di assistenza specialistica, attivando allo stesso tempo progetti di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce. L'attivazione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali personalizzati e differenziati a seconda del grado di complessità della malattia di ciascuno, deve contribuire ad attivare una collaborazione sempre più strutturata tra Medici di Medicina Generale e servizi diabetologici. **Tra gli obiettivi prioritari si individuano:**

- Aumentare l'informazione sullo stile di vita corretto per ridurre l'obesità e di conseguenza il diabete sia a livello della rete ambulatoriale (MMG / specialista), sia attraverso la rete delle farmacie, tramite la scuola, i centri sportivi e le palestre, e sui media, agendo al contempo per valorizzare ciò che è già presente (ad esempio il Passaporto per camminare, guadagnare salute);
- Realizzare la rete assistenziale secondo quanto previsto dal piano regionale per il diabete e dare esecuzione alla parte del piano che riguarda la prevenzione. A questa è strettamente collegata l'importanza della rete di prossimità, indispensabile per i cittadini più vulnerabili;
- Supportare lo sviluppo di sistemi informativi e di telemedicina.

<sup>1</sup> L'ottava Conferenza mondiale sulla promozione della salute dell'OMS lo ha definito come: “un approccio alle politiche pubbliche che tenga sistematicamente conto delle implicazioni delle decisioni sulla salute e sui sistemi sanitari in tutti i settori, che cerca sinergie ed evita impatti dannosi sulla salute, al fine di migliorare la salute della popolazione e l'equità sanitaria”. Sottolinea le conseguenze delle politiche pubbliche sui determinanti sanitari e mira a migliorare la responsabilità dei responsabili politici per gli impatti sulla salute a tutti i livelli del processo decisionale.

## 2.3 Combattere l'inerzia. Il contributo della rete sociale e della prevenzione

Lo studio effettuato sulla vulnerabilità sociale al diabete nell'area metropolitana di Roma ha messo in evidenza l'importanza della dimensione culturale e comunitaria. I classici determinanti sociali si associano a quelli derivanti dal contesto, in cui assumono un ruolo determinante gli assetti urbani, la dimensione condivisa della cultura e delle consuetudini di vita e le reti di relazione.

Così le differenze nell'adozione di stili di vita sani, ad esempio, tra chi vive nel comune di Roma e chi vive negli altri comuni dell'area metropolitana hanno messo in luce l'importanza del contesto meno urbanizzato nell'indurre stili di vita più sani. La struttura urbana che facilita gli spostamenti a piedi ha un peso ma anche la forza dei legami comunitari, che spinge le persone fuori di casa e dà sostegno psicologico, svolge un ruolo rilevante. L'informazione sulla malattia e sugli aspetti pratici della sua gestione è una dimensione altrettanto strategica, ma non si tratta di un aspetto solo tecnico, o semplicemente legato al diverso livello di istruzione o alla disponibilità di fonti informative, bensì di una dimensione culturale più ampia che ha bisogno di essere sostenuta anche attraverso l'aiuto dei familiari e la condivisione della altre persone con diabete che rappresentano un punto di riferimento strategico dal punto di vista informativo e più in generale sotto il profilo del supporto nella quotidianità condizionata dalla malattia. Il metodo che si propone di utilizzare per affrontare queste criticità è allora fondato sulla consapevolezza della interconnessione dei diversi aspetti e si avvale della multidisciplinarietà e della collaborazione con tutti i soggetti e le istituzioni coinvolte. Si vuole superare steccati e punti di vista settoriali, creare un punto di vista comune ed un modello di analisi ed azione da diffondere all'interno di tutte le istituzioni. Un tema chiave e specifico da affrontare è quello del ruolo e della valorizzazione delle risorse comunitarie, come avviene nel modello del Community lab. **Tra gli obiettivi prioritari si individuano:**

- Intervenire per raggiungere una reale, oggettiva e tangibile equità sanitaria. Si tratta di una dimensione trasversale, sociale, economica e politica, che impone di conoscere e governare i determinanti sociali e culturali, e deve fare da sfondo ad ogni azione finalizzata al superamento delle condizioni di partenza e alle differenze legate al luogo di vita;
- Agire per la creazione di avamposti adatti ad intercettare le fasce di popolazione più vulnerabili, meno informate e dunque più a rischio, riconoscendo il ruolo del sostegno familiare e delle associazioni di pazienti nella gestione quotidiana della malattia e nella responsabilizzazione dei pazienti;
- Intervenire per (r)innovare i rapporti fra istituzioni e cittadini e accrescere il contributo della comunità al cambiamento nelle politiche pubbliche e nelle organizzazioni che si occupano di servizi sociali e socio-sanitari.

### 3 Implicazioni di policy

Esiste un grande potenziale, ancora inespresso, per poter migliorare il livello di salute e di benessere della popolazione, proprio agendo a partire dai contesti urbani. Combattere le disuguaglianze di salute, ridurre i costi a lungo termine e assicurare maggiore produttività ed una crescita sostenibile nelle nostre città è l'obiettivo che il programma Cities Changing Diabetes si propone di raggiungere. La vicinanza degli amministratori delle città alla vita dei loro cittadini e la loro capacità di guidare il cambiamento li pone in una posizione privilegiata per affrontare tale sfida e contribuire a invertire la tendenza della curva del diabete. La Città di Roma con la firma dell'URBAN DIABETES DECLARATION da parte della Sindaca Virginia Raggi, assieme ai Sindaci delle 26 Città coinvolte in Cities Changing Diabetes, si è impegnata su cinque grandi punti strategici:

- 1. INVESTIRE NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE**
- 2. AFFRONTARE I DETERMINANTI SOCIALI E CULTURALI DEL DIABETE E COMBATTERE PER UNA SALUTE EQUA**
- 3. INTEGRARE LA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE**
- 4. COINVOLGERE E IMPEGNARE LE COMUNITÀ PER ASSICURARE SOLUZIONI PER LA SALUTE SOSTENIBILI**
- 5. COINVOLGERE E IMPEGNARE LE COMUNITÀ PER ASSICURARE SOLUZIONI PER LA SALUTE SOSTENIBILI**

Per la città metropolitana di Roma, attraverso il lavoro che ha portato alla stesura dell'Action Plan 2019 - 2022, è stato già raggiunto un primo importante risultato. Analizzare il contesto urbano, conoscerlo, metterne in luce i punti di attenzione e criticità e monitorare la sua evoluzione è il primo passo per poter definire e implementare le azioni necessarie a ottenere i risultati sperati. L'obiettivo della fase di diffusione e implementazione, alla quale si vuole dare inizio e vita anche attraverso questo documento, è proprio quello di porre le basi per fare un ulteriore passo in avanti. Uno dei maggiori difetti dei modelli di politiche urbane spesso definiti è quello di agire secondo una divisione in compartimenti stagni che impedisce di mettere a sistema gli attori e le azioni di settori diversi, portando spesso alla creazione di esternalità negative e ad inefficienze nell'allocazione degli sforzi e delle risorse. L'obiettivo per il quale questo documento si spende è proprio quello di essere un volano per un cambio significativo di paradigma e ottenere una riflessione che possa portare ad attivare confronti e sinergie tra le molteplici e diverse dimensioni coinvolte nella governance del territorio. È auspicabile in questo senso, intervenire anche a sostegno della creazione di nuove competenze professionali, capaci di essere sintesi delle diverse esigenze da tutelare e azioni da perseguire. La figura dell'Health City Manager può rispondere, in questo senso, all'esigenza di attivare ad un modello di welfare urbano che superi le divisioni amministrative, coordinando i diversi assessorati che all'interno di una amministrazione comunale hanno comunque un denominatore comune: la salute dei propri cittadini.

\* Per conto dell'Health City Institute, I-COM e Cities Changing Diabetes



Intervento - **Alessandro Cosimi\***

## Il territorio come elemento strategico per conciliare salute e sanità

Il dato sostanziale è avere città che mostrino attenzione verso i dati della grande fragilità e lavorino per trovare strade nuove e nuove soluzioni. La modalità di confronto rappresenta di certo il modello migliore

**V**orrei provare a trarre le conclusioni di questo importante momento di confronto attraverso tre riflessioni: prima di tutto, quale sia il ruolo del sindaco. La parte prevalente delle riforme sanitarie volute dalle regioni ha adottato un criterio per il quale l'allargamento istituzionale diventava di per sé elemento di progressione verso il miglioramento dei servizi. Un criterio che ha visto ridurre il numero delle aziende, affidando loro territori di competenza sempre più vasti, di conseguenza una più forte presenza del ruolo regionale e delle agenzie di supporto. Le finalità, manifestatesi in maniera diversa, hanno tutte comunque due tratti comuni: generare economie di scala, semplificare le catene di comando, obbligare le aziende pubbliche ad azioni di coordinamento, aggiungendo il superamento del concetto di azienda di produzione (ospedale) ed azienda di committenza (territorio). Tutto questo, considerando la modifica della tassonomia della popolazione, prendendo atto della necessità di potenziare l'assistenza primaria e la continuità assistenziale, in funzione dell'invecchiamento della popolazione stessa e la presenza della cronicità. Di conseguenza la necessità di sperimentare forme innovative dell'organizzazione dell'offerta.

