

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia



GUIDA

alla costruzione del

PIANO COMUNALE

per la

PROMOZIONE DELLA SALUTE

GUIDA ALLA COSTRUZIONE DEL PIANO COMUNALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

LA SALUTE

Il concetto di **salute**, formulato nel 1948 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), è ancora oggi alla base della definizione ufficiale: *"la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità"*.

Questa definizione, che ha sottolineato il concetto di **benessere**, e che successivamente si è arricchita della componente spirituale, ha evidenziato il superamento della dicotomia salute/malattia.

A. Seppilli, nel 1966, ha introdotto alcuni elementi che offrivano una chiave di lettura innovativa del concetto di salute: *"La salute è una condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale"*. Le parole "armonico equilibrio" pongono l'accento sulla dimensione dinamica della salute: l'equilibrio diventa una "costante" nel rapporto tra fattori interni ed esterni all'individuo.

Già nel 1979, A. Antonovsky, fondatore dell'approccio *salutogenico*¹, nel definire il suo modello di salute, affermò che *"...la salute si presenta come un continuum, una proprietà del sistema vivente, che non è perfetto ed è soggetto a processi antropici e a inevitabile morte"*. La salute si muove in un *continuum* tra un polo di completo benessere e un polo di malattia. Non si tratta, quindi, di stabilire se una persona è sana o malata, bensì di stabilire in che misura essa si allontana o si avvicina ai punti estremi di salute e di malattia.

I DETERMINANTI DELLA SALUTE

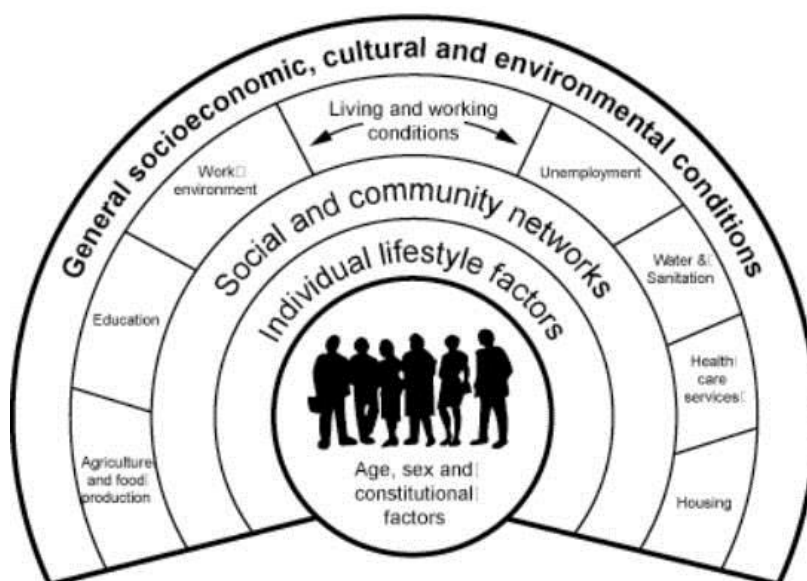
I **determinanti di salute** sono elementi di rischio che interagiscono nell'impostare, mantenere, alterare le condizioni di salute nel corso della vita: sono quei fattori la cui presenza modifica in senso positivo o negativo lo stato di salute di un individuo e, più estesamente, della comunità.

¹ La **salutogenesi** si interessa principalmente di ciò che crea salute ovvero di tutto ciò che permette alle persone, anche in situazioni di forte avversità (un trauma, una malattia cronica, la disabilità, precarie condizioni socio-economiche), di compiere scelte di salute utilizzando risorse e implementando capacità. Le risorse sono sia interne (fattori biologici, caratteristiche di personalità, atteggiamenti, life skills) sia esterne (beni a disposizione nel proprio contesto, relazioni, servizi). Quando si fa riferimento alle risorse esterne non ci si riferisce solo a ciò che c'è a disposizione, ma a ciò che le persone sono in grado di utilizzare e riutilizzare. È al concetto di salutogenesi che fa riferimento la promozione della salute.

Si distinguono in **determinanti distali**, che comprendono quei fattori individuali e ambientali che sono responsabili delle disuguaglianze sociali e che influenzano l'azione degli altri determinanti di salute e in **determinanti prossimali**, che includono i processi attraverso cui il contesto sociale e le politiche influenzano direttamente lo stato di salute della popolazione e del singolo individuo (ad esempio, politiche di prevenzione, interventi di promozione della salute).

