UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Sede Amministrativa: Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Medina Ambientale e Sanità Pubblica

SCUOLA DI DOTTORATO DI RICERCA IN TERRITORIO AMBIENTE RISORSE E SALUTE
INDIRIZZO: MEDICINA AMBIENTALE NUTRIZIONE E INQUINAMENTO
CICLO 21°

DEFINIZIONE DELLA METODOLOGIA E COSTRUZIONE DEL PROFILO DI SALUTE DI UNA CITTÀ FINALIZZATO ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLA COMUNITÀ

Direttore della Scuola : Ch.mo Prof. Vasco Boatto
Supervisore :Ch.mo Prof. Valeria Marin

Dottorando : Chiara Bertoncello

Riassunto

Il Profilo di Salute consiste in una descrizione quantitativa e qualitativa della salute degli abitanti e dei fattori che la influenzano. Costruire un Profilo di Salute significa saper condurre una lettura attenta delle risorse e dei bisogni di una comunità.
Scopo del presente lavoro è la definizione della metodologia e la costruzione del Profilo di Salute di una città finalizzato alla promozione della salute della comunità. Gli obbiettivi specifici sono: produrre una descrizione quantitativa e qualitativa della salute degli abitanti della città di Padova e dei fattori che la influenzano; definire i flussi informativi; sperimentare un percorso di collaborazione attiva tra i diversi stakeholders; coinvolgere i cittadini nel percorso di elaborazione del profilo. L'analisi quantitativa ha previsto l'elaborazione di indicatori di salute: sono stati utilizzati gli indicatori del Progetto "Città Sane" dell'OMS ed altri indicatori che potessero fornire un quadro più esaustivo della realtà cittadina. È stato avviato un percorso di coinvolgimento e partecipazione di tutti i soggetti responsabili, a vario titolo, dei servizi e degli interventi per la salute, che ha portato alla costruzione dei primi nodi della rete. È stata realizzata una campagna di comunicazione che ha favorito la partecipazione attiva dei cittadini attraverso l'espressione del loro giudizio rispetto ad alcuni determinanti di salute.
La metodologia seguita e i nuovi strumenti utilizzati si sono rivelati adeguati rispetto agli scopi prefissati. Il Profilo di Salute realizzato è propedeutico all'elaborazione di un Piano integrato di Salute, strumento di guida e di governance. A questo scopo sono risultate fondamentali, accanto alle informazioni ottenute attraverso il calcolo degli indicatori, le indicazione sullo stato della rete e sulla capacità di quest'ultima di rispondere alle esigenze delle diverse categorie di abitanti.

Summary

A Health Profile is a quantitative and qualitative description of citizens health and the factors that influence their health status. Defining a Health Profile requires a meticulous and deep knowledge and analysis of community's resources and needs.
Aim of this study is to define the methodology and to build a city's Health Profile in order to promote community's health. Specific objects were: to outline a description, both quantitative and qualitative, of Padua's citizens health status and of factors influencing it, to describe data flows, to experience an active interaction between different stake-holders and to involve citizens in defining population's health profile.
Quantitative analysis has been performed collecting and processing health indicators previously used by WHO Healthy Cities Project and other indicators that helped to better define city health status. A community network has been build promoting an active participation of subjects involved in health services and actions. Citizens were asked to express their perception in respect of various determinants of health. The methodology and the new tools we designed and used were found to be effective.
The Health Profile realized is the first step to define a next-to-come Health integrated Plan, a governance tool. In this view, beside the results of health indicators, useful was to describe the status of community network and its ability to answer to the needs of various sub-groups of citizens.

Indice

1. INTRODUZIONE 3
1.1 Uomo, città e salute: linee di indirizzo e aspetti metodologici 5
1.1.1 L'Organizzazione Mondiale Della Sanità (OMS) e la comunità internazionale .. 6
1.1.2 La sanità pubblica e la realtà italiana 7
1.1.3 Gli indicatori di salute 9
1.2 Profilo di salute e Promozione della salute di comunità 12
1.2.1 Il Progetto "Città Sane" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità 12
1.2.2 La Rete Italiana delle Città Sane 17
1.2.3 Gli strumenti operativi 18

2. SCOPO 21

3. MATERIALI E METODI 23

4. RISULTATI E DISCUSSIONE 33
4.1 Gli indicatori di salute 36
4.1.1 Gli indicatori socio economici 36
4.1.2 Gli indicatori ambientali 46
4.1.3 Gli indicatori epidemiologici 57
4.1.4 Gli indicatori dei servizi per la salute 65
4.2 La mappa dei servizi per la salute 67
4.2.1 I soggetti aderenti e validità dello strumento 68
4.2.1 Le attività ed i target dei servizi per la salute 72
4.3 Il coinvolgimento dei cittadini 84
4.3.1 Gli abitanti dei Quartieri della città di Padova 85
4.3.2 La percezione dei cittadini 89

5. CONCLUSIONI 101

Bibliografia 103
Allegati 107

1. INTRODUZIONE

La salute è un concetto unitario, ma costituito da tante dimensioni. A livello individuale e soggettivo si sperimenta di solito l'unicità della salute, che si esprime nell'espressione "stare bene" o "stare male"; soltanto in un momento di approfondimento l'individuo riesce a identificare la causa o il fattore del suo "star bene" o del suo "star male".

A livello collettivo la salute è un sistema, costituito da molte variabili, che forma le condizioni per lo "star bene" o lo "star male". In questo senso la salute è un obiettivo della politica, o meglio, di tante politiche, quante sono le dimensioni costitutive.

Le ricerche scientifiche dell'ultimo ventennio nel campo della patogenesi e dei determinanti della salute hanno spostato l'attenzione dal modello medico, focalizzato sull'individuo e sul trattamento della malattia, al modello sociale, in cui la salute non dipende soltanto dal buon funzionamento dei servizi sanitari, ma è soprattutto la risultante di una serie di fattori socioeconomici, culturali, ambientali (l'istruzione, il cibo, il possesso e la qualità di un domicilio, di un lavoro, di pace, di un ecosistema stabile, ecc.). Questa visione implica l'adozione di interventi e politiche per la salute che vanno oltre l'approccio tradizionale focalizzato principalmente sugli aspetti igienico-sanitari[1].

Ne sono esempio le nuove politiche della Comunità Europea che hanno portato alla definizione del Programma d'Azione Comunitaria 2003-2008 - Settore della Sanità Pubblica[2], elaborato per contribuire alla realizzazione di un elevato livello di protezione della salute in Europa. Nel documento si individuano alcune azioni prioritarie:

- creare un sistema globale di raccolta, analisi e valutazione delle informazioni e della conoscenze per informare, consigliare e distribuire l'informazione a tutti i livelli della società, al grande pubblico, alle autorità e ai professionisti in materia di salute;
- rafforzare la capacità di reazione rapida e coordinata alle minacce per la salute, anche connesse con l'inquinamento;
- avviare vaste azioni di promozione della salute accompagnate da misure e da strumenti specifici di riduzione e di eliminazione dei rischi.

Per raggiungere l'obbiettivo di promuovere e tutelare la salute di una comunità, dunque, il mondo scientifico e quello politico concordano nell'affermare l'esigenza di "misurare lo stato di salute" con l'obbiettivo di rendere partecipe l'intera collettività della conoscenza apportata e quindi dell'azione conseguente, tesa al miglioramento della salute[3,4].

Da qui prende origine il filone di ricerca che mira a definire la metodologia di costruzione di profili di salute di una comunità.

Il Profilo di salute consiste in una descrizione quantitativa e qualitativa della salute degli abitanti e dei fattori che la influenzano. Costruire un profilo di salute significa saper condurre una lettura attenta delle risorse e dei bisogni di una comunità attraverso la definizione di un percorso di ricerca che costruisca il "ponte" fra il mondo dei produttori di dati e quello dei decisori. Rappresenta una tappa del percorso teso al miglioramento della salute dei cittadini[5].

1.1 Uomo, città e salute: linee di indirizzo e aspetti metodologici

Lo sviluppo urbano appartiene alla storia recente del genere umano, ha caratterizzato, infatti, solo gli ultimi quattromila dei circa due milioni di anni trascorsi dalla comparsa dell'uomo sulla Terra. In particolare è negli ultimi due secoli che lo sviluppo industriale ha dato un rapido impulso all'espansione delle città[1].

Le città rappresentano dei luoghi complessi e dinamici che hanno ripercussioni sul benessere dell'uomo, sia di carattere positivo che negativo. Le città offrono maggiori opportunità nell'ambito della cultura, dell'insegnamento, dell'innovazione, rispetto a luoghi meno abitati. Nelle città si concentrano i servizi, che risultano quindi più accessibili. L'aggregazione di molte persone favorisce l'integrazione di capacità ed idee che promuovono il cambiamento. Tuttavia l'incremento della popolazione e l'estensione delle aree suburbane hanno portato con sé effetti negativi: difficile gestione delle risorse quali acqua ed energia, difficile gestione dei rifiuti, la separazione delle attività umane con la conseguente necessità di spostamento. Quest'ultima ha portato ad un incremento del traffico con il conseguente inquinamento acustico ed ambientale[1].

Infine da sempre le città sono state abitate da persone diverse per genere, età, etnia e religione. In molte città questa diversità sta aumentando rapidamente, come conseguenza dell'immigrazione, che porta con sé il problema emergente della convivenza tra vecchi e nuovi residenti, con i nuovi che spesso non vengono considerati nell'ambito della progettazione dello sviluppo cittadino, perché non rappresentati politicamente. Questo in molte città ha portato alla nascita di nuovi ghetti associati a problemi di povertà e criminalità.

La lotta alla povertà rappresenta una delle principali sfide per molte città europee, che ne hanno registrato un continuo incremento a partire dagli anni '80 del novecento, e che, con la crisi finanziaria attualmente in corso, ne registrano un aumento superiore al previsto, derivante dalla perdita di posti di lavoro. La povertà colpisce prevalentemente il sesso femminile, per le disparità esistenti nel mondo del lavoro. Le donne hanno minore opportunità di accesso al lavoro e quando lavorano, a parità di impiego rispetto agli uomini, percepiscono uno stipendio inferiore e occupano posizioni meno stabili[1].

Se da un lato, quindi, sembra intuitivo il legame tra ambiente urbano e salute pochi sono gli studi che ne definiscano il nesso di causa ed effetto. Fra questi lo studio di Ellaway[6] et al., che dimostra, analizzando più contesti urbani europei, come quartieri con spazi verdi e vie ciclopedonali sicure presentino una maggiore prevalenza di persone attive (che praticano attività fisica) ed una minore prevalenza di soprappeso fra gli abitanti, rispetto ai

quartieri poco sicuri, in condizioni di scarsa pulizia ed igiene e privi di spazi verdi. Anche Semenza[7] descrive il legame tra il deterioramento dell'ambiente urbano e le influenze negative sulla salute pubblica: il degrado ambientale nelle città è associato a disordini sociali, vandalismo, criminalità, abuso di droghe, che si riflettono direttamente sulla salute e sul benessere della popolazione. Al contrario, azioni collettive e condivise, per migliorare il contesto in cui si vive, incrementano il capitale sociale, migliorando le interazioni fra i residenti, e potenziano la sensazione generale di benessere.

Le città continueranno a cambiare nella forma e nella funzione, fondamentale diventa allora il governo del cambiamento. Questo nasce dall'analisi del contesto e dai progetti che si realizzano attraverso le scelte degli amministratori politici, ma, anche, dei professionisti che operano nei diversi ambiti che condizionano la salute individuale e collettiva. Una migliore analisi delle condizioni della città e un cambiamento più incisivo e duraturo sono realizzabili attraverso l'implementazione di forme di rappresentanza e la diffusione di conoscenze alla popolazione, al fine di promuovere il coinvolgimento e l'azione responsabile della comunità tutta, senza discriminazioni.

1.1.1 L'Organizzazione Mondiale Della Sanità (OMS) e la comunità internazionale

La complessa interrelazione dei fattori che condizionano la salute è un concetto sotteso alla definizione stessa che della salute ha dato l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel proprio atto costitutivo: la salute è lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie od infermità[8].

In seguito nella Carta di Ottawa[9], documento conclusivo della prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della salute (novembre 1986), si afferma la necessità della creazione di ambienti sani. Il documento, in particolare, dichiara che "la creazione di ambienti favorevoli alla salute" ed "il rafforzamento dell'azione della comunità" rappresentano due azioni strategiche per la promozione della salute.

L'ambiente è inteso come il luogo dove le persone vivono: la loro comunità locale, la casa, gli ambienti di lavoro e di svago, la struttura organizzativa e i luoghi dove si reperiscono le risorse per vivere.

Affermazioni ribadite nelle Raccomandazioni di Adelaide (1998)[10] e nella Dichiarazione di Sundsvall (1991)[11]; in quest'ultima si specifica che l'ambiente deve essere favorevole sia nei suoi aspetti fisici che in quelli sociali.

L'OMS ha riconosciuto da tempo, dunque, gli stretti legami tra salute e d ambiente. In particolare riconosce lo stretto legame tra sviluppo, urbanizzazione e salute sostenendo che la salute della popolazione urbana è fortemente influenzata da fattori fisici, sociali,

economici, culturali, compresi i processi di aggregazione sociale, migrazione, modernizzazione ed industrializzazione, e incluse le circostanze della vita urbana che possono cambiare con il clima, la densità della popolazione, le strutture abitative, la struttura industriale, i sistemi di trasporto utilizzati.

La protezione e la promozione della salute negli insediamenti urbani, secondo l'OMS, è diventata una esigenza sempre più rilevante nel corso degli anni; sia a causa dei cambiamenti degli ambienti fisici e sociali con le loro ripercussioni sulle condizioni di salute; sia perché aumenta la consapevolezza che in assenza di una popolazione sana è impossibile ottenere un sano sviluppo.

La Comunità Europea ha fatto proprie le indicazione dell'OMS, come risulta evidente dalla lettura del Programma d'Azione Comunitaria nel Settore della Sanità Pubblica (2003-2008)[2]. Il documento, elaborato per contribuire alla realizzazione di un elevato livello di protezione della salute in Europa, orienta l'azione politica verso l'informazione sulla salute, la capacità di reazione della comunità di fronte alle minacce per la salute, la prevenzione delle malattie.

Il programma origina dalla consapevolezza che quattro europei su cinque, fra coloro che vivono nelle città, devono far fronte a problemi comuni: cattiva qualità dell'aria, traffico e congestione intensi, livelli elevati di rumore, scarsa qualità dello spazio edificato, degrado delle aree urbane.

La complessa interazione di molteplici variabili è tale da poter affermare che l'impatto dei processi urbani sulla salute non è solo la somma degli effetti di diversi fattori presi singolarmente, poiché essi interagiscono in modo sinergico fra loro. Ciò impone un approccio integrato; orientamenti e misure di coordinamento appaiono più appropriati di un'azione legislativa in considerazione della diversità delle aree urbane e degli obblighi esistenti, che impongono soluzioni specifiche.

La strategia proposta dal Programma d'Azione Comunitaria si basa sulla sussidiarietà e dà la priorità alle iniziative locali, pur mettendo l'accento sulla cooperazione fra i vari livelli decisionali (comunitario, nazionale e locale). Sostiene inoltre l'urgenza dell'integrazione dei settori economico, sociale e sanitario.

1.1.2 La sanità pubblica e la realtà italiana

La Sanità pubblica può essere definita come la scienza e l'arte di prevenire le malattie, prolungare la vita, promuovere, proteggere e migliorare la salute e il benessere attraverso gli sforzi organizzati della società. Questi sforzi sono rivolti sia ai problemi globali di salute della popolazione sia alla produzione ed erogazione di servizi sanitari efficaci. La sanità pubblica opera tramite alleanze, che attraversano orizzontalmente i vari confini

disciplinari, professionali ed organizzativi e fonda in questa collaborazione lo sviluppo e la traduzione nella pratica di politiche basate su prove di efficacia in tutte le aree che hanno un impatto sulla salute e sul benessere della popolazione[12].

Di fatto la Sanità Pubblica pone l'accento su aspetti quali la multidisciplinarietà, la collaborazione, la prevenzione, la promozione e la protezione della salute, e annovera fra i propri compiti principali:

- l'attenzione a tutti i determinanti di salute;
- la selezione delle priorità d'intervento (in base alle caratteristiche dei problemi rilevati: diffusione, gravità, risolvibilità, percezione);
- la ricerca continua dell'appropriatezza e della qualità delle risposte, e valutazione di efficacia;
- la costruzione di alleanze ed integrazione.

Tale approccio alla promozione e tutela della salute, caratterizza il Piano Nazionale per la Prevenzione 2005-2007[13] ed il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008[14], adottati dal Ministero della Salute italiano. In particolare il Piano Sanitario Nazionale indica fra gli obbiettivi di salute pubblica:

- garantire il miglioramento della qualità dell'aria nei centri urbani mettendo in atto tutte le misure disponibili nel settore dei trasporti, dell'industria e dell'energia, promuovendo i trasporti sostenibili;
- sviluppare interventi mirati alla creazione di ambienti confinati salutari dal punto di vista fisico e sociale.

Il tema è quindi ripreso a livello del Piano Regionale della Prevenzione del Veneto 2005-2007[15] che riporta le seguenti considerazioni sui determinanti ambientali e fattori psicosociali: "Una gran parte della popolazione generale è esposta ad inquinamento atmosferico e fumo passivo che possono avere effetti importanti sul sistema cardiovascolare; la sedentarietà è fortemente condizionata da numerosi fattori legati all'ambiente: presenza nel territorio di spazi verdi, percorsi per il cammino, piste ciclabili, palestre e centri sportivi ancora molto carenti nel nostro paese, riducendo l'accessibilità, in termini di distanze, trasporti e prezzo, delle strutture per l'attività fisica; per quanto riguarda l'alimentazione, rivestono un ruolo importante il costo dei diversi alimenti, e la presenza (ad esempio a scuola o sul posto di lavoro) di distributori di cibi a basso valore nutrizionale; l'abitudine – socialmente condizionata - all'uso prolungato della televisione condiziona sia la sedentarietà che il consumo di alimenti ipercalorici; infine, un ruolo importante è rivestito dal capitale sociale - rete di relazioni interpersonali e supporto a livello della comunità di appartenenza - e dalle disuguaglianze sociali tra le diverse fasce di popolazione".

A livello locale la programmazione sanitaria è affidata alle Aziende sanitarie locali. Non è presente una forma di programmazione integrata dei diversi servizi e soggetti il cui operato ha ripercussioni sullo stato di salute individuale e collettivo. Fatta eccezione per il Piano di Zona dei servizi alla persona, che viene redatto, d'intesa, da Aziende sanitarie e sindaci dei comuni che insistono sul territorio dell'Azienda di riferimento. Tuttavia le attività che trovano legittimazione all'interno del piano rappresentano solo una parte dell'insieme delle azioni poste in essere per la promozione della salute della comunità. Ne è un esempio il Piano di Zona dei servizi alla persona dell'Azienda ULSS 16 – Padova 2007-2009[16]; in cui si propone il sostegno "dell'integrazione fra sociale, sociosanitario, sanitario, educativo/scolastico; […] lo sviluppo della collaborazione tra soggetti pubblici e soggetti del privato sociale, nonché del lavoro di comunità.

1.1.3 Gli indicatori di salute

Le politiche di sanità pubblica mirano a implementare il livello si salute dei cittadini, inclusa la riduzione delle ineguaglianze in salute. Per ottenere risultati efficaci, i programmi di intervento devono essere definiti sulla scorta di informazioni che descrivano lo stato attuale di salute. Queste informazioni vengono sintetizzate dagli "indicatori", utilizzati per la presentazione delle informazioni raccolte.

Nell'ambito della salute un indicatore può essere definito come "un dato che sintetizza e rende più comprensibili e giudicabili, i principali aspetti della salute o i processi messi in atto per rendere una società più sana"[17].

Il primo passo, dunque, è rappresentato dalla selezione dei temi più rilevanti per la salute pubblica, quindi questi temi vanno organizzati in una struttura logica e, quando possibile, vanno individuati degli indicatori che possano esprimerne sinteticamente il "valore" o la "misura".

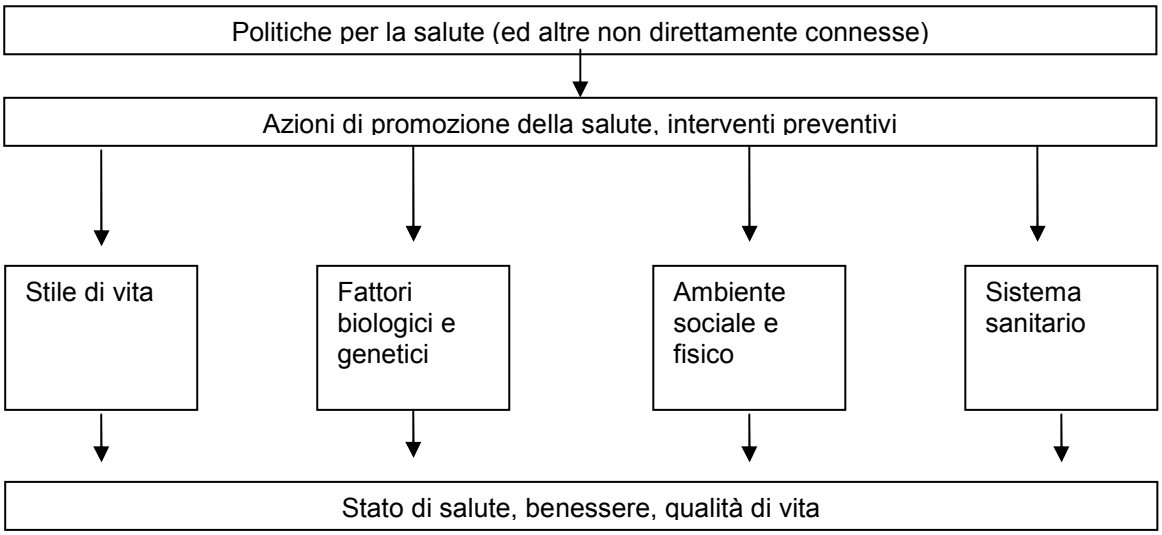
L'indicatore deve essere il più efficiente possibile, presentare la forma numerica più semplice, essere calcolato sui dati principali disponibili, per fornire una lettura corretta di ciò che intendiamo misurare. La scelta e l'utilizzo di un indicatore dipende da un lato dalle politiche ed azioni che si intende adottare, dall'altro dall'accessibilità dei dati[18].

Più recentemente è stato introdotto il termine di "indicatore di performance" che non è espressione di un concetto diverso di indicatore, ma semplicemente un indicatore correlato ad uno specifico obbiettivo o attività delle politiche per la salute[18].

Il modello concettuale di salute pubblica sul quale poggia la scelta dei principali set di indicatori attualmente in uso nell'ambito internazionale, deriva dal così detto modello Lalonde, dal nome del Ministro della salute Canadese che l'ha descritto nel 1974[19]. Secondo questo modello la salute è determinata da quattro ambiti: i fattori biologici e

genetici, lo stile di vita, l'ambiente (inteso come ambiente fisico ambiente sociale), il sistema sanitario. In seguito questi fattori vennero chiamati "determinanti della salute".
La salute pubblica deve intervenire in tutti questi ambiti per raggiungere l'obiettivo della promozione della salute della comunità. Ne consegue un modello che appare come una catena di cause ed effetto, (grafico 1.1): la salute è influenzata dai determinanti della salute (alcuni modificabili altri no; tabella 1.1), diversi interventi agendo sui determinanti implementano la salute (azioni di prevenzione e promozione), le politiche per la salute creano le condizione perché queste azioni possano essere intraprese.

Grafico 1.1: Modello causa effetto dei determinanti della salute.



È importante nell'ambito delle azioni adottate per la salute, considerare non solo gli interventi realizzati dai servizi per la salute ma anche tutti gli interventi, tipicamente quelli rivolte alla promozione della salute, realizzati da servizi o soggetti non sanitari.

Tabella 1.1: I determinanti della salute

NON MODIFICABILI	**MODIFICABILI**			
Biologici e genetici	***Socio-economici***	***Ambientali***	***Stili di vita***	***Accesso ai servizi***
Genetica Sesso Età	Povertà Occupazione Esclusione sociale Ambiente sociale e culturale	Aria Acqua e alimenti Abitato	Alimentazione Attività fisica Fumo Alcool Attività sessuale Farmaci	Istruzione Sistema sanitario Servizi sociali Trasporti Attività ricreative

In conclusione per intraprendere azioni volte al miglioramento delle condizioni di salute di una comunità necessario descrivere le condizioni di partenza, non solo in termini di stato di salute propriamente detto, vanno analizzati anche i fattori che la determinano a partire dalle azioni messe in atto per la tutela e la promozione della salute.

La scelta degli indicatori per descrivere questa realtà dipende in parte dal contesto in cui si opera. Tuttavia non può prescindere dal riferimento al set di indicatori utilizzati da organismi internazionali[18,20,21]. La scelta degli ambiti di indagine e degli indicatori da utilizzare deve essere guidata anche dalla volontà di esplorare possibili innovazioni nel campo della ricerca ed in quello delle politiche della salute. Senza però dimenticare quelli che sono le caratteristiche fondamentali degli indicatori: validità (l'indicatore misura realmente ciò che vogliamo misurare), riproducibilità, sensibilità (la misura è in grado di discriminare modifiche nel tempo e nello spazio). Infine devono essere costruiti su un set di dati sufficientemente flessibile, in grado cioè di poter essere utilizzato anche per richieste diverse, che possono succedersi anche rapidamente in funzione delle esigenze della politica e del pubblico interesse[18].

Le azioni di promozione della salute individuale e collettiva progettate possono diventare concretamente realizzabili solo se i processi decisionali garantiscono la partecipazione della comunità e dei singoli e maturano nel contesto della collaborazione intersettoriale ed interistituzionale. È fondamentale quindi la scelta di indicatori che possano essere compresi da professionisti operanti nei diversi settori che hanno implicazioni con la salute ed accessibili anche alla cittadinanza, affinché possa essere appropriarsi di informazioni necessarie ad affrontare scelte consapevoli.

1.2 Profilo di salute e Promozione della salute di comunità

Ogni processo decisionale, nell'ambito della promozione della salute della comunità, richiede la produzione di specifici documenti, corretti in termini metodologici, che descrivano qualitativamente e quantitativamente lo stato di salute della città e dei fattori in grado di influenzarla e che rappresentino la base analitica del contesto di riferimento: i Profili di Salute[22].

Per coloro che operano quotidianamente a diverso livello di funzione e responsabilità nel campo della tutela della salute ed organizzazione e gestione dei servizi è necessario avere a disposizione non tanto dei dati – generalmente privi di contenuto informativo - quanto degli indicatori con contenuti realmente informativi, in grado di leggere ed interpretare i diversi fenomeni connessi con lo stato di salute del cittadino inserito nel contesto urbano e con il conseguente utilizzo dei servizi[23].

Il termine Profilo di Salute è stato introdotto dall'OMS, nell'ambito del Progetto "Città Sane", espressione operativa del modello teorico descritto nel paragrafo precedente, che rappresenta ad oggi il principale riferimento metodologico per la costruzione di un Profilo di Salute[5].

1.2.1 Il Progetto "Città Sane" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Il Movimento "Città Sane" nacque nel 1986, quando l'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS progettò di fornire un modello per verificare la concreta possibilità di applicare un nuovo approccio alla salute pubblica basato sui principi di "Salute per Tutti" (Health for All)[24] a livello locale. Undici città vennero selezionate a tale scopo. Nacque così una Rete Europea di Città Sane, a cui progressivamente hanno aderito molte città (tra cui anche Padova), fino ad arrivare all'attuale numero di più di 1200 in 30 paesi europei, a loro volta collegate tra di loro attraverso Reti di Città Sane nazionali, regionali, metropolitane e tematiche[25].

Con la presentazione del Progetto "Città Sane" ad Ottawa nel 1986, l'OMS ha lanciato una sfida alle comunità locali ed in particolare alle amministrazioni comunali: quella di riorientare le proprie politiche in direzione dell'uguaglianza, della promozione della salute e della prevenzione, promuovendo innovazione e cambiamento nelle politiche locali e sollecitando nuovi approcci alla salute[25].

I due principali documenti di riferimento per il Progetto "Città Sane" sono la Carta di Ottawa[9] e le Raccomandazioni di Adelaide[10].

La Carta di Ottawa per la promozione della salute, adottata nel 1986, definisce questa come «il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla». Cinque elementi caratterizzano la strategia del processo: promuovere politiche di salute pubblica, creare ambienti di supporto, sostenere la partecipazione della comunità, migliorare i mezzi personali, riorientare i servizi per la salute.

Le Raccomandazioni di Adelaide del 1988 elaborano il concetto di politiche per la salute pubblica, che è un obiettivo di risultato fondamentale del Progetto "Città Sane".

L'obiettivo principale di "Città Sane" è quello di orientare le politiche locali verso l'equità, la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, attraverso la comunicazione e la cooperazione intersettoriale, e la partecipazione della comunità e il coinvolgimento delle associazioni.

Equità significa che ogni persona deve avere il diritto e l'opportunità di realizzare il proprio pieno potenziale di salute. Sono particolarmente esposte al rischio di 'non-equità' le fasce di popolazione più vulnerabili (donne, bambini, anziani, disabili, immigrati). La pianificazione dovrebbe quindi comprendere politiche finalizzate al miglioramento degli standard di vita di queste fasce deboli. Un aspetto chiave del principio di equità è l'accessibilità[1].

La cooperazione intersettoriale tra diversi settori (edilizia, urbanistica, sevizi sociali, servizi sanitari, ecologia, istruzione, trasporti, ecc.) è fondamentale nel processo di pianificazione; la sua adozione consente di minimizzare la duplicazione e la confusione e di ottimizzare i tempi, l'uso delle risorse e dei risultati, massimizzando la sinergia e l'efficacia degli interventi. L'obiettivo è di giungere ad una sinergia fra politiche della salute e politiche cittadine strategiche che influiscono sul tema della salute.

La partecipazione della comunità è un processo atto a sviluppare e rafforzare la comunità incoraggiando le persone a definire i propri bisogni e a cercare delle soluzioni, attraverso la consapevolezza e la comprensione delle cause che determinano i problemi. Una pianificazione partecipata comprende il diritto dei cittadini ad essere informati e consultati nel processo decisionale che determina il loro spazio vitale[1].

La città è vista come un organismo complesso che vive, respira, cresce e muta continuamente. La città sana è quella che migliora continuamente il suo ambiente fisico e sociale ed espande le sue risorse in modo che le persone possano supportarsi a vicenda nello svolgimento di tutte le funzioni della vita e nella realizzazione del massimo delle potenzialità di ciascun individuo. Il concetto di città sana implica perciò un processo, non solamente un risultato. Ogni città – anche se non necessariamente ha raggiunto un particolare stato di salute - può essere una città sana, se si impegna per questo obiettivo

e possiede una struttura e una linea di condotta per lavorare in direzione del proprio miglioramento[25].

Le caratteristiche della città sana[25] possono essere così riassunte:

- un ambiente fisico pulito e sicuro di alta qualità (compresa la qualità delle abitazioni);
- un ecosistema stabile e sostenibile a lungo termine;
- una comunità forte e di supporto reciproco;
- un alto grado di partecipazione della popolazione alle decisioni riguardo alla loro vita, salute e benessere;
- il soddisfacimento dei bisogni primari per tutti (cibo e acqua, un lavoro e un reddito, protezione e sicurezza)
- la possibilità di accesso ad un'ampia varietà di esperienze e risorse;
- una città economicamente varia, vitale e innovativa;
- il supporto di un legame con la propria storia e con il patrimonio culturale e biologico dei cittadini;
- un livello ottimale di salute pubblica e servizi di cura accessibili e tutti;
- un elevato stato di salute (alti livelli di salute positiva e bassi livelli di malattia).

Le città che aderiscono al Progetto "Città Sane" sono unite tra loro nello sforzo comune di migliorare continuamente l'ambiente fisico e sociale ponendo la salute dei cittadini al centro delle politiche locali. Una città sana è una città cosciente del fatto che la salute è una questione che riguarda le politiche cittadine e che pone tra i propri obiettivi quello di consentire alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute – e sui suoi determinanti - per migliorarla e conseguire uno stato di completo benessere.

Le strategie comuni raccomandate dall'OMS per le città che aderiscono con i loro progetti a "Città Sane" sono[25]:

- Tenere come riferimento la salute, con la promozione e la prevenzione come priorità: la salute può essere creata attraverso lo sforzo coordinato e sinergico di tutti gli individui e gruppi nella città.
- Prendere decisioni politiche per la salute: abitazioni, ambiente, educazione, servizi sociali e altri programmi del governo della città hanno un grande impatto sullo stato di salute della città stessa.
- Agire in modo intersettoriale: il termine "azione intersettoriale" descrive il processo attraverso cui gli enti che lavorano al di fuori del settore della salute modificano le loro attività in modo da contribuire maggiormente alla salute; i progetti "Città Sane" devono creare dei meccanismi organizzativi che favoriscano lo scambio reciproco tra i vari settori.

- Favorire la partecipazione della comunità: le persone contribuiscono alla salute attraverso il loro stile di vita, il loro uso dei servizi sanitari, il loro punto di vista sulla salute e il loro lavoro in gruppi; i progetti "Città Sane" devono promuovere un ruolo più attivo dei cittadini in tutti questi ambiti.
- Lavorare con processi di innovazione: il successo dei progetti dipende dalla capacità di creare opportunità per l'innovazione in un clima favorevole al cambiamento.
- Avere come obiettivo la produzione di politiche per la salute pubblica: i progetti raggiungono i loro obiettivi quando i luoghi di vita e di lavoro della città diventano effettivamente più sani.

"Città Sane" mira al coinvolgimento diretto, consapevole, responsabile dei cittadini singoli ed in comunità oltre che dei loro rappresentanti (dai ruoli istituzionali alle libere associazioni) nel contrastare i fattori che limitano il diritto di ognuno a vivere pienamente la propria esistenza, il proprio "bene-essere". Tutti sono perciò coinvolti in questo processo di salute: politici (in particolare il Sindaco, che rappresenta la figura responsabile, legalmente riconosciuta in tutto il mondo, della salute della Comunità), tecnici, cittadini[3,5].

Il Progetto "Città Sane" si è sviluppato negli anni in diverse fasi. Attualmente si trova nella Fase IV. Nelle precedenti 3 fasi ha previsto quanto segue:

- Fase I (1987 - 1992): ha coinvolto 35 città nel network delle Città Progetto europee. Durante questa fase si è posto l'accento sulla creazione di nuove strutture (Uffici di Progetto Città Sane) che potessero fungere da fattori di cambiamento e introdurre nuove modalità di lavoro per promuovere la salute nelle città.
- Fase II (1993 - 1997): ha coinvolto 39 città nel network delle Città Progetto europee, includendo 13 città che non avevano partecipato alla precedente fase I. Questa fase è stata caratterizzata da un approccio orientato all'azione con una forte enfasi sulle politiche pubbliche di promozione della salute e sulla pianificazione comprensiva della salute nelle città.
- Fase III (1998 - 2002): ha coinvolto oltre 50 città europee. È stata avviata in occasione della Conferenza Internazionale delle Città Sane Progetto svoltasi ad Atene il 23 Giugno 1998, indetta per celebrare i primi 10 anni del Progetto.

I principali obiettivi sono stati:

- ridurre le disuguaglianze all'interno dei servizi sanitari, al fine di rendere la salute più accessibile a tutti;

- impegnarsi per uno sviluppo sostenibile attraverso il rafforzamento delle politiche per la salvaguardia dell'ambiente, uno sviluppo equo del pianeta e l'utilizzo razionale delle sue risorse;
- promuovere forme di reciproco aiuto attraverso forti azioni collettive;
- promuovere la collaborazione intersettoriale.

Le linee guida e le tematiche relative alla Fase IV (2003 - 2008) sono state definite nel corso del Convegno Internazionale delle Città Sane svoltosi a Belfast dal 19 al 22 ottobre 2003. Esse si basano su due elementi:

1. L'investimento sullo sviluppo della salute, basato sulla partnership e che dà enfasi all'equità, ai determinanti della salute, allo sviluppo sostenibile e ad una governance partecipativa e democratica. Il Piano di Sviluppo per la Salute è il fulcro del lavoro di "Città Sane": fornisce alle città gli strumenti per costruire e conservare alleanze strategiche per la salute e per sviluppare una piattaforma di intesa che incoraggi tutti i settori a focalizzare il proprio impegno sulla salute e la qualità della vita.
2. Una partnership attiva con l'Ufficio Europeo dell'OMS su temi chiave, con l'ambizione di sviluppare conoscenze, strumenti e competenze di cui possano beneficiare tutti gli Stati Membri Europei. La scelta di questi temi rifletterà, dunque, i temi prioritari della salute pubblica in Europa ma anche temi che necessitano ulteriore sviluppo.

Nella IV Fase il lavoro della Rete OMS verte su temi, obiettivi e prodotti specifici, adattabili anche ad altre città. La Rete OMS potrà poi aggiungere ai precedenti nuovi temi su cui proseguire il lavoro.

Le città che partecipano alla IV Fase della Rete Città Sane dell'OMS, quindi, lavorano in due Direzioni principali:

- Implementazione (se città vecchie) o realizzazione (se città nuove) di un Piano di Sviluppo per la Salute, supportato da un Profilo aggiornato della Salute (rapporto sullo stato di salute della città), attraverso partnership intersettoriali.
- Sviluppo dei seguenti temi chiave:

  - Pianificazione Urbana per la Salute, incoraggiando e supportando i pianificatori urbani ad integrare idee e prospettive di salute nelle strategie urbanistiche e nelle iniziative di pianificazione territoriale con enfasi sull'equità, il benessere, lo sviluppo sostenibile e la sicurezza della comunità.

  - Valutazione di Impatto della Salute (VIS – in inglese HIA), applicando processi VIS nelle città per supportare azioni intersettoriali tendenti alla promozione della salute e alla riduzione delle ineguaglianze. Nella combinazione di procedure,

metodi e strumenti la VIS offre infatti una cornice strutturale per mappare gli effetti di una politica, di un programma o di un progetto sulla salute.

- Invecchiare in salute, lavorando per affrontare i problemi di salute, i bisogni di cura e qualità della vita delle persone anziane con enfasi sulla vita attiva e autosufficiente, sugli ambienti favorevoli e sull'accesso ai servizi affidabili ed appropriati.

1.2.2 La Rete Italiana delle Città Sane

Nel dicembre del 1995, al termine di un ampio movimento di consultazione, si costituisce a Bologna la Rete Italiana Città Sane (43 Comuni italiani in collaborazione con l'OMS, il Ministero della Sanità, l'ANCI). Nel 2001 diviene associazione senza scopo di lucro. L'obiettivo è quello di creare un organismo di coordinazione delle esperienze delle Amministrazioni Comunali che hanno riconosciuto la validità dei principi del Progetto "Città Sane" e si sono impegnate a realizzarli. Bologna è stata identificata quale città coordinatrice e centro organizzativo per la Rete attraverso un ufficio sede del Coordinamento nazionale. Le città hanno aderito alla Rete Nazionale sottoscrivendo un Atto di Intesa che riafferma il ruolo e l'impegno politico delle Municipalità per la promozione della salute a livello locale, ispirandosi all'omonimo Progetto dell'OMS.

Le azioni chiave sono le seguenti:

- promuovere e realizzare sul territorio azioni intersettoriali con obiettivi - in linea con i principi ispiratori - di tutela della salute pubblica, sicurezza, solidarietà sociale, nella consapevolezza che le disuguaglianze economiche, sociali, di cittadinanza, ecc. si traducono anche in disuguaglianze per la salute;
- sostenere e valorizzare le esperienze e le progettualità di tutti gli attori del territorio – soggetti pubblici e privati, associazionismo, volontariato, privato sociale - che si riconoscono nelle finalità del Progetto "Città Sane";
- predisporre Piani per la Salute che si integrino con i progetti e le scelte programmatiche dei Comuni.