Nella relazione della dottoressa Ketty Vaccaro, che ho apprezzato molto, abbiamo avuto modo di analizzare le fragilità che stanno intervenendo nella nostra società. Fragilità che hanno una sostanza globale, mentre l'intervento sanitario spesso è un elemento puntiforme. Il comparto socio-assistenziale vale circa 40/50 miliardi di spesa a seconda di dove si collochi il confine con la previdenza, e la necessità che vi sia una modalità diversa di considerare il rapporto tra funzione sanitaria e funzione sociale emerge dalla complessità, attraverso la quale, si cerca di rendere unitario l'intervento sui cittadini per rispondere alla varietà dei bisogni. Il ruolo del sindaco non è quello dell'organizzazione sanitaria, è vero, ma c'è bisogno di una riflessione ulteriore, in quanto il ruolo del sindaco rappresenta il punto naturale di ricaduta di una serie di fragilità.

Il lavoro in Toscana e il tema vero di questi anni, che forse l'emergenza da coronavirus ha mostrato in maniera direi "crudele", è quello del territorio. Che a mio avviso rappresenta la seconda questione da porre. In questi anni, non siamo riusciti a conciliare il concetto di salute con il concetto di sanità. La sola "scelta tecnologica", se non è supportata dal territorio, non funziona. Oggi vediamo come il territorio sia debole strutturalmente.

E questa è la terza questione che mi preme sottolineare: quanto il tema del territorio sia stato ancillare in questi anni, motivo per il quale le varie forme organizzative in ogni regione hanno preso strade diverse, e nei vari modelli, non siamo riusciti a conciliare sanità e salute. Nonostante tutte le riflessioni che abbiamo fatto su questo versante, non siamo riusciti a restituire a questo concetto il ruolo prioritario che meriterebbe, e probabilmente sarebbe questo un tema sul quale confrontarsi in sedi come questa, non solo per confrontare le esperienze di ognuno ma per provare

ad immaginare forme che riconducano il concetto di salute dentro una collaborazione istituzionale da concretizzare.

Bisogna provare a fare delle proposte concrete, come per esempio riportare in sede di Conferenza Unificata la discussione sulle modalità che riguardano lo sviluppo della sanità e come legare questo tema ai compiti sostanziali del settore sociale da parte del comune.

In questo senso molte sono le sollecitazioni fino ad oggi presenti. L'intuizione del Manifesto "La Salute nelle Città: bene comune", il rapporto con ANCI e con le Università sono aspetti estremamente positivi. I numeri degli utenti collegati oggi dimostrano che c'è particolare sensibilità su questo tema e che c'è grande interesse a discuterne.

Sarebbe auspicabile allargare la platea dei soggetti, mi riferisco per esempio all'Istituto Superiore di Sanità, all'Aifa, ed ad AGENAS, in maniera che questi abbiano un ruolo proattivo e non solo consultivo.

Il dato sostanziale è avere città che mostrino attenzione verso i dati della grande fragilità e lavorino per trovare strade nuove e nuove soluzioni. La modalità di confronto rappresenta di certo il modello migliore. In questo senso, uno strumento come C14+, l'osservatorio delle città metropolitane, può essere il modello vincente per avanzare proposte serie e concrete. In buona sostanza la chiave di svolta è una maggiore collaborazione progettuale, ma anche una comune valutazione degli outcome, per tendere il più possibile ad un sistema omogeneo.

Il tema della relazione con la sanità deve essere sviluppato non attraverso il conflitto tra poteri, ma grazie allo sviluppo di una maggiore collaborazione tra diversi soggetti che operano sulle stesse finalità.

*\* Presidente C14+ e Dirigente Sanitario Asl Nord-Ovest Toscana*

# Appendice



## Nuove competenze per gestire la salute nelle città: core curriculum per health city manager

Andrea Lenzi<sup>1</sup>, Stefano Capolongo<sup>2</sup>, Gualtiero Ricciardi<sup>3</sup>,  
Carlo Signorelli<sup>4</sup>, David Napier<sup>5</sup>, Andrea Rebecchi<sup>6</sup>, Chiara Spinato<sup>7</sup>

### Premessa

Il *core curriculum* è uno strumento essenziale per delineare conoscenze, competenze e abilità da sviluppare in un ambito professionale predeterminato. Il *core curriculum* dell'**Health City Manager** definisce i contenuti educativi e gli aspetti strategici delle azioni da intraprendere per migliorare la salute nelle città attraverso un approccio olistico nei confronti dell'individuo e, al tempo stesso, un approccio multisettoriale con riguardo alle politiche di promozione della salute nel contesto urbano. Il presente *core curriculum* si fonda sul riconoscimento del concetto di salute come elemento essenziale per il benessere di una società, attribuendolo non semplicemente alla sopravvivenza fisica o all'assenza di malattia, ma includendovi gli aspetti psicologici, naturali, ambientali, climatici, abitativi e lavorativi, economici, sociali e culturali – come definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Il *core curriculum* dell'Health City Manager considera quindi la salute non già come "bene individuale" ma come "bene comune" che richiama tutti i cittadini al rispetto delle regole di etica e di convivenza civile, all'assunzione di comportamenti virtuosi basati sul rispetto reciproco. Il bene comune è un obiettivo perseguito da cittadini insieme a sindaci e amministratori locali che devono fungere da garanti di equità affinché la salute della comunità sia considerata come un investimento, e non solo come un costo.

Il ruolo delle città nella promozione della salute nei prossimi decenni sarà cruciale, come ha profondamente dimostrato l'emergenza sanitaria causata dal COVID-19, e si ritiene perciò di fondamentale importanza formare Health City Manager quali figure in grado di contribuire al riassetto del modello di gestione della salute e al rafforzamento delle reti territoriali.

Al fine di promuovere tale visione a tutti i livelli istituzionali e decisionali perché possa maturare una consapevolezza maggiore dell'urgenza che il tema della salute nelle aree urbane impone, Health City Institute ha individuato nella costituzione della figura professionale dell'Health City Manager il profilo più adeguato per guidare le città verso un modello di "Healthy City", contribuendo ad aumentare la capacità amministrativa degli Enti e a elaborare soluzioni innovative e inclusive in risposta alle istanze di salute e benessere espresse dai cittadini.

L'istituzione di un percorso formativo per Health City Manager nasce all'interno della più ampia riflessione avviata dal think tank Health City Institute sul tema della salute nelle città; sull'impatto, e la sua misurazione, del fenomeno dell'urbanizzazione sui determinanti della salute; sulla necessità dell'adozione di un nuovo paradigma interpretativo che tenga conto di un approccio multidisciplinare rispetto al tema e di un pieno coinvolgimento del livello istituzionale locale, rappresentato da Amministrazioni e Aziende sanitarie, soggetti in grado di incidere più reattivamente ed efficacemente sulla qualità e sugli stili di vita dei cittadini attraverso politiche pubbliche mirate.

Si tratta di una figura professionale la cui istituzione è stata avallata anche in sede europea, attraverso l'adozione del parere d'iniziativa "Salute nelle città: bene comune" da parte del Comitato delle Regioni dell'UE (maggio 2017) e il riscontro positivo espresso dal Commissario europeo alla Salute in occasione del III Health City Forum di Roma (luglio 2018).

Health City Institute, insieme ai partner di progetto EUPHA (European Union Public Health Association - Urban Public Health Section), ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani) e Cities Changing Diabetes, ha quindi proceduto, sulla base di tali premesse, alla progettazione del profilo di apprendimento dell'Health City Manager e all'avviamento del relativo percorso di formazione.

A seguito della validazione e della pubblicazione del *core curriculum*, avvenuta ad aprile 2020 sulla rivista ACTABIOMEDICA, Health City Institute insieme ad ANCI e all'Università "La Sapienza" di Roma hanno predisposto un protocollo d'intesa per dare ampia attenzione scientifico-culturale e visibilità pubblico-istituzionale alla salute nei contesti urbani italiani e per promuovere iniziative comuni volte allo studio e alla formazione in tale ambito. I soggetti si impegneranno così a trasmettere i contenuti espressi dal *core curriculum* attraverso iniziative divulgative e formative presso i Comuni italiani, contribuendo fattivamente a sensibilizzare gli Amministratori locali sul tema della salute pubblica nelle città, sulla necessità di una nuova gestione del tema secondo un approccio multidisciplinare e intersettoriale, sull'opportunità di disporre di nuove figure professionali quali l'Health City Manager.