I determinanti di salute possono essere classificati secondo un modello "a più livelli":

- **a un primo livello** vengono individuati i fattori individuali non modificabili (come età, sesso, etnia, caratteristiche genetiche);
- **a un secondo livello** ci sono gli stili di vita individuali, alcuni dei quali possono essere a rischio (ad esempio l'abitudine al fumo, l'abuso di alcol, la sedentarietà, il consumo di droghe). Si tratta di fattori modificabili con opportune politiche e interventi di prevenzione e promozione della salute;
- **a un terzo livello** ci sono le reti sociali in cui l'individuo è inserito all'interno della comunità. Se deboli, esse rappresentano un fattore di rischio per lo stato di salute e benessere psico-sociale dell'individuo; al contrario se forti, sono una risorsa per la comunità intera;
- **a un livello macro** si individuano quei fattori strutturali che possono essere propri del contesto (ad esempio, il contesto socio-economico e socio-culturale) e/o dell'individuo (ad esempio il livello di istruzione, la condizione professionale).



I rischi di malattia possono, quindi, essere dovuti a molti fattori, ciascuno dei quali può, da solo o più spesso in concomitanza con gli altri, essere predisponente o protettivo rispetto a una determinata patologia.

Secondo gli autori i fattori contestuali come gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, le condizioni di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale sono quelli più influenti sulla salute (Centers for Diseases Control and Prevention di Atlanta).

Pertanto, a fronte di una malattia o di un disagio, il più delle volte non basta limitarsi a isolare il singolo fattore di rischio, ma è necessario individuare la catena dei determinanti che, in combinazione, produce il danno sulla salute, sia di individui singoli sia di gruppi di popolazione in specifici contesti sociali.

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Nel corso del tempo, per promuovere la salute, si è passati da interventi di tipo esclusivamente informativo (basati sulla convinzione che un soggetto adulto, qualora avesse ricevuto le giuste informazioni, agisse automaticamente in maniera favorevole per la propria salute), a interventi educativi (che incrementano le abilità dell'individuo oltre che le conoscenze) e, infine, a interventi di promozione della salute che agiscono su molti livelli: conoscenze, competenze, ambienti di vita e di lavoro, comunità e politiche.

È nel 1984 che sono state gettate le basi concettuali della **promozione della salute** e la sua definizione: *"La promozione della salute è il processo che permette alle persone di aumentare il controllo su di sé e migliorare la propria salute"*.

Successivamente, nella Conferenza dell'OMS che si tenne a Ottawa in Canada il 21 Novembre 1986, fu adottata **"La Carta di Ottawa"**: una Carta sulla promozione della salute.

Tale documento fornisce una definizione più elaborata di promozione della salute: *"La promozione della salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo. Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e dall'altro, evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo. La salute è dunque percepita come risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita: è un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Così, la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere"*.

La promozione della salute diventa, quindi, un processo culturale, sociale, ambientale, economico e politico e l'approccio salutogenico è teso a rafforzare il potenziale di salute delle persone in modo che la buona salute sia il mezzo per avere una vita felice e produttiva e per migliorare la qualità di vita. **Qualità di vita** che secondo la definizione OMS del 1995 è *"... la percezione che ogni persona ha della propria posizione nella vita, nel contesto della cultura e del sistema dei valori nel quale è inserita, ed in relazione ai propri obiettivi, standard, aspettative e preoccupazioni"*.

Nella Carta di Ottawa vengono individuate 5 linee d'azione fondamentali tutt'ora valide:

1. **Creare sane politiche pubbliche.** La promozione della salute colloca la salute nell'ordine del giorno di coloro che compiono le scelte politiche in tutti i settori e a ogni livello, per renderli più consapevoli delle conseguenze che hanno le loro decisioni sulla salute. *Una politica di promozione della salute richiede che vengano identificati gli ostacoli all'adozione di politiche pubbliche per la salute nei settori non sanitari e i modi per superarli.* Lo scopo deve essere quello di fare in modo che le scelte più sane siano quelle più facili da realizzare anche per coloro che compiono le scelte politiche.