Attraverso la Rete le singole Amministrazioni possono elaborare strategie comuni di lavoro a livello locale e proposte a livello nazionale[26].

1.2.3 Gli strumenti operativi

Gli strumenti proposti dal Progetto "Città Sane", al fine di fornire dei mezzi operativi per le città utili anche al confronto e allo scambio reciproco delle informazioni e delle esperienze, sono[1,5]:

- il Profilo di Salute
- il Piano per la Salute
- la Valutazione di Impatto sulla Salute

IL PROFILO DI SALUTE

Il Profilo di Salute è un rapporto sulla salute pubblica che descrive quantitativamente e qualitativamente la salute dei cittadini ed i fattori che la influenzano, identificando problemi di salute e potenziali soluzioni e consentendo di avviare strategie e programmi di intervento per migliorare la salute della cittadinanza inducendo il cambiamento.

Gli strumenti di raccolta delle informazioni sono dati dagli indicatori elaborati dalle commissioni tecniche dell'OMS, oppure elaborati localmente sulla base delle caratteristiche territoriali specifiche o, infine, sono quelli utilizzati per misurare aspetti particolari ma pure fondamentali per stabilire lo stato di salute di una città.

L'OMS ha elaborato, a partire dal 1990, una serie di indicatori, dapprima 53, successivamente rivisti e ridimensionati a 32 attraverso un lavoro di valutazione e revisione svoltosi tra il 1992 e il 1994[27]. Gli indicatori sono raggruppati in quattro macro aree (indicatori di salute, indicatori dei servizi per la salute, indicatori ambientali, indicatori socio economici) ed includono, oltre ad aspetti di tipo strettamente sanitario, anche dati riferiti allo stato di qualità dell'ambiente e della vita quotidiana nell'area urbana. L'analisi di questi indicatori permette di confrontare diverse città tra di loro ed individuare, nel corso degli anni, lo sviluppo di alcuni trends.

Gli indicatori sono naturalmente uno strumento di cui si devono avvalere i tecnici, ma a cui i politici e la cittadinanza non sono estranei. Rappresentano infatti un mezzo per acquisire consapevolezza rispetto ai propri ambienti di vita e di partecipazione, per ottenerne un cambiamento.

L'OMS ribadisce che per costruire un profilo di salute cittadino non si deve far ricorso esclusivamente a questi indicatori proposti. La costruzione di indicatori è un processo che, pur implicando la necessità di fornire uno standard, coinvolge elementi squisitamente locali che possono indurre a cambiamenti utili a meglio definire le singole e differenti realtà.

L'OMS afferma che un Profilo non si deve limitare a descrivere un fenomeno ma deve coinvolgere i protagonisti di quel fenomeno. Il coinvolgimento nasce dall'esigenza di indurre un cambiamento, ad esempio di abitudini scorrette, facendo adottare

comportamenti sani. Questa capacità necessita anche di una valutazione su come ciascun cittadino percepisce la propria salute ed i fattori che la determinano. Alla fine dovrà essere prodotta una sintesi politica da parte del governo locale.

IL PIANO PER LA SALUTE

Elaborato in sequenza successivamente al Profilo di Salute, il Piano per la Salute è un piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Rappresenta la sede e lo strumento di incentivazione delle collaborazioni istituzionali necessarie all'integrazione territoriale pur nella distinzione di filoni di finanziamento diversi per i rispettivi ambiti di attività.

Il Piano per la Salute è lo strumento principe nella definizione delle priorità e delle azioni da promuovere e sviluppare, vero e proprio processo di coinvolgimento di istituzioni e cittadini.

È un momento di confronto ed integrazione delle politiche sociosanitarie con tutte le altre politiche dell'amministrazione, con uno sguardo sia locale che nazionale.

LA VALUTAZIONE DI IMPATTO SULLA SALUTE (VIS)

In inglese Health Impact Assessment (HIA). La Valutazione di Impatto sulla Salute si propone di valutare gli effetti diretti ed indiretti che l'adozione di politiche, programmi o progetti determina nell'influenzare la salute della popolazione e la qualità della sua vita.

La VIS si definisce attraverso una combinazione di procedure, metodi e strumenti, che consentono di giudicare una politica, un programma o un progetto in merito agli effetti sulla salute della popolazione ed alla loro distribuzione nella stessa. Questa dovrebbe essere applicata a tutte le decisioni dei governi locali.

2. SCOPO

Scopo del presente lavoro è la definizione della metodologia e la costruzione del Profilo di salute di una città finalizzato alla promozione della salute della comunità.

Per raggiungere l'obbiettivo di promuovere e tutelare la salute di una comunità, come abbiamo visto, la letteratura è concorde nell'affermare l'esigenza di "misurare lo stato di salute" non solo attraverso l'utilizzo di indicatori di salute ma anche attraverso la definizione di un percorso che preveda il coinvolgimento della collettività, che diventa partecipe della conoscenza apportata e assume un ruolo attivo nell'azioni conseguenti, tese al miglioramento della salute.

In quest'ambito si inserisce il progetto di ricerca intrapreso, che ha gli obbiettivi di: produrre una descrizione quantitativa e qualitativa della salute degli abitanti e dei fattori che la influenzano; definire i flussi informativi; sperimentare un percorso di collaborazione attiva tra i diversi stakeholders; coinvolgere nel percorso di elaborazione del profilo i cittadini; stabilire le priorità per la promozione della salute.

Con questo lavoro si intende approfondire l'argomento allo scopo di supportare l'elaborazione e la stesura del Profilo di Salute della città di Padova, propedeutico all'elaborazione del Piano Integrato di salute.

3. MATERIALI E METODI

La popolazione di riferimento dello studio è costituita dagli abitanti del Comune di Padova. Padova è una città di circa 210.000 abitanti, capoluogo di Provincia, situata nella pianura veneta.

Il lavoro di raccolta ed analisi dei dati utilizzati per la redazione del Profilo di Salute è stato realizzato attraverso uno studio trasversale di prevalenza per la descrizione quantitativa dello stato di salute e uno studio sul campo per la descrizione qualitativa.

L'analisi quantitativa ha previsto l'elaborazione degli indicatori di salute, sono stati utilizzati come base di analisi gli indicatori di salute previsti dal Progetto "Città Sane" dell'OMS[27]. A questi sono stati affiancati indicatori che potessero fornire un quadro più esaustivo della realtà cittadina in esame.

Parallelamente è stato avviato un percorso di coinvolgimento e partecipazione che ha portato all'attivazione di tutti i soggetti responsabili, a vario titolo, dei servizi e degli interventi connessi con il tema salute, per favorire la costruzione di rapporti stabili di rete. Questo al fine di valorizzare al massimo l'efficacia delle azioni tese al raggiungimento di obiettivi condivisi nell'ambito della salute, a partire dall'analisi degli interventi posti in essere dai diversi soggetti. Inoltre è stato avviato un percorso che, attraverso l'informazione, la sensibilizzazione, il coinvolgimento, mira a favorire la partecipazione attiva dei cittadini anche attraverso l'espressione del loro giudizio negli ambiti che sono stati oggetto dell'analisi quali-quantitativa.

La realizzazione del progetto di costruzione del Profilo di Salute è stata promossa dal Comune di Padova. Hanno aderito all'iniziativa: i Consigli di Quartiere, l'Azienda ULSS 16 di Padova, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, l'ARPAV, la Diocesi di Padova, le associazioni di cittadini, le scuole.

Il Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Padova ha curato le fasi di raccolta ed analisi dei dati quantitativi. Inoltre ha fornito il supporto metodologico per la definizione degli strumenti di raccolta dati, e curato l'analisi dei dati, dello studio sul campo, condotto in collaborazione con professionisti afferenti alle discipline Sociologia e Comunicazione. Il presente lavoro illustra i risultati delle analisi realizzate.

La fase di raccolta dei dati, utili al calcolo degli indicatori, è stata realizzata nel corso dei primi mesi del 2006, nella seconda parte dello stesso anno è stata eseguita l'analisi dei

dati. Il periodo di riferimento dei dati raccolti è rappresentato dal quadriennio 2001 – 2004[i], fanno eccezione i dati utilizzati per l'analisi della mortalità evitabile. Quest'ultima è stata realizzata fra il 2006 ed il 2007 su dati contenuti nelle schede di morte[ii], riferite al quinquennio 2001 – 2005.

La fase di raccolta di questi dati ha permesso di valutare le diverse fonti informative a disposizione dei Servizi Comunali. I dati utilizzati appartengono prevalentemente a flussi informativi correnti. La scelta deriva da un lato dalla necessità di creare un flusso sistematico di dati che permetta un aggiornamento continuo del Profilo, dall'altro di ottenere dati che fossero raccolti attraverso procedure standardizzate e per questo attendibili e confrontabili nel tempo[4,17].

Una parte dei dati raccolti vengono forniti sistematicamente ai Servizi Comunali da altri Enti, secondo accordi predefiniti; ne sono esempi i flussi informativi annuali sulla qualità dell'aria forniti dall'ARPAV. In altri casi è stato chiesto, agli Enti coinvolti nel progetto, di fornire dati che rientrano in flussi informativi propri del settore, è il caso dei dati relativi alle schede di morte forniti dall'Azienda ULSS 9.

Infine una parte rilevante dei dati utilizzati per l'analisi delle condizioni di salute della città sono stati estratti dai database dell'Istituto Statistico Italiano (Istat); in particolare hanno fornito utili informazioni i dati raccolti nel corso del Censimento 2001[28].

Nel paragrafo risultati e discussione vengono indicate, contestualmente alla presentazione dei dati, le fonti informative.

Per quanto concerne gli indicatori del progetto Città Sane, l'OMS ha elaborato, a partire dal 1990, una serie di indicatori, dapprima 53, successivamente rivisti e ridimensionati a 32 attraverso un lavoro di valutazione e revisione svoltosi tra il 1992 e il 1994[27]. I 32 indicatori sono suddivisi in quattro macro aree:

A. Indicatori epidemiologici
   - A1 Mortalità: tutte le cause
   - A2 Cause di morte
   - A3 Basso peso alla nascita

B. Indicatori sui servizi sanitari
   - B1 Esistenza di un programma cittadino di educazione sanitaria
   - B2 Percentuale di bambini che hanno completato i cicli vaccinatori

[i] I dati ufficiali riferiti all'anno vengono forniti dalle diverse fonti nel secondo semestre dell'anno successivo.

[ii] Modelli ISTAT D4 e D5 (schede di morte per maschio e per femmina oltre il primo anno di vita), ISTAT D4 bis e D5 bis (schede di morte nel primo anno di vita per un bambino e per una bambina entro il primo anno di vita)[29,30].

B3 Numero di abitanti per medico impegnato nell'assistenza sanitaria primaria
B4 Numero di abitanti per infermiere
B5 Percentuale di popolazione coperta da assicurazione sanitaria
B6 Disponibilità di servizi sanitari primari erogati in lingua straniera
B7 Numero di argomenti relativi alla salute esaminati in consiglio comunale

C. Indicatori ambientali
C1 Inquinamento atmosferico
C2 Qualità dell'acqua potabile
C3 Percentuale di inquinanti rimossa dalle acque reflue prodotte
C4 Indice di qualità della raccolta dei rifiuti urbani
C5 Indice di qualità dello smaltimento dei rifiuti urbani
C6 Aree verdi della città
C7 Aree verdi della città accessibili al pubblico
C8 Aree industriali dismesse
C9 Sport e tempo libero
C10 Zone pedonali
C11 Piste ciclabili
C12 Trasporto pubblico
C13 Diffusione della rete di trasporto pubblico
C14 Spazi abitabili

D. Indicatori socio-economici
D1 Percentuale di popolazione che vive in alloggi di livello inferiore allo standard
D2 Stima del numero dei senzatetto
D3 Tasso di disoccupazione
D4 Percentuale di persone che vivono al di sotto del reddito medio procapite
D5 Percentuale di posti per bambini in età prescolare
D6 Percentuale di nati vivi secondo l'età della madre
D7 Tasso di abortività in relazione al numero totale di nati vivi
D8 Percentuale di persone disabili occupate.

In allegato 1 viene riportata, per ciascun indicatore calcolato, una scheda che contiene nel dettaglio: nome, metodo di calcolo, unità di misura, valore dell'indicatore, fonte dei dati, popolazione di riferimento.
L'analisi dei dati di mortalità comprende, oltre al tasso di mortalità ed alle cause di morte, (come indicato dall'OMS) lo studio della mortalità evitabile.

La metodologia adottata per l'analisi della mortalità evitabile è la stessa seguita per la realizzazione dell' "Atlante Sanitario ERA 2007"[31]. Questa pubblicazione rappresenta quanto di più aggiornato e valido offre, allo stato attuale, la ricerca in Italia nell'ambito della mortalità evitabile.
La scelta delle cause di morte da considerare evitabili effettuata dal gruppo di lavoro di ERA 2007 si basa sulla revisione della letteratura internazionale più aggiornata e sulla selezione, come riferimento, degli studi più adatti ad indagare contesti epidemiologici e demografici affini a quelli italiani.
Le cause di morte sono a loro volta ripartite in tre gruppi (allegato 2), in cui vengono incluse a seconda del tipo di intervento utile a contrastare il fenomeno: prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria. Tale classificazione è basata su un criterio di prevalenza: ogni causa è associata a uno dei tre gruppi in funzione degli interventi che contribuiscono maggiormente a contrastare il fenomeno, che tuttavia non esauriscono le possibili azioni di sanità pubblica.
La fascia d'età considerata è 0-74 anni, ma per alcune specifiche cause sono state scelte classi più ristrette. È stata inoltre fatta una analisi per genere, per valutare approfonditamente le differenze tra il sesso maschile e quello femminile (allegato 2).
I risultati ottenuti, riferiti alla città di Padova, sono stati confrontati con i dati dello studio ERA 2007, relativi alla Provincia di Padova, all' ULSS 16, alla Regione Veneto, all'Italia.
Il confronto che si è potuto realizzare, per la diversa collocazione spazio-temporale dello studio, è parziale e sostanzialmente solo qualitativo.
Tutti i tassi di mortalità sono stati standardizzati utilizzando come popolazione tipo quella c.d. "europea"[32].

Nel corso del 2006, parallelamente allo studio di prevalenza, è stato avviato lo studio sul campo. Vengono qui descritti gli obiettivi e le azioni salienti intraprese, per poter fornire l'adeguato quadro di contesto che permetta la corretta interpretazione dei risultati ottenuti, importante contributo alla realizzazione del Profilo di Salute.
Il progetto si è sviluppato in un percorso che ha operato su due livelli:

- Attivando tutti i soggetti responsabili, a vario titolo, dei servizi e degli interventi che hanno ripercussione sulla salute della comunità, al fine di costruire una rete tra tutti quei soggetti e attori, settori e servizi che, all'interno e all'esterno del comune, operano per favorire il raggiungimento di una migliore qualità della vita dei cittadini in termini sociali, ambientali, economici e sanitari; e di costruire ponti in grado di facilitare la comunicazione e l'azione comune; in grado di favorire la condivisione, costruzione ed implementazione di progetti, eliminando eventuali sovrapposizioni e sprechi di risorse sia economiche che fisiche. Sono stati coinvolti (attraverso

incontri individuali, quindi per gruppi omogenei fino a costituire dei tavoli intersettoriali): la Direzione Generale ed le Direzioni dei Distretti Socio Sanitari dell'Azienda ULSS 16 di Padova; i diversi Settori Comunali (Ambiente, Servizi Sociali, Mobilità e Traffico, Servizi Scolastici) e agli Assessori di riferimento; la Diocesi di Padova; i Circoli Didattici, le Associazioni di cittadini.

- Coinvolgendo i quartieri della città come luoghi dell'abitare quotidiano, per sensibilizzare tutte le componenti (dalle organizzazioni ai singoli abitanti) intorno ai temi della salute (nella dimensione individuale e in quella di comunità), sia per cogliere le opportunità esistenti, che per identificare i rischi presenti nella vita di ogni giorno.

La prima tappa del percorso è stata quella di acquisire i dati indispensabili per descrivere la situazione esistente e, di conseguenza, riuscire ad individuare le aree deboli evidenziando i bisogni insoddisfatti.

Il Quartiere è stato individuato come baricentro del confronto e dello scambio di informazioni, della promozione e della partecipazione, della costruzione di reti tra i diversi soggetti e attori che sono a stretto contatto con i cittadini e che meglio conoscono la realtà territoriale.

In ogni quartiere è stato creato un Tavolo Integrato di Lavoro composto dai rappresentanti:

- di Quartiere: nelle figure dei presidenti e dei coordinatori delle commissioni (soprattutto interventi sociali e ambiente);
- del Distretto sanitario competente in quel territorio;
- dei Medici di Medicina Generale;
- dei Centri Servizi Territoriali del comune (CST: servizi sociali comunali);
- di associazioni che operano per la promozione di comportamenti e stili di vita sani.

Questo costituisce il primo nucleo operativo, successivamente si auspica che sia arricchito da altri soggetti individuati dai componenti stessi (poiché in possesso di una maggiore conoscenza territoriale) o da chiunque della cittadinanza desideri partecipare.

I tavoli di lavoro hanno come obiettivi specifici il migliorare l'integrazione tra i programmi condividendo i risultati da conseguire e l'arricchire e potenziare le attività di informazione e comunicazione, per sostenere i processi di partecipazione dei cittadini.

I compiti richiesti ai gruppi di lavoro sono i seguenti :

- individuare i luoghi di vita comunitaria;
- coinvolgere i soggetti attivi (attori sociali) nel territorio;
- censire le azioni già in essere e i servizi offerti;
- favorire una più attenta analisi dei bisogni reali e percepiti;

- individuare le caratteristiche proprie di ogni territorio/quartiere;
- individuare le priorità d'azione nel territorio da proporre al governo locale;
- favorire un processo di partecipazione alle scelte decisionali per le questioni che riguardano la comunità.

Tutti i Quartiere, ad eccezione del Quartiere 2, hanno aderito al progetto proposto. La risposta di ogni quartiere è stata diversa a seconda della composizione del tavolo, della disponibilità dei partecipanti e delle specificità di ogni territorio. Tutti hanno comunque concordato sulla necessità di attivare strumenti idonei in grado di: informare e sensibilizzare la cittadinanza sui temi relativi alla propria salute e a quella del proprio quartiere, favorendo una maggiore partecipazione; comprendere le aree di bisogno non sufficientemente soddisfatte e gli eventuali "sprechi" derivanti da involontarie sovrapposizioni.

Il metodo di lavoro proposto inizialmente è stato quello della costruzione comune, lasciando il tavolo stesso libero di creare un proprio percorso dopo aver individuato le priorità e le specificità del proprio territorio, il gruppo di progetto avrebbe dato solo delle direttive iniziali e avrebbe seguito il lavoro del tavolo intervenendo in itinere ogni qualvolta fosse stato richiesto un aiuto. Questa "metodologia blanda", non già prestabilita dall'alto, era stata scelta perché la critica più ricorrente alla proposta di progetti di partecipazione attiva, è quella di "imposizione dall'alto" di percorsi già definiti, non in grado di dare spazio a idee provenienti dal basso e da chi meglio conosce le problematiche specifiche di quel determinato territorio e di quegli specifici abitanti.

La richiesta proveniente da tutti i quartieri è stata invece quella di avere un lavoro già chiaro e strutturato da eseguire.

La seconda tappa del percorso ha di conseguenza previsto la costruzione di strumenti operativi in grado di:

- mappare lo stato delle risorse attualmente operanti nell'ambito della salute, attraverso l'utilizzo di uno strumento realizzato ad hoc: la "mappa dei servizi per la salute";
- sensibilizzare e coinvolgere la cittadinanza e contemporaneamente rilevare i bisogni percepiti; attraverso la realizzazione di una campagna di comunicazione e l'utilizzo di uno strumento che permette la partecipazione del cittadino coinvolgendolo nel "dare un voto" alla salute del territorio in cui vive: la "cartolina interattiva".

Il Profilo di Salute non è uno strumento di analisi fine a se stesso, ma propedeutico alla realizzazione di un Piano Integrato di Salute che sviluppi obiettivi ed azioni per la promozione della salute della comunità. La consapevolezza che il Piano di Salute non può essere costruito "da zero", ma si inserisce in una situazione già in atto, è il motivo

fondamentale che ha portato alla costruzione di uno strumento idoneo a verificare lo stato delle risorse attualmente operanti nell'ambito della salute, e quindi la quantità e la qualità dei bisogni già soddisfatti. Su questa base diventa più semplice comprendere le aree di bisogno non sufficientemente soddisfatte e gli eventuali "sprechi" derivanti da involontarie sovrapposizioni.

È stata così creata una scheda chiamata "La mappa dei servizi per la salute" e proposta a tutti i soggetti che, a vario titolo, erogano servizi di promozione e di tutela della salute. La "mappa" è stata distribuita a servizi comunali, a servizi sociosanitari, a Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, ad associazioni, cooperative e scuole, sempre con l'aiuto dei partecipanti ai gruppi di lavoro nei quartieri.

La mappa dei servizi raccoglie due tipi di informazioni, incrociate tra loro: il tipo di azioni svolte (attraverso gli interventi) sulle righe e i target di popolazione verso i quali le azioni si rivolgono sulle colonne (allegato 3).

La scelta dei target indicati nella scheda, mira a classificare la popolazione in modo che nessun soggetto possa essere escluso, come avviene ad esempio nell'ambito sanitario in cui i target sono rappresentati da gruppi di popolazione che presentano determinati bisogni di salute come anziani, disabili… Allo stesso tempo la classificazione deve risultare comprensibile per tutti i soggetti, che utilizzano ciascuno un proprio linguaggio, e deve garantire una certa elasticità. Queste le ragioni che portano ad una classificazione della popolazione per "fasi della vita" dall'infanzia all'età anziana, senza tuttavia definire ciascuna classe con un range di età ed aggiungendo la classe "maternità", considerando questa come una particolare fase della vita della donna a cui sono rivolti specificatamente molti dei servizi per la salute.

Per quanto concerne le azioni individuate, queste comprendevano oltre alla prevenzione, cura e riabilitazione, anche la certificazione, l'informazione, la difesa/tutela/assistenza, la garanzia di condizioni e strutture, la proposta di attività culturali, di integrazione multietnica, motorie/sportive.

Nella tabella ogni servizio è stato invitato ad indicare le azioni che svolge relativamente alla tipologia di utenza a cui si rivolge, dando anche un peso percentuale all'azione stessa.

A ciascuna azione è stata attribuita una percentuale che esprimeva l'impegno dedicato a quel intervento, in termini di tempo e/o risorse impiegate, in modo che il totale di colonna desse come risultato 100%.

Di conseguenza i dati raccolti riguardano:

1. i tipi di attività svolte, distinte secondo il loro contenuto e seguendo i riferimenti tradizionali e consolidati: in particolare si è inteso mettere in luce le attività a prevalente contenuto preventivo, separandole da quelle riabilitative e da quelle

curative. Si sono raccolti anche dati sulle attività che indirettamente influenzano le condizioni di salute, in quanto riguardanti da un lato l'ambiente e i contesti di vita, dall'altro i comportamenti delle persone;

2. il tempo dedicato alle specifiche attività, espresso in termini di percentuale di impegno, rivolto all'attività stessa; un dato approssimativo e auto-stimato dagli stessi responsabili dei servizi coinvolti, in quanto partecipanti al progetto;
3. infine i destinatari delle attività stesse, distinti per categorie omogenee, costruite a partire dalle fasi del ciclo di vita, dalla nascita alla morte.

Il metodo con cui si è svolto il lavoro di raccolta si è basato sull'adesione volontaria da parte di tutti i soggetti direttamente o indirettamente coinvolti in materia di politiche per la salute.

Dai Tavoli integrati di lavoro dei quartieri è emersa inoltre l'esigenza, come sopra descritto, del coinvolgimento della cittadinanza nel processo teso alla realizzazione del Profilo di Salute.

I cittadini non possono e non devono essere esclusi. Essi determinano lo stato di salute della città attraverso le proprie scelte di stili di vita e l'uso che fanno dei servizi e, in termini più ampi, esprimendo opinioni che influenzano le decisioni politiche e direttive.

Questo è uno dei principali motivi per cui si è deciso di creare una campagna di comunicazione ad hoc con lo scopo sia di sensibilizzare la popolazione sul cosa significa vivere in una città sana, sia di renderla partecipe favorendo la possibilità di esprimere la propria opinione sullo stato di salute della propria città e in modo più specifico del proprio quartiere.

Lo slogan scelto per identificare tutta la campagna di "Città Sane Padova" è stato "COME VA?", sempre accompagnato da un grosso punto interrogativo, e i mezzi per raggiungere la popolazione sono state due diverse cartoline (allegato 4).

La prima cartolina, con l'obiettivo di incuriosire e contattare, riporta sul fronte le tre parole chiave CONOSCERE, CONDIVIDERE, COSTRUIRE INSIEME, e sul retro la loro relativa spiegazione. Queste parole identificano i tre principi fondamentali che guidano il percorso intrapreso di promozione della salute della comunità.

La cartolina è stata distribuita nei mesi di settembre e ottobre 2006, con l'aiuto dei partecipanti ai tavoli di lavoro, dai quartieri, dai distretti sociosanitari territoriali, dai a Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta, dai servizi sociali del comune, e dall'URP del comune.

La seconda cartolina, invece, aveva lo scopo di coinvolgere e stimolare la partecipazione, ed è stata quindi concepita come un semplice questionario. Si richiede al cittadino di esprimere la propria opinione su alcune questioni relative alla "salute" della propria città e

del proprio quartiere, rispondendo a cinque semplici quesiti assegnando “un voto” ad ognuno di essi.

Nel mese di marzo 2007 la cartolina interattiva è stata distribuita in diversi luoghi del Comune di Padova: in alcune sedi comunali; nei distretti sociosanitari e in alcuni servizi sanitari territoriali; in studi privati di Medici di Medicina Generale che hanno aderito all’iniziativa; in alcune scuole, parrocchie e associazioni di volontariato.

Per quel che riguarda le sedi comunali, nella distribuzione sono stati privilegiati i quartieri e tutte le relative sedi decentrate (uffici anagrafe, biblioteche, sedi del Consiglio di Quartiere), proprio perché dal territorio era nata la richiesta di una campagna di sensibilizzazione. Altre cartoline sono state dispensate nelle varie sedi aperte al pubblico del Comune: Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), Informagiovani, Centri servizi territoriali, Ufficio per l’edilizia privata, Ufficio per la Mobilità e il Traffico, Ufficio impianti sportivi.

I servizi sanitari territoriali hanno posizionato le urne nelle sedi dei tre Distretti Socio Sanitari, nelle tre sedi del Centro di Salute Mentale, presso il Sert.

I Medici di Medicina Generale che hanno aderito all’iniziativa sono stati 20, alcuni erano già partecipanti ai tavoli di lavoro presso i quartieri, altri o sono stati contattati dai primi o sono stati informati e coinvolti dall’Ufficio Città Sane del Comune di Padova, che ha fornito il supporto amministrativo al progetto.

Tre parrocchie che hanno partecipato alla campagna, sono state direttamente coinvolte dai componenti dei tavoli di lavoro nei quartieri.

Tabella 3.1: numero di urne e cartoline assegnate per sede di assegnazione.

	N° Cartoline	*N° Urne*
COMUNE DI PADOVA		
Servizi Comunali Centrali	6900	9
Servizi Comunali Decentrati	22700	29
MEDICI DI MEDICINA GENERALE	10000	20
SERVIZI SOCIOSANITARI TERRITORIALI	5200	8
PARROCCHIE	1500	3
SCUOLE	2500	5
TERZO SETTORE	2800	11
Totali	51600	85

Anche per quanto riguarda le associazioni, il coinvolgimento è avvenuto o perché direttamente coinvolte nel progetto o su invito dei quartieri.

Infine sono state distribuite alcune cartoline anche in quattro scuole elementari per raggiungere e coinvolgere più direttamente le famiglie, e in un istituto superiore che si è reso disponibile grazie all'invito diretto di un membro dei tavoli di lavoro.
Sono così state distribuite 51.600 cartoline in 80 diversi luoghi della città, così come riportato nella tabella 3.1.
La raccolta delle cartoline compilate è avvenuta nei mesi di giugno e luglio dello stesso anno.

4. RISULTATI E DISCUSSIONE

Nelle pagine seguenti vengono presentati e discussi gli indicatori di salute calcolati ed i risultati delle indagini condotte nell'ambito dei percorsi di attivazione degli stakeholders e di coinvolgimento dei cittadini.

I risultati relativi all'elaborazione degli indicatori di salute del Progetto "Città Sane" dell'OMS sono raccolti nell'allegato1.
La fase di raccolta dei dati da utilizzare per il calcolo degli indicatori ha messo in evidenza come non sia ancora diffuso l'utilizzo di data set. La carenza rilevata riguarda non solo le associazioni di cittadini e le parrocchie, soggetti che non hanno carattere istituzionale, ma anche le scuole, i servizi comunali e i servizi sanitari.
In particolare i Servizi Comunali gestiscono ciascuno la propria serie di dati, in parte relativi a proprie attività, in parte forniti da enti esterni, senza che vi sia l'archiviazione in data set. Emerge quindi l'esigenza di creare dei sistemi di archiviazione e gestione dei dati che permettano una descrizione completa ed aggiornata dei principali indicatori di salute. La soluzione proposta è l'implementazione del data set utilizzato dal Settore Programmazione Controllo e Statistica che contiene alcuni dati riferiti alla popolazione cittadina (prevalentemente dati demografici), utilizzati per la pubblicazione dell'Annuario Statistico del Comune di Padova.
Per i calcolo degli indicatori è stato dunque necessario rivolgersi ai diversi servizi per valutare la tipologia dei dati disponibili ed il loro contenuto informativo.
Non per tutti gli indicatori è stato possibile raccogliere i dati necessari: si tratta degli indicatori A3, B4, B5, B6, C3, C8, C12, D6, D7, D8. In particolare, di difficile reperimento sono i dati relativi alla natalità ed all'abortività in quanto circa la metà delle donne residenti in città si rivolge a punti nascita che insistono sul territorio di Aziende sanitarie diverse dall'Azienda Ospedaliera di Padova. Per quanto concerne i dati relativi al basso peso alla nascita, questi vengono registrati solo su supporto cartaceo. Non è stato possibile ottenere il dato relativo al numero di infermieri operanti nelle due aziende sanitarie, l'Azienda Ospedaliera e l'Azienda ULSS 16, ne è ipotizzabile, secondo quanto è emerso durante l'incontro con i referenti delle due strutture, generale un flusso di tali dati verso il Comune di Padova.
Per quanto concerne la copertura assicurativa per gli interventi sanitari, l'indicatore non è applicabile alla realtà italiana.

Infine il calcolo degli indicatori socio economici relativi all'occupazione ed alle abitazioni è stato possibile solo attraverso l'elaborazione dei dati raccolti nel corso del Censimento nazionale. Ciò sta ad indicare la necessità di generare flussi di dati che permettano il monitoraggio di questi che sono fra i fattori che incidono maggiormente sulla salute individuale e collettiva.
Accanto agli indicatori proposti dall'OMS vengono presentati altri indicatori utili ad approfondire la descrizione dei determinanti di salute.
In particolare, nell'ambito degli indicatori epidemiologici, l'analisi della mortalità è stata estesa alla mortalità evitabile. Questa analisi ha richiesto particolare impegno, ma ha fornito importanti informazioni. L'analisi della mortalità normalmente viene condotta secondo la classificazione delle patologie che hanno causato il decesso; questi criteri, pur fornendo una valutazione quantitativa del fenomeno, non sono sempre soddisfacenti[33]. Spesso risulta preponderante l'effetto demografico, gli eventi di morte avvengono per circa l'80% oltre la soglia dei 65 anni di età (mortalità cosiddetta normale)[34]. L'analisi della mortalità evitabile, invece, è correlata con le abitudini di vita, con le condizioni di vita e di lavoro, con l'efficacia del servizio sanitario e con le politiche di prevenzione, le scelte di diagnosi e di cura. La selezione delle cause di morte evitabili (intorno al 10% della mortalità generale, in linea con il dato nazionale) ha permesso di evidenziare alcuni fenomeni più direttamente correlabili all'intervento dei servizi.

La descrizione quantitativa dei determinanti della salute è stata utilizzata come strumento di contatto con i diversi stakeholder e con i cittadini stessi. Tutti si sono dimostrati interessati a conoscere il Profilo di Salute della Città. La presentazione dei risultati e dei loro limiti ha permesso di introdurre il progetto più ampio teso alla realizzazione di un Profilo di Salute che analizzasse in modo più completo la realtà cittadina. Ed è stata proprio la proposta di un progetto concreto, che poneva come obiettivo un risultato utile per ciascuno, che ha spinto all'adesione volontaria di numerosi, anche se non di tutti, i soggetti convocati.
Ne sono seguiti una serie di incontri, come descritto nel paragrafo precedente, e l'istituzione dei Tavoli integrati di lavoro dei Quartieri. I diversi soggetti aderenti si sono confrontati, riconoscendo che, al di là delle differenti competenze, del differente linguaggio, e dei differenti interventi, condividevano alcune esigenze: la disponibilità di dati per descrivere i bisogni della comunità; la capacità di informare, formare e coinvolgere nelle scelte i cittadini; la conoscenza di soggetti che agiscono per il raggiungimento di obiettivi comuni che possono diventare partner.
Il progetto ha raggiunto quindi l'obiettivo prefissato: ha favorito la formazione dei primi nodi della rete, che richiedono, in questa fase, ancora il supporto di un regista centrale ma

che hanno dato dimostrazione di saper collaborare per raggiungere obbiettivi comuni. È in questa prospettiva che vanno letti i risultati raccolti attraverso gli strumenti la “mappa dei servizi per la salute” e la “cartolina interattiva”.

4.1 Gli indicatori di salute

4.1.1 Gli indicatori socio economici

La descrizione della condizione socio economica della città di Padova affianca all'elaborazione degli indicatori proposti dall'OMS, che indagano le condizioni di marginalità sociale e di supporto sociale (gli spazi abitabili, le abitazioni al di sotto degli standard di abitabilità, i senz'atto, la disoccupazione, il reddito inferiore alla media pro capite del Paese, asili per bambini in età prescolare), l'analisi del contesto demografico, approfondendo gli aspetti che hanno maggiore rilevanza in termini di "salute" della città quali la composizione per età e per cittadinanza della popolazione, l'occupazione, le condizioni abitative, il grado di istruzione.

I dati utilizzati per l'analisi proposta in questa sezione sono in gran parte ricavati dagli Annuari Statistici di Padova e dai dati Istat relativi al censimento 2001[28]. I dati del censimento hanno reso possibile, da un lato la descrizione dell'evoluzione del contesto demografico negli ultimi decenni, dall'altro il confronto della realtà padovana con le realtà provinciali del Veneto ed in particolare con il contesto demografico dei Comuni di Venezia e Verona che, con Padova, rappresentano i tre comuni più popolati della Regione Veneto.

POPOLAZIONE

L'andamento demografico nel Comune di Padova si caratterizza per un incremento del numero dei residenti negli anni '40 - '70, a cui ha fatto seguito una moderata ma continua diminuzione negli anni '80 - '90 (tabella 4.1). A partire dal 2002 il numero di residenti nel Comune è in crescita, questo fenomeno è imputabile all'aumento del numero di residenti con cittadinanza straniera (tabella 4.2).

Tabella 4.1: Evoluzione della struttura demografica per sesso della popolazione del Comune di Padova, anni 1936 – 2001.

Censimento	Maschi	Femmine	Totale
1936	65.461	73.248	138.709
1951	79.541	88.131	167.672
1961	94.072	103.608	197.680
1971	109.524	122.075	231.599
1981	110.732	123.946	234.678
1991	101.013	114.124	215.137
2001	96.223	108.647	204.870

Elaborazione su dati Istat – Censimento 2001[28]

Tabella 4.2: Popolazione residente nel Comune di Padova per cittadinanza, frequenza e percentuale, anni 2001 – 2004

anni	Stranieri		Italiani		Totale residenti
	frequenza	percentuale	frequenza	percentuale	
2001	10.117	4,83%	199.173	95,17%	209.290
2002	11.220	5,35%	198.401	94,65%	209.621
2003	13.983	6,64%	196.553	93,36%	210.536
2004	16.281	7,72%	194.540	92,28%	210.821

Elaborazione su dati Comune di Padova – Annuario 2004

Per quanto concerne la distribuzione per età della popolazione, anche a Padova si registra il fenomeno un progressivo invecchiamento della popolazione negli ultimi 20 anni, che interessa tutta la regione, in particolare i comuni con maggior numero di abitanti.
Padova con il 22,4% della popolazione rappresentata da persone di età maggiore ai 65 anni è seconda solo a Venezia, in cui gli ultrasessantacinquenni rappresentano quasi il 24% della popolazione residente (tabella 4.3).
Le persone anziane sono in maggioranza di sesso femminile (circa il 62% delle persone d'età maggiore di 65 anni), tuttavia negli anni recenti la percentuale di donne tra gli ultrasessantacinquenni è in lieve diminuzione: è scesa dal 63,13% del 1971 al 61,88% del 2001.

Tabella 4.3: Percentuale di popolazione residente di 65 anni e più per anno di censimento - Veneto (dettaglio provinciale), anni 1971 – 2001.

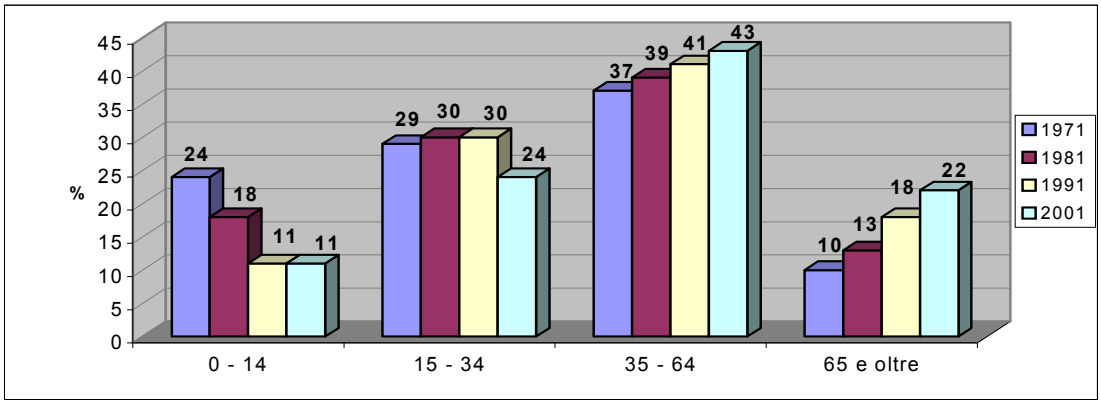
PROVINCE	Anni di censimento			
	1971	1981	1991	2001
Verona	11,21%	13,33%	15,54%	18,27%
di cui: comune di Verona	*10,84%*	*14,21%*	*17,85%*	*21,26%*
Vicenza	10,16%	12,20%	14,22%	16,80%
Belluno	13,53%	16,25%	18,76%	21,18%
Treviso	10,98%	13,17%	15,30%	17,44%
Venezia	10,10%	12,05%	15,05%	19,15%
di cui: comune di Venezia	*11,36%*	*14,06%*	*18,76%*	*23,84%*
Padova	10,25%	12,14%	14,57%	17,91%
di cui: comune di Padova	***10,49%***	***13,23%***	***17,79%***	***22,40%***
Rovigo	12,51%	14,81%	17,58%	21,71%
Veneto	**10,81%**	**12,88%**	**15,27%**	**18,27%**

Elaborazione su dati Istat – Censimento 2001[28]

Al forte aumento della popolazione più anziana corrisponde una consistente diminuzione delle classi più giovani: dal 18% all'11% per i minori di 14 anni, e dal 30% al 24 % per i giovani fino ai 34 anni (Grafico 4.1).

Il numero di anziani per bambino[iii] è salito dal valore di circa 1, registrato al censimento del 1971, al valore di circa 5 al censimento del 2001, e l'indice di vecchiaia[iv] è passato dal 44% del 1971 al 202% del 2001.