L'obiettivo del percorso formativo è la creazione di una figura con capacità professionali di gestione della sanità pubblica, di sociologia e psico-sociologia delle comunità, di architettura urbana e di controllo nella riduzione delle disuguaglianze sociali e di salute. A tal fine la metodologia che ha condotto all'elaborazione del presente documento e, in particolare, del *core curriculum* dell'Health City Manager ha significato la partecipazione di esperti altamente qualificati in ciascuna delle aree di competenza e la condivisione di un approccio multidisciplinare al tema che potesse far addivenire a una sintesi quanto più completa ed esaustiva.

Il presente documento non ha fini politici, ma di indirizzo accademico e di programmazione strategica: il corso è da intendersi, infatti, come un percorso di perfezionamento utile a creare una figura che possa rientrare all'interno dello staff del Sindaco e a maturare quelle competenze e quelle abilità comunque circoscritte e funzionali agli obiettivi di mandato espressi dal documento di programmazione dell'Amministrazione comunale con cui l'Health City Manager s'interfacerà. L'apporto e il valore aggiunto espresso da tale professionalità potrà, inoltre, essere in grado di migliorare le relazioni e le performance della pubblica amministrazione locale con le aziende sanitarie

del territorio conciliando, e in un certo qual modo superando, la separazione, storicamente molto netta in Italia, tra settore sociale e settore sanitario.

## Profilo di apprendimento e professionale

L'HEALTH CITY MANAGER deve avere maturato conoscenze trasversali e interdisciplinari in:

- promozione della salute e del benessere, prevenzione attraverso l'adozione di corretti stili di vita di malattie trasmissibili e non trasmissibili tipiche degli ambiti cittadini, in sinergia e collaborazione con gli Enti di competenza di Salute Pubblica e di Prevenzione, nonché le Professioni Sanitarie del territorio;
- valutazione dell'impatto sociale e psicologico della vita urbana sulla qualità di vita del cittadino con specifica attenzione alle situazioni di maggiore fragilità e alle categorie deboli di popolazione in ottica di miglioramento;
- architettura della città, urbanistica e pianificazione territoriale, in termini sia di funzionalità delle aree della città sia di attivazione e coordinamento di processi di partecipazione, unitamente a capacità di lettura, integrazione e coordinamento dei piani di governo del territorio e di trasformazione dei contesti urbani;
- capacità di dialogo politico-amministrativo e di supporto alle decisioni con i diversi livelli istituzionali, nel rispetto delle reciproche prerogative, e di interazione con i livelli informali / orizzontali per la gestione della città;
- gestione delle relazioni per la finalizzazione e la misurazione delle politiche pubbliche implementate secondo timeline adeguate e criteri di replicabilità e scalabilità del progetto.

La durata del corso è determinata sulla base del sistema dei Crediti Formativi Universitari (CFU): ogni CFU corrisponde a 25 ore di apprendimento studente.

Trattandosi di un apprendimento fortemente teorico a ogni CFU corrispondono 8 ore di lezione frontale e 17 di studio individuale.

La durata del corso sarà di 80 ore di didattica frontale per un totale di 250 ore di apprendimento studente e di 10 CFU.

A integrazione facoltativa potranno svolgersi approfondimenti specifici, su modelli regionali o su sperimentazioni in essere basate su specificità locali, disponibili a ospitare esperienze di training per il discente. Ai fini del rilascio del titolo, il discente dovrà sostenere prove valutative superate posit

Sono titoli validi per l'accesso al corso la Laurea Magistrale (LM) nelle aree conseguite ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n.270; Laurea Specialistica (LS) conseguita ai sensi del decreto ministeriale 3 novembre 1999, n.109, alle precedenti equiparate; diploma di laurea (DL) di cui agli ordinamenti previgenti, alle precedenti equiparate; titoli stranieri equiparati o equipollenti. In considerazione della specificità di alcuni obiettivi, in fase di accesso al corso saranno svolte valutazioni al fine di determinare l'eventuale "DEBITO FORMATIVO" in funzione del progresso percorso formativo del discente, il quale potrà colmarlo attraverso la predisposizione di approfondimenti dedicati.

## Gradi di apprendimento

Grado di conoscenza
<b>Superficiale:</b> lo studente ne ha sentito parlare
<b>Generale:</b> lo studente sa inquadrare l'argomento all'interno delle conoscenze complessive
<b>Particolareggiata:</b> lo studente deve conoscere l'argomento in modo esauriente in relazione alle sue necessità formative
Grado di competenza
<b>Mnemonica:</b> lo studente ricorda quanto ha appreso
<b>Interpretativa:</b> lo studente sa applicare quanto ha appreso per interpretare dati o fenomeni, relativi a un contesto cui ha assistito o a un problema che ha visto affrontare e risolvere da altri
<b>Decisionale:</b> lo studente sa applicare quanto ha appreso per risolvere personalmente problemi e assumere decisioni autonome
Grado di abilità
<b>Non richiesta:</b> lo studente non deve applicare la conoscenza o competenza
<b>Generale:</b> lo studente sa svolgere l'attività in collaborazione
<b>Autonoma:</b> lo studente deve svolgere l'attività in autonomia

## Core curriculum

HEALTH CITY MANAGER – CORE CURRICULUM				
OBIETTIVO	ATTIVITÀ	CONOSCENZE	COMPETENZE	ABILITÀ
<b>1. Salute e politiche urbane pubbliche; nuovi modelli di governance, multi-livello e multidisciplinari</b>	Saper analizzare il contesto urbano in ottica di salute	GENERALE	INTERPRETATIVA	NON RICHIESTA
	Impegnare le amministrazioni locali nella promozione della salute dei cittadini studiando e monitorando i determinanti della salute specifici del proprio contesto urbano, facendo leva sui punti di forza delle città e riducendo drasticamente i rischi per la salute	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA
	Coinvolgere i cittadini nelle scelte secondo l'approccio "la salute in tutte le politiche", anche attraverso il metodo delle <i>community-based survey</i> in grado di avvicinare il decisore alle necessità dei cittadini	PARTICOLAREGGIATA	INTERPRETATIVA	GENERALE
	Promuovere modalità di partenariato pubblico-privato per la realizzazione delle politiche e delle conseguenti azioni strategiche	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA
	Saper comunicare la salute come paradigma d'interpretazione di tutte le politiche, verso l'esterno e all'interno dell'Ente per poi attivare processi di disseminazione	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA

2. <b>Alfabetizzazione e accessibilità all'informazione e all'educazione sanitaria, anche in ambito scolastico</b>	Promuovere percorsi formativi a livello regionale o locale indirizzati agli operatori socio-sanitari, alle professioni sanitarie e alle associazioni dei pazienti per permettere loro di valutare il grado di comprensione del cittadino ed esprimersi di conseguenza con linguaggio compatibile ed efficace	GENERALE	INTERPRETATIVA	GENERALE
	Permettere ai cittadini, ai pazienti e alle loro associazioni di comunicare agevolmente e tempestivamente con il sistema sanitario, potendo trovare, comprendere e valutare le informazioni di volta in volta più appropriate per soddisfare i propri bisogni assistenziali, anche attraverso lo sfruttamento delle potenzialità offerte dalle tecnologie digitali	GENERALE	DECISIONALE	AUTONOMA
	Promuovere e consolidare la collaborazione tra ambito sanitario, ambito dell'istruzione e comunità locali	PARTICOLAREGGIATA	INTERPRETATIVA	NON RICHIESTA - A CARICO DEL DECISORE POLITICO
3. <b>Stili di vita sani nei luoghi di lavoro, nelle grandi comunità e nelle famiglie, con focus sull'accesso alle pratiche sportive e motorie per tutti i cittadini</b>	Diffondere in modo capillare buone pratiche per la promozione della salute nei luoghi di lavoro e rafforzare il sistema di incentivi rivolto alle imprese socialmente responsabili che investono in sicurezza e prevenzione	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA
	Garantire a tutti i cittadini il libero accesso alle infrastrutture e agli spazi verdi, con particolare attenzione alle persone in difficoltà socio-economica secondo il principio dello "Sport di Cittadinanza" e all'attività fisica diurna condotta negli spostamenti urbani (percorsi casa, lavoro, scuola)	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA - IN INTERAZIONE CON DECISORE POLITICO
	Ipotizzare nuove modalità per tutelare la solidarietà tra le generazioni, attraverso lo strumento del gioco e più in generale della cultura/bellezza, migliorando l'inclusione nelle città delle persone anziane e vulnerabili e favorendo un invecchiamento attivo	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA - IN INTERAZIONE CON DECISORE POLITICO
	Incentivare l'attività sportiva e motoria per i bambini e per i giovani, in contrasto al fenomeno del <i>drop out</i> adolescenziale, anche tramite il coinvolgimento attivo delle famiglie	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA - IN INTERAZIONE CON DECISORE POLITICO