2. **Creare ambienti favorevoli alla salute.** *Gli inestricabili legami che esistono tra le persone e il loro ambiente costituiscono la base per un approccio socio-ecologico alla salute.* La conservazione delle risorse naturali, i cambiamenti dei modelli di vita, di lavoro e del tempo libero hanno un importante impatto sulla salute. La promozione della salute genera condizioni di vita e di lavoro che sono sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli. La protezione degli ambienti naturali e modellati dall'uomo e la conservazione delle risorse naturali dovrebbero essere considerate in ogni strategia di promozione della salute.
3. **Rafforzare l'azione collettiva a favore della salute.** La promozione della salute agisce attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute. Al cuore di tutto ciò vi è il processo che attribuisce un maggior potere alle comunità. *Lo sviluppo della comunità attinge alle risorse umane e materiali esistenti nella comunità stessa per aumentare l'auto-aiuto e il supporto sociale e per sviluppare sistemi flessibili che rafforzino la partecipazione e la direzione pubblica sui temi della salute.*
4. **Sviluppare le capacità individuali.** La promozione della salute sostiene lo sviluppo individuale e sociale fornendo l'informazione, l'educazione alla salute e migliorando le abilità per la vita quotidiana. In questo modo si aumentano le possibilità delle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e sui propri ambienti, e di fare scelte favorevoli alla salute. *È essenziale mettere in grado le persone di imparare durante tutta la vita, di prepararsi ad affrontare le sue diverse tappe e di saper fronteggiare le lesioni e le malattie croniche.* Ciò deve essere reso possibile a scuola, in famiglia, nei luoghi di lavoro e in tutti gli ambienti organizzativi della comunità. È necessaria un'azione che coinvolga gli organismi educativi, professionali, commerciali e del volontariato, ma anche le stesse istituzioni.
5. **Riorientare i servizi sanitari.** La responsabilità per la promozione della salute è condivisa tra i singoli, i gruppi della comunità, gli operatori sanitari, le istituzioni che garantiscono il servizio sanitario e i governi. Essi devono lavorare insieme per un sistema di assistenza sanitaria che contribuisca alla ricerca della salute. *Il ruolo del settore sanitario deve andare sempre più nella direzione della promozione della salute, al di là della sua responsabilità di garantire servizi clinici e curativi.* I servizi sanitari hanno bisogno di adottare un mandato più ampio che sia sensibile e rispettoso dei bisogni culturali. Questo mandato dovrebbe sostenere i bisogni degli individui e delle comunità per una vita più sana e stabilire connessioni tra il settore sanitario e le più ampie componenti sociali, politiche, economiche e dell'ambiente fisico.

Nel 2005, con la **Carta di Bangkok per la Promozione della Salute in un mondo globalizzato**, l'OMS riprende e completa la Carta di Ottawa definendo azioni e impegni necessari per agire sui determinanti della salute, in un mondo globalizzato, attraverso la promozione della salute.

La Carta di Bangkok individua, tra i fattori critici che hanno maggiore impatto sulla salute:

1. le crescenti disuguaglianze all'interno e fra i diversi Paesi;
2. i nuovi modelli di consumo e di comunicazione;
3. la commercializzazione;
4. i cambiamenti ambientali a livello globale;
5. l'urbanizzazione.

A questi si aggiungono "nuove sfide": "... i cambiamenti sociali, economici e demografici rapidi e spesso sfavorevoli che si ripercuotono sui contesti educativi, sui modelli familiari e sul tessuto sociale e culturale della comunità. Uomini e donne subiscono l'influenza di tali fattori in modo diverso. È aumentata la vulnerabilità dei bambini e l'esclusione delle persone emarginate, dei diversamente abili e delle popolazioni autoctone...".

Tra le strategie proposte, la Carta di Bangkok individua come interventi efficaci una forte azione politica, un'ampia partecipazione e una maggiore advocacy²; pone l'accento sulla necessità di fare ricorso a un repertorio consolidato di **strategie di provata efficacia** e un contemporaneo utilizzo di idee e risposte innovative; sottolinea come partnership, alleanze, reti e collaborazioni contribuiscono a creare modalità stimolanti e gratificanti per coinvolgere persone e organizzazioni verso obiettivi comuni e azioni congiunte per il miglioramento della salute delle popolazioni. Ogni settore – intergovernativo, governativo, della società civile e dell'impresa privata – ha ruoli e responsabilità proprie.

In questa ottica il ruolo dei Comuni nella promozione della salute, in quanto comunità di base vicine ai cittadini e come tali più capaci di coglierne i bisogni e di stimolarne la partecipazione, diviene centrale; essi infatti sono fulcro di importanti sinergie con le realtà associative del territorio, nonché strumenti per stimolare la politica a livello regionale e nazionale.

² Nel campo della salute, l'advocacy consiste nell'uso strategico di informazioni e altre risorse (economiche, politiche, ecc.) per modificare decisioni politiche e comportamenti collettivi e individuali allo scopo di migliorare la salute di singoli o comunità.