Grafico 4.1: Popolazione residente per classi d'età (%) anni 1971 – 2001.



Elaborazione su dati Istat – Censimento 2001[28]

Relativamente alla struttura della popolazione in base alle caratteristiche dei nuclei familiari, analizzando i dati Istat appare evidente un forte e costante aumento delle famiglie unipersonali e una contemporanea diminuzione del numero di componenti per famiglia (Grafici 4.2, 4.3).

Grafico 4.2: Media di componenti per famiglia anni 1971 – 2001

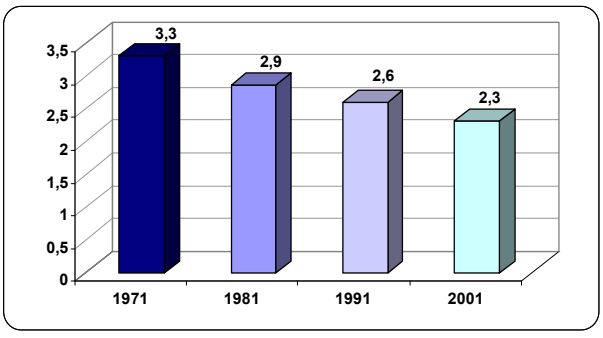
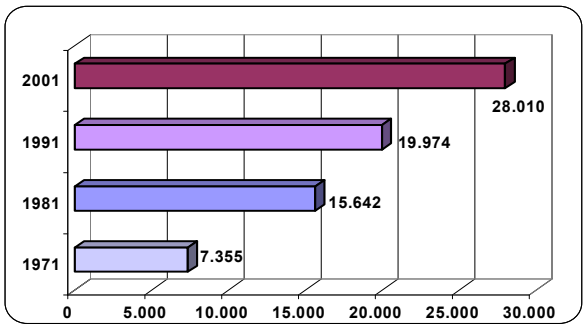


Grafico 4.3: Famiglie unipersonali anni 1971 – 2001



Elaborazione su dati Istat – Censimento 2001[28]

Infine va rilevato il fenomeno dell'immigrazione che sta modificando rapidamente la struttura demografica della società del Comune di Padova, come di altri comuni veneti. Il

[iii] Il numero di anziani per bambino è dato dal rapporto tra il numero di persone di età superiore ai 65 anni e il numero di persone con meno di 6 anni.
[iv] L'indice di vecchiaia è dato dal rapporto percentuale tra la popolazione di età superiore ai 65 anni e quella compresa tra i 0-14 anni.

fenomeno, infatti, interessa tutte le province venete anche se in maniera in maniera non uniforme. Il 70% degli immigrati regolari si concentra nelle province di Vicenza, Verona e Treviso. La provincia di Padova accoglie il 15% degli stranieri: di questi un terzo risiede regolarmente nel comune di Padova (Elaborazione su dati Istat – Censimento 2001).
I residenti con cittadinanza straniera nel Comune di Padova sono passati dai 10.177 del 2001 (4,86% della popolazione residente) ai 16.281 del 2004 (7,72% della popolazione residente) con un incremento pari al 60% in tre anni (dal 31 dicembre 2001 al 31 dicembre 2004) (tabella 4.2). Il rapporto maschi – femmine è attualmente di 1 a 1, mentre nei decenni passati la maggior parte degli stranieri era di sesso maschile.
Informazioni relative alla provenienza ed alle ragioni che hanno spinto gli stranieri a raggiungere l'Italia sono fornite dai dati rilevati nel corso del Censimento 2001. Il 46,62% proviene dall'Europa, prevalentemente dai paesi centro-orientale, il 25,89% dall'Africa e il 20,69% dall'Asia. Il motivo principale del trasferimento in Italia è la ricerca di un lavoro (52,62%), seguito dal ricongiungimento famigliare (26,95%), il 9,94% viene per motivi di studio mentre il restante 10,44% presenta motivazioni diverse (Elaborazione su dati Istat – Censimento 2001).

Tabella 4.4: Cittadini residenti nel Comune di Padova con cittadinanza straniera, frequenza per sesso e classe di età al 31/12/2004, percentuale di residenti stranieri per classe d'età sulla popolazione residente.

Classe	Maschi	Femmine	Totale	% sulla popolazione residente
0-4	623	561	1.184	13,89%
5-9	378	363	741	9,35%
10-14	322	286	608	7,67%
15-19	361	322	683	8,95%
20-24	649	657	1.306	14,38%
25-29	1.260	1.329	2.589	20,00%
30-34	1.440	1.274	2.714	15,94%
35-39	1.282	991	2.273	12,84%
40-44	820	873	1.693	10,02%
45-49	552	654	1.206	7,94%
50-54	287	385	672	4,89%
55-59	114	155	269	1,92%
60-64	50	106	156	1,14%
65-69	36	60	96	0,73%
70-74	13	26	39	0,34%
75-79	11	16	27	0,27%
80 e oltre	5	20	25	0,18%
Totale	8.203	8.078	16.281	7,72%

Elaborazione su dati Comune di Padova – Settore Programmazione Controllo Statistica

La tabella 4.4 riporta la distribuzione percentuale per classi d'età dei residenti nel Comune di Padova, con cittadinanza straniera. Risulta evidente che la popolazione straniera è una

popolazione giovane, che mostra una crescita demografica in contro tendenza rispetto al decremento che si registra fra i cittadini italiani. Questo implicherà significativi cambiamenti nella composizione della popolazione, già evidente se si considera che i giovani fra i 25 ed i 29 sono per un quinto stranieri e nella fascia d'età più bassa, i bambini tra 0 e 4 anni lo è il 13,89%.

OCCUPAZIONE E REDDITO

Viene presentata l'analisi condotta sui dati rilevati nel corso del censimento 2001 inerenti l'attività lavorativa dei residenti nel Comune di Padova.

Il tasso di occupazione[v] fra i residenti del Comune di Padova e pari a 47,22%, tuttavia se si considerano separatamente i due gruppi costituiti da i maschi, da un lato e dalle femmine, dall'altro, risulta evidente la disparità nel numero degli occupati. Il tasso di occupazione è pari infatti a 37,19 per le donne e 58,79 per gli uomini.

Padova si colloca, all'interno della realtà veneta, al di sotto del valore regionale, il tasso di occupazione in Veneto è pari a 50,36 (38,74 per le donne, 62,80 per gli uomini). Rispetto ai comuni di Verona (tasso di occupazione: 44,19) e di Venezia (tasso di occupazione: 47,65) si trova in una posizione intermedia.

Maggiori informazioni si traggono dall'analisi congiunta del tasso di occupazione, del tasso di attività[vi] e del tasso di disoccupazione[vii].

Per il calcolo di questi indicatori è necessaria la suddivisione dei residenti di età maggiore od uguale ai 15 anni nelle due classi: "forze di lavoro" e "non forze di lavoro". Le prime comprendono l'insieme delle persone di età maggiore di 15 anni che lavorano o sono in cerca di occupazione. Le "non forze di lavoro" comprendono le casalinghe, gli studenti, i ritirati ed altri.

Il grafico 4.4 mostra la distribuzione dei residenti per forze di lavoro e forze di non lavoro, in particolare riporta la percentuale delle forze non lavoro rappresentate prevalentemente da casalinghe e pensionati. Il grafico 4.5 mostra la distribuzione all'interno della categoria delle forze lavoro, come si può notare la grande maggioranza (95%) è rappresentata dagli occupati.

[v] Il Tasso di occupazione è dato dal rapporto percentuale tra la popolazione di 15 anni e più occupata e il totale della popolazione della stessa classe di età.

[vi] Il Tasso di attività è dato dal rapporto percentuale avente al numeratore la popolazione di 15 anni e più appartenente alle forze di lavoro e al denominatore il totale della popolazione della stessa classe di età.

[vii] Il Tasso di disoccupazione è dato dal rapporto percentuale avente al numeratore la popolazione di 15 anni e più in cerca di occupazione e al denominatore le forze di lavoro della stessa classe di età.

Il tasso di attività, a Padova è pari a 49,85 contro il 52,51 che si registra nell'intera popolazione del Veneto. Fra gli uomini il tasso di attività è pari a 61,42 mentre fra le donne è pari a 39,81.

Grafico 4.4: Popolazione residente nel Comune di Padova - forze lavoro e forze non lavoro. Anno 2001

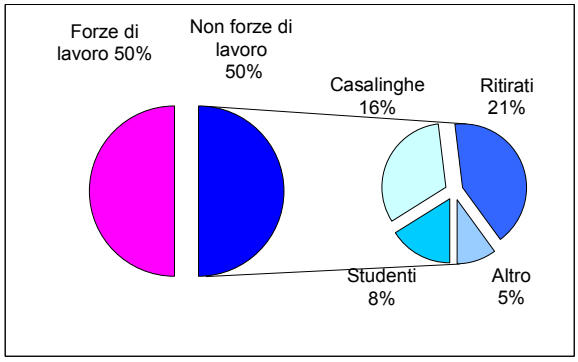
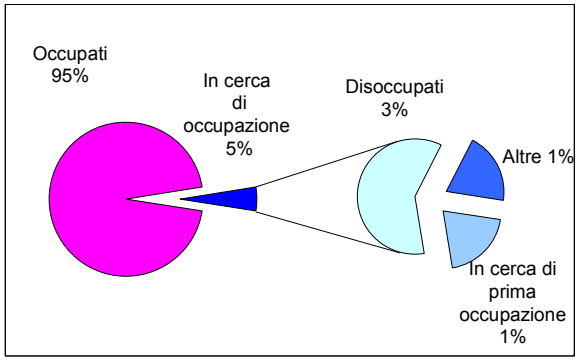


Grafico 4.5: Popolazione residente nel Comune di Padova – distribuzione forze lavoro. Anno 2001



Elaborazione su dati Istat – Censimento 2001[28]

Il tasso di disoccupazione è pari al 5,26 (6,56 per le donne e 4,29 per gli uomini), contro il 4,11 del Veneto. Il tasso di disoccupazione giovanile, che si riferisce solo alla classe di età compresa tra i 15 e i 24 anni, è del 17,27; dato rilevante soprattutto se confrontato con il tasso di disoccupazione giovanile della popolazione del Veneto che è di 11,02 e con quello della popolazione della provincia di Padova che è pari a 11,41.

Lo scenario che questi dati descrivono è quello della maggiore difficoltà per le donne di inserimento nel mondo del lavoro e di una rilevante percentuale di donne che si dedicano alla famiglia.

Inoltre le donne occupano posizioni lavorative di livello inferiore rispetto agli uomini. Fra gli occupati l'80,68% delle donne e il 66,83% degli uomini sono lavoratori dipendenti. I lavoratori in proprio sono l'7,57% delle donne ed il 15,95% degli uomini. Gli imprenditori o liberi professionisti sono l'8,41% delle donne ed il 14,90% degli uomini.

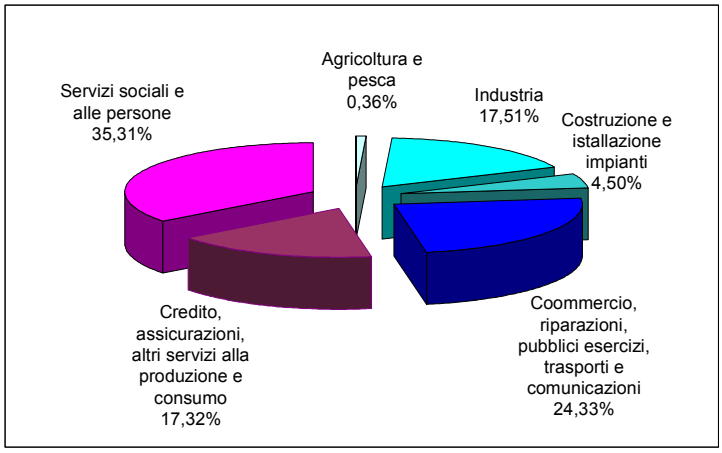
Il tasso di attività degli stranieri residenti nel Comune di Padova è pari a 70,45%, superiore rispetto al tasso di attività riferito all'intera popolazione. Fra gli stranieri appartenenti alle forze lavoro la percentuale di occupati, 90,46%, è inferiore al valore cittadino ma comunque un numero rilevante di poco inferiore al valore veneto che è pari a 92,00%. Il tasso di occupazione è pari a 63,72%, di molto superiore al valore cittadino.

Questi dati sono in linea con quanto sopra illustrato relativamente alle caratteristiche demografiche della popolazione straniera a Padova. L'immigrazione è un fenomeno relativamente recente e gli stranieri appartengono prevalentemente alle classi di età più giovani; la motivazione che più frequentemente spinge all'emigrazione verso l'Italia è, anche fra le donne, la ricerca del lavoro.

Per quanto concerne i settori d'impiego il grafico 4.6 illustra la distribuzione percentuale degli occupati, per settori di attività economica.

La realtà padovana si caratterizza per una bassa percentuale di occupati nel settore dell'industria, rispetto alla percentuale regionale che si attesta sul 41, 89% (49,49% fra gli uomini). Fra gli stranieri, tuttavia, la percentuale di occupati nell'industria è del 38,66%, superiore dunque al valore riferito all'intera popolazione cittadina ma inferiore alla percentuale regionale di stranieri occupati in questo settore, che è pari a 62,98%. Superiore al valore regionale fra i cittadini stranieri è la percentuale di coloro che sono impiegati nel commercio e nei servizi, 59,56% contro il 33,80% nel Veneto.

Grafico 4.6: Percentuale di occupati per settore di attività economica – anno 2001.



Elaborazione su dati Istat – Censimento 2001[28]

Non sono disponibili dati relativi alla capacità di sussistenza economica dei singoli individui e dei nuclei famigliari residenti nel Comune di Padova. Un'indicazione in tal senso può essere rilevata dai dati relativi al numero di persone assistite economicamente dal Comune. Attraverso l'erogazione del minimo vitale o l'adozione di interventi economici finalizzati (tabella 4.5).

Tabella 4.5: Popolazione assistita economicamente dal Comune di Padova (minimo vitale ed interventi economici finalizzati), frequenza e percentuale; anni 2001– 2004.

	minimo vitale		interventi economici finalizzati	
Anni	frequenza	percentuale	frequenza	percentuale
2001	607	0,29%	670	0,32%
2002	566	0,27%	734	0,35%
2003	653	0,31%	695	0,33%
2004	675	0,32%	654	0,31%

Elaborazione su dati forniti dal Comune di Padova – Settore Servizi Sociali.

ABITAZIONI

L'analisi dei dati relativi alle condizioni abitative è stata condotta in larga misura sui dati raccolti nel corso del censimento 2001 che esplorano nel dettaglio numero e caratteristiche delle abitazioni.

Il numero di abitazioni censite nel Comune di Padova nel corso dell' 2001 è stato di 85.976. Il numero complessivo di stanze[viii] è di 411.492 (1,97 stanze per abitante).

Il 39,37% delle abitazioni è occupato da un numero di abitanti uguale o superiore a tre, il 29,47% da due abitanti ed il 31,16% da un solo abitante.

Sul totale di abitazioni occupate da persone residenti nel comune di Padova in più di 50.000 vivono non più di due persone. L'81,64% delle abitazioni è occupato da nuclei familiari composti da 3 persone o meno.

La maggior parte delle abitazioni (66,63%) con un numero di stanze inferiore o uguale a 2 è occupato da un'unica persona, tuttavia il 59,95% delle persone sole vive in case con 4 stanze o più.

Il 67,89% delle famiglie residenti nel Comune di Padova risulta essere proprietaria dell'abitazione in cui risiede: questo dato è in linea con la situazione presente negli altri grandi comuni del Veneto (tabella 4.6).

Tabella 4.6: Famiglie per condizione abitativa (percentuale) in Veneto – anno 2001.

PROVINCE	Situazione abitativa della famiglia							
	Famiglie che occupano un'abitazione				Famiglie che occupano un altro tipo di alloggio	Famiglie coabitanti	Famiglie senza tetto o senza abitazione	Totale
	In proprietà	In affitto	Ad altro titolo	Totale				
Verona	69,87%	20,79%	7,95%	98,61%	0,09%	0,09%	0,11%	100,00%
di cui: comune di Verona	61,04%	29,97%	5,86%	96,87%	0,14%	0,14%	0,27%	100,00%
Vicenza	73,63%	17,54%	8,01%	99,18%	0,11%	0,11%	0,02%	100,00%
Belluno	77,87%	13,53%	8,23%	99,62%	0,07%	0,07%	0,02%	100,00%
Treviso	76,73%	15,80%	6,61%	99,14%	0,10%	0,10%	0,04%	100,00%
Venezia	75,90%	17,35%	5,98%	99,23%	0,11%	0,11%	0,03%	100,00%
di cui: comune di Venezia	68,76%	24,71%	5,37%	98,84%	0,17%	0,17%	0,05%	100,00%
Padova	77,91%	14,64%	6,80%	99,34%	0,09%	0,09%	0,07%	100,00%
di cui: comune di Padova	***67,89%***	***24,72%***	***6,18%***	***98,79%***	***0,11%***	***0,11%***	***0,16%***	***100,00%***
Rovigo	76,62%	15,03%	7,68%	99,33%	0,06%	0,06%	0,02%	100,00%
Veneto	**75,03%**	**16,95%**	**7,16%**	**99,14%**	**0,10%**	**0,10%**	**0,05%**	**100,00%**

Elaborazione su dati Istat – Censimento 2001[28]

[viii] Le stanze sono locali (spazi abitabili) con destinazione d'uso e di dimensioni >4m^2 (es. cucina, sala per pranzo, camere da letto, etc.) bagni, lavanderie, ripostigli, etc., non sono conteggiati come stanze.

Alla data del Censimento risultano 141 famiglie senza tetto o senza abitazione, pari allo 0,16% delle famiglie residenti nel comune. Fra i grandi comuni Padova è seconda solo a Verona, dove questa percentuale è pari allo 0,27%.
La quasi totalità delle abitazioni occupate da residenti è fornita di acqua potabile, gabinetto, riscaldamento e acqua calda. Tuttavia vi sono 129 abitazioni prive di gabinetto, 154 prive di riscaldamento e 500 prive di acqua calda.
Fra i comuni capoluogo del Veneto il comune di Padova presenta la più alta percentuale di posti auto per abitazione (85,94%), se pur inferiore al dato regionale che è pari a 87,19%.
Nel comune di Padova si registra la maggior percentuale di abitazioni occupate solo da persone non residenti della Regione: 3,96% contro il dato veneto del 0,96%. Segue a Padova Verona con il 2,67%. Il dato si riferisce alle 3.089 persone non residenti censite, che comprendono professionisti e studenti, ed appare sottostimare il fenomeno.
Le abitazioni occupate da non residenti hanno caratteristiche diverse da quelle occupate da residenti. Si riporta qui un unico dato a titolo esemplificativo: il 42,15% delle abitazioni occupate da non residenti è dotata solo di angolo cottura e/o cucinino contro il 24,22% delle case abitate da residenti.
Nel 2001 sono stati censiti 93 alloggi di tipo diverso dagli edifici ad uso abitativo, occupati da persone residenti; erano 20 nel 1981 e 56 nel 1991. Si tratta di alloggi non classificabili come abitazioni, ne sono esempi: le roulotte, le tende, i caravan, i camper, i container, le baracche, le rimesse, i garage, le soffitte, le cantine.
Il numero di residenti senza fissa dimora, secondo i dati forniti dal Comune di Padova, è sceso da 54 nel 2001 a 28 nel 2004.

STRUTTURE PER L'INFANZIA – TITOLO DI STUDIO

La presenza di strutture dedicate all'infanzia rappresenta un indice di tutela sociale a sostegno dell'infanzia e delle famiglie. In Italia è nota la carenza di strutture pubbliche di questo genere, il Comune di Padova non fa eccezione. Le strutture comunali e convenzionate presenti nel territorio di Padova sono in grado di offrire 1042 posti in asili nido per bambini d'età inferiore ai 3 anni; considerando la popolazione residente appartenente a questa fascia d'età risulta che queste strutture sono in grado di accogliere solo il 20,62% dei bambini appartenenti a questa fascia d'età(dati riferiti all'anno 2004).
Se si considerano i dati di frequenza a strutture per l'infanzia è facile cogliere la discrepanza tra domanda ed offerta di questi servizi. Alla data del censimento 2001 frequentavano strutture per l'infanzia il 8,58% dei bambini di età inferiore all'anno, il 31,18% di quelli di un anno d'età e il 38,57% di quelli di 2 anni. Il dato è in linea con quello

rilevato nel Comune di Verona e supera di molto i valori regionali: in Veneto frequentavano strutture per l'infanzia il 3,89% dei bambini di età inferiore all'anno, il 15,05% di quelli di un anno d'età e il 38,14% di quelli di 2 anni.

La presenza di strutture per l'infanzia che ospitano bambini dai 3 ai 5 anni è buona come in tutta la regione; il 96,03% dei bambini appartenenti a questa fascia d'età frequenta una struttura per l'infanzia.

I residenti nel Comune di Padova sono nell'insieme più istruiti rispetto alla media regionale ed agli altri due grandi capoluoghi veneti, Venezia e Verona. Fra le persone con più di 19 anni ha il più alto indice di possesso del diploma di scuola media superiore della Regione, 47,80% contro il 29,79% e si stacca nettamente dalle altre province e comuni (segue Verona con il 39,28%). La stessa tendenza rimane confermata anche valutando la percentuale di popolazione con diploma di scuola media superiore, nelle fasce d'età di 19-34 anni e di 35-44 anni. Nel primo caso la percentuale di padovani in possesso di diploma è pari a 70,99% (Veneto: 51,90%), nel secondo caso è pari a 61,49% (Veneto: 35,96%).

La scolarità è maggiore fra i maschi: il 25,29% delle donne ha interrotto gli studi alla licenza elementare, contro il 16,85% dei maschi. Questo dato risente della storia passata, attualmente si assiste ad una rapida inversione della tendenza. Se si analizzano i dati relativi alle classi d'età più giovani si nota come, ad esempio, nella fascia d'età 20- 24 anni le femmine che hanno conseguito il diploma sono l'80,68% contro il 74,27% dei maschi. La percentuale di laureati è del 17,67% fra i maschi e del 14,22% fra le femmine, nella popolazione generale; nella fascia d'età 30-34 anni è, invece, di 26,40% fra i maschi e 31,04% fra le femmine.

Rispetto alle altre province e grandi comuni del Veneto, nel Comune di Padova si registra il più basso indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo[ix], sia fra i maschi che tra le femmine: 4,67 rispetto a 8,44.

[ix] L'indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo viene calcolato per la fascia d'età15-52 anni.

4.1.2 Gli indicatori ambientali

Lo studio relativo alla condizione ambientale della Città di Padova è stato condotto attraverso l'analisi dei dati disponibili presso il Settore Ambiente del Comune di Padova. Di seguito vengono illustrati i dati più significativi relativi a qualità dell'aria, qualità dell'acqua e allo smaltimento dei rifiuti; per la parte relativa al verde pubblico, alle zone pedonali ed alle piste ciclabili si rimanda al paragrafo 4.3.

QUALIÀ DELL'ARIA

L'inquinamento dell'aria è un fenomeno che caratterizza le aree fortemente antropizzate e vede come cause principali il trasporto stradale privato, le produzioni industriali ed energetiche, il riscaldamento domestico.

Nella Provincia di Padova è stata attivata, già dal 1984, una rete di monitoraggio dell'aria per mezzo di stazioni di rilevazione fisse e mobili gestite dall' ARPAV.

Il problema dell'inquinamento atmosferico sta diventando sempre più rilevante almeno relativamente ad alcune componenti (polveri sottili, biossido di azoto, ozono).

La città di Padova, densamente popolata e polo attrattivo per la presenza di numerose attività economiche e servizi, è il Comune con il maggior grado di inquinamento dell'intera provincia. A titolo esemplificativo si veda il grafico 4.7 relativo alla stima delle concentrazioni di PM10 nella Provincia di Padova; anche i dati relativi agli altri inquinanti monitorati (qui non illustrati) vedono sempre Padova come sede dove si rileva la maggiore concentrazione della Provincia [35].

Di seguito vengono presentati un riepilogo dei giudizi mensili sulla qualità dell'aria relativi al 2003 ed al 2004 per alcune sostanze inquinanti ed una sintesi dell'andamento storico delle concentrazioni di inquinanti atmosferici nel Comune di Padova negli anni compresi tra il 1999 ed il 2004[36-39].

Nel 2003 il monitoraggio dell'inquinamento atmosferico nell'area urbana di Padova è stato svolto con l'ausilio di:

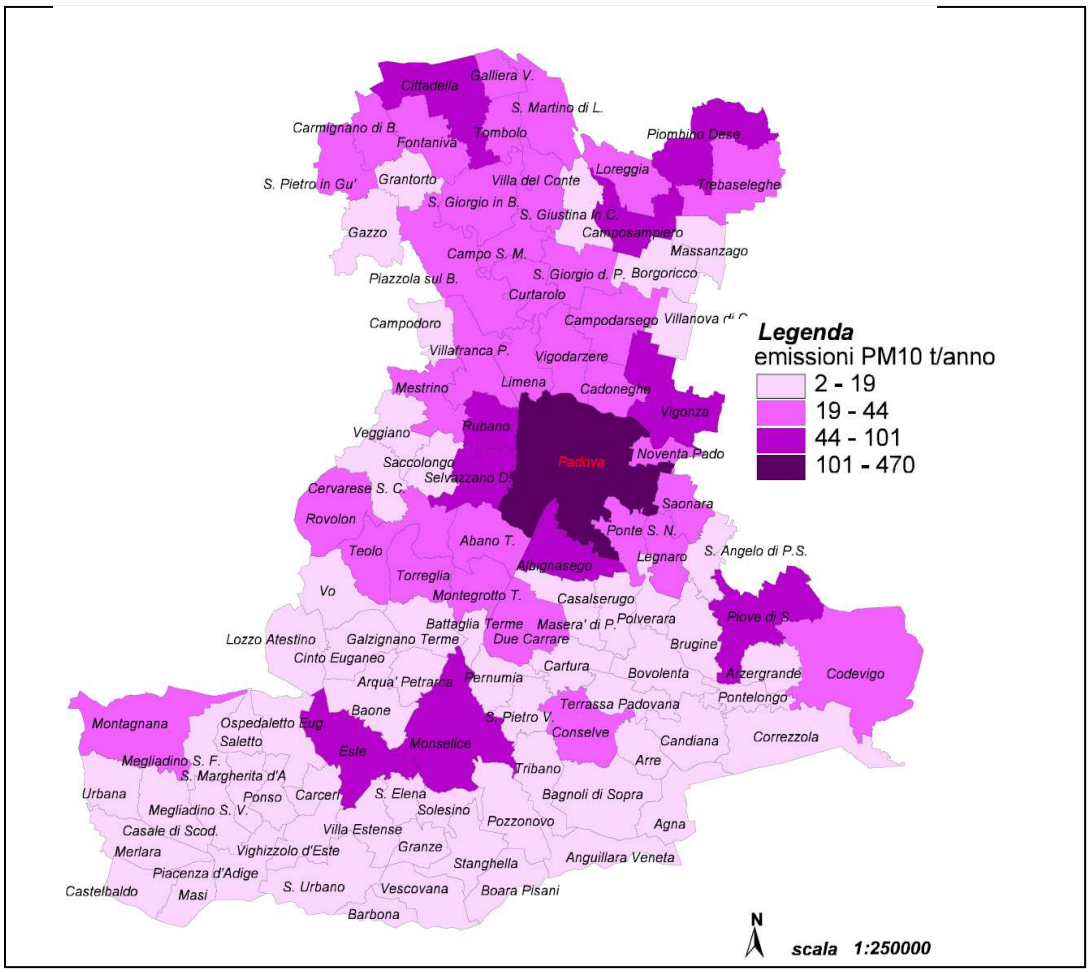
- 6 stazioni fisse (Arcella, Mandria, Zona Industriale, Ospedale, Granze, Parco Treves);
- 17 campionatori passivi distribuiti in tutta l'area urbana di Padova per il monitoraggio del benzene con campagne di misura in discontinuo.

Nel corso del 2004 il monitoraggio è stato svolto con l'ausilio di:

- 6 stazioni (Arcella, Mandria, Treves, Granze, APS1 e APS2);

- 2 campionatori passivi per il monitoraggio del benzene con campagne di misura in discontinuo posizionati in Via Pontevigodarzere, cioè nell'area urbana di Padova che storicamente ha rilevato le maggiori concentrazioni di questo inquinante.

Grafico 4.7: Stima delle concentrazioni di PM10 (t/anno) nella Provincia di Padova.



Fonte ARPAV 2005[35].

I parametri previsti dalla normativa per la valutazione della concentrazione ambientale degli inquinanti si riferiscono a differenti risoluzioni temporali:

- Per benzene e benzo(a)pirene solo a lungo termine (valore limite della media annuale);
- Per biossido di azoto e PM10 a lungo termine (valore limite della media annuale) e a breve termine (numero di superamenti del valore limite orario e giornaliero rispettivamente);
- Per l'ozono solo a breve termine (numero di superamenti del valore limite su 1 ora e su 8 ore).

Il giudizio su base mensile di seguito riportato si basa su elementi di valutazione differenti a seconda degli inquinanti considerati:

- Per benzene, benzo(a)pirene, polveri fini e biossido la concentrazione media mensile presso la stazione tipo (rappresentativa dell'area urbana di Padova) viene confrontata con i limiti di protezione della salute a lungo termine stabiliti dalla normativa vigente ed il giudizio sintetico di qualità espresso, a seconda dei casi, in termini di: buono, accettabile, scadente, pessimo.
- Per l'ozono il numero medio mensile di superamenti del limite di protezione della salute previsto dalla Direttiva 2002/3/CE[x] (120 µg/m3 media mobile 8 ore) presso la stazione tipo viene confrontato con il numero medio di superamenti attesi per il corrispondente mese tipo della serie storica ed il giudizio sintetico di qualità espresso in termini di: numero di superamenti uguali, in eccesso o in difetto rispetto alla media.Per questo inquinante non è prevista la valutazione a lungo termine perché gli eventuali effetti sanitari riconosciuti sono solo di tipo acuto.

Per ogni inquinante il confronto viene effettuato sul valore medio mensile riferito alla "stazione tipo" dell'area urbana di Padova che corrisponde al valore medio dei dati monitorati presso le diverse stazioni del Comune.

Di seguito, per ogni inquinante, verrà riportata una prima tabella che indicherà il riferimento normativo, il valore limite per la sostanza ed il calcolo dei relativi intervalli, ed una rappresentazione visiva dell'andamento mensile per gli anni 2003 e 2004 della qualità dell'aria secondo le valutazioni presentate nel bollettino mensile dell'ARPAV.

Benzene (C_6H_6) (tabella 4.7)

In ambito urbano gli autoveicoli rappresentano la principale fonte di emissione: circa l'85% viene immesso nell'aria con i gas di scarico, il 15% per evaporazione del combustibile e durante le operazioni di rifornimento.

Tabella 4.7: Definizione degli intervalli di concentrazione della media mensile per l'attribuzione del giudizio sintetico mensile di qualità dell'aria per il benzene.

Rif. Normativo (DM 60/02)	Intervallo di confronto per valutare la concentrazione media mensile (µg/m3)		Giudizio mensile di qualità dell'aria	
	min	max		
Valore limite annuale protezione salute 10 µg/m^3	0	5	buono	
	5	10	accettabile	
	10	20	scadente	
	20	30	pessimo	

		GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC
BENZENE	2003												
	2004												

Fonte ARPAV[38,39].

[x] Direttiva 2002/3/Ce; Gazzetta Ufficiale delle Comunità europee 09.03.2002, L 67/14.

Benzo(A)pirene (IPA) (tabella 4.8)

La fonte più importante di origine antropica è rappresentata dalle emissioni veicolari seguita dagli impianti termici, dalle centrali termoelettriche e dagli inceneritori.

Tabella 4.8: Definizione degli intervalli di concentrazione della media mensile per l'attribuzione del giudizio sintetico mensile di qualità dell'aria per il benzoapirene.

Rif. Normativo (DM 25/11/94)	Intervallo di confronto per valutare la concentrazione media mensile (ng/m3)		Giudizio mensile di qualità dell'aria	
	min	max		
Obiettivo di qualità media mobile anno 1 ng/m^3	0	0.5	buono	
	0.5	1	accettabile	
	1	2	scadente	
	2	3	pessimo	

		GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC
BENZO(A)PIRNE	2003												
	2004												

Fonte ARPAV[38,39].

Polveri fini (PM10) (tabella 4.9)

Con il termine "particolato sospeso totale" vengono identificate tutte le particelle solide o liquide che restano in sospensione nell'aria. Il monitoraggio ambientale del particolato con diametro inferiore a 10 µm (PM10) può essere considerato un indice della concentrazione di particelle in grado di penetrare nel torace (frazione inalabile).

Le fonti antropiche sono essenzialmente le attività industriali ed il traffico veicolare.

Tabella 4.9: Definizione degli intervalli di concentrazione della media mensile per l'attribuzione del giudizio sintetico mensile di qualità dell'aria per il PM10.

Rif. Normativo (DM 60/02)	Intervallo di confronto per valutare la concentrazione media mensile (ng/m3)		Giudizio mensile di qualità dell'aria	
	min	max		
Valore limite annuale protezione salute 40 µg/m^3	0	20	buono	
	20	40	accettabile	
	40	80	scadente	
	80	120	pessimo	

		GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC
PM10	2003												
	2004												

Fonte ARPAV[38,39].

Biossido di azoto (NO_2) (tabella 4.10)

Le fonti antropiche, rappresentate da tutte le reazioni di combustione, comprendono principalmente gli autoveicoli, le centrali termoelettriche e il riscaldamento domestico.

Tabella 4.10: Definizione degli intervalli di concentrazione della media mensile per l'attribuzione del giudizio sintetico mensile di qualità dell'aria per il biossido di azoto.

Rif. Normativo (DM 60/02)	Intervallo di confronto per valutare la concentrazione media mensile (ng/m3)		Giudizio mensile di qualità dell'aria	
	min	max		
Valore limite annuale protezione salute 40 µg/m^3	0	20	buono	
	20	40	accettabile	
	40	80	scadente	
	80	120	pessimo	

		GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC
BIOSSIDO DI AZOTO	2003												
	2004												

Fonte ARPAV[38,39].

Ozono (O_3) (tabelle 4.11 – 4.12)

È un gas dall'odore leggermente pungente, è un tipico inquinante secondario che si forma nell'atmosfera in seguito alle reazioni fotochimiche a carico di alcuni inquinanti precursori prodotti dai processi di combustione (NOx, idrocarburi, aldeidi).

Le sottostanti tabelle riportano il confronto tra il numero medio mensile di superamenti registrati da aprile a settembre di ogni anno (2003 – 2004) con la media mensile per il corrispondente periodo di attesa sulla base della serie storica. La valutazione dei superamenti è considerata significativa solo per i mesi da aprile a settembre perché si tratta del periodo dell'anno in cui l'entità della radiazione solare incidente è più significativa per l'innesco del processo fotochimico di formazione dell'ozono.

Tabella 4.11: Calcolo del numero di superamenti rispetto alla media della serie storica e giudizio sintetico di qualità dell'aria (☹ superamenti in eccesso, ☺ superamenti uguali o in difetto. Anno 2003.

PERIODO	NUMERO SUPERAMENTI MESE	NUMERO SUPERAMENTI MESE TIPO	DIFFERENZA SUP. MESE -MESE TIPO	GIUDIZIO MENSILE QUALITA' DELL'ARIA
APRILE	7	3	+4	☹
MAGGIO	24	20	+4	☹
GIUGNO	135	59	+76	☹
LUGLIO	102	36	+66	☹
AGOSTO	150	43	+107	☹
SETTEMBRE	26	2	+24	☹

Fonte ARPAV[38,39].

Tabella 4.12: Calcolo del numero di superamenti rispetto alla media della serie storica e giudizio sintetico di qualità dell'aria (☹ superamenti in eccesso, ☺ superamenti uguali o in difetto. Anno 2004.

PERIODO	NUMERO SUPERAMENTI MESE	NUMERO SUPERAMENTI MESE TIPO	DIFFERENZA SUP. MESE -MESE TIPO	GIUDIZIO MENSILE QUALITA' DELL'ARIA
APRILE	0	3	-3	☺
MAGGIO	3	20	-17	☺
GIUGNO	35	59	-24	☺
LUGLIO	75	36	+39	☹
AGOSTO	27	43	-16	☺
SETTEMBRE	5	2	+3	☹

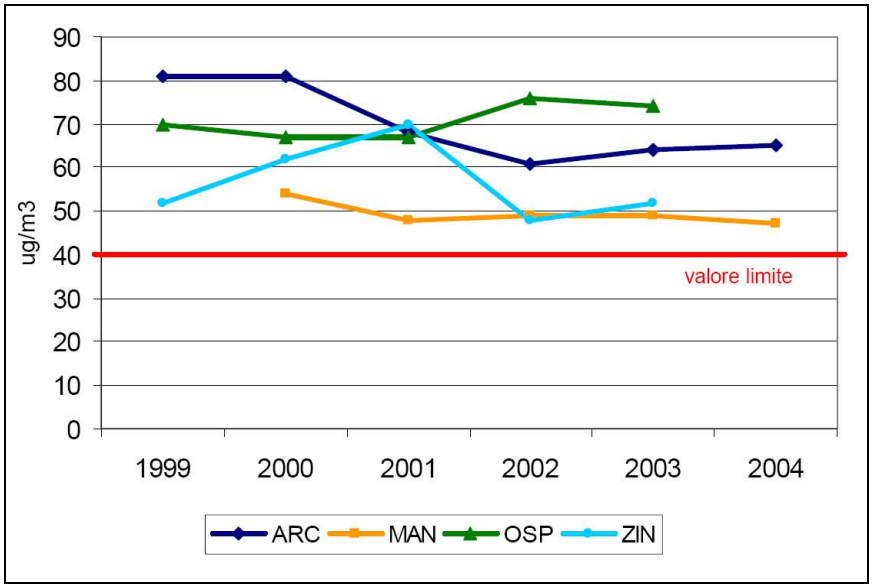
Fonte ARPAV[38,39].

I dati finora illustrati relativi agli anni 2003 e 2004, mettono in evidenza la cattiva qualità dell'aria nella città di Padova. La condizione registrata in questi anni si inserisce per alcuni inquinanti in un trend in diminuzione o comunque senza variazioni di rilievevo, per altri in un trend in aumento nell'arco temporale compreso tra il 1999 ed il 2004.

Le concentrazioni di biossido di zolfo (SO2) e monossido di carbonio (CO) sono risultate presso tutte le stazioni di monitoraggio ampiamente inferiori ai limiti previsti dalla normativa sia per i parametri di valutazione a breve che a lungo termine dal 1999 al 2004.

Il biossido di azoto (NO2) presenta notevoli superamenti dei valori limite dei parametri a lungo termine (Grafico 4.8). Questo si è verificato in tutte le stazioni di monitoraggio dal 1999 al 2004 e suggerisce la necessità di un continuo ed attento monitoraggio nei prossimi anni.

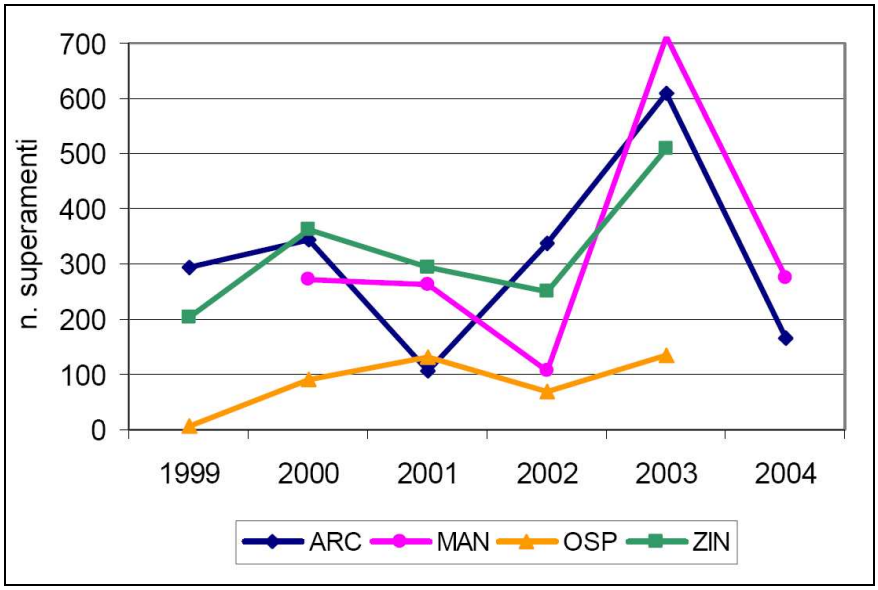
Grafico 4.8: Biossido di azoto: media delle medie orarie annuali, confronto stazioni ARC=Arcella, MAN= Mandria, OSP= Ospedale, ZIN= Zona Industriale; anni 1999 – 2004.