4. <b>Cultura alimentare e nutrizionale</b>	Delinare linee guida che tengano conto dei diversi contesti e dei diversi target della popolazione (menu scolastici e/o aziendali appropriati)	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA
	Organizzare eventi divulgativi e progetti di educazione alimentare sul territorio (Orti della Salute, Spreco Zero).	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA
5. <b>Management e sostenibilità economica dei progetti</b>	Stabilire metodo e condividere elementi base per il ragionamento e il calcolo matematico al fine di saper selezionare il dato significativo e consultare le banche dati disponibili	PARTICOLAREGGIATA	INTERPRETATIVA	NON RICHIESTA - A CARICO DEL DECISORE POLITICO
	Valutare e controllare l'impatto economico e l'indice di resilienza delle attività proposte, sapendo gestire le esternalità dovute alle scelte	PARTICOLAREGGIATA	INTERPRETATIVA	NON RICHIESTA - A CARICO DEL DECISORE POLITICO
	Definire uno o più scenari alternativi da sottoporre al decisore, dando forza alle specificità locali e tenendo in considerazione le risorse disponibili in coerenza con il bilancio dell'Ente	PARTICOLAREGGIATA	INTERPRETATIVA	NON RICHIESTA - A CARICO DEL DECISORE POLITICO
6. <b>Trasporto urbano orientato alla mobilità lenta e sostenibile e al trasporto attivo secondo un modello di <i>Walkable City</i></b>	Incoraggiare l'utilizzo di modalità sostenibili di trasporto, tramite l'apposita creazione di piste ciclo-pedonali sicure e ben collegate, nonché un efficiente sistema di TPL	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA - IN INTERAZIONE CON DECISORE POLITICO
	Prevedere attività di sensibilizzazione dei cittadini verso scelte più efficienti e intermodali di mobilità urbana, con parcheggi di scambio e trasporto condiviso, nonché scelte a favore del trasporto attivo	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA
	Incentivare l'adozione di PUMS, piani di monitoraggio qualità aria, zonizzazione rumore, etc come strumenti di pianificazione	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA - IN INTERAZIONE CON DECISORE POLITICO

<p>7. Strategie di pianificazione urbana e architettonica orientate alla promozione e alla tutela della salute</p>	<p>Contrastare i fenomeni di <i>urban sprawl</i>, mediante azioni di rigenerazione e ricucitura di parti di città dismessa, e di <i>shrinking cities</i> sulla capacità attrattiva dei centri storici</p>	GENERALE	INTERPRETATIVA	AUTONOMA - IN INTERAZIONE CON DECISORE POLITICO
	<p>Realizzare <i>mixité</i> sociale e funzionale a scala macro (aggregati in una logica di <i>clustering</i>) e micro (<i>street level</i>, attrattività di quartiere) in funzione dell'individuazione di <i>Healthy Destinations</i></p>	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA - IN INTERAZIONE CON DECISORE POLITICO
	<p>Attuare tutte le possibili strategie d'inverdimento della città, con particolare riferimento alla riduzione dell'Heat Island Effect (HIE), alla gestione degli eventi meteorici avversi (piani di sicurezza e di emergenza), alla protezione e all'aumento della biodiversità urbana, alla fonte e al consumo energetico, individuando il valore ambientale, sociale e psico-percettivo degli elementi di Green&amp;Blue Areas, con particolare riferimento alle azioni di rigenerazione urbana</p>	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA - IN INTERAZIONE CON DECISORE POLITICO
	<p>Contrastare il fenomeno del <i>Climate Change</i>, e della sostenibilità ambientale in generale, individuando strategie di resilienza urbana per la riduzione degli effetti ambientali e di salute a scala macro (città intera e hinterland, quadranti di città, etc.) e micro (quartiere, isolato, singola piazza, etc.)</p>	GENERALE	INTERPRETATIVA	AUTONOMA - IN INTERAZIONE CON DECISORE POLITICO
	<p>Gestire i servizi urbani, e in particolare i Rifiuti Solidi Urbani (RSU) secondo sistemi di raccolta <i>smart</i> finalizzati al miglioramento delle condizioni igieniche del contesto urbano e alla gradevolezza estetica degli spazi outdoor e meccanizzati di conferimento in discarica o nei centri di trasformazione</p>	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	NON RICHIESTA

8. Prevenzione primaria e malattie croniche	Promuovere programmi di informazione sulla prevenzione a integrazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per le malattie croniche trasmissibili e non trasmissibili tra le amministrazioni comunali, in collaborazione con l'autorità sanitaria locale	GENERALE	INTERPRETATIVA	NON RICHIESTA
	Attivare progetti di studio nei contesti urbani più idonei ad avvicinare il cittadino nello svolgimento delle sue attività quotidiane (luoghi di cura, luoghi di lavoro, luoghi ricreativi, strutture sportive, luoghi virtuali come siti internet di riferimento delle amministrazioni stesse) in cui veicolare - attraverso materiale cartaceo o virtuale - messaggi chiave per la prevenzione, coinvolgendo le amministrazioni comunali e le autorità sanitarie	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA
9. Inclusione sociale	Adottare politiche tese a migliorare le condizioni sociali, economiche e ambientali dei quartieri degradati, con interventi, anche <i>mean-tested</i> , volti a migliorare il contesto urbano di riferimento	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA
	Allineare la città agli standard più elevati di accessibilità e fruibilità dei servizi urbani e <i>design for all</i> , identificando i differenti tipi di disabilità, non solo motoria e/o cognitiva, e individuando strategie di Inclusive / Universal Design per l'accessibilità degli spazi aperti della città alle diverse categorie di utenti	GENERALE	INTERPRETATIVA	NON RICHIESTA
	Promuovere misure economiche e sociali mirate a migliorare l'inclusione, l'integrazione e l'aggregazione sociale di tutte le categorie di popolazione considerate svantaggiate per condizioni economico-sociali, o per condizioni di salute come malattia e disabilità, promuovendo la loro partecipazione anche nelle attività sportive e ricreative in contrasto al fenomeno della solitudine e dell'isolamento	GENERALE	INTERPRETATIVA	NON RICHIESTA
	Promuovere politiche di prevenzione e inserimento socio-sanitario per le popolazioni di migranti anche ricorrendo a figure di mediatori culturali	GENERALE	INTERPRETATIVA	NON RICHIESTA

10. Monitoraggio dei dati sulla salute	Promuovere politiche di prevenzione e inserimento socio-sanitario per le popolazioni di migranti anche ricorrendo a figure di mediatori culturali	GENERALE	INTERPRETATIVA	NON RICHIESTA
	Creare cabine di regia per lo studio e il monitoraggio dell'impatto dei determinanti della salute nel contesto urbano, prevedendo il coinvolgimento congiunto di Amministrazioni Comunali, Autorità Sanitarie, Università e Centri di Ricerca e l'elaborazione di schede e protocolli di monitoraggio codificati e uguali per tutti sul tema.	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA - IN INTERAZIONE CON DECISORE POLITICO
	Promuovere partenariati <i>multistakeholders</i> per politiche urbane che, sulla base degli studi sull'impatto dei determinanti della salute nelle città, possano dare vita a interventi "intelligenti" volti a ridurre i rischi per la salute e a promuovere un ambiente urbano sano e inclusivo	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA - IN INTERAZIONE CON DECISORE POLITICO
	Creare un Osservatorio permanente delle Aziende Ospedaliere delle Aree Metropolitane con i rispettivi Comuni	PARTICOLAREGGIATA	DECISIONALE	AUTONOMA - IN INTERAZIONE CON DECISORE POLITICO

## Bibliografia

1. WHO, Hidden Cities: unmasking and overcoming health inequalities in urban settings, Geneva (Switzerland), 2010.
2. Health City Institute, Manifesto "Health in the cities: common good", 2016.
3. EU Committee of the Regions, 123rd plenary session, Opinion "Health in cities: the common good", Rapp: Pella (11-12 May 2017).
4. WHO, Copenhagen Consensus of Mayors: Healthier and happier cities for all, 2018.
5. G7 Side Event on Health, Roma Urban Health Declaration (11 December 2018).
6. Health City Institute, Creating the World of Tomorrow, 4<sup>th</sup> Health City Forum "Health City Manager: Core Competences for Urban Health Management", 2019.
7. World Urbanization Prospects: The 2009 Revision. Rep. Departments of Economic and Social Affairs: Population Division, Mar. 2010. Web.
8. World Development Report 2009: Reshaping Economic Geography. Rep. no. 43738. The World Bank, 2009. Web. 8 Feb. 2011.
9. Urban World: Mapping the Economic Power of Cities. Rep. McKinsey Global Institute, Mar. 2011. Web. 8 Feb. 2012.
10. Glaeser, Edward. "Cities: Engines of Innovation." Scientific American, 17 Aug. 2011. Web. 9 Feb. 2012.
11. Glaeser, Edward. "Triumph of the City [Excerpt]." Scientific American, 17 Aug. 2011. Web. 9 Feb. 2012.
12. Pacione, M. Urban Geography: A Global Perspective. New York: Routledge, 2001. Print.
13. World Energy Outlook 2008. Rep. International Energy Agency, 2008. Web. 9 Feb. 2012.