IL PIANO COMUNALE DEGLI INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

Il Piano comunale degli interventi di Promozione della Salute è uno strumento di guida e di *governance* definito a partire dalla costruzione di un Profilo di Salute, ossia una descrizione della salute degli abitanti e dei fattori che la influenzano, attraverso l'utilizzo di **indicatori** specifici.

È lo strumento di programmazione degli interventi finalizzati alla promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute promossi dall'Amministrazione Comunale in collaborazione con Enti, Istituzioni, Associazioni, Aziende, UST, Scuole e altri soggetti del territorio. Rappresenta lo strumento idoneo per la realizzazione di politiche pubbliche e integrate favorevoli al raggiungimento di obiettivi di salute in linea con le indicazioni regionali e con le direttive dell'OMS.

Il Piano è una "mappa" attraverso cui si individuano gli obiettivi, si pensa a come raggiungerli e si rende esplicito se siano stati poi raggiunti.

Il Piano deve mettere insieme, integrare conoscenze relative a fenomeni che, di solito, sono collocati in campi disciplinari e amministrativi distinti, a volte separati, e prevedere interventi interdisciplinari e multisettoriali.

La creazione sul territorio comunale di una rete multidisciplinare e intersettoriale aiuta a:

- passare da interventi settoriali ad **azioni integrate**;
- **rinforzare azioni locali** su territori delimitati;
- affrontare i problemi con **alleanze più allargate**;
- **sviluppare senso civico e corresponsabilità sociale**.

Costruire un Piano significa:

- condurre una rilevazione/lettura dei bisogni di una comunità (individuazione del **profilo di salute**);
- individuare **aree critiche** emerse dal profilo di salute e definire le priorità alla luce di criteri di provata efficacia;
- definire gli **obiettivi**, gli **indicatori** e i **risultati attesi**;
- definire le **azioni** da realizzare in collaborazione con gli altri soggetti del territorio per il raggiungimento degli obiettivi individuati;
- **valutare** il raggiungimento degli obiettivi.

Definizione del Profilo di salute della comunità

È la descrizione delle caratteristiche del contesto locale, degli ambienti di vita e di lavoro e dei comportamenti dei cittadini di un determinato territorio.

Costituisce una lettura ragionata e partecipata dei bisogni di salute e di benessere della popolazione ed è uno strumento di supporto nella individuazione delle criticità e delle priorità da considerare all'interno della programmazione e delle politiche di un territorio.

Il profilo di salute della comunità si alimenta da **fonti quantitative e qualitative**, attraverso l'utilizzo di un **set articolato di indicatori**/descrittori di base riferiti all'ambito territoriale.

Riguardo alle fonti **quantitative**, si tratta di dati tradizionalmente utilizzati per la programmazione di ambito territoriale ricavabili dalle rilevazioni di livello nazionale (Istat), regionale, provinciale, distrettuale e comunale e dalle banche dati esistenti. Riguardo a quelle **qualitative**, si tratta di indagini e approfondimenti che consentono di conoscere aspetti dei processi e dei fenomeni che insistono sul territorio.

In Italia le fonti istituzionali di dati che possono essere consultate sono: Ministero della Salute, ISTAT, ISS, registro tumori, osservatori epidemiologici nazionali e regionali, servizio centrale per la programmazione sanitaria, registri di popolazione, anagrafe e stato civile dei Comuni, banche dati ATS, ecc.

Nella raccolta delle informazioni è possibile ricorrere anche ai **testimoni privilegiati** o informatori-chiave. Si tratta di persone rappresentative nel settore culturale, educativo, medico e sociale che, vivendo all'interno o essendo a stretto contatto con la comunità, si ritiene siano in grado di dare realtà al quadro fornito da informazioni o dati raccolti, oltre che trasmettere esperienze/iniziativa pregresse o in atto.

Il processo di costruzione del profilo deve porsi come obiettivo di integrare conoscenze, informazioni e dati molteplici e vari, nell'intento di descrivere e comprendere i diversi ambiti di vita della popolazione (Salute, Ambiente, Sicurezza, ecc.).

L'intento è quello di costruire una base comune di lettura che gradualmente porti alla definizione di priorità condivise e possa così orientare tutta la programmazione locale.

Individuazione delle aree critiche e definizione delle priorità

La costruzione del profilo di salute della comunità permette a ogni singola Amministrazione Comunale di identificare il principale problema di salute e l'area o le aree che necessitano di azioni mirate.