Fonte ARPAV[36].

L'ozono (O3) ha mostrato, a partire dal 2002, un progressivo aumento del numero di superamenti del livello di protezione della salute (120 mg/m3, media mobile 8h) presso tutte le stazioni di monitoraggio mentre non si sono verificati superamenti della soglia di allarme (240 mg/m3 persistenza per 3h consecutive sopra la soglia, DM 60/02[xi]) (Grafico 4.9).

Grafico 4.9: Ozono: superamenti dal 1999 del valore limite 120 mg/m3, media mobile 8 h, confronto stazioni ARC=Arcella, MAN= Mandria, OSP= Ospedale, ZIN= Zona Industriale; anni 1999 – 2004.



Fonte ARPAV[36].

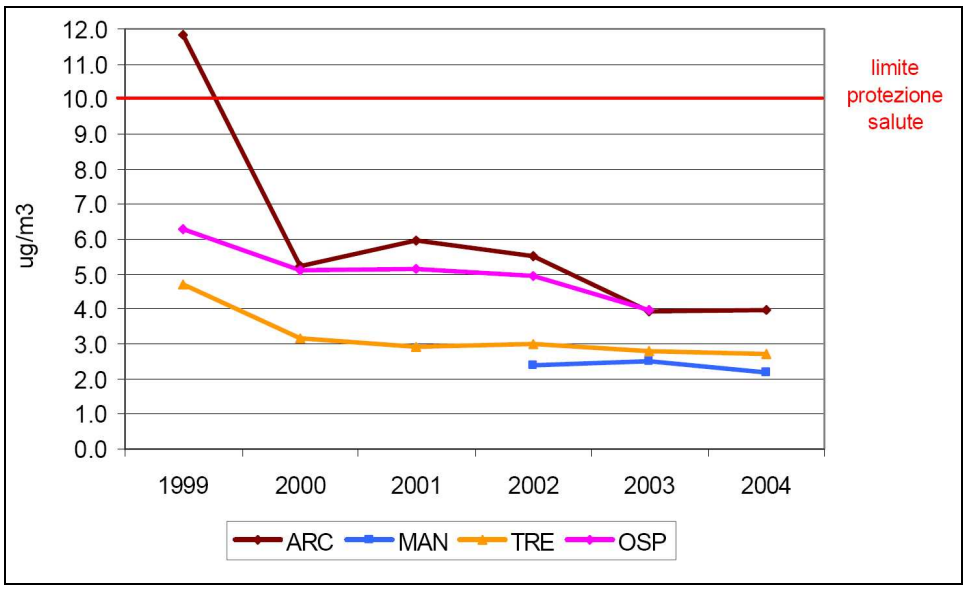
Il monitoraggio delle aldeidi nel corso del 2004 ha evidenziato concentrazioni medie annuali molto basse in entrambe le stazioni di monitoraggio.

Il benzene (C6H6) ha evidenziato negli ultimi anni una significativa diminuzione delle concentrazioni medie ambientali in tutta l'area urbana di Padova e rappresenta un inquinante che per il futuro sembra destare sempre minori preoccupazioni per il rispetto dei limiti normativi (Grafico 4.10).

Le polveri fini (PM10) rappresentano la parte più significativa dell'inquinamento atmosferico nell'area urbana di Padova; hanno un tempo medio di vita che varia da pochi giorni fino a diverse settimane e vengono veicolate dalle correnti atmosferiche per lunghe distanze. La rilevanza ambientale e sanitaria del problema delle polveri fini (PM10) è accresciuta dal possibile effetto sinergico con gli altri inquinanti dato che le polveri fini sono un vettore per altre specie chimiche quali IPA, metalli pesanti, biossido di zolfo, etc.

[xi] Decreto ministeriale 02.04.2002, n. 60; S.O. alla Gazzetta Ufficiale 13.04.2002, n. 87.

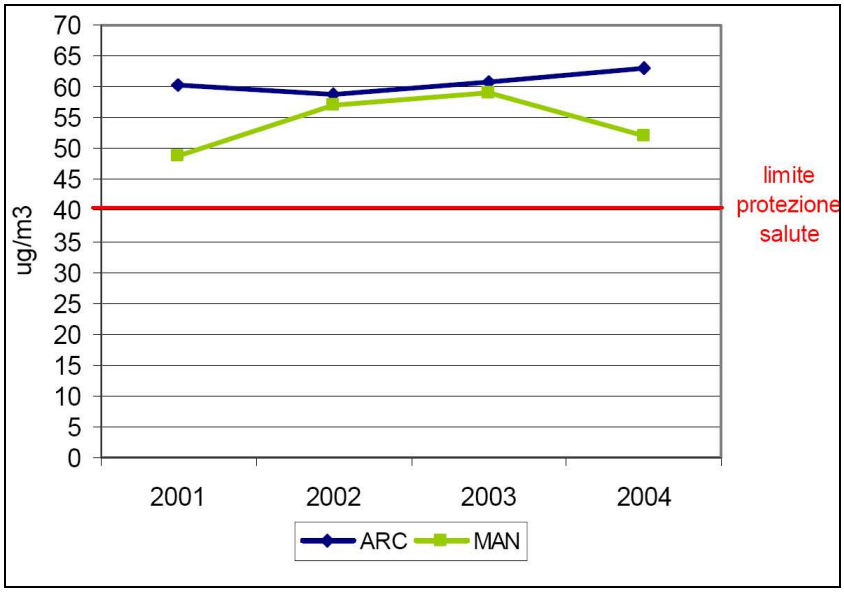
Grafico 4.10: Benzene: medie annuali presso le stazioni fisse, confronto stazioni ARC=Arcella, MAN= Mandria, TRE= Treves, OSP= Ospedale; anni 1999 – 2004.



Fonte ARPAV[36].

Il numero di superamenti della media giornaliera negli anni 2001 – 2004, che è risultato in entrambe le stazioni di monitoraggio (Arcella e Mandria) molto più elevato del limite massimo di 35 superamenti/anno previsti dal DM 60/02 (sempre superiore ai 100). Nel 2004 i superamenti sono stati 131, quelli registrati dalla stazione dell'Arcella e 133 quelli registrati dalla stazione della Mandria.

Grafico 4.11: PM10: medie annuali, confronto stazioni ARC=Arcella, MAN= Mandria; anni 2001 – 2004.



Fonte ARPAV[36].

La concentrazione media di PM10 per l'area urbana di Padova è negli anni sempre superiore annuale di protezione della salute di 40 mg/m3, nel 2004 concentrazione media annua è risultata pari a 58 mg/m3. Il grafico 4.11 mostra la tendenza ad una sostanziale stabilità nel tempo della concentrazione media di polveri fini nei quattro anni considerati.
Il dato desta una certa preoccupazione in seno all'Amministrazione comunale giacché le concentrazioni di PM10 continueranno a rappresentare, molto probabilmente, nei prossimi anni uno dei principali indicatori per la valutazione degli effetti ambientali dei programmi di risanamento di qualità dell'aria a medio e lungo termine.
Il benzo(a)pirene (IPA), pur evidenziando rispetto al 1999 una sensibile riduzione delle concentrazioni, risulta comunque stabilizzato su valori medi significativamente superiori al limite stabilito dalla normativa (1 ng/m3).
I metalli pesanti: piombo (Pb), arsenico (As), cadmio (Cd) e nichel (Ni) diffusi in atmosfera fanno parte del particolato aerodisperso che è caratterizzato da dimensione media e composizione chimica fortemente influenzata dal tipo di sorgente. I valori medi del 2004 hanno evidenziato una situazione complessiva sostanzialmente positiva. Rispetto agli anni precedenti nel 2004 le concentrazioni del piombo sono in calo ed anche quelle degli altri inquinanti. Concentrazioni più elevate di nichel sono riscontrabili nella zona industriale.

QUALITÀ DELL'ACQUA

L'approvvigionamento e la distribuzione di acqua potabile, i servizi di costruzione, gestione e manutenzione degli impianti di depurazione, la gestione delle reti fognarie sono svolte, nella città di Padova, da una società esterna.
L'acqua potabile erogata nella città di Padova viene mantenuta costantemente sotto controllo dall'ARPAV con campionamenti che vengono effettuati più volte nel corso della giornata.
Tutti i controlli analitici sull'acqua greggia e potabile sono concordati con l'Azienda ULSS 16 di Padova ed eseguiti nel rispetto della legislazione vigente (D. Lgs. 31/01[xii]). Nell'arco di tempo considerato (2001 – 2004) non si sono verificati superamenti dei valori soglia fissati dalla normativa.
In base al D.Lgs. n. 105 del 25/01/92[xiii] (Art.11/2/a) riguardante le acque minerali, l'acqua distribuita a Padova per l'anno 2004 è da classificare come acqua oligominerale. In base

[xii] Decreto legislativo 02.02.2001, n. 31; Gazzetta Ufficiale 03-03-2001, n. 52.
[xiii] Decreto legislativo 25.01.1992, n. 105; S.O. alla Gazzetta Ufficiale 17.02.1992, n. 39.

alla durezza può essere classificata come acqua di media-bassa durezza. Può avere effetti diuretici e può essere indicata per le diete povere di sodio.

L'acqua distribuita proviene per il 96,90% da falda il restante 3,10% proviene da acque di superficie.

In base alle sue caratteristiche batteriologice l'acqua distribuita è da considerarsi acqua microbiologicamente pura. Attualmente viene eseguita la clorazione dell'acqua, come disinfettante viene usato l'ipoclorito di sodio, per la preclorazione in partenza dalle adduttrici nel vicentino e clorogas, in postclorazione finale, eseguita direttamente sugli impianti di sollevamento ed immissione nella rete cittadina. Il quantitativo di reattivi utilizzato è stato nel 2004 di 58.940 Kg di Ipoclorito di sodio e 7.060 Kg di Clorogas[40].

La tabella 4.13 mostra i valori medi mensili, nell'acqua distribuita, dei parametri chimici fisici e batterilogici; per ogni parametro viene riportato il rispettivo valore di riferimento.

Tabella 4.13: Parametri chimici-fisici-batteriologici dell'acqua distribuita a, valori medi mese di dicembre 2004, confronto con i valori di riferimento.

	Valori medi Padova	**Valori di riferimento**
Torbidità (FTU)	0,5	1
pH	7,6	6,5-9,5
Conducibilità elettrica spec. A 20°C (µS/cm)	450	2500
Residuo fisso a 180°C (mg/l)	305	1500
Dureza totale (°F)	27,2	15-50
Ossidabilità (sostanze organiche-O2; mg/l)	<0,5	5
Ammonio (mg/l)	<0,05	0,5
Nitriti (mg/l)	<0,02	0,5
O-Fosfati (mg/l)	<0,5	-
Cloro (come disinfettante; mg/l)	0,05	0,2
Gas disciolti in un litro di acqua		
Ossigeno (mg)	--	-
Sostanze disciolte in un litro di acqua		
Sodio (mg)	4	200
Potassio (mg)	1	-
Calcio (mg)	63,8	-
Magnesio (mg)	26,8	-
Ferro (µg)	5	200
Manganese (µg)	1	50
Rame (µg)	1	1000
Cloruri (mg)	6	250
Nitrati (mg)	17	50
Solfati (mg)	16	250
Fluoruri (mg)	<0,1	1,5
Parametri microbiologici		
Coliformi totali a 37°C (N/100 ml)	0	0
Escherichia coli (N/100 ml)	0	0
Enterococchi (N/100 ml)	0	0

Fonte: AcegasAps Sintesi Bilancio di Sostenibilità 2004[40].

Per quanto concerne le acque reflue, gli impianti di depurazione che trattano le acque provenienti dal Comune di Padova, ma non solo, sono tre, situati a Ca' Nordico (Comune di Padova), alla Guizza (Comune di Padova) e nel Comune di Abano Terme. Gli impianti hanno trattato nel 2004, rispettivamente: 11.476.290 mc, 1.314.309 mc, 3.639.047 mc[40].

SMALTIMENTO DEI RIFIUTI URBANI

La quantità di rifiuti urbani è in continua crescita, dal 2001 al 2004 l'aumento è stato di 8.400 tonnellate circa, pari ad un incremento percentuale del 6,45%.

Nello stesso arco di tempo si registra un trend in crescita della compente di rifiuti differenziati, il fenomeno è diretta conseguenza degli interventi comunali volti a favorire la raccolta differenziata. La tabella 4.14 illustra come nel corso del quadriennio la percentuale di rifiuti differenziati sia andata aumentando anche se rimane ancora una parte piuttosto esigua rispetto al totale dei rifiuti prodotti annualmente nel Comune di Padova.

Tabella 4.14: Rifiuti urbani raccolti nel territorio del Comune di Padova, differenziati ed indifferenziati (tonnellate e percentuale). Anni 2001 – 2004.

ANNO	Rifiuti indifferenziati		Rifiuti differenziati		Totale (t)
	quanatità in t	%	quanatità in t	%	
2001	107.298,90	82,78	22.312,90	17,22	129.611,80
2002	99.566,40	75,1	33.004,39	24,9	132.570,79
2003	78.756,27	59,81	52.910,24	40,19	131.666,51
2004	81.485,09	59,05	56.488,98	40,95	137.974,06

Elaborazione su dati Comune di Padova – Settore Programmazione Controllo Statistica

I dati disponibili relativi allo smaltimento dei rifiuti, sono stati raccolti in modalità difformi negli anni considerati, questo non permette di fare una analisi temporale.

Ciò che è possibile affermare con un certo grado di sicurezza, è che negli anni c'è stato un incremento notevole della quota conferita all'inceneritore, questa quota nel 2004 è stata pari a 42.369,42 tonnellate, che equivalgono al 30,71% dei rifiuti raccolti nel Comune di Padova. La quota conferita in discarica rimane comunque elevata, si tratta di 37.159,72 tonnellate pari al 26,93% delle tonnellate complessivamente raccolte.

4.1.3 Gli indicatori epidemiologici

Se si utilizzano le principali statistiche pubblicamente disponibili, in assenza di dati ufficiali sulla morbosità per campioni sufficientemente ampi, in Italia i principali dati a disposizione, da cui partire per elaborare degli indicatori utili, sono quelli di mortalità, disponibili a livello territorialmente disaggregato e facilmente accessibili. L'analisi che ne deriva, anche se può essere utilizzata come indicatore di bisogno sanitario, non può essere d'altra parte di certo rappresentativa dello stato di salute della popolazione. Tuttavia, se opportunamente elaborati secondo il metodo della mortalità evitabile anche questi dati sono in grado di fornire la base per importanti ed utili considerazioni, pur nella consapevolezza dei limiti[23].

Di seguito vengono presentati i dati di mortalità e le cause di morte, a seguire l'analisi della mortalità evitabile.

MORTALITÀ E CAUSE DI MORTE

La vita media a Padova riferita all'anno 2004 era di 76 anni per i maschi e 82 anni per le femmine, inferiore rispetto alla vita media in Italia che già dal 2001 è pari a 77 anni per i maschi e 83 per le femmine (84 per le femmine in Veneto). Questo nonostante la percentuale di popolazione con età superiore ai 64 anni, censita nel 2001, fosse il 22% nel Comune di Padova vs il 19% in Italia ed il 18% in Veneto.

La speranza di vita a Padova è comunque in aumento rispetto al 1996 quando era di 71 anni per i maschi e 79 per le femmine, nel 2001 di 75 anni per i maschi e 81 per le donne.

Il tasso di mortalità[xiv] negli anni compresi tra il 2001 e il 2004 si può dire stabile, è risultato essere infatti: 11,13 nel 2001; 10,90 nel 2002; 11,39 nel 2003 e 10,84 nel 2004.

Le principali cause di morte sono rappresentate dalle patologie cardiocircolatorie e le neoplasie, queste patologie insieme spiegano il 70% circa delle morti; seguono le patologie dell'apparato respiratorio responsabili di circa l'8% delle morti. Nell'insieme questi tre gruppi di patologie spiegano i ¾ delle morti, anche se una certa differenza si rileva tra i due sessi.

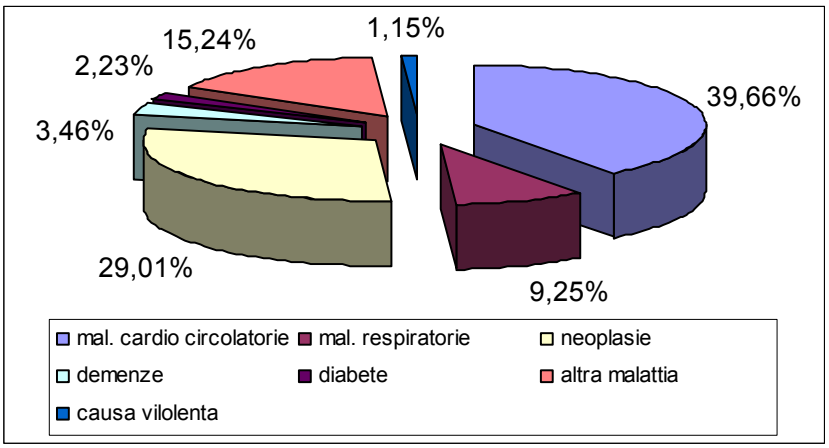
Fra le donne prevalgono le patologie cardiocircolatorie, responsabili nel 2004 del 38,62% dei decessi. Fra gli uomini, negli anni recenti, si registra una riduzione percentuale delle morti per neoplasia che nel 2001 sono state il 38,06% e nel 2004 il 35,27%; stabile è la percentuale di decessi causati dalle patologie cardiocircolatorie responsabili nel 2004 del 34,17% dei decessi.

La maggior parte delle morti avviene oltre i 64 anni (l'87,17% nel quadriennio considerato). L'analisi delle cause di morte se eseguita considerando i dati nel loro

[xiv] Il Tasso di mortalità è dato dal rapporto tra il numero di decessi nell'anno ed il numero medio di abitanti dello stesso anno x 1.000 (tasso grezzo di mortalità).

insieme, risulterebbe essere, quindi, fortemente influenzata dalle cause di morte degli anziani. I dati sono stati quindi analizzati distinguendo, per età alla morte, tre gruppi: persone di età maggiore ai 64 anni, persone di età compresa tra i 35 e i 64 anni e persone dai 0 ai 34 anni.

Grafico 4.12: Cause di morte nelle persone con più di 64 anni (percentuale). Anni 2001 – 2004.



Fra le persone di età superiore ai 64 anni le morti sono state 6.898, fra queste, sono dovute a malattia il 98,85%. Le cause di decesso sono riportate nel grafico 4.13.

La causa principale è rappresentata dalle patologie cardiocircolatorie (39,66%), in un terzo dei casi circa si tratta di patologie ischemiche del miocardio, in un altro terzo di patologie cerebrovascolari.

L'1,15% (51) delle morti sono dovute a cause violente (incidenti, suicidi, omicidi). Queste sono rappresentate da incidenti nel 64,56% dei casi, nel 47,06% di questi si tratta di incidenti domestici, nel 41,18% di incidenti stradali. Il suicidio spiega il 32,91% di queste morti (26 casi nei 4 anni considerati).

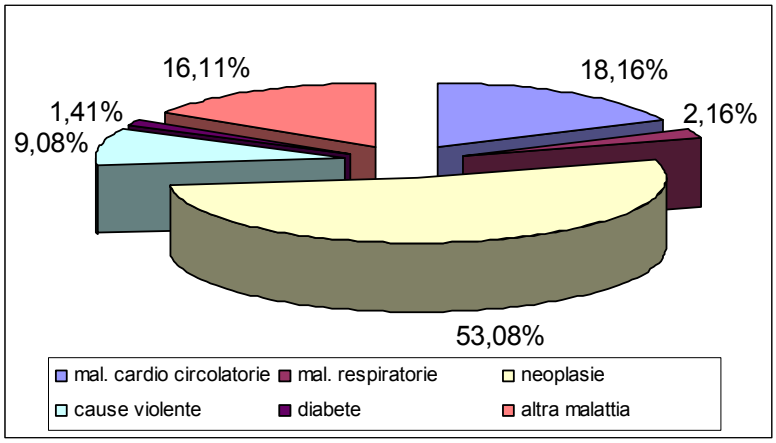
Riguardo agli incidenti domestici mortali, il loro numero aumenta con l'età; se si calcola il numero di incidenti domestici mortali di persone appartenenti a ciascuna fascia d'età su 10.000 persone di quella fascia, si passa da 1-2 casi su 10.000 tra i 65 e i 74 anni, fino a 34 casi su 10.000 tra i 90 e i 94 anni (24 oltre i 94 anni).

I decessi riferiti alla classe d'età 35 – 64 anni, sono stati 925 nei quattro anni considerati. Le morti dovute a malattia sono state il 90,92% del totale, il rimanente 9,08% è attribuibile a cause violente. La malattia che ha condotto a morte più della metà dei soggetti d'età compresa tra i 35 e i 64 anni, è la neoplasia, seguita a distanza dalle patologie cardiocircolatorie (grafico 4.13).

Per quanto concerne le cause di morte violente (85/925), si tratta di suicidi nel 47,62% dei casi (40 casi nei quattro anni), di incidenti nel 42,86% (fra questi gli incidenti stradali sono

il 57,14% mentre quelli domestici il 14,29%). Gli infortuni sul lavoro, mortali, sono stati due nell'arco di tempo considerato.

Grafico 4.13: Cause di morte nelle persone di età compresa tra i 35 ed i 64 anni (percentuale). Anni 2001 – 2004.

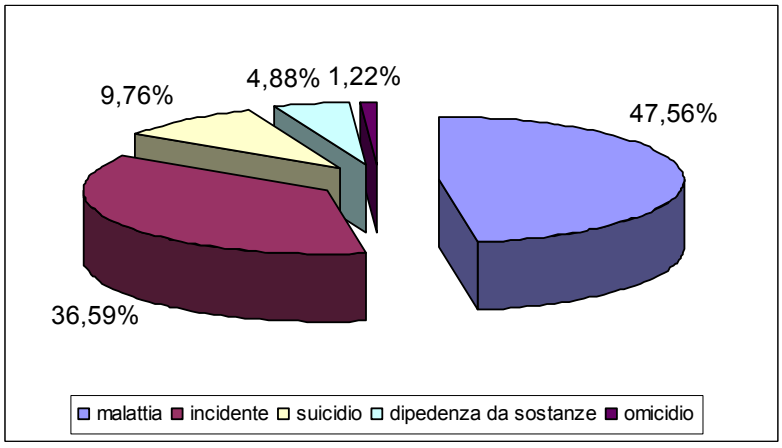


Le morti nella classe d'età 0 – 34 anni negli anni compresi tra il 2001 e il 2004 sono state 114. Circa un quarto di queste morti ha interessato bambini al di sotto dei 4 anni d'età, fra queste prevalgono le morti causate da patologie congenite o legate a complicanze della gravidanza e del parto.

Tra i 5 e i 34 anni i decessi sono stati 82, la distribuzione delle cause di morte si differenzia notevolmente rispetto alle distribuzioni osservate per le due precedenti classi d'età considerate, come illustrato dal grafico 4.14. Le malattie sono responsabili del 47,56% (39/82) delle morti fra queste le neoplasie spiegano oltre i due terzi dei decessi.

Gli incidenti causano il 36,59% (30/82) delle morti, fra queste 21 sono state causate da incidenti stradali, 3 da incidenti accorsi in strutture sportive o ricreative, una da infortunio sul lavoro, una da incidente domestico.

Grafico 4.14: Cause di morte nelle persone di età compresa tra i 5 ed i 34 anni (percentuale). Anni 2001 – 2004.



MORTALITÀ EVITABILE

La mortalità evitabile a Padova (tabella 4.15) presenta valori dei tassi standardizzati bassi se paragonati a quelli presentati dallo studio ERA 2007[31] (vedi materiali e metodi). Il tasso di mortalità evitabile[xv] per tutte le cause tra zero e settantaquattro anni ha il valore di 122,2 per la popolazione di Padova negli anni considerati (2001 – 2005), mentre lo studio ERA 2007 riporta i valori di: 209,2 per l'Azienda ULSS 16 di Padova, 229,6 per la Provincia, 234,0 per la Regione, 229,1 per l'Italia. La stessa differenza si registra analizzando i tassi di mortalità evitabile per tipologia di intervento (prevenzione primaria, diagnosi e terapia, igiene ed assistenza sanitaria).

Tuttavia i dati relativi alla mortalità evitabile nel Comune di Padova possono essere ragionevolmente considerati in linea con quelli del contesto di riferimento e solo parzialmente favorevoli, si tratta, infatti, di dati di mortalità più recenti che rispecchierebbero un trend in diminuzione della mortalità evitabile, riferito in tutta la letteratura internazionale e nazionale[22,23].

Le curve di Lexis (grafico 4.15) visualizzano la distribuzione nelle fasce d'età e nei sessi delle morti evitabili e non, e il peso della mortalità evitabile rispetto alla mortalità generale. Si può vedere come tra le morti evitabili vi sia un primo piccolo picco relativo alla classe d'età 0-4 anni. Nelle età successive le morti scendono a valori molto bassi fino ai 25 anni; da quest'età i casi di mortalità contrastabile crescono moderatamente fino alla soglia dei 40 anni. Da lì in poi la crescita diventa esponenziale: nell'ultima fascia d'età si raccoglie il maggior numero di casi.

Tabella 4.15: Tassi standardizzati di mortalità evitabile e non riferiti alla popolazione del Comune di Padova. Anni 2001 – 2005.

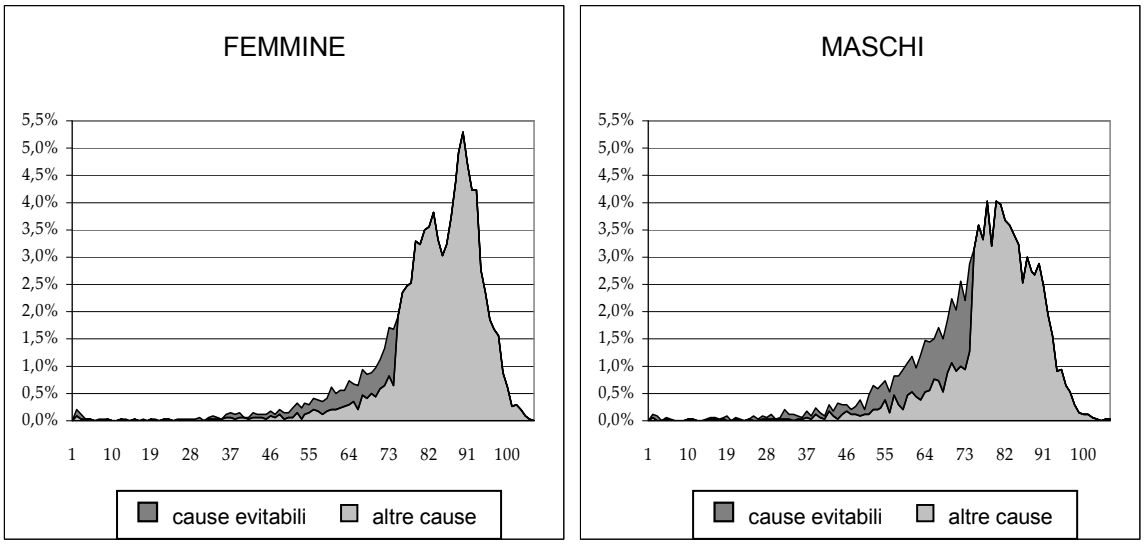
Indicatori di mortalità (tassi standardizzati x 100.000 ab.)		**Comune di Padova**		
		totale	maschi	femmine
Mortalità evitabile 0-74 anni	*prevenzione primaria*	64,8	102,8	33,5
	diagnosi precoce e terapia	22,1	14,7	28,4
	igiene e assistenza sanitaria	35,3	48,0	25,1
	tutte le cause	122,2	165,6	87,1
Mortalità evitabile 0-74 anni, per tutte le cause escluse le evitabili		86,7	112,1	66,5
Mortalità 75 anni e più, tutte le cause		8810,8	7965,2	5271,5

L'analisi delle cause di morte evitabile per sesso e classe d'età evidenzia che esistono delle differenze profonde tra maschi e femmine nella numerosità (i maschi sono più

[xv] Il Tasso di mortalità evitabile è dato dal rapporto tra il numero di decessi evitabili del quinquennio 2001-2005 e popolazione media del quinquennio x 100.000 applicando i tassi specifici di mortalità per classi di età quinquennali (decessi / residenti) alla c.d. popolazione tipo europea (tasso standardizzato di mortalità evitabile).

colpiti) e nelle cause di morte evitabile e quindi negli interventi necessari per contrastarle, e che esistono delle fasce d'età particolarmente vulnerabili a determinate cause di morte.
La mortalità evitabile riguarda prevalentemente gli uomini, i cui decessi evitabili si mostrano quasi il doppio rispetto a quelli delle donne (1000 vs 627). Nei maschi prevale la mortalità evitabile attraverso interventi di prevenzione primaria, con valori bassi per la prevenzione secondaria e intermedi per l'igiene e assistenza sanitaria; nelle femmine invece le morti evitabili si ripartiscono in modo quasi uniforme nelle tre categorie, con una lieve prevalenza della prevenzione primaria (grafico 4.16). La ripartizione nei sessi e nei tre gruppi di cause è simile a quella descritta nello studio ERA 2007.

Grafico 4.15: Curve di Lexis (femmine e maschi), distribuzione percentuale delle morti evitabili e non nelle fasce d'età; popolazione del Comune di Padova. Anni 2001 – 2005

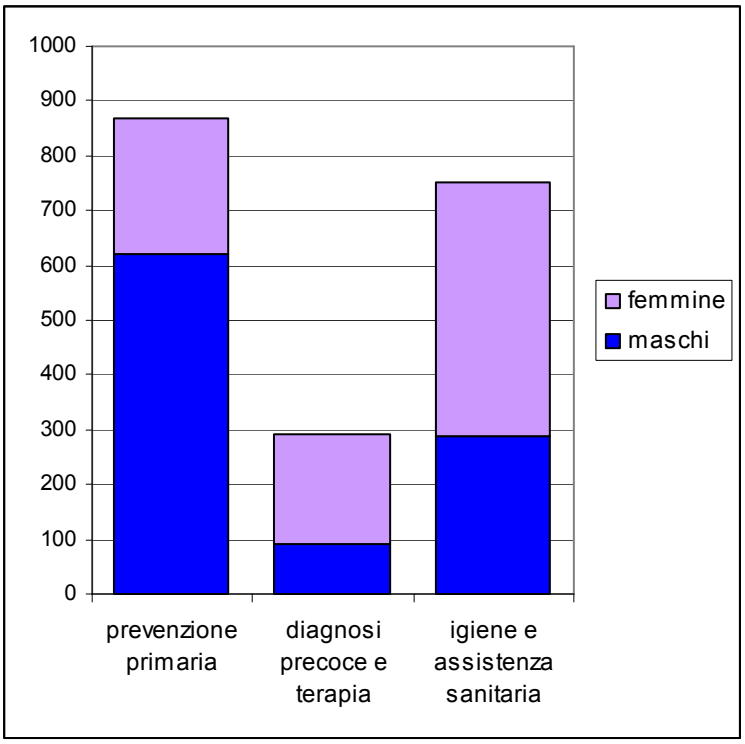


La suddivisione di tutti i casi di morti evitabili per singole cause e per sesso è riportata nella tabella in allegato 2. Questa tabella consente di analizzare quali, fra le cause di morte evitabili, interessano principalmente la realtà padovana.
Nel gruppo delle cause evitabili attraverso interventi di prevenzione primaria tra i maschi il maggior numero di casi si riscontra per i tumori delle prime vie aero-digestive, dei bronchi e dei polmoni; seguono le malattie ischemiche del cuore e i traumatismi e avvelenamenti. Tra le femmine il maggior numero di casi (anche se meno rispetto ai maschi) si riscontra sempre per i tumori delle prime vie aero-digestive, dei bronchi e dei polmoni; seguono i traumatismi e avvelenamenti e le malattie ischemiche del cuore.
Nel gruppo delle cause evitabili attraverso la diagnosi precoce e terapia nel sesso maschile la maggior parte dei casi si concentra tra i tumori del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano. Nel sesso femminile invece primeggiano i casi di

tumore della mammella, seguiti dai tumori del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano.

Nel terzo gruppo delle cause evitabili attraverso interventi di igiene e assistenza sanitaria i maschi muoiono principalmente, in ordine d'importanza, per malattie cerebrovascolari, tumori del fegato e dei dotti biliari intraepatici, malattie dell'apparato respiratorio (escluse polmoniti e influenza) e leucemie. Le femmine muoiono principalmente per malattie cerebrovascolari, malattie dell'apparato respiratorio (escluse polmoniti e influenza), leucemie e tumori del fegato e dei dotti biliari intraepatici.

Grafico 4.16: Decessi per tipo di cause evitabili e genere; popolazione del Comune di Padova. Anni 2001 – 2005



In sintesi, per i maschi i problemi principali sono rappresentati dalle patologie correlate al fumo e all'alcol (tumori delle prime vie aero-digestive, dei bronchi e dei polmoni; malattie ischemiche del cuore; traumatismi e avvelenamenti, che si riferiscono principalmente agli incidenti stradali), prevenibili attraverso interventi di prevenzione primaria (sui fattori di rischio e sugli stili di vita). Per le femmine invece i problemi principali sono rappresentati dai tumori della mammella, prevenibili attraverso interventi di prevenzione secondaria (diagnosi precoce tramite screening). Le femmine sono interessate anche dalle stesse malattie correlate al fumo e all'alcol, ma in misura più contenuta rispetto ai maschi. Malattie come i tumori del colon, prevenibili con diagnosi precoce e terapia, interessano i due sessi in misura simile. Anche i problemi affrontabili con interventi di igiene e

assistenza sanitaria sono simili per entità nei due sessi e sono gli stessi (malattie cerebrovascolari, tumori del fegato, malattie dell'apparato respiratorio e leucemie), con le differenze rappresentate dalle malattie cerebrovascolari e dai tumori del fegato che interessano in modo più marcato i maschi.

Un approfondimento interessante è quello relativo alle classi d'età a cui appartengono i casi di morte causati dalle patologie appena elencate.

Le morti per tumori delle prime vie aero-digestive, dei bronchi e dei polmoni interessano le fasce d'età sopra i 30 anni, con casi singoli, che si fanno numericamente più importanti e prevalenti nell'ultima classe d'età considerata (70 – 74). Le morti per malattie ischemiche del cuore iniziano a colpire sopra i 35 anni, ma interessano soprattutto gli ultrasettantenni. Le morti per traumatismi e avvelenamenti interessano tutte le classi d'età, ma soprattutto i più giovani per quanto riguarda i maschi, mentre le più anziane per quanto riguarda le femmine. I tumori della mammella causano la morte delle donne a partire dai 30 anni con casi sporadici, mentre dai 50 anni in su sono interessate in modo omogeneo tutte le classi d'età. Le morti per tumori del colon colpiscono sopra i 35 anni, ma soprattutto la classe d'età 70 – 74 anni. Le malattie cerebrovascolari causano morti precoci sopra i 30 anni e interessano soprattutto i 70 – 74 anni. Le morti per tumori del fegato interessano le fasce d'età al di sopra dei 40 – 45 anni, ma soprattutto i 70 – 74 anni. Le malattie dell'apparato respiratorio causano morti al di sopra dei 30 anni, con casi singoli, che si fanno numericamente più importanti e prevalenti nell'ultima classe d'età considerata (70 – 74). Infine le morti per leucemie colpiscono fin dai 10 – 15 anni, ma sono soprattutto gli ultrasessantenni ad essere maggiormente interessati.

L'analisi in dettaglio delle morti per traumatismi e avvelenamenti, altrimenti dette morti violente, mostra come poco più della metà dei casi sia dovuta ad incidenti in entrambi i sessi. Si tratta in prevalenza di incidenti stradali, le fasce d'età più vulnerabili sono per i maschi la fascia 15 – 44 anni, mentre per le femmine le fasce 15 – 44 anni e 70 – 74 anni (un terzo dei casi ha interessato donne appartenenti a questa classe d'età).

I casi di infortunio sul lavoro registrati sono stati 3 nel quinquennio, relativi a persone di sesso maschile.

In sintesi l'analisi delle cause di mortalità evitabile indica che gli uomini sono soprattutto colpiti da tumori maligni dell'apparato respiratorio e da malattie ischemiche del cuore. Seguono i decessi per incidenti traumatici, i casi di morte evitabile per malattie cerebrovascolari, i tumori del colon e altre cause.

Per il genere femminile l'emergenza maggiore è rappresentata dai cosiddetti tumori maligni della donna. Seguono i decessi per tumori dell'apparato respiratorio, incidenti, malattie ischemiche del cuore, tumori del colon, malattie cerebrovascolari e altre cause. Il tutto con una numerosità inferiore a quella dei casi maschili.

Le priorità nei due sessi sono evidentemente diversificate e caratteristiche. L'analisi della mortalità evitabile per tipologia di intervento, utile per sottolineare dove è maggiormente opportuno attirare l'attenzione delle autorità sanitarie in sede di dibattito finalizzato a formulare le grandi scelte di priorità, evidenzia che laddove per il genere femminile le tre misure di intervento sono sostanzialmente equilibrate, per gli uomini l'investimento in termini di politiche attive è da indirizzarsi nella prevenzione primaria.

Per tutte le cause principali di morte evitabile che colpiscono la popolazione padovana in generale le età in cui si riscontra il maggior numero di casi sono quelle più avanzate e in particolare l'ultima classe d'età considerata (70 – 74 anni). Ad indicare che la lotta alla mortalità precoce è spostata verso fasce d'età progressivamente più anziane.

Le cause di morte evitabili che interessano i bambini ed i giovani mostrano delle peculiarità per fasce d'età. La mortalità si concentra in due epoche ben distinte: il primo anno, ed in particolare il primo mese, e l'età compresa tra 15 e 24 anni.

Nel primo anno di vita la mortalità interessa principalmente le prime 4 settimane, nelle quali l'eccesso di mortalità va ascritto per buona parte alla organizzazione ed alla qualità dei servizi, soprattutto ospedalieri, relativi alle cure perinatali (corrispondenti a interventi di igiene e assistenza sanitaria); una parte minore, ma potenzialmente crescente in relazione all'aumento dell'area della povertà e della marginalità ed ai flussi migratori, può invece essere ascritta al primo gruppo di fattori (prevenzione primaria e interventi sul disagio sociale)[22].

Da 1 a 12 mesi le cause di morte evitabili sono sostanzialmente riconducibili a due tipi di eventi: la SIDS (1 solo caso nel quinquennio considerato) e i gravi incidenti stradali, entrambi prevenibili attraverso interventi di prevenzione primaria (comportamenti dei genitori relativi alla posizione in cui il bambino viene messo durante il sonno e relativi al trasporto dei bambini in automobile) [22].

Tra il primo e il 15° anno la mortalità, estremamente bassa in termini assoluti, conosce due cause maggiori: gli incidenti (4 nella nostra casistica) e i tumori. La componente comprimibile è da riferirsi quasi esclusivamente ad incidenti da traffico[22].