14. Outlook on the Global Agenda 2011. Rep. World Economic Forum, June 2011. Web. 10 Feb. 2012.
15. Global Risks 2012. Rep. World Economic Forum, June-July 2012. Web. 10 Feb. 2012.
16. Satterhwaite, David. Climate Change and Urbanization: Effects and Implications for Urban Governance. Rep. United Nations Secretariat: Department of Economic and Social Affairs, 27 Dec. 2007. Web. 11 Feb. 2012.
17. Matuschke, Ira. Rapid Urbanization and Food Security: Using Food Density Maps to Identify Future Food Security Hotspots. Rep. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), 2009. Web. 11 Feb. 2012.
18. "Technology Trends." ABI Research. Web. 10 Feb. 2012
19. Hill, Dan. "The Adaptive City." City of Sound, 7 Sep. 2008. Web. 11 Feb. 2012.
20. Glaeser, Edward L. "E-Ties That Bind." Economix Blog. New York Times, 1 Mar. 2011. Web. 11 Feb. 2012.
21. "Check out Zynga's Zany New Offices." CNN Money. Cable News Network. Web. 10 Feb. 2012.
22. Gansky, Lisa. The Mesh: Why the Future of Business Is Sharing. New York, NY: Portfolio Penguin, 2010. Print.
23. "Climate: C40 Cities' Aggarwala Says Local Governments Can Lead the Way on Climate Action." E&E TV, 27 July 2011. Web. 10 Feb. 2012.
24. Brockman, John. "Why Cities Keep Growing, Corporations And People Always Die, And Life Gets Faster." Edge: Conversations on the Edge of Human Knowledge. 23 May 2011. Web. 10 Feb. 2012.
25. Lehrer, Jonah. "A Physicist Solves the City." New York Times, 17 Dec. 2011. Web. 10 Feb. 2012.
26. A Unified Theory of Urban Living. Rep. Macmillan Publishers Limited, 21 Oct. 2010. Web. 10 Feb. 2012.
27. "Geoffrey B. West: Why Cities Keep on Growing, Corporations Always Die, and Life Gets Faster." Seminars About Long-Term Thinking. The Long Now Foundation, July- Aug. 2011. Web. 10 Feb. 2012.
28. Guterl, Fred. "Why Innovation Won't Defuse the Population Bomb." Scientific American, 31 Oct. 2011. Web. 02 Mar. 2012.
29. D'Estries, Michael. "Top Five Most Sustainable Cities in the World." Ecomagination.com. 29 Nov. 2011. Web. 10 Feb. 2012.
30. "10 Best Cities for the Next Decade." Kiplinger Personal Finance. July 2010. Web. 02 Mar. 2012.
31. "CFP: Intercity Networks and Urban Governance in Asia." Center for Southeast and Asian Studies. 22 Aug. 2011. Web. 10 Feb. 2012.
32. "Joint Initiative on Urban Sustainability (JIUS)." Environmental Protection Agency. Web. 10 Feb. 2012.
33. Clay, Jason. "Precompetitive Behaviour: Defining the Boundaries." The Guardian, 02 June 2011. Web. 10 Feb. 2012.
34. "City Mayors: Eurocities Report on City Branding." Eurocities. Web. 10 Feb. 2012. 31 Jacobs, Jane. The Death and Life of Great American Cities. [New York]: Random House, 1961. Print.
35. Kermeliotis, Teo. "Hacking the city for a greener future." CNN Tech. Web. 02 Feb. 2012.
36. West, Harry. "Why Don't Regular Joes Care About Sustainability?" Co.Design. Web. 10 Feb. 2012.
37. "Urbanization and Megacities in Emerging Economies." GlobeScan/SustainAbility, 10 Feb. 2010. Web. 02 Mar. 2012. "Trendwatching.com's February 2011 Trend Briefing Covering CITYSUMERS." Trendwatching.com. Web. 11 Feb. 2012.
38. "Can Cities Build Local Developmental Strategies? Some Surprising Good News from Colombia." From Poverty to Power by Duncan Green. Oxfam International. Web. 10 Feb. 2012.
39. Duranton, Gilles, and Diego Puga. Nursery Cities: Urban Diversity, Process Innovation, and the Life-cycle of Products. CEPR Discussion Paper 2376. American Economic Review. Feb. 2000. Web. 14 Feb. 2012.
40. New competences to manage urban health: Health City Manager core curriculum, Andrea Lenzi, Stefano Capolongo, Gualtiero Ricciardi, et al, Acta Biomed 2020; Vol. 91, Supplement 3: 21-28

1. Università La Sapienza di Roma, Dipartimento di Medicina Sperimentale; 2. Dipartimento di Architettura, Ingegneria delle Costruzioni e Ambiente Costruito (ABC) - Politecnico di Milano; 3. Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; 4. Università Vita-Salute San Raffaele di Milano; 5. University College of London (UCL); 6. Dipartimento di Architettura, Ingegneria delle Costruzioni e Ambiente Costruito (ABC) - Politecnico di Milano; 7. Health City Institute

**HCI**  
**HEALTH CITY INSTITUTE**  
Improve quality of life in cities

**MANIFESTO  
LA SALUTE  
NELLE CITTÀ:  
BENE COMUNE**

Con il patrocinio di



# SALUTE NELLE CITTÀ: BENE COMUNE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1948 definiva la salute come **"...uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale** e non semplicemente l'assenza di malattia e di infermità" e invitava i governi ad adoperarsi responsabilmente, attraverso un programma di educazione alla salute, al fine di promuovere uno stile di vita sano e di garantire ai cittadini un alto livello di benessere.

Questo **nuovo concetto di salute**, dunque, non si riferisce meramente alla sopravvivenza fisica o all'assenza di malattia ma si amplia, comprendendo gli aspetti psicologici, le condizioni naturali, ambientali, climatiche e abitative, la vita lavorativa, economica, sociale e culturale. Nel considerare ciò non è più possibile trascurare il ruolo delle città come promotrici di salute.

A tal proposito l'OMS ha coniato il termine **"healthy city"**, che non descrive una città che ha raggiunto un particolare livello di salute pubblica, piuttosto una città che è conscia dell'importanza della salute come bene collettivo e che, quindi, mette in atto delle politiche chiare per tutelarla e migliorarla.

La salute non risulta essere più solo un **"bene individuale"** ma un **"bene comune"** che chiama tutti i cittadini **all'etica e all'osservanza delle regole** di convivenza civile, a comportamenti virtuosi basati sul rispetto reciproco.

Il bene comune è dunque un obiettivo da perseguire sia da parte dei cittadini, sia dei sindaci e degli amministratori locali che devono proporsi come garanti di una sanità equa, facendo sì che la salute della collettività sia considerata un investimento e non solo un costo.

L'organizzazione della città e, più in generale, dei contesti sociali e ambientali, è **in grado di condizionare e modificare i bisogni emergenti, gli stili di vita** e le aspettative dell'individuo, fattori che dovrebbero, dunque, essere considerati nella definizione ed orientamento delle politiche pubbliche.

Si stima che nei prossimi decenni la popolazione urbana rappresenterà il **70% della popolazione globale**. In Italia il 37% della popolazione risiede nelle 14 Città Metropolitane e il tema della salute sta diventando una priorità di azione amministrativa da parte dei Sindaci.

L'urbanizzazione e la configurazione attuale delle città offrono per la salute pubblica e individuale tante opportunità. Se le città sono pianificate, ben organizzate e amministrate coscientemente, le opportunità possono superare i rischi.

Già la **1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute**, riunita a **Ottawa** il 21 novembre 1986, invitava i vari livelli di governo (sovranzionale, nazionale, territoriale) ad intervenire a supporto di strategie e programmi di promozione della salute nei diversi paesi, nella consapevolezza che la promozione della salute richiede un'azione coordinata da parte di tutti i soggetti coinvolti e non solo dei sistemi sanitari.

Attualmente i problemi più critici possono essere compresi e risolti solo se si effettua un'**analisi dei determinanti sociali, economici e ambientali e dei fattori** di rischio che hanno un impatto sulla salute. Il rapporto tra salute, qualità della vita e ambiente è ormai un tema di centrale interesse per le scienze sociali, ambientali e mediche.