Tra il 15° e il 25° anno la mortalità per traumatismi e avvelenamenti rappresenta la principale causa di morte. Tale categoria comprende gli incidenti stradali (11 nella nostra casistica) e i suicidi (3 nel quinquennio). La seconda causa di morte è rappresentata dai tumori. [22]

La riduzione di mortalità a carico del primo anno può essere ottenuta soprattutto con interventi del terzo tipo (sui servizi) e in parte (forse destinata crescere nel tempo) del primo tipo (prevenzione primaria e interventi sul disagio), mentre per adolescenti e giovani adulti risiede essenzialmente in interventi del primo tipo[22].

4.1.4 Gli indicatori dei servizi per la salute

Fra gli indicatori dei servizi per la salute proposti dall'OMS si possono distinguere, nella realtà italiana, gli indicatori che misurano la qualità e le attività del Sistema Sanitario e quelli che misurano la quantità di azioni che il Comune compie per la salute della collettività.

ASSISTENZA SANITARIA

Il nostro Sistema Sanitario garantisce a tutti i cittadini l'assistenza che comprende la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie (le prestazioni garantite, i così detti Livelli Essenziali di Assistenza, vengono definite dal Ministero della Salute).

L'assistenza sanitaria di base (cure primarie) viene garantita dalla presenza nel territorio dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. I dati relativi all'anno 2004 indicano la presenza sul territorio comunale di 168 Medici di Medicina Generale e 23 Pediatri di Libera Scelta, nel complesso le figure mediche dedicate all'assistenza primaria sono una ogni 1103 residenti, in aumento rispetto ai dati degli anni precedenti (1099 nel 2002, 1075 nel 2003.

La percentuale di bambini, di sei anni d'età, vaccinati, (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate) è del 99% (dato relativo al 2002 e 2003).

Non esistono servizi di assistenza primaria in lingua straniera. Lo straniero in possesso di tessera sanitaria viene assistito, come i cittadini italiani, dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di libera scelta nel caso dei bambini. Tuttavia presso l'Azienda Ospedaliera e l'azienda ULSS 16 viene offerto il servizio di mediazione culturale, gli interventi di mediazione culturale erogati presso l'Azienda ospedaliera sono stati 33 nel 2002, 164 nel 2003 e 350 nel 2004, presso l'ULSS 16 sono stati 8 nel 2004.

AZIONI COMUNALI

Molte delle azioni adottate dal Comune hanno direttamente o indirettamente una ripercussione sullo stato di salute dei cittadini. Risulta dunque difficile quantificare il volume di attività riferito ai temi che hanno un impatto sulla salute.

Alcune indicazioni si possono ricavare dall'esame dei verbali dei Consigli Comunali. Il dato fornito dal Comune è relativo alle interrogazioni aventi per oggetto temi legati all'inquinamento, discusse in Consiglio Comunale nel periodo compreso tra il primo gennaio 2004 e il 31 agosto 2005.

Si riporta di seguito l'elenco delle interrogazioni, per tema:

- inquinamento da onde elettromagnetiche (antenne di telefonia mobile), oggetto di 3 interrogazioni. La discussione ha portato all'approvazione della "Mozione sul problema antenne e tutela dei cittadini". Con questa Mozione il Consiglio Comunale impegna l'amministrazione Comunale "a dotarsi di un regolamento che … rafforzi il concetto di tutela della salute dei cittadini… e consenta di identificare le aree di localizzazione più idonee…" e " ad aprire un tavolo di lavoro con l'obbiettivo di fornire alla giunta elementi utili alla predisposizione di un regolamento comunale, che vada nella direzione di una attenzione prioritaria all'interesse della salute collettiva più che alle esigenze economiche dei diversi soggetti privati";
- inquinamento da traffico veicolare, oggetto di 3 interrogazioni;
- inquinamento luminoso, oggetto di una interrogazione;
- inquinamento ambientale legato all'uso, per la realizzazione di terrapieni, di materiale tossico, oggetto di una interrogazione;
- una interrogazione ha avuto per oggetto l'invito, da rivolgere alla società che gestisce la distribuzione di acqua e gas, la raccolta di rifiuti ed il trasporto pubblico, di redigere i documenti che periodicamente vengono inviati ai cittadini in modalità più comprensibili e con contenuti che descrivano le attività svolte dalla società per prevenire l'inquinamento e migliorare i servizi offerti ai cittadini.

Fra le azioni comunali volte al miglioramento delle condizioni di salute dei cittadini vi sono il sostegno finanziario di progetti di educazione sanitaria e promozione della salute. Non esiste un unico centro responsabile della progettazione e realizzazione di questi progetti. I singoli servizi comunali (Settore Servizi Sociali, Settore Servizi Scolastici, Progetto Agenda 21, Progetto Città sane…) se ne occupano per quanto di loro competenza.

La ricerca realizzata al fine di raccogliere dati per il calcolo degli indicatori dei servizi per la salute ha messo in evidenza la difficile applicabilità degli indicatori proposti dall'OMS al contesto italiano, in particolare a livello locare. Questo esclude dall'analisi dello stato di salute della comunità la rilevazione delle attività svolte, a vario titolo, per la salute, impedendo la misurazione delle azioni adottate e la loro aderenza rispetto ai bisogni rilevati.

È emersa dunque una forte esigenza a sviluppare degli strumenti di rilevazione che supplissero alla carenza descritta, fortemente sentita da tutti i soggetti che si adoperano per la salute. Questo è l'obbiettivo che ha guidato la seconda fase della ricerca, descritta nel paragrafo seguente.

4.2 La mappa dei servizi per la salute

La costruzione del Profilo di salute di una città rappresenta la prima tappa del percorso volto alla definizione delle politiche per la salute da inserite in Piano integrato di salute. Gli obiettivi delle politiche nascono dai bisogni da soddisfare, sia a livello individuale, che collettivo. Per questo la costruzione di un piano deve essere preceduta, anzi, inizia proprio dalla definizione dei bisogni e per la loro identificazione si seguono diverse strade.
I bisogni possono essere letti come bisogni potenziali, da cui derivano i bisogni essenziali e inalienabili, per arrivare poi ai bisogni soddisfatti e a quelli soddisfacibili, a seconda delle strategie e i programmi attivati e attivabili.
I bisogni possono essere considerati in rapporto al loro grado di percezione: esistono bisogni percepiti (dai soggetti) e bisogni oggettivi (riguardanti i contesti strutturali e quindi definibili dalle politiche).
Il tema dei bisogni peraltro è anche legato a quello degli interventi per soddisfarli. La soddisfazione di un bisogno è la modalità più comune nel darne una legittimazione. Come altrettanto un bisogno non soddisfatto tende a diventare sempre più un bisogno potenziale. Questo meccanismo spiega anche il significato dei cosiddetti "livelli essenziali", che trovano esplicita applicazione nell'ambito dei servizi sociali e sanitari. Essi riguardano le risposte a bisogni considerati "essenziali", che si devono garantire a tutti e che per questo assumono i caratteri di universalità e di equità, in quanto essi sono in grado di escludere ogni forma di discriminazione e di esclusione sociale.
Si arriva in questo modo alle risorse impiegate e impiegabili per effettuare dette risposte e quindi alle scelte e agli impegni profusi da tutti coloro che, a vario titolo, sono in grado di intervenire in questi campi.
Ciò spiega la spinta venuta dai Tavoli integrati di lavoro alla costruzione di uno strumento idoneo a verificare lo stato delle risorse attualmente operanti nell'ambito della salute, e quindi la quantità e la qualità dei bisogni già soddisfatti. Su questa base sarebbe stato più semplice comprendere le aree di bisogno che i diversi Enti, Servizi, associazioni mirano a soddisfare, e le sovrapposizioni o le lacune esistenti.
È stata così creata la scheda chiamata "La mappa dei servizi per la salute"[xvi] e proposta, attraverso il prezioso contributo dei Tavoli integrati di lavoro dei Quartieri, a tutti i soggetti che, a vario titolo, erogano servizi di promozione e di tutela della salute.

[xvi] Per la descrizione dello strumento "La mappa dei servizi" vedi materiali e metodi.

4.2.1 I soggetti aderenti e validità dello strumento

Alla richiesta di compilazione hanno risposto 65 soggetti. La tabella 4.16 mostra nel dettaglio l'elenco dei servizi che hanno aderito. I servizi sono stati raggruppati in quattro categorie, secondo la loro natura istituzionale: medici e pediatri convenzionati, servizi sanitari territoriali appartenenti all'azienda sanitaria, servizi comunali e servizi erogati da associazioni o enti appartenenti al terzo settore.

La distribuzione percentuale per categoria è illustrata dal grafico 4.17.

Si tratta di un campione non casuale, un campione costituitosi di fatto, sulla base della decisione dei soggetti stessi a partecipare. Si deve nel contempo osservare che l'universo a cui il progetto si rivolgeva era molto differenziato, tanto che sarebbe più corretto parlare di quattro universi distinti: i servizi sanitari distrettuali e i servizi sociali territoriali comunali si presentano come servizi relativamente complessi, appartenenti a organizzazioni certamente complesse, quali le aziende sanitarie e il comune, dove operano figure professionali diverse. Sono due universi molto simili tra loro, pur appartenendo ad enti distinti, proprio per le competenze specifiche loro attribuite.

Per questi servizi, la partecipazione al progetto avrebbe dovuto essere scontata, considerata l'influenza che avrebbe dovuto esercitare l'ufficio del Comune di "Città sane - OMS", proponente del progetto. Un progetto tra l'altro che era stato condiviso, fin dall'inizio, con la Direzione generale dell'azienda sanitaria territoriale di Padova (ULSS 16) e con i direttori dei Distretti Socio Sanitari. L'appartenenza istituzionale e l'analoga natura delle organizzazioni avrebbe dovuto facilitare quindi i rapporti tra i servizi, il nucleo tecnico del progetto "Città sane" e i gruppi di lavoro costituitisi presso le Circoscrizioni.

L'ipotesi si è rivelata sostenibile, viste le adesioni più che buone data dai servizi, pur non avendo raggiunto i risultati desiderabili, considerando l'assenza di alcuni Dipartimenti significativi dell'Azienda sanitaria e qualche latitanza da parte degli stessi servizi comunali.

Le organizzazioni appartenenti al terzo settore, presentano una struttura organizzativa più semplice, ma in questi casi variano molto le dimensioni: ad associazioni con una base associative molto ampia, si affiancano organizzazioni piccole, costituite da poche unità o da qualche diecina di associati. Ma non sempre le dimensioni creano complessità, anche perché in genere dette associazioni si occupano di oggetti abbastanza specifici e omogenei. Si va dalla tutela dei malati, all'auto aiuto, all'organizzazione e gestione di servizi sociali e sanitari veri e propri, all'organizzazione di iniziative di tipo culturale, di tipo sportivo ecc. Oggetti assai diversi, che sono tutti peraltro riconducibili, più o meno direttamente alla promozione e alla tutela della salute.

Tabella 4.16: Soggetti che hanno aderito alla ricerca.

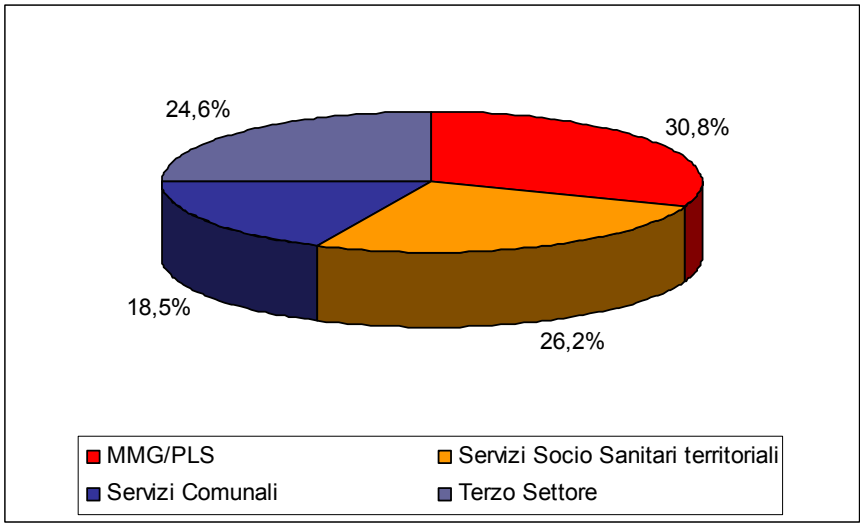
Servizi Socio Sanitari Territoriali	distretto 1	Poliambulatorio	1
		UO Cure Primarie	1
		UO Amministrativa	1
		UOMI Consultorio Familiare	1
		UOMI Logopedia	1
		UOMI NPI e Psicologia dell'Età Evolutiva	1
	distretto 2	UOMI Consultorio Familiare:	
		ambulatorio psicologia	1
		ambulatorio ostetricia-ginecologia	1
		assistente sociale	1
		UOMI NPI e Psicologia dell'Età Evolutiva	1
		UOMI Logopedia	1
	distretto 3	UO Amministrativa	1
		UO Cure Primarie	1
		UOMI	1
		UO Disabilità Adulta	1
	UO Centro di Medicine dello Sport e delle Attività Motorie		1
	Servizio per i Disturbi del Comportamento Alimentare		1
		tot.	17
UO: Unità Operativa; UOMI: Unità Operativa Materno Infantile, NPI: Neuropsichiatria Infantile			
MMG/PLS	Medici di Medicina Generale (MMG)		16
	Pediatri di Libera Scelta (PLS)		4
		tot.	20
Servizi Comuna	Settore Ambiente	Informambiente	1
	Settore Ambiente		1
	Centro Servizi Territoriali	Settore Servizi Sociali	1
	Centro Servizi Territoriali 5	Settore Servizi Sociali	1
	Centro Servizi Territoriali 1		5
	Centro Servizi Territoriali 6		1
	Progetto Giovani		1
	Settore Servizi Scolastici	Ufficio Interventi Educativi	1
		tot.	12
Terzo settore	AIDAP Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso		1
	APPLE Associazione Per la Promozione e la Lotta all'Elettrosmog - Progetto Scuola		1
	Associazione "Culture"		1
	Associazione "Noi e il Cancro - Volontà di Vivere"		1
	Associazione di volontariato ALICE per i Disturbi del Comportamento Alimentare		1
	Associazione Volontari Ospedalieri		1
	AUSER Savonarola Palestro		1
	Centro Sociale Porta Trento		1
	Circolo San Martino		1
	Corpo Libero Gymnastics Team A.S.A.		1
	Istituto Tecnico Scalcerle		1
	Legambiente Volontariato Padova -Circolo Chinni		1
	LILT Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - Sezione di Padova		1
	Parrocchia e Patronato San Girolamo		1
	Unione Sportiva ACLI Padova		1
	Unione Sportiva Gianesini		1
		tot.	16

Ed è proprio la varietà degli oggetti trattati che rende difficile l'aggregazione delle associazioni all'interno di un unico universo. E ogni oggetto incorpora elementi di

tradizione, di cultura di rilevanza sociale, elementi che influenzano la modalità di azione delle associazioni stesse e, più che altro, i rapporti che esse intrattengono con gli altri attori del sistema.

È pressoché impossibile infatti mettere insieme la piccola associazione dei famigliari dei malati di una malattia rara, nata recentemente e organizzata su base locale, con l'associazione di grandi dimensioni, come ad esempio l'associazione dei donatori del sangue, che ha una struttura nazionale molto articolata e una lunga tradizione.

Grafico 4.17: Soggetti che hanno aderito all'iniziativa suddivisi per area.



Si deve aggiungere infine, che spesso le associazioni di volontariato sono abituate a svolgere la loro attività in autonomia (spesso anche ottenendo contributi dalle istituzioni pubbliche), senza ricercare forme di collaborazione con altri servizi. Situazioni soltanto in parte corrette nei casi in cui si stabiliscano degli accordi o delle convenzioni vere e proprie tra servizi e associazioni, finalizzati a sviluppare programmi comuni o progetti concordati. Ma questo non è sufficiente per modificare significativamente un atteggiamento culturale ancora troppo diffuso.

Considerando l'alto numero di associazioni presenti sul territorio cittadino quindi, l'adesione al progetto è stata complessivamente bassa, rispetto alle previsioni. Non è stata una sorpresa in senso assoluto, ma certo si tratta di un segnale che merita di essere approfondito.

Infine l'universo dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta.

Com'è noto questi professionisti non appartengono ad un'organizzazione e operano in regime di libera professione, pur all'interno di una convenzione che li inserisce, a tutti gli effetti, all'interno del sistema sanitario. Per rafforzare questa appartenenza, presso i Distretti sanitari ci sono dei referenti ed è stato attraverso questo canale che si sono

sviluppati i contatti, oltre che attraverso l'azione più convinta di alcuni professionisti, che hanno giocato un ruolo attivo nell'informare i colleghi dell'iniziativa. I risultati, valutata la specifica situazione, possono considerarsi interessanti.

Queste brevi argomentazioni spiegano i motivi per cui i risultati non descrivono in senso proprio la situazione complessiva della città, proprio per l'assenza di una rappresentatività.
Ma questa ipotesi era stata ragionevolmente prevista già fin dall'inizio, come uno degli esiti che avrebbero potuto verificarsi.
D'altra parte in questa prima applicazione si intendeva sperimentare una modalità di coinvolgimento di attori diversi, appartenenti allo stesso territorio e impegnati per uno stesso obiettivo di grande portata, utilizzando uno strumento semplice che potesse rilevare i dati necessari allo scopo.
I risultati presentati non hanno la pretesa di descrivere in modo esaustivo una situazione, ma semplicemente di rivelare la potenzialità di uno strumento e di un metodo, che possono contribuire a dare valore e senso alla pianificazione e all'organizzazione di tutti i servizi che concorrono alla promozione e alla tutela del benessere, individuale e della comunità.
Pur con questi limiti l'elaborazione dei dati ha fornito alcune indicazioni interessanti che potranno essere utili nel momento in cui il Profilo di Salute dovesse realmente diventare uno strumento di governance e di valutazione delle politiche di Welfare. Indicazioni che da un lato confermano le ipotesi di partenza sulla validità del metodo e degli strumenti adottati (che andranno ulteriormente migliorati), dall'altro evidenziano, già fin d'ora, alcuni aspetti certamente meritevoli di riflessioni e di approfondimenti.
I risultati quindi vanno letti come applicazione di una buona pratica, che si presta ad essere ripetuta ed estesa con regole più precise e quindi con maggior consapevolezza da parte dei policy maker.

4.2.1 Le attività ed i target dei servizi per la salute

La prima domanda alla quale i dati sono in grado di fornire una risposta riguarda il numero di attività svolte dai singoli servizi partecipanti (tabella 4.17) e, per altro verso il numero di servizi che svolgono una stessa attività (tabella 4.18).

Tabella 4.17: Numero di soggetti per numero di azioni svolte suddivisi per categoria: Servizi Socio Sanitari, Medici di Medina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), Servizi Comunali, Terzo Settore.

NUMERO AZIONI PER LA SALUTE SVOLTE DALLO STESSO SOGGETTO	MMG/PLS	Servizi Socio Sanitari territoriali	Servizi Comunali	Terzo Settore	Totale
1				2	2
2		2		2	4
3		2	2		4
4		2	2	1	5
5		3	1	2	6
6	4	2	1	3	10
7	6	2		2	10
8	5	1		3	9
9	1	1			2
10	2	2		1	5
11			1		1
12	1		5		6
13					
14	1				1
Totale	20	17	12	16	65

Tabella 4.18: Percentuale di soggetti impegnati per azione svolte suddivisi per categoria: Servizi Socio Sanitari, Medici di Medina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), Servizi Comunali, Terzo Settore.

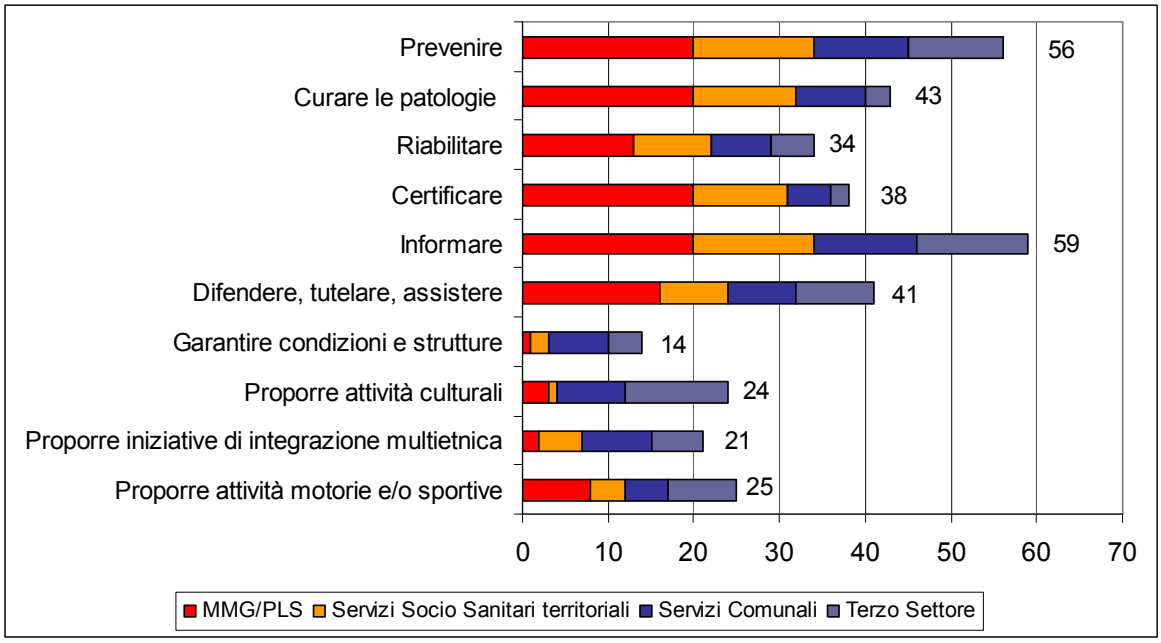
AZIONI PER LA SALUTE	MMG/PLS	Servizi Socio Sanitari territoriali	Servizi Comunali	Terzo Settore	% di Soggetti che erogano l'Azione
Educare e promuovere stili di vita	100,0%	76,5%	91,7%	68,8%	84,6%
Interventi sanitari di prevenzione	95,0%	41,2%	0,0%	6,3%	41,5%
Tutela degli alimenti	20,0%	0,0%	16,7%	18,8%	13,8%
Tutela dell'ambiente	15,0%	11,8%	16,7%	25,0%	16,9%
Tutela del lavoro	25,0%	17,6%	50,0%	12,5%	24,6%
Curare le patologie	100,0%	70,6%	66,7%	18,8%	66,2%
Recupero funzionalità	35,0%	47,1%	58,3%	25,0%	40,0%
Mantenimento funzionalità residue	65,0%	35,3%	58,3%	25,0%	46,2%
Certificare	100,0%	64,7%	41,7%	12,5%	58,5%
Informare	100,0%	82,4%	100,0%	81,3%	90,8%
Difendere, tutelare, assistere	80,0%	47,1%	66,7%	56,3%	63,1%
Garantire condizioni e strutture	5,0%	11,8%	58,3%	25,0%	21,5%
Proporre attività culturali	15,0%	5,9%	66,7%	75,0%	36,9%
Proporre integrazione multietnica	10,0%	29,4%	66,7%	37,5%	32,3%
Proporre attività motorie e/o sportive	40,0%	23,5%	41,7%	50,0%	38,5%

Ciò che si nota è che i soggetti coinvolti dichiarano di svolgere più attività, compreso il terzo settore. E cosa per certi versi sorprendente, tutte le categorie coprono l'intera gamma di azioni ad eccezione dei Servizi Socio Sanitari, che non si occupano di igiene degli alimenti (attività in capo al Dipartimento di Prevenzione, che non ha aderito all'iniziativa, ma che rientra fra le funzioni della categoria) e dei Servizi comunali, che non si occupano di interventi sanitari di prevenzione.

Per quanto riguarda la cura delle patologie, lo strumento di rilevazione comprendeva in questo ambito anche la cura delle patologie sociali, questo spiega il numero di servizi comunali impegnati in questa azione.

I dati riportati esprimono semplici frequenze e che non tengono conto dell'impegno dedicato alle singole attività. Questi aspetti saranno esaminati più avanti.

Grafico 4.18: Numero di soggetti per azioni dichiarate, suddivisi per categoria: Servizi Socio Sanitari, Medici di Medina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), Servizi Comunali, Terzo Settore.



Osservando la tabella 4.18, si vede che l'84,6 % dei servizi hanno dichiarato di "educare e promuovere stili di vita" e addirittura il 90,8% dichiarano di "informare". Sono le percentuali più alte in assoluto. Nella stessa tabella emerge anche che tutti i medici dichiarano di svolgere queste due attività, assieme ad altre due e cioè "certificare" e "curare patologie". Ma soltanto il 15,0% dichiara di svolgere attività di "tutela dell'ambiente" e il 35,0% dichiara di svolgere attività di "recupero funzionale".

Anche il Terzo settore fornisce informazioni (81,3%), mentre raggiunge la percentuale del 75,0% alla voce "proporre attività culturali", un'attività nella quale sono impegnati anche i servizi comunali (66,7%).

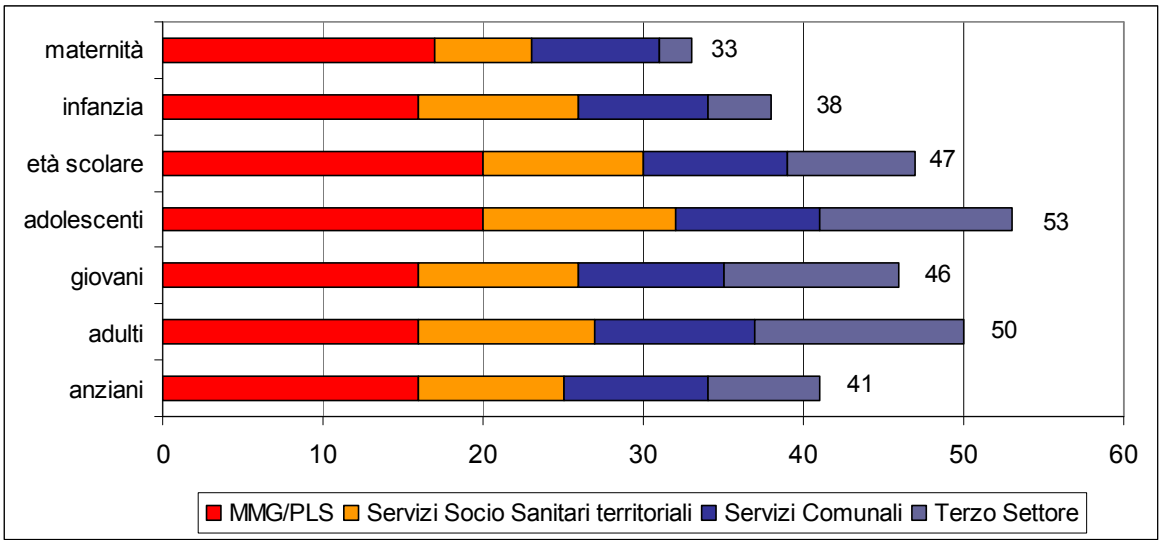
Il numero elevato di servizi che danno informazioni suggerisce che il bisogno di essere informato è un bisogno sentito e diffuso tra i cittadini. Ma si pone il sospetto che l'informazione sia parcellizzata. Ulteriori approfondimenti saranno necessari in futuro per indagare la tipologia di informazioni divulgate e le modalità comunicative adottate.

Lo stesso dicasi per gli interventi educativi, lo strumento ha messo in luce il numero elevato di soggetti implicati nel processo educativo rivolto a diverse fasce della popolazione. Questo può spingere i soggetti istituzionali a creare alleanze, a ad aggregare soggetti per raggiungere obiettivi condivisi all'interno di un piano educativo organico.

Il grafico 4.18 aggrega le attività rispetto il loro contenuto, per proporre una lettura più sintetica indicando il numero di servizi che dichiarano di svolgere tali attività; sul totale costituito da 65 servizi.

Come si vede le attività di gran lunga più svolte (sempre sulla base delle dichiarazioni dei partecipanti) rientrano nell'area della prevenzione e in quella della informazione. La cura delle patologie è dichiarata da 43 soggetti; la generica tutela e difesa è dichiarata da 41 soggetti; 38 svolgono attività di certificazione e soltanto 34 sono impegnati in attività di riabilitazione.

Grafico 4.19: Numero di soggetti per target, suddivisi per categoria: Servizi Socio Sanitari, Medici di Medina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), Servizi Comunali, Terzo Settore.



È interessante anche vedere qual è la fascia di età, verso la quale si rivolgono le attività dichiarate (grafico 4.19).

L'età verso la quale si rivolgono il maggior numero di servizi è l'età adolescenziale (81,5%, pari a 53 servizi su 65), seguita dalla fascia adulta (76,9%, pari a 50 servizi) e dall'età scolare (72,3%, pari a 47 servizi su 65). L'età anziana, contrariamente a quanto ci

si potrebbe attendere è soltanto al quinto posto con una percentuale del 63,1% (tabella 4.19).

I dati descritti certamente dipendono dalle specificità di alcuni dei servizi che hanno partecipato. Se analizzati per categoria, ad esempio, si può notare come nella categoria dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta il 100% si rivolga ai bambini in età scolare ed agli adolescenti, per queste classi d'età vi sono sovrapposizioni tra le due popolazioni costituite dagli assistiti dai MMG e dai PLS. Così la categoria dei Servizi Socio Sanitari territoriali risente della maggiore risposta ottenuta nell'ambito dei servizi materno – infantili.

Gli elementi più interessanti si ricavano confrontando tutti e tre i tipi di dati raccolti e cioè i dati riferiti alle attività svolte rispetto ai vari destinatari (divisi per le età del ciclo di vita) e l'impegno riservato ad ognuna di queste attività. E naturalmente considerando le aggregazioni dei servizi, secondo la loro natura o secondo la loro collocazione istituzionale.

Un esempio: un servizio può dichiarare di svolgere cinque attività, di diverso contenuto, alcune delle quali destinate ai ragazzi in età scolare, altre agli adulti, altri ancora agli anziani. Già questo dato può dare un'indicazione sulla provenienza della domanda o sulle priorità seguite dal servizio medesimo.

Tabella 4.19: Percentuale di soggetti impegnati per target suddivisi per categoria: Servizi Socio Sanitari, Medici di Medina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), Servizi Comunali, Terzo Settore.

TARGET	MMG/PLS	Servizi Socio Sanitari territoriali	Servizi Comunali	Terzo Settore	% di Soggetti rivolti al target
maternità	85,0%	35,3%	66,7%	12,5%	50,8%
infanzia	80,0%	58,8%	66,7%	25,0%	58,5%
età scolare	100,0%	58,8%	75,0%	50,0%	72,3%
adolescenti	100,0%	70,6%	75,0%	75,0%	81,5%
giovani	80,0%	58,8%	75,0%	68,8%	70,8%
adulti	80,0%	64,7%	83,3%	81,3%	76,9%
anziani	80,0%	52,9%	75,0%	43,8%	63,1%

Maggior interesse può derivare dall'analisi dell'impegno riservato ad ognuna delle attività, un impegno che può dipendere ancora una volta dalle priorità seguite, ma che può derivare anche dalle difficoltà richieste dallo svolgimento di una o di un'altra delle attività indicate (tabella 4.20).

La tabella 4.20 riporta in colonna, per ogni target, la percentuale media dell'impegno dedicato per ciascuna azione dai soggetti che vi si dedicano ed il numero di soggetti che hanno dichiarato di intervenire nei confronti di questo gruppo di popolazione (ogni servizio può intervenire attraverso diverse attività). Ciò significa, ad esempio, che nei confronti

della maternità 33 servizi (sul totale dei partecipanti) hanno dichiarato di svolgere un qualche tipo di attività e il primo numero espresso nella seconda colonna riporta la frequenza riferita a quella singola attività. Così sui 33 servizi che hanno dichiarato di svolgere attività rivolte alla maternità, 27 dichiarano di "educare e promuovere stili di vita"; 32 servizi, cioè tutti meno uno, hanno dichiarato di "dare informazioni". Soltanto due servizi dichiarano invece di svolgere attività di "tutela degli alimenti"; 24 servizi dichiarano invece di "certificare"; e così via. Scorrendo la tabella attraverso le righe o le colonne si possono cogliere le massime o le minime concentrazioni.

Tabella 4.20: Percentuale media dell'impegno dedicato dai soggetti e numero di soggetti impegnati per azioni e target.

AZIONI	Maternità		Infanzia		Età scolare		Adolescenti		Giovani		Adulti		Anziani	
	%	freq	%	freq	%	freq	%	freq	%	freq	%	freq	%	freq
educare e promuovere stili di vita	**16,36**	27/33	**10,89**	21/38	**14,79**	40/47	**17,79**	43/53	**15,07**	38/46	**13,72**	42/50	**11,22**	32/41
interventi sanitari	**5,30**	13/33	**8,61**	8/38	**8,51**	20/47	**5,85**	21/53	**6,52**	18/46	**5,76**	20/50	**8,34**	20/41
tutela degli alimenti	**0,21**	2/33	**0,03**	1/38	**0,34**	3/47	**0,11**	2/53	**0,43**	2/46	**0,36**	3/50	**0,49**	1/41
tutela dell'ambiente	**3,55**	4/33	**3,05**	4/38	**2,79**	5/47	**2,85**	7/53	**4,13**	8/46	**4,10**	9/50	**2,80**	3/41
tutela del lavoro	**3,09**	11/33	**0,00**	0/38	**0,00**	0/47	**0,00**	0/53	**0,43**	2/46	**2,04**	11/50	**0,00**	0/41
curare le patologie	**25,67**	26/33	**13,16**	16/38	**22,55**	31/47	**23,88**	38/53	**20,78**	31/46	**21,18**	31/50	**29,27**	29/41
recupero funzionalità	**0,15**	1/33	**4,34**	5/38	**3,64**	7/47	**2,04**	7/53	**1,91**	7/46	**3,83**	14/50	**5,05**	16/41
mantenimento funzionalità residue	**0,15**	1/33	**0,79**	3/38	**0,98**	7/47	**0,87**	7/53	**1,33**	8/46	**3,28**	17/50	**7,02**	24/41
certificare	**13,64**	24/33	**3,26**	13/38	**10,21**	29/47	**7,26**	28/53	**7,65**	24/46	**9,24**	26/50	**7,17**	23/41
informare	**15,98**	32/33	**32,45**	30/38	**9,57**	35/47	**12,81**	42/53	**16,80**	38/46	**14,13**	43/50	**10,22**	32/41
difendere, tutelare, assistere	**10,98**	24/33	**15,55**	14/38	**10,53**	26/47	**11,83**	31/53	**9,67**	27/46	**9,45**	27/50	**10,59**	24/41
garantire condizioni e strutture	**1,82**	5/33	**1,18**	4/38	**1,91**	7/47	**1,04**	5/53	**2,61**	10/46	**1,90**	10/50	**2,15**	8/41
proporre attività culturali	**0,45**	2/33	**0,82**	5/38	**4,02**	13/47	**3,85**	15/53	**4,24**	15/46	**3,40**	14/50	**2,07**	7/41
proporre iniziative di integrazione	**1,42**	7/33	**1,63**	8/38	**2,49**	11/47	**1,92**	13/53	**1,96**	13/46	**1,24**	10/50	**0,37**	2/41
proporre attività motorie e/o sportive	**1,82**	2/33	**4,24**	7/38	**8,04**	15/47	**7,37**	16/53	**5,73**	12/46	**5,12**	13/50	**3,00**	7/41

I dati invece più significativi sono quelli descritti nella prima colonna, dove, in grassetto, è indicato l'impegno dichiarato dal servizio (come anticipato sopra), relativamente all'attività dichiarata. Il numero in tabella è una percentuale e corrisponde alla media della percentuale dichiarata da ogni servizio, relativamente all'attività in questione.

Dalla tabella emerge, ad esempio, che 26 servizi su 33 dichiarano di "curare patologie", mentre 32 su 33 dichiarano di "informare". L'impegno però dedicato ad una attività e all'altra non segue la stessa proporzionalità, in quanto l'impegno per curare occupa

mediamente il 25,67% del tempo complessivo riservato alla maternità, mentre l'impegno per informare (sempre la stessa popolazione) è pari al 15,98%, quindi quasi 10 punti percentuali in meno.

Per i limiti già indicati non è possibile dare delle spiegazioni attendibili alla differenza; qui si segnala soltanto la differenza, lasciando libera l'interpretazione che alla stessa si vuole dare. In linea di ipotesi e secondo quanto detto poc'anzi potrebbe essere la dimostrazione che "curare" richiede maggiore impegno rispetto a "informare", ma potrebbe anche indicare che alla "informazione" si dà priorità diversa rispetto alla "cura delle patologie".

In questo senso è la colonna dell'impegno che esprime meglio di ogni altro dato la posizione dei servizi rispetto all'attività, finalizzata alla promozione della salute e al riguardo vanno sottolineati alcuni dati:

- le attività classificabili come preventive (le prime cinque della tabella) impegnano di più quando si rivolgono alla maternità e molto meno quando si rivolgono agli anziani;
- più di un quarto dell'impegno viene dedicato alle attività di prevenzione per gli adolescenti; un valore che tende a ripetersi anche nelle altre fasi (ragazzi in età scolare, giovani e adulti);
- molto variabile l'impegno riservato all'informazione in relazione alle diverse fasi del ciclo di vita. Al 32,45% riferito all'infanzia, si evidenzia un 10,22% riferito agli anziani;
- la certificazione raggiunge i massimi nella fase della maternità e in quella dell'età scolare;
- il valore massimo riservato alla cura delle patologie è riferito invece agli anziani, seguito da quelle relativo alla maternità.

Alcune spiegazioni, per quanto riguarda queste differenze, si trovano osservando il tipo di servizi che hanno partecipato al progetto: sono servizi che si rivolgono specificatamente ad una fascia di età, quali i giovani, o l'età scolare o gli anziani. E ciò naturalmente influenza questi dati. Ma indicano anche che alcune fasce di popolazione sono maggiormente protette e seguite che altre.

Una situazione che potrebbe far riflettere i policy maker, ma anche i responsabili dei servizi, liberandosi dagli inevitabili stereotipi che esistono su queste tematiche.

Per permettere una più facile lettura dei dati è stata realizzata la serie di tabelle a visualizzazione cromatica che vengono di seguito proposte (tabelle 4.21 – 4.26).

Nelle tabelle il grado di impegno (riportato nella tabelle 4.20 come media delle percentuali riferite) viene rappresentato attraverso l'uso di colori di intensità diversa. Le percentuali che si collocano al di sotto del 30% sono colorate di azzurro, nelle diverse intensità,

mentre per quelle che si collocano al di sopra del 30% i colori sono il giallo e le diverse gradazioni dell'arancione.

La tabella 4.21 rappresenta l'impegno di tutti i servizi che hanno aderito all'indagine. Appare evidente che gli sforzi dei soggetti coinvolti si concentrano prevalentemente su alcune azioni con differenze più o meno marcate per i diversi target.

Prevale l'impegno per la cura, che comprende la cura delle patologie fisiche, mentali e sociali (come sopra esposto), i target maggiormente interessati sono le donne in stato di gravidanza e gli anziani. Se il dato relativo alla popolazione anziana non stupisce, in quanto in questa fase della vita è maggiore la prevalenza di malattia, il dato relativo alla maternità dovrebbe far riflettere perché indice della medicalizzazzione dello stato di gravidanza, fenomeno noto, che caratterizza il nostro Paese.

Tabella 4.21: Rappresentazione cromatica dell'impegno dedicato dai soggetti aderenti all'indagine (percentuale media) impegnati per azioni e target.