L'aumento a livello globale dell'incidenza di malattie non trasmissibili quali il diabete è infatti da attribuire ai maggiori livelli di urbanizzazione, all'invecchiamento della popolazione, agli stili di vita più sedentari e alle diete non salutari.

Gli obiettivi di sviluppo sostenibile legati alla salute sono una priorità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che li ha inseriti nell'Agenda 2014-2019.

Oggi, bisogna chiedersi: nei prossimi decenni che aspetto avrà il Pianeta Terra? Sarà in grado di sostenere un incremento di oltre due miliardi di abitanti? Le nostre città come si evolveranno? Saranno in grado di essere resilienti e gestire le emergenze sanitarie, rischio in aumento nel mondo sempre più globalizzato? I governi saranno in grado di rispondere alla crescente domanda di salute? Partendo dal presupposto che i margini di azione esistono e che il futuro non è già stato stabilito, occorre avere un approccio integrato per affrontare i problemi di salute pubblica.

La città può offrire grandi opportunità di integrazione tra servizi sanitari, servizi sociali, servizi culturali e ricreativi. Il futuro della sostenibilità dei sistemi sanitari nel mondo non può, però, prescindere dallo studio dei determinanti della salute nelle grandi città.

## **A** COS'È L'URBAN HEALTH

L'esponenziale sviluppo urbano, cui il mondo ha assistito ha modificato profondamente lo stile di vita della popolazione e seguita a trasformare il contesto ambientale e sociale in cui viviamo molto rapidamente. L'urbanizzazione crea nuovi problemi: riduce l'equità, genera tensioni sociali e introduce minacce per la salute delle persone. La configurazione attuale delle città e, più in generale l'urbanizzazione, presentano per la salute pubblica e individuale tanti rischi ma anche molte opportunità. Se infatti le città sono pianificate, ben organizzate e amministrare coscientemente, si può dare vita ad una sinergia tra istituzioni, cittadini e professionisti in grado di migliorare le condizioni di vita e la salute della popolazione.

## **B** HEALTH CITY *THINK TANK*

Health City Think Tank è uno spazio di studio e approfondimento e confronto, promosso dall'Health City Institute, in cui affrontare i temi relativi ai determinanti della salute nelle città, che possa essere anticipatore e guida verso il coinvolgimento dell'Italia in iniziative internazionali e nazionali a livello parlamentare.

L'obiettivo è offrire alle Istituzioni e alle Amministrazioni locali un luogo e uno spunto di riflessione per il dibattito pubblico da poter trasformare in proposte concrete di policy, consentendo così alle città del mondo di aiutare le popolazioni ad adottare stili di vita che li rendano meno vulnerabili al diabete.

Il Think Tank ha costituito un Board of Expert of formato da esperti di diverse provenienze e trasversali alle varie discipline, incaricato di discutere il primo Manifesto per la Salute Urbana in Italia. Gli approfondimenti di Health City Think Tank riguardano la globalizzazione della salute, i determinanti della salute nelle città metropolitane e nelle grandi città, l'invecchiamento della popolazione, la cronicità, il rapporto tra urbanizzazione e salute. Le prospettive di studio e approfondimento di Health City Think Tank riguardano l'analisi del contesto economico-sanitario, sociologico, clinico-epidemiologico e politico-sanitario.

## **C** PERCHÉ UN MANIFESTO

Il Manifesto delinea i punti chiave che possono guidare le città a studiare ed approfondire i determinanti della salute nei propri contesti urbani e a fare leva su di essi per escogitare strategie per migliorare gli stili di vita e lo stato di salute del cittadino. Ogni punto del Manifesto contiene le azioni prioritarie per il raggiungimento di questo obiettivo, promuovendo, a partire dall'esperienza internazionale, partenariati pubblico-privato per l'attuazione di progetti di studio sull'impatto dei determinanti di salute nei contesti urbani.

# 1

## Ogni cittadino ha **diritto** ad una vita sana ed integrata nel proprio contesto urbano. Bisogna rendere la salute dei cittadini il fulcro di tutte le politiche urbane

Migliorare la qualità dell'ambiente urbano è uno dei principali obiettivi delle Istituzioni Internazionali (come l'Unione Europea), che stabiliscono misure di cooperazione e linee direttive, rivolte agli Stati membri e alle autorità locali, per rendere le città luoghi di vita, lavoro e investimento più attraenti e più sani. In Italia alcuni standard normativi per la protezione della salute umana non sono ancora rispettati in un largo numero di aree urbane.

- Migliorare il contesto urbano come obiettivo prioritario delle amministrazioni locali e coinvolgere attivamente i cittadini nelle scelte politiche;
- Impegnarsi, a livello di Amministrazione locale, nella promozione della salute dei cittadini studiando e monitorando i determinanti della salute specifici del proprio contesto urbano, facendo leva sui punti di forza delle città e riducendo drasticamente i rischi per la salute;
- Prevedere modalità di partenariato pubblico-privato per la realizzazione delle politiche.

# 2

## Assicurare un alto livello di **alfabetizzazione** e di **accessibilità all'informazione sanitaria per tutti i cittadini e inserire l'educazione sanitaria in tutti i programmi scolastici**, con particolare riferimento ai rischi per la salute nel contesto urbano

L'alfabetizzazione sanitaria (Health Literacy) è "la capacità di ottenere, elaborare e capire informazioni sanitarie di base e accedere a servizi necessari per effettuare scelte consapevoli". Non tutti i cittadini però hanno lo stesso livello di alfabetizzazione sanitaria e ciò crea disuguaglianze. Per questo l'educazione sanitaria è uno strumento fondamentale per promuovere e migliorare lo stato di salute della popolazione.

Numerosi studi evidenziano come un'educazione alla salute svolta nelle scuole risulti capace di ridurre la prevalenza di comportamenti rischiosi per la salute dei giovani. La scuola, più di qualsiasi altra istituzione, può aiutare a vivere in modo sano, contribuendo a far acquisire le conoscenze e le abilità necessarie ad evitare comportamenti rischiosi (alimentazione non salutare, attività fisica inadeguata, ecc.).

- Promuovere percorsi formativi a livello regionale o locale indirizzati agli operatori sanitari e alle associazioni dei pazienti per permettere loro di valutare il grado di comprensione del cittadino ed esprimersi di conseguenza con linguaggio compatibile ed efficace;
- Permettere ai cittadini, ai pazienti e alle loro associazioni di comunicare agevolmente e tempestivamente con il sistema sanitario, potendo trovare, comprendere e valutare le informazioni di volta in volta più appropriate per soddisfare i propri bisogni assistenziali, anche attraverso lo sfruttamento delle potenzialità offerte dalle tecnologie digitali;
- Promuovere e consolidare la collaborazione tra il mondo sanitario, quello dell'istruzione e delle comunità locali. In particolare realizzare una rete di operatori della salute di ASL e AO e docenti delle scuole per definire precise linee di indirizzo per una corretta informazione sanitaria.

## 3

### Incoraggiare stili di vita sani nei luoghi di lavoro, nelle grandi comunità e nelle famiglie

La promozione della salute nei luoghi di lavoro rappresenta oggi una strategia di frontiera che tiene conto degli effetti sinergici, sulla salute umana, dei rischi legati agli stili di vita e dei rischi professionali. Essa è fortemente raccomandata rispetto a diverse problematiche della sfera individuale e collettiva, quali fumo, attività motoria, corretta alimentazione.

- Diffondere in modo capillare buone pratiche per la promozione della salute nei luoghi di lavoro e rafforzare il sistema di incentivi rivolto alle imprese socialmente responsabili che investono in sicurezza e prevenzione;
- Introdurre strumenti atti al controllo del rispetto delle norme sulla sicurezza all'interno dei luoghi di lavoro, soprattutto relativamente alle caratteristiche degli ambienti: ergonomia delle postazioni, illuminazione, areazione.

## 4

### Promuovere una cultura alimentare appropriata attraverso programmi dietetici mirati, prevenendo l'obesità

Una sana alimentazione, assieme all'attività fisica, ha un ruolo fondamentale nella prevenzione dell'obesità. Secondo l'OMS l'obesità colpisce nel mondo quasi mezzo miliardo di persone e rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza delle malattie cardiovascolari, del diabete di tipo 2, di alcuni tumori, dell'artrosi, dell'osteoporosi.

- Delineare linee guida precise che tengano conto dei diversi contesti e dei diversi target della popolazione (es. menu scolastici e/o aziendali appropriati);
- Organizzare eventi divulgativi e progetti di educazione alimentare sul territorio.

## 5

### Ampliare e migliorare l'accesso alle pratiche sportive e motorie per tutti i cittadini, favorendo lo sviluppo psicofisico dei giovani e l'invecchiamento attivo

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha indicato la sedentarietà come una delle maggiori cause di malattie cardiovascolari, di diabete e di obesità. Inoltre, l'UE e più in generale i paesi avanzati, si trovano ad affrontare un rapido cambiamento della struttura demografica e devono affrontare le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione sulle finanze pubbliche e sulle politiche di protezione sociale. Il prolungamento della vita attiva in vecchiaia deve contribuire ad affrontare tali sfide.

- Garantire a tutti i cittadini il libero accesso alle infrastrutture e agli spazi verdi, con particolare attenzione alle persone in difficoltà socio-economica secondo il principio dello "Sport di Cittadinanza";
- Ipotizzare nuove modalità di impiego e migliorare le condizioni lavorative dei lavoratori anziani per tutelare la solidarietà tra le generazioni, migliorando l'inclusione nelle città delle persone anziane e favorendo un invecchiamento attivo come previsto già nel 2012, anno europeo dell'invecchiamento attivo;
- Incentivare l'attività sportiva e motoria per i bambini e per i giovani anche tramite il coinvolgimento attivo delle famiglie.

## 6

### **Sviluppare politiche locali di trasporto urbano orientate alla sostenibilità ambientale e alla creazione di una vita salutare**

Gli scarsi investimenti nei trasporti pubblici urbani e nelle infrastrutture che consentano modalità attive di trasporto (consentire di muoversi in sicurezza in bicicletta o a piedi) costituiscono una delle principali barriere nel promuovere efficacemente uno stile di vita sano e attivo. Il trasporto attivo comporta riduzione delle malattie respiratorie e cardiovascolari e incrementando l'attività fisica riduce il rischio di obesità, diabete, cancro e infarto.

- Incoraggiare l'utilizzo delle modalità attive di trasporto tramite l'apposita creazione di strade, piste ciclabili sicure e ben collegate, nonché un efficiente sistema di trasporto pubblico locale;
- Prevedere attività di sensibilizzazione dei cittadini verso scelte più efficienti (da un punto di vista economico, ambientale e di impatto sulla propria salute) di mobilità urbana.

## 7

### **Creare iniziative locali per promuovere l'adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione primaria, con particolare riferimento alle malattie croniche trasmissibili e non trasmissibili**

Le malattie non trasmissibili, soprattutto quelle cardiovascolari, il cancro, il diabete e i disturbi respiratori cronici, continuano a rappresentare il principale rischio per la salute e lo sviluppo umano. Il PIANO D'AZIONE dell'OMS evidenzia come sia indispensabile, per lo sviluppo sociale ed economico di tutte le Nazioni, investire nella prevenzione di queste malattie, e come si tratti di una responsabilità di tutti i governi.

- Collaborare con l'autorità sanitaria locale e contribuire a costruire percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che includono anche programmi di informazione sulla prevenzione delle malattie trasmissibili e non trasmissibili;
- Studiare i contesti urbani più idonei ad avvicinare il cittadino nello svolgimento delle sue attività quotidiane (luoghi di cura, luoghi di lavoro, luoghi ricreativi, strutture sportive, luoghi virtuali come siti internet di riferimento delle amministrazioni stesse) in cui veicolare – attraverso materiale cartaceo o virtuale – messaggi chiave per la prevenzione.

## 8

### **È necessario intervenire per prevenire e contenere l'impatto delle malattie trasmissibili infettive e diffuse, promuovendo e incentivando i piani di vaccinazione, le profilassi e la capacità di reazione delle istituzioni coinvolte, con la collaborazione dei cittadini**

La diffusione del COVID-19 ha evidenziato le enormi difficoltà del mondo globalizzato nel prevenire le emergenze derivanti dall'epidemia, rispondere rapidamente alla minaccia e mitigarne gli effetti. Nel rapporto "Un mondo a rischio", redatto dagli esperti del Global Preparedness Monitoring Board, si evidenzia come nel periodo 2011-2018 si siano registrate 1.483 epidemie in 172 Paesi del mondo, comprese Ebola, Mers e Zika, per le quali l'OMS aveva diffuso l'allerta internazionale. L'evidenza mostra che le epidemie sono eventi ciclici: intensificare gli sforzi nel momento della minaccia e dimenticarsene una volta passato il pericolo non è una strada che si possa continuare a percorrere. È necessario che le amministrazioni comunali intervengano a:

- Sviluppare, in collaborazione con le autorità sanitarie locali e le Regioni, programmi di sorveglianza sulla prevenzione della diffusione delle malattie trasmissibili infettive e diffuse causate da virus, batteri, funghi o altri agenti patogeni;

- Creare e implementare, in collaborazione con le autorità sanitarie locali, le Regioni e il Governo, programmi di sorveglianza sulle questioni relative alla biosicurezza che vanno intesi come un controllo dei fattori inquinanti e dannosi rilasciati nell'ambiente in modo volontario ed involontario (biosafety), fino alla prevenzione del rilascio volontario e malevolo nell'ambiente cittadino di agenti inquinanti, agenti pericolosi per la salute, agenti radioattivi e agenti patogeni;
- Ricoprire un ruolo attivo nella definizione preventiva di Piani di contenimento delle malattie trasmissibili infettive e diffuse, redatti da Stato e Regioni, con la collaborazione delle tecnostitute del Servizio Sanitario Nazionale.

## 9

### Considerare la salute delle fasce più deboli e a rischio quale priorità per l'inclusione sociale nel contesto urbano

Il diritto all'istruzione e alla salute sono diritti fondamentali dell'individuo, costituzionalmente garantiti e devono essere assicurati indipendentemente dalle condizioni personali, sociali ed economiche o di qualunque altra natura. Il persistere di condizioni peggiori dello stato di salute in aree svantaggiate delle città o l'emarginazione sociale delle fasce di popolazione più debole o disagiata, se da un lato è la manifestazione dell'effetto della povertà e del disagio sociale, dall'altro mina la coesione sociale dell'intera popolazione.

- Adottare politiche tese a migliorare le condizioni sociali, economiche ed ambientali dei quartieri disagiati, sia con interventi "mean-tested", che con interventi volti a migliorare il contesto urbano di riferimento;
- Allinearsi agli standard più elevati di accessibilità e fruibilità dei servizi urbani per persone disabili da parte di ogni città, adeguando le infrastrutture sanitarie, la viabilità, l'accesso ai servizi pubblici di qualsiasi tipo;
- Promuovere misure economiche e sociali mirate a migliorare l'inclusione sociale di tutte le categorie di popolazione considerate svantaggiate per condizioni economico-sociali, o per condizioni di salute come malattia e disabilità, promuovendo la loro partecipazione anche nelle attività sportive e ricreative;
- Promuovere politiche di prevenzione e inserimento socio-sanitario per le popolazioni di migranti anche ricorrendo a figure di mediatori culturali.

## 10

### Studiare e monitorare a livello urbano i determinanti della salute dei cittadini, attraverso una forte alleanza tra Comuni, Università, Aziende sanitarie, Centri di ricerca, industria e professionisti

I determinanti della salute sono elementi di rischio, che interagiscono nell'impostare, mantenere e alterare le condizioni di salute dei cittadini nel corso della loro vita. Tali determinanti possono riguardare l'ambiente, gli stili di vita, le condizioni socio-economiche, la genetica o la possibilità di accedere ai servizi.

- Creare cabine di regia per lo studio e il monitoraggio dell'impatto dei determinanti della salute nel contesto urbano, prevedendo il coinvolgimento congiunto delle Amministrazioni Comunali, delle Autorità Sanitarie, delle Università e dei Centri di Ricerca;
- Promuovere *partnership multistakeholders* per dare vita a politiche urbane che, sulla base degli studi sull'impatto dei determinanti della salute nelle città, possano dare vita a interventi "intelligenti" volti a ridurre i rischi per la salute e a promuovere un ambiente urbano sano e inclusivo;
- Creare una conferenza permanente delle Aziende Ospedaliere delle Aree Metropolitane delegandole significative competenze e poteri decisionali in tema di pianificazione (piani obiettivo) e di erogazione di servizi sanitari ospedalieri.

- Istituire una nuova figura professionale, l'Health City Manager, con capacità e competenze di gestione della sanità pubblica, di sociologia e psico-sociologia delle comunità, di architettura urbana e di controllo nella riduzione delle disuguaglianze sociali e di salute, in grado di coordinare e implementare le azioni per la salute pubblica nel contesto urbano in funzione degli obiettivi di mandato espressi dal documento di programmazione dell'Amministrazione comunale con cui s'interfacerà.