AZIONI	Maternità	Infanzia	Età scolare	Adolescenti	Giovani	Adulti	Anziani
educare e promuovere stili di vita							
interventi sanitari							
tutela degli alimenti							
tutela dell'ambiente							
tutela del lavoro							
curare le patologie							
recupero funzionalità							
mantenimento funzionalità residue							
certificare							
informare							
difendere, tutelare, assistere							
garantire condizioni e strutture							
proporre attività culturali							
proporre iniziative di integrazione multietnica							
proporre attività motorie e/o sportive							
Soggetti attivi per target:	33	38	47	53	46	50	41

legenda

0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	>50

Il dato relativo all'elevato impegno profuso nell'informare il target rappresentato dalla popolazione infantile, risente del dato indicato dai Medici di Medicina Generale, come si potrà vedere in seguito. Essi infatti dichiarano di concentrare le loro attività rivolte

all'infanzia nell'intervento informativo rivolto alle madri che sono loro assistite e chiedono loro consiglio (i bambini sono invece assistiti dal Pediatra di Libera Scelta).

Per avere qualche indicazione di maggior dettaglio è opportuno leggere le medesime elaborazioni, distinte per i gruppi di servizi che hanno partecipato al progetto e cioè i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, i servizi sanitari territoriali, i servizi comunali, i servizi appartenenti al terzo settore.

Qui le distinzioni appaiono più nette e la capacità delle tabelle a rappresentare le situazioni e quindi le eventuali differenze appare in modo più evidente.

Tabella 4.22: Rappresentazione cromatica dell'impegno dedicato dai Medici di Medina Generale (percentuale media) impegnati per azioni e target.

AZIONI	Maternità	Infanzia	Età scolare	Adolescenti	Giovani	Adulti	Anziani
educare e promuovere stili di vita							
interventi sanitari							
tutela degli alimenti							
tutela dell'ambiente							
tutela del lavoro							
curare le patologie							
recupero funzionalità							
mantenimento funzionalità residue							
certificare							
informare							
difendere, tutelare, assistere							
garantire condizioni e strutture							
proporre attività culturali							
proporre iniziative di integrazione multietnica							
proporre attività motorie e/o sportive							
MMG attivi per target:	16	12	16	16	16	16	16

legenda

0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	>50

I Medici di Medicina Generale (tabella 4.23) dedicano la maggior parte dei loro sforzi professionali alla cura delle patologie ed indicano gli anziani come la categoria che li assorbe maggiormente, in termini di impegno, rispetto a questa azione.

Il picco dell'impegno nell'attività di informazione è riservato all'infanzia, un dato ben più alto rispetto al corrispondente registrato dai Pediatri di Libera Scelta (tabella 4.23), per le motivazioni sopra descritte.

Osservando insieme le tabelle riferite ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatra di Libera Scelta va segnalata la concentrazione delle tipologie di attività intorno a tre categorie: educare e promuovere stili di vita, curare patologie, certificare e informare. Dati che sollecitano alcuni interrogativi rispetto allo stereotipo del medico descritto spesso come un semplice prescrittore di terapie e certificatore di stati di malattie. Dalla tabella emerge che lo stesso medico educa, promuove e informa; attività che hanno un diretto rapporto con la tutela e la promozione di una salute intesa come godimento di uno stato di benessere e non soltanto come assenza di malattia.

Il medico rappresenta dunque una figura di riferimento fondamentale per i propri assistiti nell'ambito della salute, intesa nel suo significato più ampio.

Una figura che è indispensabile ed utile avere come alleata in un percorso, quale quello intrapreso, teso al miglioramento delle condizioni di salute non solo individuali ma della collettività, che abbia come cardine il coinvolgimento e l'assunzione di responsabilità da parte dei cittadini.

Tabella 4.23: Rappresentazione cromatica dell'impegno dedicato dai Pediatri di Libera Scelta (percentuale media) impegnati per azioni e target.

AZIONI	Maternità	Infanzia	Età scolare	Adolescenti	Giovani	Adulti	Anziani
educare e promuovere stili di vita							
interventi sanitari							
tutela degli alimenti							
tutela dell'ambiente							
tutela del lavoro							
curare le patologie							
recupero funzionalità							
mantenimento funzionalità residue							
certificare							
informare							
difendere, tutelare, assistere							
garantire condizioni e strutture							
proporre attività culturali							
proporre iniziative di integrazione multietnica							
proporre attività motorie e/o sportive							
PLS impegnati per target:	1	4	4	4	0	0	0

legenda

0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	>50

La tabella 4.24 riporta le dichiarazioni dei Servizi socio sanitari territoriali dell'Azienda sanitaria ULSS 16 di Padova. In questo caso la situazione appare più articolata e i colori infatti sono più distribuiti, tanto da meritare una lettura non soltanto delle righe, ma anche delle colonne.

Le attività che si svolgono ricalcano un po' le linee già considerate, ma si distribuiscono in modo diverso tra le varie fasi del ciclo di vita prese in esame.

Alla "cura delle patologie" sono più interessati maternità, adolescenti, adulti e anziani; alle "attività educative" e alle "informazioni" sono invece gli anziani a presentare i valori più bassi. Mentre l'età scolare è la fascia che raccoglie il maggior numero di attività svolte, con intensità di impegno comunque sempre al di sotto del 30%.

La lettura di tali dati è influenzata certamente dal tipo di servizi che hanno partecipato al progetto, per cui è difficile dare un'interpretazione. Consultori familiari, servizi per l'età evolutiva ad esempio sono servizi etichettati che privilegiano alcune fasce a danno di altre e ciò concorre certamente a segnare le differenze.

Tabella 4.24: Rappresentazione cromatica dell'impegno dedicato dai Servizi Socio Sanitari territoriali dell'Azienda ULSS 16 (percentuale media) impegnati per azioni e target.

AZIONI	Maternità	Infanzia	Età scolare	Adolescenti	Giovani	Adulti	Anziani
educare e promuovere stili di vita							
interventi sanitari							
tutela degli alimenti							
tutela dell'ambiente							
tutela del lavoro							
curare le patologie							
recupero funzionalità							
mantenimento funzionalità residue							
certificare							
informare							
difendere, tutelare, assistere							
garantire condizioni e strutture							
proporre attività culturali							
proporre iniziative di integrazione multietnica							
proporre attività motorie e/o sportive							
Serv ULSS per target:	6	10	10	12	10	11	9

legenda

0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	>50

Molto più omogenea appare la tabella 4.25 che riporta le posizione dei Servizi territoriali Comunali.

In qualche caso, come ad esempio nelle attività di “tutela dell’ambiente”, l’omogeneità appare scontata, vista la difficoltà di pensare a degli ambienti specifici per fasce di popolazione. Considerare quindi che tutta la popolazione è uguale di fronte alle tematiche dell’ambiente è ampiamente giustificabile, anche se, ad una analisi più attenta, alcune differenziazioni sarebbero comunque possibile. Basterebbe considerare l’ambiente come il contesto di vita quotidiana e apparirebbero immediatamente le differenze tra una fase e l’altra del ciclo di vita. Si parlerebbe quindi del contesto di vita dell’infanzia, diverso da quello riguardante gli anziani o da quello proprio degli adulti e così via.

Per altre attività sembra che l’età non influenzi l’impegno dichiarato dai servizi.

Anche in questo caso è comunque impossibile esprimere ipotesi interpretative, per cui soltanto un’indagine più approfondita potrebbe fornire le ragioni che sostengono tale posizione.

Tabella 4.25: Rappresentazione cromatica dell’impegno dedicato dai Servizi Comunali (percentuale media) impegnati per azioni e target.

AZIONI	Maternità	Infanzia	Età scolare	Adolescenti	Giovani	Adulti	Anziani
educare e promuovere stili di vita							
interventi sanitari							
tutela degli alimenti							
tutela dell'ambiente							
tutela del lavoro							
curare le patologie							
recupero funzionalità							
mantenimento funzionalità residue							
certificare							
informare							
difendere, tutelare, assistere							
garantire condizioni e strutture							
proporre attività culturali							
proporre iniziative di integrazione multietnica							
proporre attività motorie e/o sportive							
Serv ULSS per target:	10	8	9	9	9	10	9

legenda

0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	>50

Infine il terzo settore (tabella 4.26). Come è già stato osservato, la composizione, pur non elevata, delle associazioni che hanno partecipato è molto varia. Esistono tuttavia alcune omogeneità relativamente alle attività dichiarate dai responsabili. Queste attività riguardano "l'informazione", "la promozione di attività culturali e sportive" e la generica attività di "assistenza e tutela". A questo gruppo si aggiunge la prima attività indicata in tabella "educare e promuovere stili di vita", rispetto alla quale le associazione offrono delle risposte degne di attenzione.

Per ognuna di queste attività si registrano anche alcune differenze in rapporto alle varie fasi del ciclo di vita a cui si rivolgono. Maternità, infanzia ed età scolare registrano alcuni massimi, mentre i minimi appaiono nei confronti degli anziani.

Non è una descrizione rappresentativa, ma fornisce alcuni segnali interessanti, specialmente sul ruolo che le associazioni possono avere nel promuovere attività e stili di vita, attività che concorrono significativamente a garantire una buona salute, senza un coinvolgimento diretto dei servizi sanitari e sociali.

Tabella 4.26: Rappresentazione cromatica dell'impegno dedicato dal Terzo settore (percentuale media) impegnati per azioni e target.

AZIONI	Maternità	Infanzia	Età scolare	Adolescenti	Giovani	Adulti	Anziani
educare e promuovere stili di vita							
interventi sanitari							
tutela degli alimenti							
tutela dell'ambiente							
tutela del lavoro							
curare le patologie							
recupero funzionalità							
mantenimento funzionalità residue							
certificare							
informare							
difendere, tutelare, assistere							
garantire condizioni e strutture							
proporre attività culturali							
proporre iniziative di integrazione multietnica							
proporre attività motorie e/o sportive							
Soggetti per target:	2	4	8	12	11	13	7

legenda

0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	>50

4.3 Il coinvolgimento dei cittadini

L'esigenza di coinvolgere i cittadini nella fase di elaborazione di un Profilo di salute, non è solamente dettata dalla necessità di raccogliere dati di percezione utili a descrivere in modo più completo lo stato di salute di una comunità, secondo il quadro teorico di riferimento.

È una esigenza emersa dai Tavoli integrati di lavoro dei diversi quartieri; percepita insieme come: imprescindibile per la progettazione di interventi che siano fruttuosi per i singoli e per le comunità; e difficilmente soddisfacibile, perché vani sono stati i tentativi intrapresi da diversi soggetti (anche istituzionali: quartieri, distretti socio sanitari).

Il tema è risultato essere caro a tutti i soggetti coinvolti a vario titolo, ma più fortemente sentito dalle amministrazioni dei quartieri che vivono la responsabilità di allocare risorse destinate dal governo centrale del Comune a favore del quartiere.

Il confronto nell'ambito dei "Tavoli integrati di lavoro" ha messo in luce il fatto che i quartieri cittadini sono ancora, soprattutto, delle realtà territoriali a carattere amministrativo; i cittadini non si riconoscono appartenenti ai quartieri ma, semmai, ai rioni.

Tuttavia la suddivisione del territorio e quindi della comunità in ambiti circoscritti ha lo scopo di favorire il buon governo cittadino e decentrare alcuni servizi essenziali. La suddivisione attuale in quartieri appare la soluzione più adeguata in termini di efficienza ed efficacia. L'obiettivo futuro sarà quello di farne una comunità di cittadini.

La scelta di intraprendere una campagna di sensibilizzazione dei cittadini sui temi relativi alla propria salute e a quella del proprio quartiere, che favorisse insieme la loro partecipazione attraverso l'espressione del proprio giudizio (e non attraverso alla partecipazione a degli incontri), è stata la sfida cui tutti i soggetti hanno aderito.

Ciascun membro dei tavoli ha dato il proprio contributo raggiungendo i diversi punti di aggregazione dei quartieri ed in questo modo facendosi in prima persona prossimo alla propria comunità, con un importante ritorno in termini di conoscenza e vicinanza al proprio quartiere.

I risultati sono geo-referenziati per quartiere ed è per questo motivo che si è scelto di presentare in questo paragrafo alcuni dati demografici[xvii] che descrivono le caratteristiche salienti dei quartieri, dati che sono stati l'oggetto dei primi confronti in seno ai Tavoli integrati di lavoro.

[xvii] Elaborazione su dati Comune di Padova – Settore Programmazione Controllo Statistica riferiti agli anni 2005 e 2006.

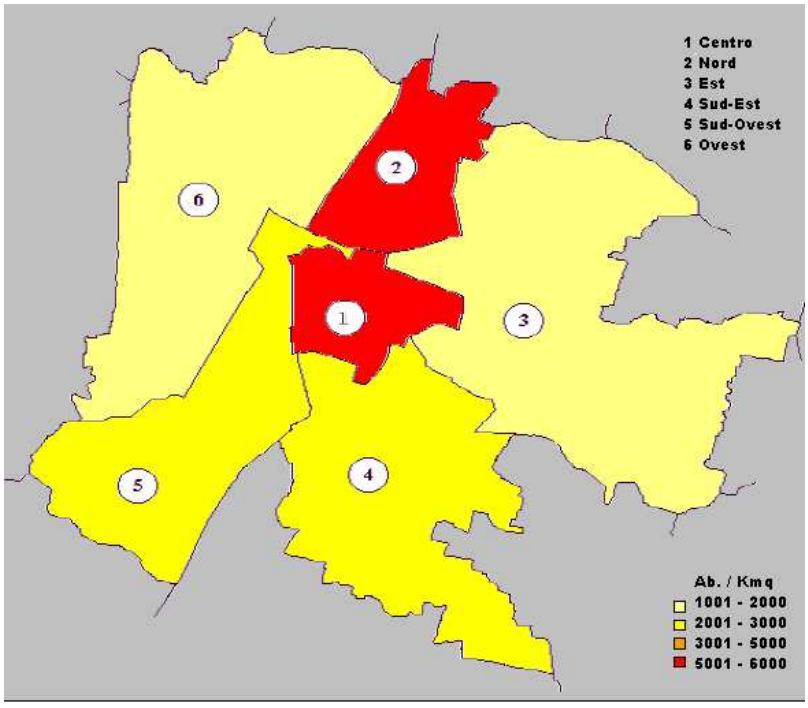
Alla presentazione dei quartieri segue la descrizione e la discussione dei dati raccolti attraverso la "cartolina interattiva"[xviii].

4.3.1 Gli abitanti dei Quartieri della città di Padova

La città di Padova comprende sei quartieri (unità amministrative): il Quartiere 1 Centro, il Quartiere 2 Nord, il Quartiere 3 Est, il Quartiere 4 Sud-Est, il Quartiere 5 Sud-Ovest, il Quartiere 6 Ovest (grafico 4.20).

Il Quartiere 1 corrisponde al Centro storico della città e raggruppa sei diverse zone abitative: zona Portello, zona Ospedali, zona Santo e Prato della Valle, zona tra Piazza Castello e Riviere, zona Savonarola, Piazza Mazzini e Stazione Ferroviaria.
Il territorio si estende su una superficie di 5,2 km², per la quasi totalità dentro le mura cinquecentesche di Padova. È un quartiere che non può subire dunque sviluppi urbanistici di rilievo (in quartiere si registra la più elevata densità abitativa dell'intero territorio urbano) ed è caratterizzato da una viabilità poco adatta al traffico veicolare, in particolare per quanto riguarda i grossi mezzi.

Grafico 4.32: I quartieri della città di Padova per densità di popolazione al 31.12.2006.



Elaborazione su dati Comune di Padova – Settore Programmazione Controllo Statistica

Con i suoi 26.930 (al 31.12.2006) abitanti, pari al 12,81% del totale degli abitanti del Comune, è il quartiere cittadino con il minor numero di abitanti. È consistente la presenza

[xviii] Per la descrizione dello strumento "cartolina interattiva" vedi materiali e metodi.

di residenti di età superiore ai 75 anni, che rappresentano il 14,26% della popolazione. Il numero di persone, soprattutto anziane, che vivono da sole è il più elevato di tutti i quartieri del Comune di Padova.
La popolazione straniera residente nel quartiere rappresenta il 9,67% dell'intera popolazione del quartiere e registra un andamento crescente, passando da 2.522 persone residenti con cittadinanza straniera nel 2005 a 2.618 nel 2006.

Il Quartiere *2* si estende su una superficie di 6,71 km², il suo territorio è situato nella zona Nord di Padova ed è contraddistinto da quattro unità urbane: Arcella, San Bellino, San Carlo e Pontevigodarzere.
Caratteristica saliente è un'alta densità della popolazione (la più alta tra i quartieri) e delle abitazioni (seconda solo a quella del quartiere 1 Centro). I residenti nel quartiere sono 37.993 (al 31.12.2006), pari al 18,07% della popolazione cittadina. I residenti di età superiore ai 75 anni residenti al 31/12/2006, rappresentano l'10,87% della popolazione.
La popolazione straniera residente nel quartiere registra un andamento crescente: nel 2006 ammonta a 5.130 residenti, con un incremento dell'11,84% rispetto al 2005; i cittadini stranieri corrispondono al 13,50% dell'intera popolazione del quartiere.

Il Quartiere 3 Est occupa quasi un terzo dell'intera superficie urbana, con un'estensione pari a 28,02 km². È nato dalla fusione di due dei quartieri precedentemente esistenti: il quartiere 5 Brenta-Venezia ed il quartiere 6 Forcellini-Camin. Si suddivide nei seguenti rioni: Ponte di Brenta, San Lazzaro, Mortise, Torre, Pio X, Stanga, Forcellini, Terranegra, San Gregorio, Camin e Granze.
La popolazione residente nel quartiere 3 Est al 31 dicembre 2006 è complessivamente di 38.583 persone, pari al 18,35% dei residenti nel Comune. Nel 2006 la popolazione anziana oltre i 75 anni di età rappresenta l'11,04% dei residenti, mentre i giovani con meno di 18 anni hanno una significativa presenza (rappresentano il 15,42% della popolazione).
La popolazione straniera residente nel quartiere registra un andamento crescente passando da 3.600 nel 2005 a 3.701 nel 2006 ed è pari al 9,60% dell'intera popolazione del quartiere.

Il Quartiere 4 è situato nella zona Sud-Est di Padova e si estende su una superficie di 17,58 km². Si possono distinguere tre zone principali: la prima si estende tra il Centro Storico e il Canale Scaricatore comprendendo via Facciolati, i rioni Santa Rita, Sant'Osvaldo, Madonna Pellegrina, Città Giardino, Santa Croce e San Paolo; la seconda

zona comprende i rioni di Voltabarozzo, Crocifisso, Bassanello e Guizza; la terza zona si estende dalla seconda zona al confine con i paesi di Ponte S. Nicolò e Albignasego.
Con una popolazione di 47.338 abitanti (al 31.12.2006), è il quartiere con il numero maggiore di residenti del Comune. Nel quartiere abita il 22,51% dei cittadini patavini.
L'10,83% dei residenti ha più di 75 anni e il 30,37% ha oltre i 60 anni.
La presenza di cittadini stranieri è inferiore rispetto ad altri quartieri, gli stranieri rappresentano al 7,75% dell'intera popolazione del quartiere. Tuttavia la popolazione straniera residente nel quartiere fa registrare un andamento crescente, passando da 3.392 nel 2005 a 3.669 nel 2006.

Il Quartiere 5 Sud Ovest si estende su una superficie di 14,05 km². Il territorio è situato nella zona sud-ovest di Padova e si configura come l'aggregazione di cinque "unità urbane": Porta Trento Nord, Porta Trento Sud, San Giuseppe, Sacra Famiglia, Mandria.
Al 31 dicembre 2006 la popolazione residente risulta pari a 28.251 e rappresenta il 13,44% dell'intera popolazione del Comune di Padova. I residenti di età pari a 75 anni e oltre rappresentano il 12,92% dell'intera popolazione del quartiere, la popolazione con più di 60 anni rappresenta complessivamente il 32,41%. Il Quartiere 5 è secondo solo al Quartiere 1 per percentuale di abitanti anziani.
Gli stranieri residenti in quartiere rappresentano il 6,24% dell'intera popolazione, la percentuale più bassa registrata nei quartieri cittadini, anche in questo caso tuttavia la popolazione straniera è in crescita, in un anno (dal 31.12.2005 al 31.12.2006) è stato registrato un incremento pari al 4,38%.

Il Quartiere 6 si estende su una superficie di 21,88 km². È situato nella zona Ovest di Padova e confina a nord con il comune di Limena e ad ovest con i comuni di Villafranca Padovana, Rubano e Selvazzano Dentro. Il territorio comprende i rioni di Brusegana, Cave, Bretelle, Sant'Ignazio, Montà, Ponterotto, Sacro Cuore e Altichiero.
I dati rilevano un generale incremento della popolazione del Quartiere, che passa da 31.047 abitanti nel 2005 a 31.175 nel 2006, pari al 14,83% della popolazione cittadina. Gli anziani con più di 75 anni nel 2006 sono pari all'10,73% del totale e la popolazione con più di 60 anni è del 27,06%, mentre i giovani sotto i 18 anni corrispondono al 16,23%; è il quartiere che presenta la maggiore percentuale di giovani fino a 18 anni. Gli stranieri residenti nel 2006 sono 2.778, pari all'8,9% della popolazione, con un incremento del 12,31% rispetto al 2005.

Un breve cenno merita la distribuzione della popolazione straniera nei quartieri di Padova.

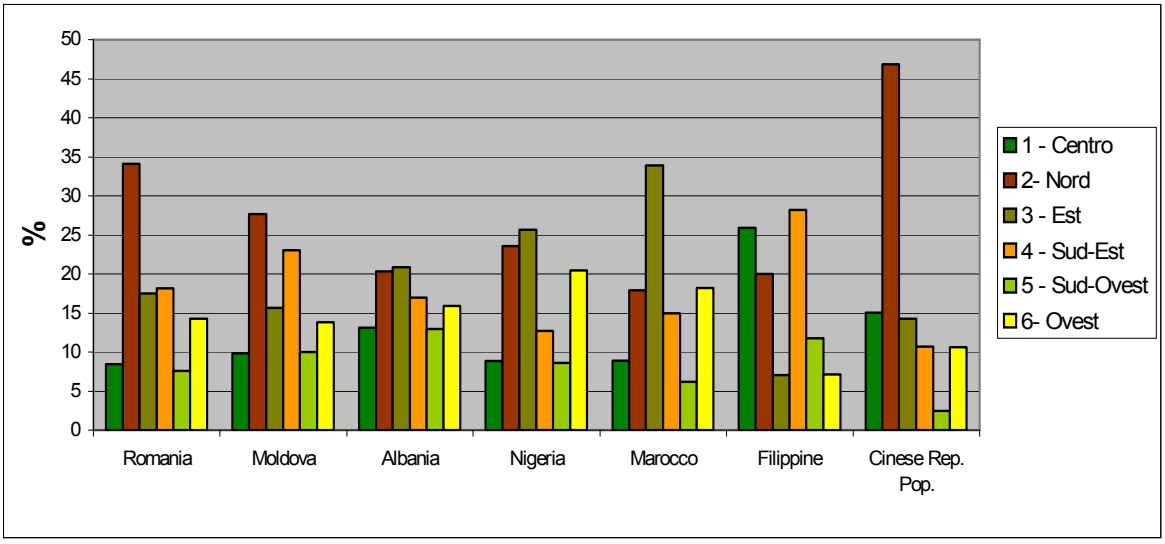
I residenti con cittadinanza straniera nel Comune di Padova al 31.12.2006 rappresentano il 9,35% della popolazione, come evidenziato dai dati sopra illustrati, la percentuale di residenti stranieri varia, anche considerevolmente, tra quartiere e quartiere.

Le differenze fra quartieri risultano ancora più evidenti se si considera la distribuzione per cittadinanza degli stranieri, come illustrato dal grafico 4.21.

Al 31 dicembre 2006 la cittadinanza maggiormente presente nel comune è quella romena con 4.197 abitanti, la loro presenza si concentra prevalentemente nel quartiere Nord.

Seguono Moldavia e Albania con rispettivamente 2.372 e 1.621 residenti. I cittadini moldavi sono più concentrati nel quartiere Nord, gli albanesi mostrano una distribuzione più uniforme sul territorio cittadino.

Grafico 4.21: Distribuzione percentuale per cittadinanza straniera nei quartieri del Comune di Padova – Anno 2006.



Fonte Comune di Padova – Settore Programmazione Controllo Statistica

Nigeria e Marocco registrano un totale di presenze nel comune quasi equivalente, 1.366 il primo paese, 1.358 il secondo; entrambi sono distribuiti per la maggior parte nel quartiere Est. Si segnala la presenza di due comunità nigeriani una nel quartiere Nord e una nel quartiere Ovest.

Infine, tra i paesi maggiormente rappresentati nel comune, seguono Filippine e Repubblica Popolare Cinese con rispettivamente un totale di 1.224 e 923 residenti.

I filippini sono più concentrati nel quartiere Sud-Est e Centro, con una discreta presenza nel quartiere Nord.

I cinesi registrano una fortissima concentrazione nel quartiere Nord, dove risiede circa la metà dei residenti a Padova con cittadinanza cinese.

4.3.2 La percezione dei cittadini

Le cartoline pervenute sono state 2.612, di cui 2.484 compilate da cittadini residenti nel Comune di Padova; la tabella 4.27 mostra la distribuzione per quartiere delle cartoline compilate.

Il quartiere in cui si è registrata la maggiore risposta è il Quartiere 4 Sud-Est, ciò è dovuto solo in parte alla numerosità degli abitanti del posto, che abbiamo visto essere il più popolato quartiere di Padova. il risultato così positivo è legato all'impegno particolare per il quale si sono distinti gli appartenenti al Tavolo di lavoro intergrato, e soprattutto all'adesione, che hanno ottenuto, di un Medico di Medicina Generale che ha speso parte del suo tempo per illustrare l'iniziativa ai suoi assistiti, 500 circa dei quali hanno compilato il questionario. Ad ulteriore conferma del ruolo chiave che può essere giocato dai Medici di Medicina Generale, nei casi in cui queste figure professionali aderiscano attivamente ad un'iniziativa di tal genere.

Tabella 4.27: Cartoline compilate per residenza dei cittadini (frequenza e percentuale) – percentuale di cartoline compilate per abitanti residenti (nei sei quartieri di Padova).

residenza dei cittadini	**cartoline raccolte**		**% cartoline compilate/abitanti**
	frequenza	%	
quartiere 1	278	10,64%	1,03%
quartiere 2	202	7,73%	0,53%
quartiere 3	274	10,49%	0,71%
quartiere 4	1030	39,43%	2,18%
quartiere 5	356	13,63%	1,26%
quartiere 6	344	13,17%	1,10%
non residenti	128	4,90%	
totale Comune di Padova	2484	95,10%	
totale tutte le sedi	2612	100,00%	

Altro dato rilevante è l'adesione dei cittadini del Quartiere 2 Nord, la cui amministrazione di quartiere non ha aderito al progetto. Il coinvolgimento di soggetti che svolgono la loro attività in questo territorio, quali i medici, i Servizi socio-sanitari, le associazioni, hanno permesso l'estensione anche a questi cittadini della campagna di sensibilizzazione fino a raggiungere l'obiettivi della compilazione delle cartoline.

Lo stesso dicasi per il 4,90% delle cartoline che sono state compilate da cittadini di comuni limitrofi a Padova;in alcune sedi degli enti coinvolti, transitano anche utenti residenti fuori dal confine patavino.

Le persone che hanno aderito all'iniziativa sono prevalentemente di sesso femmine, come avviene in genere sia nei sondaggi d'opinione sia nelle ricerche condotte tramite somministrazione di questionario.

Un risultato interessante ottenuto è l'adesione di soggetti appartenenti alle diverse classi d'età: tutte le fasce di età sono rappresentate a partire dai 5 anni fino ad oltre gli 80 (grafici 4.22, 4.23).

Grafico 4.22: Genere del campione.

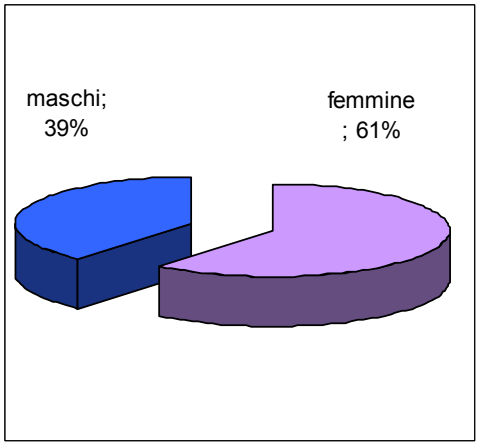
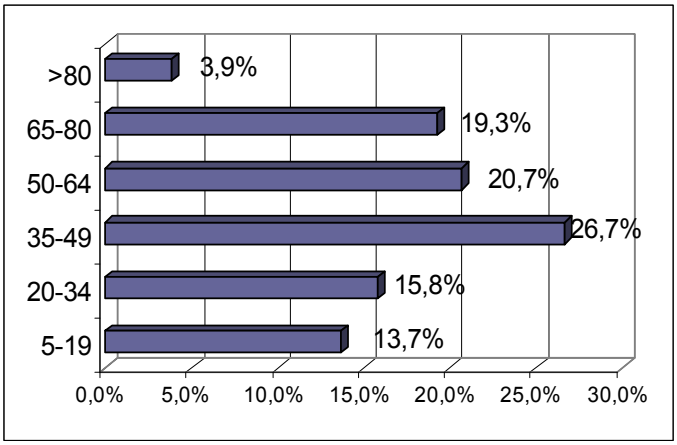


Grafico 4.23: Distribuzione del campione per età.



La cartolina richiedeva di esprimere un giudizio su alcuni determinanti della salute. Il giudizio doveva essere espresso con voto su una scala da 0 a 10. Questo sistema di valutazione è stato scelto in quanto immediato da comprendere, richiama infatti una scala di valutazione di uso comune. I giudizi uguali o superiori a 6 sono considerati giudizi positivi, i giudizi uguali od inferiori a 5 negativi.

Il giudizio che si chiede di esprimere è un giudizio riferito al quartiere di appartenenza, questo consente di mettere a confronto i diversi quartieri.

Per valutare lo scostamento del giudizio espresso dagli abitanti rispetto alla realtà, descritta attraverso dati oggettivi, disponili per gli ambiti indagati, sono state messe a confronto le due tipologie di dati analizzate.

Nell'insieme il giudizio espresso appare equilibrato: non sono stati attribuiti voti tutti negativi o tutti positivi; al contrario, dai dati raccolti, emerge un giudizio che differenzia i diversi ambiti indagati ed i diversi quartieri, con una buona aderenza, nella larga maggioranza dei casi, all'analisi condotta attraverso la misurazione di indicatori oggettivi[xix].

È stata smentita la preoccupazione riguardo alla capacità dei cittadini di riferirsi al proprio quartiere, sollevata nell'ambito dei Tavoli integrati di lavoro che evidenziavano uno scarso sentimento di appartenenza dei cittadini a queste realtà territoriali.

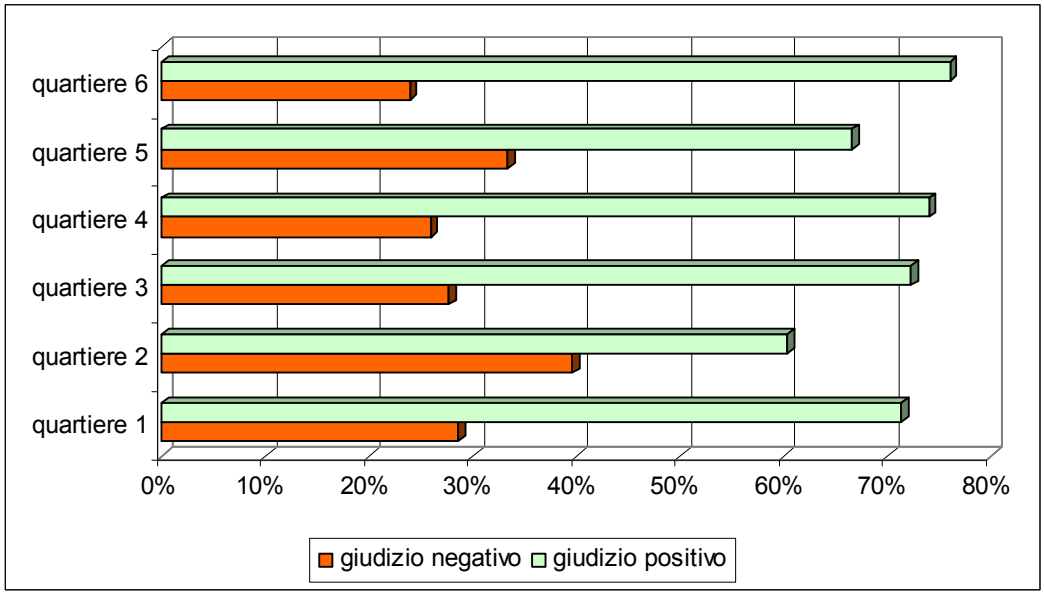
[xix] Elaborazione su dati Comune di Padova – Settore Programmazione Controllo Statistica riferiti agli anni 2003 e 2007.

Per ogni domanda vengono di seguito illustrati i risultati distinti in giudizi positivi e negativi per quartiere, e voto medio per quartiere. Sono inoltre riportati i dati più significati che permettono il confronto fra la percezione dei cittadini e l'analisi ambientale condotta attraverso il calcolo di indicatori.

DOMANDA 1: LE OPPORTUNITÀ DI MUOVERSI A PIEDI, CAMMINARE NEL TUO QUARTIERE

Il giudizio espresso dai cittadini rispetto alle possibilità offerte ai pedoni di spostarsi nel territorio del quartiere è risultato largamente positivo, per tutti i sei quartieri della città la percentuale di giudizi uguali o superiori alla sufficienza supera il 60% (grafico 4.24).

Grafico 4.24: Percentuale di giudizi positivi (≥6) e negativi (<6) alla domanda n. 1.



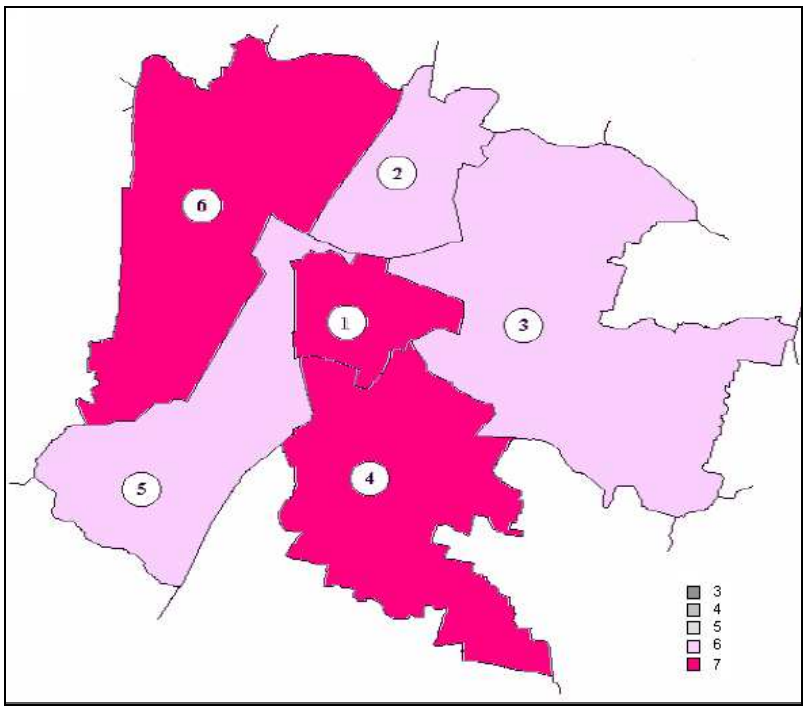
Il grafico 4.25 rappresenta il territorio comunale suddiviso nei sei quartieri, il territorio di ciascun quartiere assume una gradazione cromatica diversa a seconda del valore della media dei giudizi espressi dagli abitanti. Si può vedere come il voto medio sia pari a 7 per i quartieri 1, 4 e 6; mentre è pari a 6 per i quartieri 2,3 e 5.

Il giudizio dei cittadini sembra premiare le iniziative dell'amministrazione comunale a favore della pedonalità. Analizzando infatti i dati relativi alla superficie delle aree pedonali in città (dato non disponibile per quartiere), si evidenzia un incremento pari al 42% della stessa nell'arco di tempo di due anni (dal 2005 al 2007), superficie che era rimasta invariata nei cinque anni precedenti.

Negli anni 2006 e 2007, inoltre, numerosi interventi di riqualificazione dei marciapiedi e degli attraversamenti pedonali hanno interessato tutti i quartieri.

Infine maggiore sicurezza è stata raggiunta grazie all'estensione delle zone a traffico limitato, la cui superficie totale è aumentata del 38% dal 2003 al 2006. In queste zone infatti è diminuito il traffico veicolare che rappresenta la principale fonte di pericolo per i pedoni.

Grafico 4.25: Giudizio espresso dai cittadini alla domanda n. 1, media dei voti per quartiere.



DOMANDA 2: LE OPPORTUNITÀ DI MUOVERSI IN BICICLETTA IN CITTÀ

Di segno opposto è il giudizio espresso riguardo le opportunità di muoversi in bicicletta in città. Solo nel quartiere 6 prevalgono i giudizi positivi, solo in questo quartiere il voto medio raggiunge la sufficienza (grafici 4.26, 4.27). Nei quartieri 1 e 2 pur essendo la maggioranza dei giudizi di segno negativo, i giudizi positivi superano il 40%.

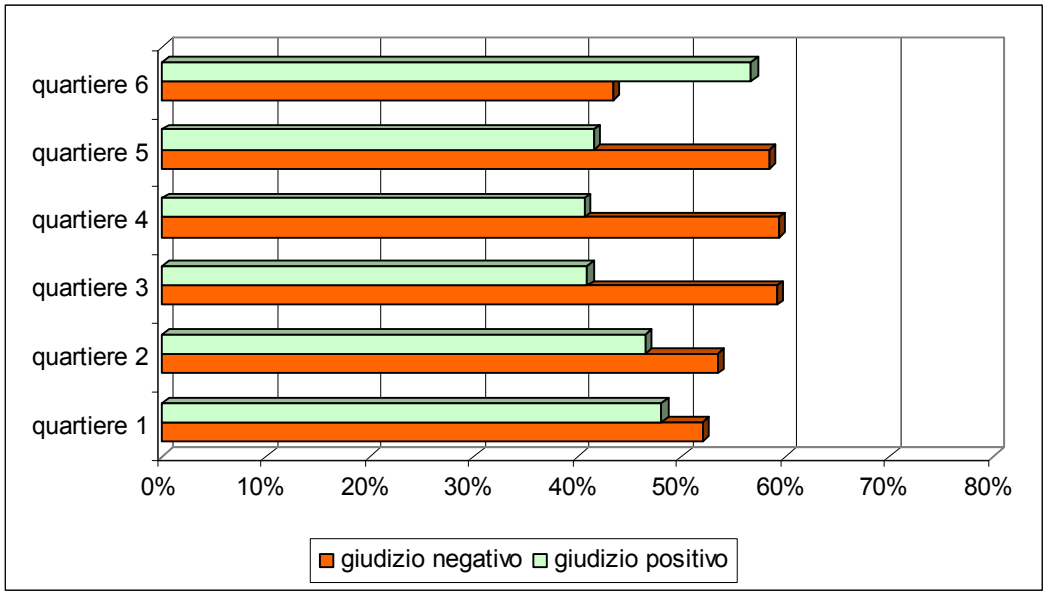
Nonostante la lunghezza complessiva delle piste ciclabili sia aumentata del 31% dal 2003 al 2006, la percezione dei cittadini che hanno aderito all'iniziativa esprime delle attese ancora non del tutto soddisfatte.

Considerazioni interessanti si possono trarre dall'analisi i dati relativi alla lunghezza delle piste ciclabili ed al così detto "indice di paragone", che esprime il rapporto tra la lunghezza delle piste ciclabili e la superficie del quartiere (tabella 4.28).

Il Quartiere 6, che ottiene giudizi positivi da parte dei cittadini, è il quartiere con la maggiore lunghezza di piste ciclabili ed allo stesso tempo un buon indice di paragone.

Al contrario il Quartiere 3, che ha riscosso giudizi negativi, è il secondo per lunghezza di piste ciclabili, che si avvicina al dato relativo al Quartiere 6; a differenza di quest'ultimo però, presenta un basso indice di paragone.

Grafico 4.26: Percentuale di giudizi positivi (≥6) e negativi (<6) alla domanda n. 2.



Fra i rimanenti quartieri, il Quartiere 1 ed il Quartiere 2 hanno i più alti indici di paragone tuttavia i giudizi espressi dai cittadini hanno segno negativo. Il dato relativo al Quartiere 1 può essere in parte spiegato dalle peculiarità della viabilità: le strade sono strette e le piste ciclabili non possono essere separate dalla viabilità dei veicoli a motore, spesso quindi sono invase da auto o moto in corsa o sono occupate da mezzi in sosta. Il Quartiere 2 si caratterizza invece per la presenza di strade a scorrimento veloce con punti di attraversamento che si sono spesso rivelati pericolosi per pedoni e biciclette.

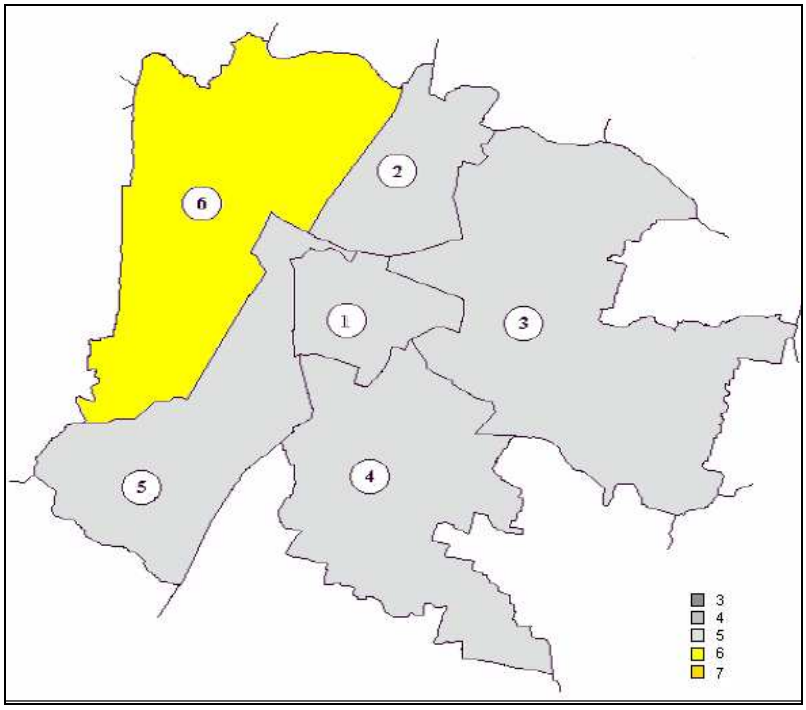
Infine l'alta percentuale di giudizi negativi nel Quartiere 3 e nel Quartiere 4 può essere giustificata da una lunghezza esigua delle piste ciclabili associata ad un basso indice di paragone.

Tabella 4.28: Cartoline compilate per residenza dei cittadini (frequenza e percentuale) – percentuale di cartoline compilate per abitanti (nei sei quartieri di Padova).

Residenza dei cittadini	Lunghezza piste ciclabili nel quartiere (a)	Superficie del quartiere(b)	Indice di paragone (a)/(b)
quartiere 1	278	10,64%	1,03%
quartiere 2	202	7,73%	0,53%
quartiere 3	274	10,49%	0,71%
quartiere 4	1030	39,43%	2,18%
quartiere 5	356	13,63%	1,26%
quartiere 6	344	13,17%	1,10%

Elaborazione su dati Comune di Padova – Settore Programmazione Controllo Statistica

Grafico 4.27: Giudizio espresso dai cittadini alla domanda n. 2, media dei voti per quartiere.



DOMANDA 3: L'ARIA CHE SI RESPIRA NEL TUO QUARTIERE

L'aria che si respira riceve un giudizio prevalentemente negativo in cinque quartieri su sei. Il giudizio medio risulta insufficiente in tutto il territorio comunale. Sono tuttavia evidenti differenze tra i quartieri; se nel quartiere 2 più del 70% esprime un giudizio negativo, nel quartiere 4 questa percentuale scende a poco più del 50% (grafico 4.28).

Positivo è il giudizio espresso dai cittadini residenti nel quartiere 6, anche se con una percentuale vicina al 50%.

Il giudizio medio risulta insufficiente in tutto il territorio comunale, tuttavia i quartieri si differenziano per entità dell'inquinamento atmosferico, così come viene percepito dagli abitanti (grafico 4.29).

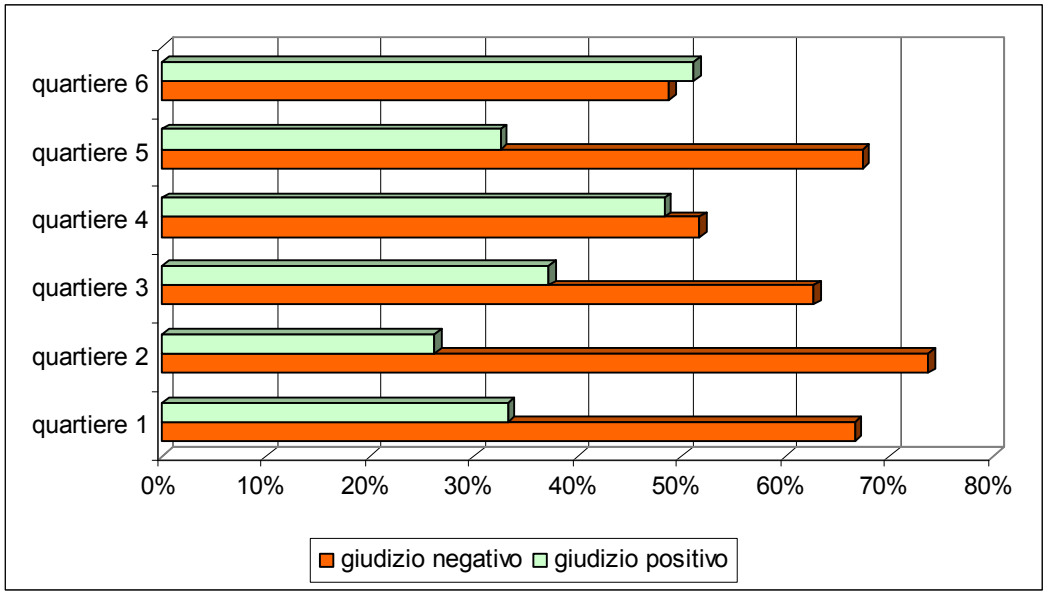
Padova, come altre città venete capoluogo di provincia, è fra le città in cui gli inquinanti atmosferici superano più frequentemente i limiti di norma.

La cattiva qualità dell'aria in città è un problema noto ai Servizi comunali, come evidenziano i dati illustrati nei paragrafi precedenti.

Il questionario ha messo in evidenza la corretta percezione del fenomeno da parte degli abitanti, inoltre, esprimendo giudizi tanto più negativi quanto maggiore è il traffico veicolare nel territorio, dimostrano di riconoscere nel traffico la principale fonte di inquinamento cittadina.

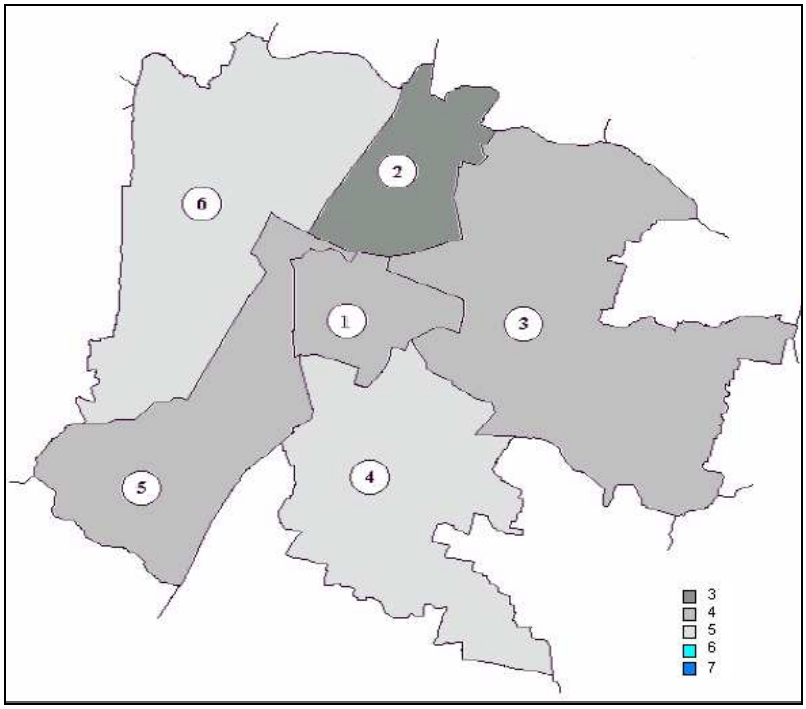
Recenti indagini mettono in evidenza come il problema dell'inquinamento atmosferico sia fra le principali fonti di preoccupazione dei cittadini specie nelle città[41,42].

Grafico 4.28: Percentuale di giudizi positivi (≥6) e negativi (<6) alla domanda n. 3.



Se da un lato aumenta la percezione del rischio per la salute legato all'esposizione agli inquinanti atmosferici, dall'altro non mutano gli stili di vita individuali che spesso sono caratterizzati dall'utilizzo eccessivo del mezzo automobilistico. Le politiche di limitazione del traffico trovano spesso l'opposizione dei cittadini, in particolare di alcune categorie.
Anche nel Comune di Padova, ad esempio, l'estensione della zona centrale a traffico limitato è stata accompagnata dalla contestazione dei negozianti che operano nel centro cittadino.

Grafico 4.29: Giudizio espresso dai cittadini alla domanda n. 3, media dei voti per quartiere.



DOMANDA 4: GLI SPAZI VERDI (argini, parchi, giardini, ecc.) NEL TUO QUARTIERE

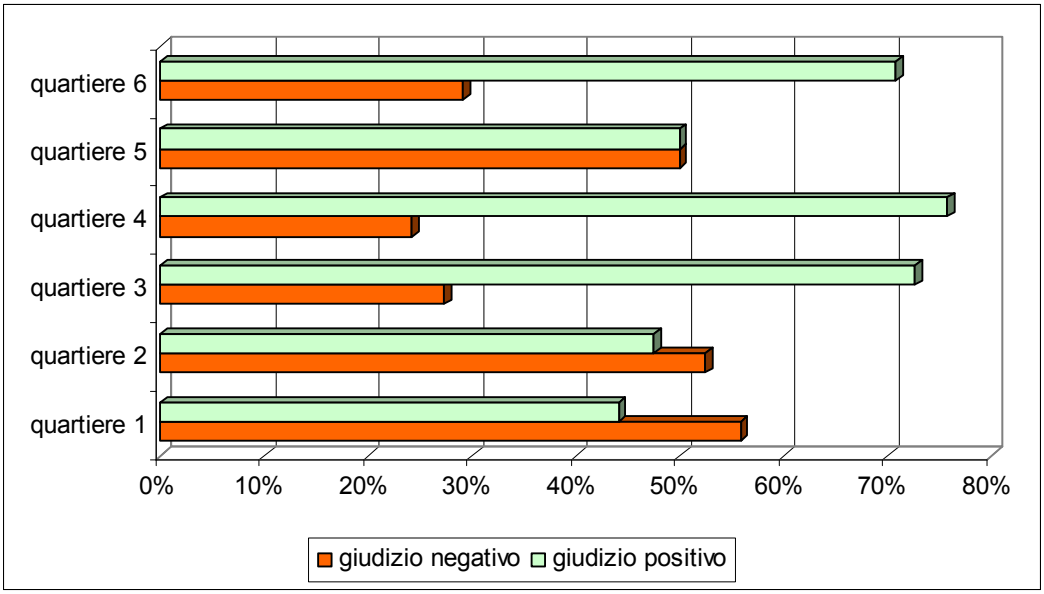
Il giudizio espresso dagli abitanti in merito agli spazi verdi, fa emergere differenze note tra i quartieri cittadini, legate prevalentemente ai peculiari sviluppi urbanistici che hanno interessato, in tempi diversi, il territorio della città di Padova.

Una prevalenza di giudizi negativi si registra solo nel Quartiere 1 e nel Quartiere 2 che, come descritto sopra, sono i quartieri con la più alta densità di abitazioni.

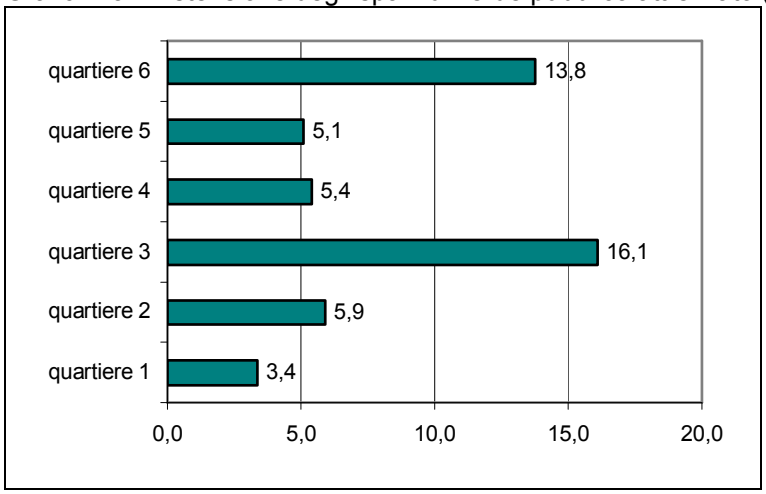
Giudizi positivi si raccolgono, invece, fra gli abitanti residenti nel Quartiere 5 e nel Quartiere 6.

I dati di percezione raccolti sono stati messi a confronto con l'estensione degli spazi di verde pubblico attrezzato (misurati in mq per abitante, grafico 4.31).

Grafico 4.30: Percentuale di giudizi positivi (≥6) e negativi (<6) alla domanda n. 4.



Grafici 4.31: Estensione degli spazi di verde pubblico attrezzato (mq per abitante) – anno 2006.



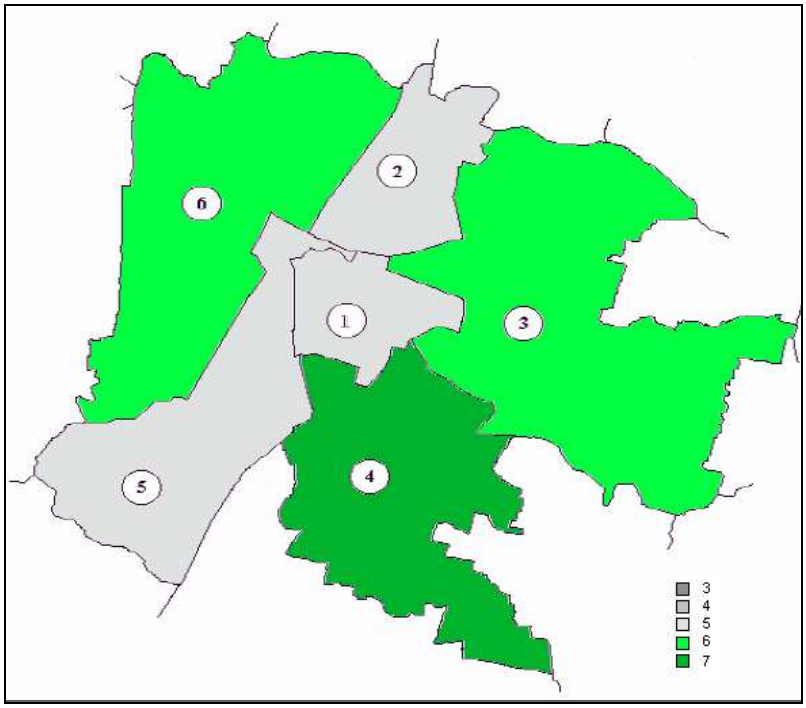
Elaborazione su dati Comune di Padova – Settore Programmazione Controllo Statistica

Dal confronto emerge una corrispondenza fra l'estensione degli spazi verdi attrezzati e la percentuale di giudizi positivi espressi dai cittadini dei quartieri.

Fa eccezione il Quartiere 4, che fa registrare la più alta percentuale di voti positivi ed il voto medio più alto, pari a 7, pur non disponendo di una grande superficie di verde attrezzato. Questo dato è espressione delle caratteristiche peculiari delle diverse zone abitate che fanno parte del quartiere. Il territorio del Quartiere 4, infatti, comprende alcuni rioni che presentano uno sviluppo urbanistico a carattere estensivo, con abitazioni di pochi piani e la presenza di giardini privati. Inoltre comprende un lungo argine percorribile sia a piedi che in bicicletta. Infine al quartiere appartengono alcune aree agricole al confine con i comuni di Ponte San Nicolò e Voltabarozzo. Queste peculiarità fanno del Quartiere 4, certamente il quartiere più "verde" della città di Padova.

Quanto descritto fa emergere l'esigenza di individuare un indicatore più adeguato per misurare il verde cittadino, che permetta di valutare anche alcune caratteristiche urbanistiche e la presenza di aree verdi private.

Grafico 4.32: Giudizio espresso dai cittadini alla domanda n. 4, media dei voti per quartiere.



DOMANDA 5: L'INSIEME DEI SERVIZI SANITARI IN CITTÀ (medico di base, distretto, ospedale).

La proposta di includere nel questionario rivolto ai cittadini, un quesito che indagasse il giudizio in merito ai servizi sanitari offerti in città, è emersa dal confronto nell'ambito dei Tavoli integrati di lavoro dei quartieri, ai quali hanno aderito Medici di Medicina Generale e

i Distretti Socio Sanitari. Il giudizio espresso nei riguardi dei servizi sanitari è largamente positivo (grafici 4.33, 4.34) e conferma quello che numerose indagini relative alla soddisfazione dei cittadini, condotte a livello locale e nazionale, hanno già evidenziato. È un risultato in linea con la valutazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che colloca il Sistema Sanitario Nazionale Italiano al secondo posto nel mondo per qualità e completezza dell'assistenza sanitaria[43].

Grafico 4.33: Percentuale di giudizi positivi (≥6) e negativi (<6) alla domanda n. 5.

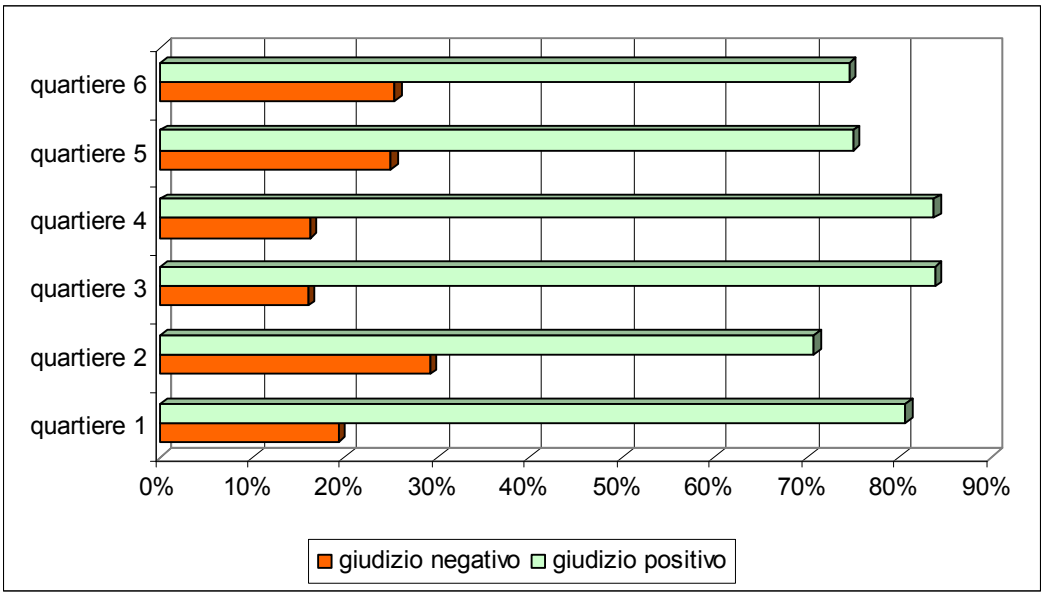
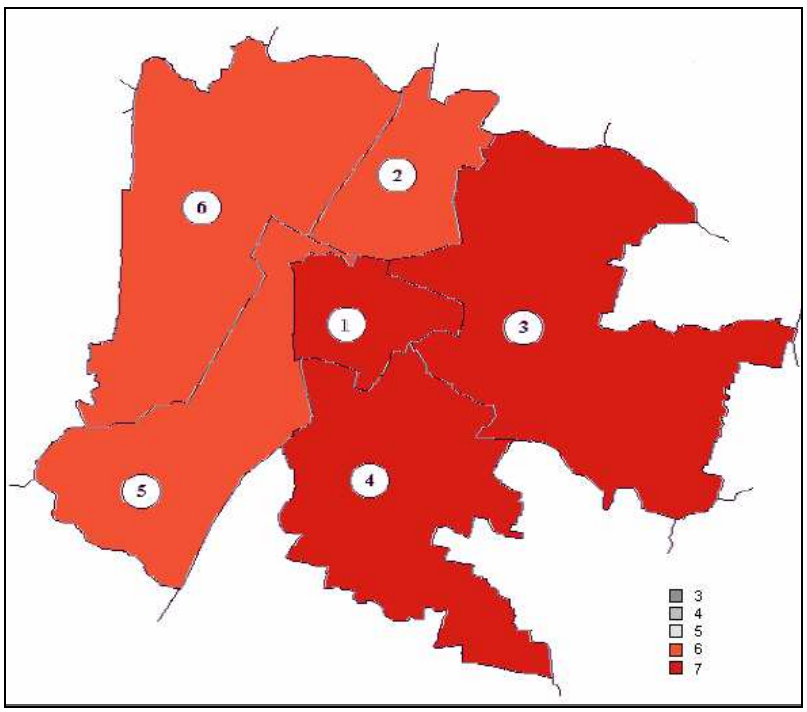


Grafico 4.34: Giudizio espresso dai cittadini alla domanda n. 5, media dei voti per quartiere.



NOTE CONCLUSIVE

In conclusione di questo paragrafo, merita uno sguardo di insieme il voto medio assegnato a ciascun ambito indagato nei sei quartieri e il voto medio comunale.

Nell'insieme si può affermare che i cittadini esprimono un giudizio positivo nei riguardi delle opportunità di muoversi a piedi e dei servizi sanitari. In entrambi i casi il parere espresso dai cittadini è favorevole in tutti i quartieri. In particolare per quanto concerne la pedonalità i Quartieri 1, 4 e 7 esprimono un giudizio molto positivo (voto medio 7).

Il giudizio peggiore si registra per l'aria (voto medio 4), in quest'ambito i voti nei singoli quartieri sono tutti da insufficienti a gravemente insufficienti.

Una insufficienza non grave si registra per la possibilità di muoversi in bicicletta (voto medio 5), situazione uniforme in quasi tutti i quartieri, fa eccezione il quartiere sei, i cui abitanti esprimono un giudizio positivo (voto medio 6).

Un voto vicino alla sufficienza viene espresso nei riguardi degli spazi verdi, tuttavia i giudizi sono positivi in tre quartieri su sei con voto medio pari a sette nel quartiere quattro.

Tabella 4.29: Voto medio alle domande suddiviso per quartiere e nel Comune di Padova.

	voto medio				
LOCALITA'	domanda 1	domanda 2	domanda 3	domanda 4	domanda 5
Quartiere 1	7	5	4	5	7
Quartiere 2	6	5	3	5	6
Quartiere 3	6	5	4	6	7
Quartiere 4	7	5	5	7	7
Quartiere 5	6	5	4	5	6
Quartiere 6	7	6	5	6	6
Comune Padova	6,5	5,0	4,0	5,5	6,5

La campagna comunicativa "Come va?" aveva lo scopo di sensibilizzare la cittadinanza su tematiche riguardanti la salute propria e della città, raccogliendo le percezioni espresse dai cittadini senza la pretesa di condurre un'indagine statisticamente significativa.

I dati raccolti con le cartoline interattive ci consentono tuttavia alcune considerazioni.

Il voto complessivo dei cittadini si avvicina alla sufficienza, fatta eccezione per il parere negativo nei confronti della qualità dell'aria, le cui cattive condizioni rappresentano problema di dimensioni più ampie rispetto, non solo locali.

I giudizi espressi, rapportati alle numerose azioni ed iniziative proposte in questi ultimi anni dall'amministrazione per migliorare la città e la sua vivibilità, potrebbero far supporre che l'impegno non venga riconosciuto. Di fatto non sono pareri assoluti e definitivi sull'operato dell'Amministrazione comunale, perché non sono riferiti solo a ciò che è stato

compiuto, ma sono anche manifestazione delle singole e legittime aspettative spesso influenzate da fattori diversi, quali ad esempio pregiudizi, fatti di cronaca, ecc.
Un giudizio vicino alla sufficienza quindi può essere letto come una base di partenza, perché indica un riconoscimento del lavoro fin qui svolto, ma allo stesso tempo vuole segnalare che c'è ancora spazio per apportare cambiamenti positivi. Ed è proprio il miglioramento della salute della città l'obbiettivo che amministratori e cittadini devono condividere e perseguire nel tempo in una significativa alleanza.
Il ruolo della comunicazione in quest'ambito diventa cruciale. Va costruito un rapporto con il cittadino, di volta in volta rafforzato, e questo richiede un impegno costante e duraturo. Comunicare non è solo informare, ma saper ascoltare, capire i suggerimenti, cogliere le segnalazioni dei cittadini, in una condivisione di valori. È necessario quindi creare anche una relazione di fiducia tra cittadino ed amministrazione che dia legittimità all'azione pubblica. In quest'ottica il cittadino non sarà considerato solo come utente dei servizi, ma anche come protagonista o possibile partner, in un percorso di partecipazione attiva.
Questo cambiamento deve avvenire non solo in seno all'amministrazione comunale, ma anche per il cittadino, che in un ruolo attivo si assume le proprie responsabilità di "cittadino competente" che conosce, agisce ed esprime giudizi finalizzati al cambiamento.
Ma questo non basta: una volta ascoltate le aspettative, è necessaria la capacità di conseguire dei risultati e soprattutto rendere conto di ciò che è stato fatto attraverso una comunicazione e un dialogo trasparente. È questa la fase cruciale, cioè la costruzione della fiducia, in cui il Comune gioca la propria credibilità: la realizzazione e il mantenimento degli impegni presi attraverso la restituzione dei risultati in un confronto aperto alla discussione.

5. CONCLUSIONI

Gran parte dei problemi ambientali e quindi di salute, da quelli locali a quelli globali, hanno origine proprio nelle città dove si concentra la maggioranza delle popolazioni e delle attività umane. Le città rappresentano perciò non solo un punto il riferimento delle contraddizioni socio-sanitario-ambientali, ma anche il punto di riferimento in positivo per la promozione della salute e dello sviluppo sostenibile.

La costruzione del Profilo di Salute della città si inserisce nel processo continuo finalizzato alla valorizzazione della salute ed alla sua tutela, per questo motivo la metodologia seguita è fondata su tre principi che costituiscono insieme le fondamenta del Profilo e le direttrici da seguire per la sua elaborazione:

1. l'integrazione,
2. il coinvolgimento,
3. la costruzione continua.

Intendere il Profilo di Salute come un processo, significa costruire un progetto che è sempre in tensione verso un'evoluzione, un avanzamento, un continuo miglioramento. Creare strumenti e metodi sempre più idonei alla rilevazione, per individuare e definire chiaramente i bisogni, significa poter rispondere con strategie appropriate, favorendo una sinergia tra politiche della salute e politiche cittadine. Questo è possibile solo grazie alla comunicazione, alla condivisione e alla collaborazione tra tutti gli attori dei diversi settori che operano nel campo della salute (istituzioni, servizi sanitari, servizi sociali, privato sociale e terzo settore…).

La realizzazione del Profilo di Salute non ha rappresentato un semplice atto formale teso a raccoglie una serie di dati che descrivessero lo stato di salute della città; bensì, fin dalle fasi di raccolta dei dati, è stato pensato e proposto come un processo che avrebbe portato alla conoscenza condivisa, di operatori, professionisti, politici e cittadini, delle potenzialità e dei rischi per la salute propri della comunità locale.

Il progetto si è affidato all'attivazione dei diversi soggetti, proprio per far crescere la consapevolezza di essere soggetti attivi nella rete e quindi co-responsabili della sua stessa esistenza e del suo funzionamento. La rete non è semplicemente un elenco di servizi e soggetti, ma è l'insieme di tali soggetti e servizi che si mettono in relazione tra loro per raggiungere obiettivi condivisi. E questa è stata l'occasione per esercitare questa capacità, nello spirito autentico dell'OMS e del progetto "Città sane". I soggetti coinvolti hanno avuto la possibilità di confrontarsi e riconoscersi negli obbiettivi e nelle difficoltà gli

uni degli altri, uscendo dagli schemi tradizionali fatti di linguaggi specifici e di autoreferenzialità.
Ciascuno ha iniziato a comprendere che la cooperazione intersettoriale è fondamentale nel processo di pianificazione; la sua adozione consente di minimizzare la duplicazione, la sovrapposizione e la confusione degli interventi, ottimizzando i tempi, l'uso delle risorse e i risultati.
Dallo scambio tra i diversi soggetti è emersa l'importanza del coinvolgimento dei cittadini ed allo stesso tempo la difficoltà nel realizzarlo. Il metodo più efficace per promuovere una nuova cultura della salute è favorire la partecipazione attiva dei cittadini, coinvolgere direttamente la cittadinanza permette di individuare insieme i problemi e condividere le soluzioni.
La campagna di sensibilizzazione intrapresa ha mosso i primi passi in questa direzione, ha portato alla raccolta di informazioni relative alla percezione dei cittadini, che si sono dimostrati competenti nell'esprimere giudizi.
Le scelte di identificare il quartiere come l'unità di riferimento per costruire insieme il Profilo di Salute non si è potuta verificare, anche per l'obiettiva debolezza che le commissioni del consiglio di Circoscrizione hanno rispetto al compito di attivazione al quale erano state chiamate. Inoltre le associazioni, i medici e i pediatri e in parte anche alcuni servizi non sentono il Quartiere come un riferimento significativo per costruire una rete. Rimane quindi la convinzione che questa sia una strada da seguire, ma occorre investire in professionalità e in organizzazione.
Gli strumenti utilizzati, pur nella loro semplicità, si sono rivelati adeguati, rispetto agli scopi per cui erano strati preparati. Alla luce dell'esperienza vanno soltanto affinati, specialmente per quanto riguarda la formulazione delle attività, in modo da evitare possibili equivoci e per facilitare anche l'attribuzione dell'impegno che alle attività stesse si rivolge. La metodologia seguita è finalizzata alla costruzione di un Profilo di Salute propedeutico all'elaborazione di un Piano integrato di Salute, strumento di guida e di governance che può offrire validi suggerimenti nella formulazione dei piani specifici, per questo fondamentali risultano le indicazione sullo stato della rete e sulla capacità di quest'ultima di rispondere alle esigenze delle diverse categorie di abitanti.
L'auspicio è che il progetto non rimanga, per l'amministrazione comunale, un episodio, ma possa costituire un precedente, una "buona pratica" che innesca nuove azioni, per raccogliere progressivamente nuove adesioni; allora anche i dati potranno diventare sempre più attendibili e rappresentativi di una realtà e potranno geo-referenziarsi sul territorio.

Bibliografia

1. World Health Organization, Regional Office for Europe. *City planning for health and sustainable development*. World Health Organization; Copenhagen, 1997.
2. Unione Europea. *Programma d'azione comunitaria in materia di Sanità Pubblica 2003-2008*. Decisione 1786/2002/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio d'Europa, 23 settembre 2002. http://europa.eu/scadplus/leg/it/cha/c11503b.htm.
3. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Community participation in local health and sustainable development – Approaches and Techniques*. World Health Organization; Copenhagen, 2002.
4. Kaltenthaler E., Meheswaran R., Beverley C. *Population-based health indexes: a systematic review*. Health Policy 2004; 68: 245-255.
5. World Health Organization, Regional Office for Europe. *City health profiles – a review of progress*. World Health Organization; Copenhagen, 1998.
6. Ellaway A., Macintyre S., Bonnefoy X.. *Graffiti, greenery and obesity in adults: secondary analysis of European cross sectional study*. BMJ 2005; 331 (17): 1234-1242.
7. Semenza J.C. *The intersection of urban planning, art and public health: the Sunnyside Piazza*. Am J Public Health 2003; 3 (9): 1439-1441.
8. World Health Organization. *Constitution of World Health Organization*. World Health Organization; Geneva, 1948. In: WHO basic documents. 40th ed. Geneva, World Health Organization, 1994.
9. World Health Organization. *Ottawa Charter for Health promotion*. Ottawa, 1986. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2.
10. World Health Organization. *Le Raccomandazioni di Adelaide*. Adelaide; Aprile,1988. http://www.retehphitalia.it/allegati/adelaide%20raccomandazioni.htm
11. World Health Organization. *La Dichiarazione di Sundsvall – Gli ambienti favorevoli alla salute*. Sundsvall; 1991. http://www.retehphitalia.it/allegati/sundsvall%20rapporto.htm
12. Acheson D. *Achenson Report – Indipendent iniquiry into inequalities in health*. London, 1998. http://www.archive.offcial-documents.co.uk/documenti/doh/ih/contents.htm
13. Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007*. Roma, 2005. http://www.ccm-network.it/documenti_ccm/normativa/linee_operative_1.pdf
14. Ministero della Salute. *Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*.Roma, 2006. http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/316/PSN_2006_08.pdf

15. Regione Veneto. *Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007*. Venezia, 2004. http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/DRG3846del3dic04_pianificaz2005-2007_allegato.pdf
16. ULSS 16. *Piano di zona dei servizi alla persona 2007-2009*. Padova, 2007. http://news.ulss16.padova.it/NEWS/stampa?idnotizia=946&idargomento=31&idlingua=it
17. Flowers J., Hall P., Pencheon D. *Mini-symposium – Public health observatories. Public Health indicators.* Public Health 2005; 119: 239-245.
18. European Union. *Public health indicators for Europe: context, selection, definition. Final Report by the ECHI project phase II*. Bruxelles 2005. http://www.healthindicators.org/ICHI/(fe2mq13gj55yu4bympfy5n55)/PDF/ECHI-2%20Final%20report%20June%2020.pdf
19. Lalonde M. *A new perspective on the health of the Canadians*. Ministry of National Health and Welfare; Ottawa, 1974.
20. World Health Organization. *International Compendium of Health Indicators (ICHI)*, *Version 1.1.* WHO Regional Office for Europe; Copenhagen, 1999.
21. Kelley E., Hurst J. *OECD Expert Group on the Health Care Quality Indicator Project - Criteria for selecting indicators*. 2006. http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/18/suppl_1/21?ijkey=BT8Q5QCoHyR1w&keytype=ref&siteid=intqhc
22. Associazione Italiana Medici per l'Ambiente – ISDE Italia, ISS, Regione Toscana. *Atlante della mortalità evitabile nelle città capoluogo di provincia - 2ª ed., 2005*. Arezzo, 2005.
23. Università di Tor Vergata, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Esis, Nebo Farmindustria. *Prometeo. Atlante della Sanità Italiana -1999*. Esis – Edizioni Studi e Servizi di Interesse Sanitario S.r.l.; Roma, 1999.
24. World Health Organization. *Obiettivi regionali della salute per tutti - Adottati dal comitato regionale OMS per l'Europa nella sua 48° sessione*. Copenaghen, 1998. http://www.cispiemonte.it/cedo/allegati/1049_21obiettivi_italiano.pdf
25. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Twenty steps for developing a Healthy Cities project*. 3rd Edition. World Health Organization; Copenhagen, 1997.
26. Rete Italiana Città Sane. http://www.comune.bologna.it/cittasane-oms/
27. Webster P. et al. *Healthy Cities Indicators: analysis of data from cities across Europe*. WHO; Copenhagen, 1996.
28. Istat. *14° Censimento delle popolazioni e delle abitazioni, ottobre 2001*. http://www.censimenti.istat.it/htm/pop_home.asp

29. ISTAT. *Nuova indagine sulle cause di morte. La codifica automatica, il bridge coding e altri elementi innovativi*. ISTAT, Metodi e Norme, n. 8, 2001.
30. Regione Emilia-Romagna, CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna. *Manuale di gestione e codifica delle cause di morte*. Ravenna, 2000. http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/dossier
31. Università di Tor Vergata, ISTAT, ISS, Nebo Ricerche PA. *ERA, Epidemiologia e Ricerca Applicata. Atlante 2007*. Tipografia agenzia D; Roma, 2007.
32. US National Cancer Institute. *Standard Populations - 19 Age Groups*. http://seer.cancer.gov/stdpopulations/stdpop.19ages.html
33. Università di Tor Vergata, ISTAT, ISS, Nebo Ricerche PA. *ERA, Epidemiologia e Ricerca Applicata. Atlante 2006.* Tipografia agenzia D; Roma, 2006.
34. Bertozzi N, Righi F. *La mortalità evitabile nel territorio dell'Azienda USL di Cesena: analisi del fenomeno nel periodo 1995-1999*. Azienza ULS di Cesena - Dipartimento di Sanità Pubblica - U.O. Epidemiologia e Comunicazione, 2002.
35. ARPAV. *La qualità dell'aria nel Comune di Padova-Rapporto annuale 2004*. ARPAV; Padova 2005.
36. ARPAV. *Padova 21, Padova sostenibile. 1^ Rapporto sullo stato dell'ambiente a Padova, 2002*. ARPAV; Padova, 2002.
37. ARPAV. *La qualità dell'aria nel Comune di Padova-Rapporto annuale 2003*. ARPAV; Padova, 2004.
38. ARPAV. *Bollettino mensile qualità dell'aria di Padova-2003*. http://www.arpa.veneto.it/bollettino/aria_mensile_grafici.asp?provincia=Padova&anno=0
39. ARPAV. *Bollettino mensile qualità dell'aria di Padova-2004*. http://www.arpa.veneto.it/bollettino/aria_mensile_grafici.asp?provincia=Padova&anno=0
40. AcegasAps *Bilancio di Sostenibilità 2004*. APS, 2005.
41. ATO Valle del Chiampo, Observa Science in Society. *Progetto Parco – Ricerca e consulenza per l'ambiente e la Gestione dei rifiuti industriali. Sintesi della fase di ascolto mediante indagine campionaria 23/11/07*. http://www.ato-parco.org/Sintesi_Risultati_Survey_def.doc
42. Provincia di Torino, Università degli Studi di Torino – Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia. *Inquinamento atmosferico e salute, un documento di approfondimento sui temi della qualità dell'aria e delle implicazioni sulla salute*. http://www.provincia.torino.it/ambiente/file-storage/download/inquinamento/pdf/iqa.pdf
43. Ministero della Salute. *Maggioranza dei cittadini soddisfatti delle cure – 8 ottobre 2007*. http://www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPiano.jsp?id=468

Allegati

ALLEGATO 1: Indicatori OMS Città Sane

MORTALITÀ: TUTTE LE CAUSE

NOME DELL'**INDICATORE A1**: Mortalità: tutte le cause
DEFINIZIONE Tasso annuale di mortalità: tutte le età, per classe d'età

METODO DI CALCOLO Numero di morti in ciascuna classe
_____ x 100,000
Popolazione media della stessa classe d'età

UNITÀ DI MISURA: Tasso per 100,000

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

*Tasso per tutte le età: 1018 (2001), 905 (2002), 789 (2003), 1069 (2004)

per classe d'età

0-14: 39 (2001), 39 (2002), 39 (2003), 41 (2004)

15-19	40 (2001), 14 (2002), 27 (2003), 66 (2004)	20-24	30 (2001), 42 (2002), 11 (2003), 22 (2004)
25-29	38 (2001), 40 (2002), 7 (2003), 52 (2004)	30-34	46 (2001), 46 (2002), 46 (2003), 76 (2004)
35-39	74 (2001), 62 (2002), 22 (2003), 79 (2004)	40-44	97 (2001), 76 (2002), 80 (2003), 120 (2004)
45-49	128 (2001), 196 (2002), 103 (2003), 193 (2004)	50-54	309 (2001), 219 (2002), 186 (2003), 319 (2004)
55-59	498 (2001), 363 (2002), 342 (2003), 434 (2004)	60-64	824 (2001), 615 (2002), 549 (2003), 543 (2004)
65-69	1091 (2001), 883 (2002), 697 (2003), 1018 (2004)	70-74	1843 (2001), 1624 (2002), 1195 (2003), 1748 (2004)
75-79	3250 (2001), 2799 (2002), 2344 (2003), 3303 (2004)	80-84	5721 (2001), 5198 (2002), 4529 (2003), 5517 (2004)

≥ 85 e più 13403 (2001), 12005 (2002), 11373 (2003), 15071 (2004)

Frequenza desiderata: annuale

FONTE DEI DATI: Dipartimento di Prevenzione ULSS 16

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Residenti nel Comune di Padova

CAUSE DI MORTE

NOME DELL'**INDICATORE A2**: Cause di morte
DEFINIZIONE Tasso di mortalità annuale per cause di morte secondo la

Classificazione inernazionale ICD9

METODO DI CALCOLO

$$\frac{\text{Numero di morti per causa (ICD9)}}{\text{Popolazione media}} \times 100{,}000$$

UNITÀ DI MISURA: Tasso per 100,000

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

Cause di morte: tasso

	2001	**2002**	**2003**	**2004**
malattie cardiocircolatorie (390-459)	365	335	298	391
- cardiopatie ischemiche (410-414)	118	127	107	144
- disturbi cerebrovascolari (430-438)	92	83	69	97
- malattie respiratorie (460-519)	81	66	78	89
- tumori del cavo orale, faringe, laringe (140-149)	8	6	2	3
- tumore polmonare, bronchiale (160-165)	76	75	54	74
- tumore del collo dell'utero (180)	0	0	1	0
- tumore al seno (174)	30	20	18	30
- trauma ed intossicazioni	29	20	19	29
- incidenti (E810-E819 et E826-E829)	8	9	7	8
- suicidi (E950-E959)	11	8	6	11
- AIDS	0	2	2	1

Frequenza desiderata: annuale

FONTE DEI DATI: Dipartimento di Prevenzione ULSS 16

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Residenti nel Comune di Padova

ESISTENZA DI PROGRAMMI CITTADINI DI EDUCAZIONE ALLA SALUTE

NOME DELL'**INDICATORE B1**: salute	Esistenza di programmi cittadini di educazione alla
DEFINIZIONE	I Programmi di educazione alla salute sono rivolti al miglioramento delle conoscenze, ma anche dei servizi, affinchè gli individui sviluppino o mantengano uno stile di vita sano. Indicare i programmi finanziati in tutto o in parte dal Comune in questi ambiti: 1. fumo 2. alcohol 3. nutrizione 4. droga 5. incidenti 6. altro

METODO DI CALCOLO
Per ogni ambito indicare sì se il programma esiste e specificare il numero di progetti in cui è articolato e i temi dei progetti ad esempio: fumo, dieta, sessualità, droga, alcohol, guida, sicurezza domestica etc.; indicare inoltre la popolazione target ad esempio i giovani, gli anziani etc.