## Fonti

Al-Moosa S, Allin S, Jemai N, Al-Lawati J, Mossialos E., Diabetes and urbanization in the Omani population: an analysis of national survey data. *Popul Health Metr* 2006

Barari, Caria, Davola, Falco, Fetzer, Fiorin, Hense, Ivchenko, Jachimowicz, King, Kraft-Todd, Ledda, MacLennan, Mutor, Pagani, Reutskaja, Roth, Raimond Slepov, Evaluating COVID-19 Public Health Messaging in Italy: Self-Reported Compliance and Growing Mental Health Concerns, <https://gking.harvard.edu/covid-italy> - 2020

Barquera S et al. Diabetes in Mexico: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy. *Global Health*, 2013

CA, Nazir N, Perri MG. Prevalence of obesity among adults from rural and urban areas of the United States: findings from NHANES (2005–2008). *J Rural Health* 2012.

Cipriani F, Baldasseroni A, Franchi S. Lotta alla sedentarietà e promozione dell'attività fisica. Linea-Guida. SNLG, Novembre 2011.

Changing Diabetes Barometer. Diabetes complications. Available at [changingdiabetesbarometer.com/about-diabetes/diabetescomplications.aspx](http://changingdiabetesbarometer.com/about-diabetes/diabetescomplications.aspx)

Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, Verso una strategia tematica sull'ambiente urbano, 2004.

CONI, Il ruolo dello sport per tutti nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie, Congresso Mondiale Sport per Tutti, 2004.

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 22 marzo 2020, in GU Serie Generale n.76 del 22-03-2020, 2020

European Committee of Region, 123rd plenary session, OPINION, Health in cities: the common good; 11-12, maggio 2017

Federsanità Anci, Mobilità sostenibile e sicura, salute, pianificazione e ambiente, 2012.

Folkesundheden i København 2014 – i korte træk (in Danish). City of Copenhagen (Københavns Kommune).

G7 Side Event, Roma Urban Health Declaration; 11 December 2018

Hart JT, Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. *Br J Gen Pract*, 1992.

Health City Institute, Creating the World of tomorrow, 4th Health City Forum, Health City Manager: Core Competences In Urban Health Management, 2019

International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 6th edn. Brussel, Belgium

ISPRA, XI Rapporto sulla qualità dell'ambiente urbano, 2015.

Istat, Il benessere equo e sostenibile nelle città, 2015.

Istituto Superiore di Sanità, Empowerment: il cittadino consapevole, collaborativo e protagonista, 2014.

Istituto Superiore di Sanità, La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni, 2008.

Kinra S, Andersen E, Ben-Shlomo Y, Bowen L, Lyngdoh T, Prabhakaran D et al. Association between urban life-years and cardiometabolic risk: the Indian migration study. *Am J Epidemiol* 2011.

Lenzi A., Capolongo S., Ricciardi G., Signorelli C., Napier D., Rebecchi A., Spinato C., New competences to manage urban health: Health City Manager core curriculum in *Acta Biomedica*; Vol. 91, Supplement 3, 2020

Mbanya JC, Motala AA, Sobngwi E, Assah FK, Enoru ST. Diabetes in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2010.

Ministero della Salute, Alimentazione corretta, 20 marzo 2013 (accesso al sito internet 31/03/2016).

Ministero della Salute, Covid-19, analisi dell'andamento epidemiologico e aggiornamento tecnico-scientifico, in [www.salute.gov.it/nuovocoronavirus](http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus), 2020

Ministero della Salute - Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, GUADAGNARE SALUTE. Rendere facili le scelte salutari. Un programma di prevenzione a servizio dei cittadini, 2008.

OECD, Health System Priorities in the Aftermath of the Crisis, 2010.

OECD Health Working Papers, The Prevention of lifestyle related chronic diseases: an economic framework, 2008.

The Lancet, Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants, Volume 387, No. 10027, p1513–1530, 9 April 2016.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, World Urbanization Prospects, the 2011 Revision.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Sustainable Development Challenges, World Economic and Social Survey 2013.

United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat), State of the World's Cities 2012/2013, Prosperity of Cities.

Villalpando S, de IC, V, Rojas R, Shamah-Levy T, Avila MA, Gaona B et al. Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population: a probabilistic survey. *Salud Publica Mex* 2010.

Wang L, Kong L, Wu F, Bai Y, Burton R. Preventing chronic diseases in China. *Lancet* 2005.

WHO, Copenhagen Consensus of Mayors. Healthier and happier cities for all; 2018

WHO, Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies, 2012.

WHO, Health in the green economy, 2011.

WHO, The global burden of disease, 2004.

WHO Regional Office for Europe, A healthy city is an active city, a physical planning guide, a cura di P. Edwards e A. D. Tsouros, 2008

WHO, Urbanization and health, *Bull World Health Organ* 2010.

WHO e UN-Habitat, Global report on Urban Health: equitable, healthier cities for sustainable development, 2016

World Health Organization e World Economic Forum, Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace through Diet and Physical Activity, 2008.

## COMITATO PROMOTORE

Gianluca AIMARETTI	Paolo DI BARTOLO	Mario MORCELLINI
Giorgio ALLEVA	Franco DI MARE	Lelio MORVIDUCCI
Luigi ANGELINI	Angelo DIARIO	Alessandro MUGELLI
Vincenzo ATELLA	Lorenzo Maria DONINI	Antonio NICOLUCCI
Emanuela BAIO	Francesco DOTTA	Veronica NICOTRA
Cristina BARGERÒ	Katrine ESPOSITO	Giuseppe NOVELLI
Marco BARONI	Bernardino FANTINI	Fabio PAGLIARA
Enzo BIANCO	Rosapia FARESE	Paolo PANDOLFI
Laura BIANCONI	Giuseppe FATATI	Mario PAPPAGALLO
Stefano BONACCINI	Fabio FAVA	Roberto PELLA
Enzo BONORA	Tiziana FRITTELLI	Francesco PURRELLO
Silvio BRUSAFERRO	Simona FRONTONI	Gian Marco REVEL
Luca BUSETTO	Fiorenzo GALLI	Andrea REBECCHI
Raffaella BUZZETTI	EUGENIO GAUDIO	Walter RICCIARDI
Martina CAMBIAGHI	Antonio GAUDIOSO	Francesco RIPA DI MEANA
Pierluigi CANONICO	Ezio GHIGO	Maria RIZZOTTI
Stefano CAPOLONGO	Carla GIORDANO	Fausto SANTINI
Michele CARRUBA	Francesco GIORGINO	Paolo SBRACCIA
Antonio CARETTO	Enrico GIOVANNINI	Daniela SBROLLINI
Giuseppe CASTRONOVO	Lucio GNESSI	Vincenzo SCOTTI
Stefano CIANFARANI	Luciano GRASSO	Federico SERRA
Rossana CIUFFETTI	Ranieri GUERRA	Giorgio SESTI
Annamaria COLAO	Furio HONSELL	Carlo SIGNORELLI
Carla COLLICELLI	Davide LAURO	Andrea SILENZI
Costantino CONDORELLI	Renato LAURO	Roberta SILIQUINI
Lucio CORSARO	Andrea LENZI	Federico SPANDONARO
Alessandro COSIMI	Frida LEONETTI	Chiara SPINATO
Giuseppe COSTA	Gianni LETTA	Fabio STURANI
Roberta CRIALESI	Beatrice LORENZIN	Maria Concetta SURACI
Claudio CRICELLI	Livio LUZI	Angelo TANESE
Stefano CUZZILLA	Mario MELAZZINI	Simona TONDELLI
Luigi D'AMBROSIO LETTIERI	Giovanni MALAGÒ	Ketty VACCARO
Stefano da EMPOLI	Domenico MANNINO	Simone VALIANTE
Maurizio DAMILANO	Mario MARAZZITI	Roberto VETTOR
Antonio DECARO	Giulio MARCHESINI	Stefano VELLA
Lina DELLE MONACHE	Eleonora MAZZONI	Alberto VILLANI
Angelo Lino DEL FAVERO	Francesco MENNINI	Paolo VILLARI
Giuseppe DE RITA	Roberto MESSINA	Cristina ZAMBON





# 7

Creare iniziative locali per promuovere l'adesione dei cittadini ai programmi di prevenzione primaria, con particolare riferimento alle **malattie croniche trasmissibili e non trasmissibili**



# 8

È necessario intervenire per prevenire e contenere l'impatto delle **malattie trasmissibili infettive e diffuse**, promuovendo e incentivando i piani di vaccinazione, le profilassi e la capacità di reazione delle istituzioni coinvolte, con la collaborazione dei cittadini



# 9

Considerare la **salute delle fasce più deboli e a rischio quale priorità per l'inclusione sociale nel contesto urbano**



# 10

**Studiare e monitorare** a livello urbano i determinanti della salute dei cittadini, attraverso una forte alleanza tra Comuni, Università, Aziende sanitarie, Centri di ricerca, industria e professionisti



**HCI**  
HEALTH CITY INSTITUTE  
Improve quality of life in cities



Con il contributo non condizionato di





I Quaderni di Ancicomunicare