UNITÀ DI MISURA: Numero di progetti; Percentuale del finanziamento a carico del Comune

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

HIV: 1 progetto, 100%; target: giovani DIETA: 5 progetti, 95%; target: bambini e giovani

Frequenza desiderata: annuale

FONTE DEI DATI: Comune di Padova

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Residenti nel Comune di Padova

PERCENTUALE DI BAMBINI COMPLETAMENTE IMMUNIZZATI

NOME DELL'**INDICATORE B2**: Percentuale di bambini completamente immunizzati (che hanno ricevuto tutte le vaccinazioni obbligatorie).

DEFINIZIONE delle vaccinazioni obbligatorie: 1. Indicare la copertura vaccinale a 6 anni d'età per ciascuna vaccinazione. La lista può essere diversa nei vari Paesi. Ogni città deve fornire informazioni sul calendario vaccinale della Nazione di appartenenza; es. infezioni e malattie per le quali le autorità di Salute Pubblica richiedono una vaccinazione: morbillo, polio, tetano, rosolia, difterite. 2. Percentuale di bambini che ad un anno d'età sono stati vaccinati difterite/pertosse/tetano (3 dosi), poliomielite (3 dosi), morbillo (1 dose) e se richiesto per legge, tubercolosi (BCG, 1 dose). 3. Proporzione di bambini vaccinati contro il morbillo prima del compimento del secondo anno d'età, se previsto dal calendario vaccinale. 4. Percentuale di bambini vaccinati contro rosolia ed haemophilus influenza.

METODO DI CALCOLO

$$\frac{\text{Bambini (specificare il gruppo d'età) che hanno effettuato tutte le vaccinazioni obbligatorie previste dal calendario vaccinale (nella città)}}{\text{Numero di bambini (nello stesso gruppo d'età) che vivono nella stessa città}} \times 100$$

NB Il numeratore deve indicare il numero di vaccinati e non il numero di vaccini utilizzati.
NB Se non è possibile fornire tale informazione dare una stima basata su dati il più possibile realistici.

UNITA' DI MISURA Elenco delle vaccinazioni obbligatorie. Percentuale di vaccinati per tutte le vaccinazioni obbligatorie.

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

2002: 99% dei bambini di 6 anni (vaccinazioni obbligatorie + facoltative)
2003: 99% dei bambini di 6 anni (vaccinazioni obbligatorie + facoltative)

Frequenza desiderata: annuale

PERIODO DI RACCOLTA DEI DATI: 2002-2003

FONTE DEI DATI: Comune di Padova, su dati forniti dall'ULSS 16

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: residenti nel territorio di riferimento dell'ULSS 16

COMMENTI: viene di seguito riportato il calendario vaccinale nazionale.

Vaccino	Età												
	nascita	3° mese[1]	4° mese	5° mese	6° mese	11° mese	13° mese	15° mese	24° mese	36° mese	5-6 anni	11-12 anni	14-15 anni
DTP		DTaP		DTaP		DTaP					DTaP	Tdap	
IPV		IPV		IPV		IPV					IPV		
Epatite B	HB[2]	HB		HB		HB							
Hib		Hib		Hib		Hib							
MPR							MPR1[4]				MPR2[5]		
PCV		PCV[3]											
Men C		Men C[6]											
Varicella							Varicella[7]					Varicella[8]	

Legenda

DTaP: vaccinazione antidifterico-tetanico-pertossica
Tdap: vaccino difto-tetanico-pertossico acellulare per adulti
IPV: vaccino antipoliomielitico iniettabile - inattivato
HB: vaccino antiepatite B
Hib: vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae b
MPR: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia
PCV: vaccino pneumococcico coniugato eptavalente
Men C: vaccino meningococcico C coniugato

Note

1. Per terzo mese di vita si intende il periodo che intercorre dal compimento del 61° giorno di vita fino al 90° giorno di vita, ovvero dal compimento della 8a settimana di vita fino alla 12a settimana di vita
2. Nei nati da madre HBsAg positiva si somministrano contemporaneamente, entro 12-24 ore dalla nascita ed in siti separati, la prima dose di vaccino (HB) e una dose di immunoglobuline specifiche anti-epatite B (HBIG). Il ciclo va completato da una seconda dose a 4 settimane dalla prima, da una terza dose dopo il compimento dell'ottava settimana (può coincidere con la prima somministrazione del ciclo normale) e da una quarta dose all'11° mese (può coincidere con la 3a dose del ciclo normale)
3. Vaccino pneumococcico coniugato eptavalente: programmi di ricerca attiva e vaccinazione dei soggetti a rischio elevato; per gli altri soggetti vaccinazione in base a specifici programmi regionali
4. E' possibile la co-somministrazione al 13° mese della prima dose del vaccino MPR e della terza dose dei vaccini DTaP, IPV, HB e Hib
5. MPR2: seconda dose ovvero dose di recupero (Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita - G. U. s. g. n. 297 – suppl. ord. N. 195 del 23/12/03)
6. Vaccino meningococcico C coniugato: programmi di ricerca attiva e vaccinazione dei soggetti a rischio elevato; per gli altri soggetti vaccinazione in base a specifici programmi regionali
7. Varicella: limitatamente alle Regioni con programmi vaccinali specifici in grado di garantire coperture superiori all'80%
8. Varicella: programmi di ricerca attiva e vaccinazione degli adolescenti con anamnesi negativa per varicella

NUMERO DI ABITANTI PER MEDICO DI CURE PRIMARIE

NOME DELL'**INDICATORE B3**: Numero di abitanti per medico di Cure Primarie

DEFINIZIONE Primarie

Medico che presta la sua attività nel settore delle Cure

Infermiere che presta la sua attività nel settore delle Cure Primarie

Altri professionisti che prestano la loro attività nel campo delle Cure Primarie (Specificare)

METODO DI CALCOLO

$$\frac{\text{Abitanti residenti nel territorio}}{\text{Numero di medici che forniscono prestazioni nell'ambito delle Cure Primarie nel territorio (se possibile fornire il numero equivalente di professionisti a tempo pieno).}}$$

UNITA' DI MISURA: Numero

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

2002: 1099 Abitanti residenti nel comune di Padova per Medico che presta la sua attività nel settore delle cure primarie

2003: 1075 Abitanti residenti nel comune di Padova per Medico che presta la sua attività nel settore delle cure primarie

2004: 1103 Abitanti residenti nel comune di Padova per Medico che presta la sua attività nel settore delle cure primarie

Frequenza desiderata: annuale

PERIODO DI RACCOLTA: 2002 - 2004

FONTE DEI DATI: Comune di Padova, su dati forniti dall'ULSS 16

POPOLAZIONE INTERESSATA: Il comune di Padova

NUMERO DI MOZIONI RIGUARDANTI ARGOMENTI LEGATI ALLA SALUTE AFFRONTATI OGNI ANNO IN CONSIGLIO COMUNALE

NOME DELL'**INDICATORE B7**:	Numero di mozioni riguardanti argomenti legati alla salute affrontati ogni anno in Consiglio Comunale
DEFINIZIONE	"Mozioni riguardanti la salute" sono quelle proposte direttamente dalle rappresentanze elette dei servizi e assessorati della sanità, sociali e ambientali. Quelle mozioni, proposte dalle rappresentanze elette di altri servizi o assessorati, che sollevano in Consiglio Comunale discussioni riguardanti salute, aspetti sociali e ambientali possono ugualmente essere elencate. 1. Numero di consigli organizzati dai rappresentanti eletti nel comune per relazionare materie legate alla salute. 2. Questioni riguardanti la salute sollevate dai rappresentanti eletti nel comune: (a) direttamente tramite i servizi e gli assessorati all'ambiente, salute e aspetti sociali. (b) nell'assemblea dei mebri eletti nel comune (Consiglio Comunale) con l'apertura di discussioni e dibattiti.
METODO DI CALCOLO	Specificare il numero per il punto 1 mentre per il 2 suddividere in due categorie.

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

1) 1, 2004

2b) 4 , 2004 – 7, al 31.08.05

Frequenza desiderata: annuale

PERIODO DI RACCOLTA: 2004 - 31 08 2005

FONTE DEI DATI: Comune di Padova

POPOLAZIONE INTERESSATA: Il comune di Padova

INQUINAMENTO ATMOSFERICO

NOME DELL'**INDICATORE C1**:	Inquinamento atmosferico
DEFINIZIONE	Questo indicatore permette di valutare la qualità dell'aria nelle città. Ciascuno dei seguenti inquinanti atmosferici deve essere valutato indipendentemente: NO2, CO, O3, SO2, Polveri, Fumi neri, Piombo. Indicare: 1. Numero di stazioni di monitoraggio; 2. Media annuale per ogni inquinante.
METODO DI CALCOLO	Le percentuali devono essere riportate come segue: Per SO2, Polveri e Piombo: Numero di giorni all'anno al di sopra dei limiti diviso il numero totale di giorni all'anno in cui sono state effettuate misurazioni valide. Per NO2, CO e O3: Numero di ore all'anno sopra i limiti diviso il numero totale di ore all'anno in cui sono state effettuate misure valide Se possibile riportare: 1. N°di ore all'anno in cui la media oraria delle concentrazioni di particolato sospeso o di SO2 supera i 250/mg/m3 presso le stazioni di monitoraggio della qualità dell'aria. 2. N° di ore all'anno in cui la media oraria delle concentrazioni di ozono supera i 200/ng/m3 presso le stazioni di monitoraggio della qualità dell'aria.
UNITA' DI MISURA	Il risultato verrà dato in percentuale per anno per ciascuno degli inquinanti sopra riportati.

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

Gli indicatori non possono venire espressi come richiesto dall'OMS.
Per una visione dettagliata dello stato di qualità dell'aria nel Comune di Padova dal 1999 al 2004 fare riferimento al rapporto:
"La qualità dell'aria nel Comune di Padova -Rapporto annuale 2004" a cura di ARPA Veneto.
Vedere anche il capitolo "La qualità dell'aria nel Comune di Padova" riportato nel presente Profilo di Salute.

Frequenza desiderata: annuale

PERIODO DI RACCOLTA DEI DATI: Dal 1999 al 2004.

FONTE DEI DATI: ARPA Veneto

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Residenti nel Comune di Padova

QUALITÀ DELL'ACQUA

NOME DELL'**INDICATORE C2**:	Qualità dell'acqua
DEFINIZIONE	Percentuale di misurazioni che superano i valori raccomandati da OMS.
METODO DI CALCOLO	Per ogni parametro l'indicatore viene espresso come: Numero di misurazioni che superano i valori guida OMS ——————————— Numero totale di misurazioni effettuate
UNITA' DI MISURA	Il risultato fornisce il numero totale di misurazioni e la
percentuale di	misurazioni che superano i valori guida OMS.

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

L'indicatore non viene espresso come richiesto dall'OMS. La percentuale di misurazioni che superano i valori stabiliti dal D. Lgs. 31/01 è pari a 0,00%.
In base al D.Lgs. n. 105 del 25/01/92 (Art.11/2/a), riguardante le acque minerali, l'acqua distribuita da AcegasAps a Padova per l'anno 2004 è da classificare come acqua oligominerale.
Qualità salienti:

- può avere effetti diuretici;
- può essere indicata per le diete povere di sodio.

In base alla durezza può essere classificata come acqua di media-bassa durezza.
In base alle sue caratteristiche batteriologice l'acqua distribuita è da considerarsi acqua microbiologicamente pura.

PERIODO DI RACCOLTA DEI DATI: Anno 2004

FONTE DEI DATI: Comune di Padova - AcegasAps Sintesi Bilancio di Sostenibilità- 2004

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Residenti nel Comune di Padova

INDICE DI QUALITÀ DELLA RACCOLTA DEI RIFIUTI DOMESTICI

NOME DELL'**INDICATORE C4**: DEFINIZIONE	Indice di qualità della raccolta dei rifiuti domestici. Questo indicatore mostra la qualità della raccolta in relazione al tipo di sistema di raccolta usato. Se possibile fornire dettagli relativi a: 1. quantità e composizione dei rifiuti raccolti 2. proporzione di rifiuti riciclabili 3. proporzione di rifiuti non raccolti o depositati illegalmente.
METODO DI CALCOLO	Il risultato viene fornito come singolo valore o come più valori a seconda del sistema utilizzato. Le categorie sono le seguenti: 0 : sciolti 1 : in sacchetti di plastica 2 : i n contenitori chiusi 3 : raccolta differenziata volontaria 4 : raccolta differenziata domestica
UNITA' DI MISURA	Percentuale per ogni categoria es. (1) 40% - (2) 60%

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

ANNO 2001

Rifiuti urbani raccolti nel territorio comunale: 82,8% indifferenziati e 17,22 % differenziati.
Totale: 129611,8 tonnellate.
Rifiuti indifferenziati raccolti nel territorio comunale per tipo di raccolta: 96,4 % cassonetti/recipienti, 3,6%

spazzamento strade, 0,01% Altro. Totale: 107298,9 tonnellate.

ANNO 2002

Rifiuti urbani raccolti nel territorio comunale: 75,1% indifferenziati e 24,9 % differenziati. Totale: 132570,78 tonnellate. Rifiuti indifferenziati raccolti nel territorio comunale per tipo di raccolta: 95,1 % cassonetti/recipienti, 4,8% spazzamento strade, 0,07% Altro. Totale: 99566,4 tonnellate.

ANNO 2003

Rifiuti urbani raccolti nel territorio comunale: 59,8% indifferenziati e 40,2 % differenziati. Totale: 131.666,51 tonnellate. Rifiuti indifferenziati raccolti nel territorio comunale per tipo di raccolta: 94,5 % cassonetti/recipienti, 5,4 % spazzamento strade, 0,1 % Altro. Totale: 78.756,27 tonnellate.

ANNO 2004

Rifiuti urbani raccolti nel territorio comunale: 59 % indifferenziati e 41 % differenziati. Totale: 137.974,06 tonnellate.
Rifiuti indifferenziati raccolti nel territorio comunale per tipo di raccolta: 94,6 % cassonetti/recipienti, 5,3 % spezzamento strade, 0,1 % Altro. Totale: 81.4865,09 tonnellate.

Frequenza desiderata: annuale

PERIODO DI RACCOLTA DEI DATI: Dall'anno 2001 al 2004

FONTE DEI DATI: Comune di Padova

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Residenti nel Comune di Padova

INDICE DI QUALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI RIFIUTI DOMESTICI

NOME DELL'**INDICATORE C5**:
DEFINIZIONE

Indice di qualità del trattamento dei rifiuti domestici. Questo indicatore riporta il tipo e la percentuale di trattamento utilizzato per i rifiuti domestici della città.

Es. Discarica
_____ X 100
Totale rifiuti trattati

METODO DI CALCOLO Utilizzando i seguenti indicatori segnalare quelli che vengono utilizzati per il trattamento dei rifiuti nella città.

0 : discarica
1 : rifiuti sanitari
2 : incenerimento senza recupero di calore
3 : incenerimento con recupero di calore
4 : compostaggio
5 : centro di smistamento, riciclaggio

UNITA' DI MISURA Percentuale per ciascuna categoria es. (0) 20% - (2) 80%

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

RIFIUTI DIFFERENZIATI PER TIPO DI TRATTAMENTO 2002-2003:

Trattamento	**2001**		**2002**		**2003**	
	t	**%**	***t***	**%**	***t***	**%**
Inceneritore	17	**0,08%**	19,4	**0,06%**	27,5	**0,05%**
Compotaggio	7289	**32,7%**	9809	**29,7%**	18691,8	**35,3%**
Riciclaggio/recupero	14995	**67,2%**	22128,7	**67%**	28146,7	**53,2%**
Altro	10,3	**0,05%**	1047,4	**3,2%**	6044,3	**11,4%**
	22312,9		33004,47		52910,24	

RIFIUTI TOTALI PER TIPO DI TRATTAMENTO 2004:

Trattamento	**2004**	
	t	**%**
Discarica	37.159,72	**26,5%**
Inceneritore	42.369,42	**31%**
Recupero-Riciclaggio	58.444,94	**42,5%**
Totale	137.444,94	

Frequenza desiderata: annuale

PERIODO DI RACCOLTA DEI DATI: Dall'anno 2001 al 2004

FONTE DEI DATI: Comune di Padova

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Residenti nel Comune di Padova

PERCENTUALE DI SPAZI VERDI SULLA SUPERFICIE DELLA CITTÀ

NOME DELL'**INDICATORE C6:** Percentuale di spazi verdi sulla superficie della città.

DEFINIZIONE Questo indicatore fornisce un'idea della vegetazione della città ed è basato sulla percentuale data dall'area verde della città in relazione all'area totale della città.
Se possibile raggruppare secondo le seguenti categorie:
1. parchi pubblici
2. giardini privati
3. aree incolte con flora e fauna selavagge

METODO DI CALCOLO

$$\frac{\text{superficie verde totale della città}}{\text{superficie totale della città}}$$

UNITA' DI MISURA Percentuale

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

PERCENTUALE DI VERDE PUBBLICO SU SUPERFICIE TOTALE DEL COMUNE

ANNO	Intero Comune
2000	2,18%
2001	2,45%
2002	2,58%
2003	2,58%
2004	2,63%

Frequenza desiderata: annuale

PERIODO DI RACCOLTA DEI DATI: Dall'anno 2000 al 2004

FONTE DEI DATI: Comune di Padova

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Residenti nel Comune di Padova

ACCESSI PUBBLICI AGLI SPAZI VERDI

NOME DELL'**INDICATORE C7**: Accessi pubblici agli spazi verdi.
DEFINIZIONE Questo indicatore mostra la superficie di area verde pubblica per abitante.

METODO DI CALCOLO N° totale di m2 di spazio verde con accesso pubblico
N° di abitanti

UNITA' DI MISURA Percentuale

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

METRI QUADRATI DI VERDE PUBBLICO PER ABITANTE

ANNO	Intero Comune
2000	9,67
2001	10,90
2002	11,41
2003	11,36
2004	11,60

Frequenza desiderata: annuale

PERIODO DI RACCOLTA DEI DATI: Dall'anno 2000 al 2004

FONTE DEI DATI: Comune di Padova

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Residenti nel Comune di Padova

SPORT E TEMPO LIBERO

NOME DELL'**INDICATORE C9**: Sport e tempo libero.
DEFINIZIONE Numero di strutture sportive per 1000 abitanti.
Se possibile includere dettagli sull'età delle strutture e le caratteristiche degli sportivi che le utilizzano.

METODO DI CALCOLO Le strutture sportive comprendono:
Palestre, campi sportivi, piscine, attrezzature per fitness, percorsi sportivi, etc.
Un complesso sportivo si scompone in palestre, campi sportivi, etc.

$$\frac{\text{Numero totale di strutture sportive}}{\text{popolazione totale}} \times 100$$

UNITA' DI MISURA Numero per 1000

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

Nell'area comunale sono presenti in totale:

- 36 complessi sportivi di proprietà del Comune;
- 16 complessi sportivi convenzionati;
- 33 complessi sportivi privati.

In particolare le strutture sportive di proprietà del Comune di Padova comprendono: 9 palestre con servizi, 24 campi da calcio (di cui 2 per calcio a 5), 4 stadi per calcio e atletica, 2 campi da rugby, 5 campi da bocce, 1 campo da baseball, 4 palestrine, 9 piscine, 13 campi da tennis, 4 campi da squash, 10 piastre polivalenti, 2 palazzetti dello sport con tribune, 1 velodromo, 2 piste da pattinaggio, 1 palestra di roccia.
Vi è un totale di 85 complessi sportivi per 210.821 residenti al 31/12/2004.
Valore dell'indicatore: 0,04.

Frequenza desiderata: annuale

PERIODO DI RACCOLTA DEI DATI: Aggiornato al 2005

FONTE DEI DATI: Comune di Padova, www.padovanet.it

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Residenti nel Comune di Padova

STRADE PEDONALI

NOME DELL'**INDICATORE C10**: Strade pedonali.

DEFINIZIONE Questo indicatore mostra l'importanza attribuita alle strade pedonali. Le strade pedonali vengono definite come strade interamente utilizzate dai pedoni e dalle quali è completamente bandito il traffico veicolare.

METODO DI CALCOLO $\frac{\text{Lunghezza totale delle strade pedonali}}{\text{Area della città}}$

UNITA' DI MISURA Km2

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

ANNO	Km^2
2001	0,112
2002	0,117
2003	0,119
2004	0,119

Frequenza desiderata: annuale

PERIODO DI RACCOLTA DEI DATI: Dall'anno 2001 al 2004

FONTE DEI DATI: Annuario statistico 2004, Comune di Padova

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Residenti nel Comune di Padova

PISTE CICLABILI NELLA CITTÀ

NOME DELL'**INDICATORE C11**: Piste ciclabili nella città.

DEFINIZIONE Questo indicatore mostra l'importanza attribuita alle piste ciclabili.

Le piste ciclabili vengono definite come strade dedicate esclusivamente alle biciclette.

METODO DI CALCOLO

$$\frac{\text{Lunghezza totale delle strade riservate alle biciclette}}{\text{Area della città}}$$

UNITA' DI MISURA Km2

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

ANNO	Km^2
2001	0,112
2002	0,117
2003	0,119
2004	0,119

Frequenza desiderata: annuale

PERIODO DI RACCOLTA DEI DATI: Dall'anno 2001 al 2004

FONTE DEI DATI: Annuario statistico 2004, Comune di Padova

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Residenti nel Comune di Padova

COPERTURA DELLA RETE DI TRASPORTO PUBBLICO

NOME DELL'**INDICATORE C13**: Copertura della rete di trasporto pubblico.
DEFINIZIONE Numero di Km serviti dal trasporto pubblico rapportati al numero

totale di Km di strade della città.
Includere informazioni relative alla proporzione di persone che utilizzano trasporti pubblici rispetto a coloro che utilizzano quelli privati.

METODO DI CALCOLO

$$\frac{\text{Numero di Km serviti dal trasporto pubblico}}{\text{numero totale di Km di strade della città}} \times 100$$

UNITA' DI MISURA Percentuale

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

PERCENTUALE DI RETE STRADALE COPERTA DAL TRASPORTO PUBBLICO

ANNO	%
2000	31,8%
2001	31,1%
2002	31,6%
2003	29,7%

Frequenza desiderata: annuale

PERIODO DI RACCOLTA DEI DATI: Dall'anno 2000 al 2003

FONTE DEI DATI: Primo rapporto sullo stato dell'ambiente a Padova (Padova 21/Agenda 21), ECOURB 2004 e 2005 (Legambiente/Agenda21)

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Residenti nel Comune di Padova

SPAZI ABITABILI

NOME DELL'**INDICATORE C14**:	Spazi abitabili.
DEFINIZIONE	Numero medio di stanze per abitante. Le stanze vanno conteggiate se hanno una destinazione d'uso o se hanno dimensioni >4m2 (es. cucina, sala per pranzo, camere da letto, etc.) bagni, lavanderie, ripostigli, etc., non vanno conteggiati come stanze.
METODO DI CALCOLO	Numero totale di stanze _____ Numero di abitanti
UNITA' DI MISURA	Numero di stanze per abitanti

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

411.492 stanze/209.125 abitanti = 1,97

Frequenza desiderata: annuale

PERIODO DI RACCOLTA DEI DATI: Anno 2001

FONTE DEI DATI: Comune di Padova

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Residenti nel Comune di Padova

PERCENTUALE DI POPOLAZIONE CHE RISIEDE IN SITUAZIONI ABITATIVE CON DOTAZIONI DI LIVELLO INFERIORE RISPETTO AGLI STANDARD

NOME DELL'**INDICATORE D1**: Percentuale di popolazione che risiede in situazioni abitative con dotazioni di livello inferiore rispetto agli standard

DEFINIZIONE: E' la percentuale di popolazione che risiede in alloggi con dotazioni di livello inferiore rispetto alla norma, intese come condizioni che non corrispondono ai seguenti requisiti:

. bagno privato con vasca o doccia.
. acqua potabile dal rubinetto interno al locale

METODO DI CALCOLO richiesto: . numero di abitazioni che non si conformano ai criteri stabiliti
. numero di abitanti in queste abitazioni.

$$\frac{\text{Numero di abitanti residenti in abitazioni con dotazione di livello inferiore rispetto alla norma nel territorio}}{\text{Numero di abitanti del territorio}} \times 100$$

utilizzato:

1) $$\frac{\text{Numero di abitazioni con bagno privato con vasca o doccia}}{\text{Numero di abitazioni nel territorio}} \times 100$$

2).. $$\frac{\text{Numero di abitazioni con acqua potabile dal rubinetto interno al locale}}{\text{Numero di abitazioni nel territorio}} \times 100$$

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

1) 99,73% delle abitazioni hanno il bagno privato 2) 100% (% di abitazioni con acqua potabile dal rubinetto interno al locale)

Frequenza desiderata: 5 anni

ATTUALE FREQUENZA DEL DATO: 10 anni

PERIODO DI RACCOLTA: 2001

ORIGINE DEL DATO: Censimento 2001
ORGANIZZAZIONE O DIPARTIMENTO: ISTAT

POPOLAZIONE INTERESSATA: il Comune di Padova

NUMERO STIMATO DEI SENZATETTO

NOME DELL'**INDICATORE D2**: Numero stimato dei senzatetto

DEFINIZIONE Numero di persone senza abitazione (esclusi coloro che risiedono in unità mobili). Sono inclusi sia coloro che sono senzatetto e vivono in ostelli e rifugi approntati per i senza fissa dimora sia coloro che vivono nelle strade. È possibile inoltre fornire valori separati per ognuna delle due categorie.

METODO DI CALCOLO Proposta per raccogliere i dati: dati riguardanti l'assistenza fornita ai senzatetto

UNITA' DI MISURA Numero di abitanti

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

Numero di senzatetto (anni 2000-2004)

2000	56
2001	54
2002	43
2003	36
2004	28

Frequenza desiderata: annuale
ATTUALE FREQUENZA DEL DATO: annuale

ORIGINE DEL DATO: Annuario Statistico 2003
ORGANIZZAZIONE O DIPARTIMENTO: Comune di Padova, Settore Programmazione Controllo e Statistica

POPOLAZIONE INTERESSATA: il Comune di Padova

TASSO DI DISOCCUPAZIONE

NOME DELL'**INDICATORE D3**: Tasso di disoccupazione

DEFINIZIONE Percentuale di popolazione in età lavorativa che risulta disoccupata. I disoccupati comprendono tutte le persone (di età compresa tra 15 e 64 anni) che durante il periodo di riferimento sono:

(1) "senza lavoro" cioè coloro che risultano senza lavoro retribuito o lavoro in proprio.

(2) "attualmente disponibile per un lavoro" cioè coloro che sono disponibili per un lavoro retribuito o per un lavoro in proprio nel periodo considerato e "in cerca di occupazione" cioè coloro che hanno intrapreso specifici percorsi nel passato recente al fine di ricercare un lavoro retribuito o un lavoro in proprio.

METODO DI CALCOLO <u>richiesto</u>: stimare la popolazione occupata e la popolazione non occupata.

$$\frac{\text{Popolazione disoccupata}}{\text{Popolazione occupata}} \times 100$$

<u>utilizzato</u>

$$\frac{\text{Popolazione disoccupata}}{\text{Popolazione disoccupata e popolazione occupata}} \times 100$$

UNITA' DI MISURA Percentuale

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

E' dato dal rapporto percentuale avente al numeratore la popolazione di 15 anni e più in cerca di occupazione e al denominatore le forze di lavoro della stessa classe di età.

Maschi	4,29%
Femmine	6,56%
Totale	5,26%

Frequenza desiderata: annuale
ATTUALE FREQUENZA DEL DATO: 10 anni
PERIODO DI RACCOLTA: 2001

ORIGINE DEL DATO: Censimento 2001
ORGANIZZAZIONE O DIPARTIMENTO: ISTAT

POPOLAZIONE INTERESSATA: il Comune di Padova

PERCENTUALE DI PERSONE CON REDDITO INFERIORE ALLA MEDIA PRO CAPITE

NOME DELL'**INDICATORE D4**: Percentuale di persone con reddito inferiore alla media pro capite

DEFINIZIONE

Questa soglia è variabile da paese a paese.
(1) % di persone con guadagno inferiore al reddito medio pro capite del paese
(2) Percentuale di persone che ricevono interventi o contributi statali o di assistenza sociale.

METODO DI CALCOLO

(1) $\frac{\text{Numero di persone con reddito inferiore alla media pro capite}}{\text{Numero di residenti nel territorio}} \times 100$

(2) $\frac{\text{Numero di interventi di assistenza sociale erogati}}{\text{Numero di residenti nel territorio}} \times 100$

UNITA' DI MISURA Percentuale

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE (2)

2001	**minimo vitale:**	0.29%	**interventi economici finalizzati**	0,32%
2002		0.27%		0,35%
2003		0.31%		0,33%
2004		0.32%		0,31%

Frequenza desiderata: annuale

ATTUALE FREQUENZA DEL DATO: annuale
PERIODO DI RACCOLTA: 2001-2004

ORIGINE DEL DATO: Comune di Padova
ORGANIZZAZIONE O DIPARTIMENTO: Settore Servizi Sociali

POPOLAZIONE INTERESSATA: il Comune di Padova

PERCENTUALE DI POSTI DISPONIBILI IN ASILO NIDO PER BAMBINI IN ETÀ PRESCOLARE

NOME DELL'**INDICATORE D5**: prescolare	Percentuale di posti disponibili in asilo nido per bambini in età
DEFINIZIONE	Numero di posti in asilo nido disponibili per bambini da 0 a 2 anni
METODO DI CALCOLO	Numero di posti in asilo nido disponibili per bambini da 0 a 2 anni / Numero di bambini a 0 a 2 anni x 100

UNITA' DI MISURA Percentuale

VALORE DELL'INDICATORE E DESCRIZIONE

Posti disponibili	1042	
Popolazione 0-2 anni al 31.12.2003	5053	= 20,62%

Frequenza desiderata: annuale

ATTUALE FREQUENZA DEL DATO: annuale
PERIODO DI RACCOLTA: 2003

ORIGINE DEL DATO: Comune di Padova

POPOLAZIONE INTERESSATA: Il Comune di Padova

ALLEGATO 2: Decessi avvenuti nel quinquennio 2001-2005 per cause evitabili in età 0-74 anni, per genere (Comune di Padova).

Area di intervento prevalente / Gruppo / Sottogruppo	Età da	Età a	Morti per cause evitabili *Maschi* val. ass.	*Maschi* perc.	*Femmine* val. ass.	*Femmine* perc.	*totali* val. ass.	*totali* perc.
Prevenzione primaria			620	62,0%	250	39,9%	870	53,5%
Tumori								
Tumori maligni delle labbra, della cavità orale, della faringe; dell'esofago	0	74	52	5,2%	14	2,2%	66	4,1%
Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	0	74	220	22,0%	97	15,5%	317	19,5%
Tumori maligni della vescica	0	74	19	1,9%	4	0,6%	23	1,4%
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari								
Deficienze nutrizionali	0	74	3	0,3%	1	0,2%	4	0,2%
Malattie del sistema circolatorio								
Malattie ischemiche del cuore	0	74	187	18,7%	58	9,3%	245	15,1%
Cardiomiopatia alcolica	0	74	0	…	0	…	0	…
Malattie dell'apparato digerente								
Gastrite alcolica	0	74	0	…	0	…	0	…
Malattia epatica cronica e cirrosi	0	74	6	0,6%	5	0,8%	11	0,7%
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti								
Sindrome della morte improvvisa del lattante	0	74		…	1	0,2%	1	0,1%
Traumatismi e avvelenamenti								
Traumatismi e avvelenamenti	0	74	133	13,3%	70	11,2%	203	12,5%
Diagnosi precoce e terapia			91	9,1%	201	32,1%	292	17,9%
Tumori								
Tumori maligni del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano	0	74	77	7,7%	54	8,6%	131	8,1%
Tumori maligni della cute	0	74	10	1,0%	13	2,1%	23	1,4%
Tumori maligni della mammella della donna	0	74		…	117	18,7%	117	7,2%
Tumori maligni dell'utero (escl. placenta)	0	74		…	15	2,4%	15	0,9%
Tumori maligni del testicolo	0	74	2	0,2%		…	2	0,1%
Malattia di Hodgkin	0	74	2	0,2%	2	0,3%	4	0,2%
Igiene e assistenza sanitaria			288	28,8%	176	28,1%	464	28,5%
Malattie infettive e parassitarie								
Malattie infettive intestinali	0	74	0	…	0	…	0	…
Tubercolosi + postumi della tubercolosi (137)	0	74	3	0,3%	2	0,3%	5	0,3%
Altre malattie batteriche	0	74	8	0,8%	8	1,3%	16	1,0%
Malattie virali con esantema - Morbillo	1	14	0	…	0	…	0	…
Malattie virali con esantema (escl. morbillo)	0	74	1	0,1%	0	…	1	0,1%
Altre malattie da virus e clamidia	0	74	18	1,8%	6	1,0%	24	1,5%
Tumori								
Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	0	74	50	5,0%	18	2,9%	68	4,2%
Leucemia	0	74	27	2,7%	22	3,5%	49	3,0%
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari								
Disturbi della ghiandola tiroidea	0	74		…	2	0,3%	2	0,1%
Diabete mellito	0	49	1	0,1%		…	1	0,1%

Area di intervento prevalente / Gruppo / Sottogruppo	Età da	Età a	Morti per cause evitabili *Maschi* val. ass.	*Maschi* perc.	*Femmine* val. ass.	*Femmine* perc.	totali val. ass.	totali perc.
Malattie del sangue e degli organi ematopietici								
Anemie da carenza di ferro; altre anemie da carenza	0	74	0	…	0	…	0	…
Altre e non specificate anemie	0	74			1	0,2%	1	0,1%
Disturbi psichici								
Disturbi psichici (escl. Stati psicotici organici senili e presenili)	0	74	11	1,1%	4	0,6%	15	0,9%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso								
Meningite	0	74	1	0,1%	2	0,3%	3	0,2%
Epilessie	0	74		…	2	0,3%	2	0,1%
Malattie del sistema circolatorio								
Cardiopatie reumatiche croniche	0	74	2	0,2%	4	0,6%	6	0,4%
Ipertensione arteriosa	0	74	17	1,7%	11	1,8%	28	1,7%
Malattie cerbrovascolari	0	74	82	8,2%	49	7,8%	131	8,1%
Malattie dell'apparato respiratorio								
Polmoniti e Influenza	1	14	1	0,1%		…	1	0,1%
Malattie dell'apparato respiratorio (escl. Polmoniti e Influenza)	0	74	36	3,6%	25	4,0%	61	3,7%
Malattie dell'apparato digerente								
Ulcera gastrica; duodenale; peptica sito n.s.	0	74	3	0,3%	1	0,2%	4	0,2%
Appendicite	0	74	0		0		0	
Ernie della cavità addominale	0	74	1	0,1%		…	1	0,1%
Colelitiasi + Colecistite (575.0-1) + Colangite (576.1)	0	74	3	0,3%	2	0,3%	5	0,3%
Malattie del sistema genitourinario								
Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi	0	74	18	1,8%	8	1,3%	26	1,6%
Iperplasia della prostata	0	74	0	…		…	0	…
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio								
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	0	74		…	0		0	…
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo								
Osteomielite, periostite e altre infezioni ossee	0	74	0	…	0	…	0	…
Malformazioni congenite								
Anomalie congenite del sistema nervoso; Spina bifida	0	74		…	1	0,2%	1	0,1%
Anomalie congenite cardiache e del sistema circolatorio	1	14	2	0,2%	1	0,2%	3	0,2%
Alcune condizioni morbose di origine perinatale								
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	74	4	0,4%	7	1,1%	11	0,7%
Totale decessi per cause evitabili 2001-2005			***1000***	***100,0%***	***627***	***100,0%***	***1627***	***100,0%***

Costruiamo insieme il piano della salute

"LA MAPPA DEI SERVIZI"

come va

Titolo servizio: ……

Natura: pubblico☐ privato profit☐ privato non profit☐ cooperativa ☐ volontariato ☐ altro (specificare) ☐ ……

Azioni		Maternità	Infanzia	Età scolare (elementari e medie)	Adolescenti	Giovani	Adulti	Anziani
Prevenire	Educare e promuovere stili di vita							
	Interventi sanitari (vaccinazione, screening..)							
	Tutela degli alimenti							
	Tutela dell'ambiente							
	Tutela del lavoro							
Curare le patologie (sanitarie e/o sociali)								
Riabilitare	Recupero funzionalità							
	Mantenimento funzionalità residue							
Certificare								
Informare								
Difendere, tutelare, assistere								
Garantire condizioni e strutture								
Proporre attività culturali								
Proporre iniziative di integrazione multietnica								
Proporre attività motorie e/o sportive								

Note:

……

……

CITTÀ SANE PADOVA

ALLEGATO 4: Strumenti della campagna di comunicazione “Come va’?”

Cartolina di contatto

Cartolina interattiva