La scelta delle priorità si fonda sui seguenti criteri, integrabili con altri ritenuti significativi nel contesto locale:

- **Rilevanza.** Carico sanitario ed economico del comportamento di salute (cronicità, gravità, bilancio costo/benefici...); carico sociale del comportamento di salute (numerosità e tipologia della popolazione, risorse e responsabilità della comunità locale...); carico di investimento pregresso (patrimonio di interventi e pratiche con continuità di storia...); valore sociale per la comunità.
- **Modificabilità.** Pesatura dei determinanti di salute suscettibili di cambiamento o valorizzabili come risorsa; disponibilità alla collaborazione e all'impegno da parte di professionisti, servizi ed enti nella comunità locale; disponibilità di prove di efficacia o in loro assenza il riferimento a "buone pratiche".
- **Sostenibilità.** Stima delle azioni che possono continuare a essere realizzate, tenendo conto dei limiti dati dai finanziamenti, dalle competenze, dalle collaborazioni e alleanze, dalle infrastrutture, dalle risorse naturali e dalla partecipazione e responsabilità da parte dei portatori di interesse e della comunità locale.

- **Disponibilità al cambiamento.** Basata sulle proposte, sull'impegno e sulla responsabilità dei portatori di interesse, degli amministratori e della comunità locale.
- **Emergenza.** Stima di problemi di salute e benessere da cogliere e affrontare nella loro criticità improvvisa.

Qualsiasi criterio si scelga di adottare, l'importante è esplicitare i criteri di scelta.

PROVE DI EFFICACIA E BUONE PRATICHE

Le **prove di efficacia** derivano da una serie di discipline che comprendono studi epidemiologici sui determinanti di salute, valutazioni di programmi di promozione della salute, studi etnografici relativi all'influenza sociale e culturale sui bisogni di salute, ricerche di tipo sociologico sui modelli e sulle cause delle disuguaglianze, scienze politiche e studi storici relativi al processo decisionale delle politiche pubbliche e ricerche economiche di costo - efficacia degli interventi.

Per **buona pratica** si intende una prassi che, rispetto ad altre analoghe, si è dimostrata particolarmente vantaggiosa nello svolgimento di una determinata attività. Si può trattare di un approccio, una tipologia di progetto, una specifica operazione realizzata in un'area di intervento, una scelta metodologica, una modalità di risoluzione di un problema, un modello di relazione con i partner, una particolare procedura, ecc. Una buona pratica deve rispondere a una serie di criteri che si possono sintetizzare in: fondamento teorico, etica, provata efficacia teorica e pratica, approccio partecipativo e collaborativo, rispondenza ai bisogni dei destinatari, disponibilità di risorse, efficienza e sostenibilità, innovatività (capacità di produrre soluzioni nuove), riproducibilità e trasferibilità.

Definizione degli obiettivi, degli indicatori e dei risultati attesi

Quando è stato definito il problema/il bisogno/l'area tematica su cui intervenire è necessario definire ed esplicitare con chiarezza gli obiettivi, gli indicatori e i risultati attesi.

Gli obiettivi si distinguono in obiettivo generale e obiettivi specifici.

L'**obiettivo generale** può essere definito come una dichiarazione di intenti, di desideri formulata in modo abbastanza ampio e vago. Alcuni esempi:

- Ridurre l'obesità nella popolazione anziana;
- Ridurre gli incidenti stradali tra i giovani;
- Ridurre gli incidenti domestici negli anziani;
- Promuovere l'allattamento al seno.

Una volta individuato l'obiettivo generale, si procede alla definizione degli **obiettivi specifici** i quali devono indicare con chiarezza quali specifici cambiamenti ci si aspetta che avvengano in un determinato target. Tali obiettivi devono essere coerenti con l'obiettivo generale.

Alcuni esempi:

- Incrementare il numero delle persone che partecipano ai gruppi di cammino;
- Ridefinire la viabilità di un determinato tratto stradale a elevato numero di incidenti stradali;
- Aumentare le conoscenze degli anziani e delle loro famiglie sul rischio di incidente domestico e sui possibili pericoli presenti nelle abitazioni;

- Creare nelle sedi delle Amministrazioni Comunali ambienti favorevoli alla pratica dell'allattamento al seno.

Gli obiettivi specifici devono essere chiari, precisi, realizzabili, verificabili e misurabili, non soggetti a interpretazioni.

Nella formulazione degli obiettivi è necessario chiedersi: "da questo obiettivo si può determinare in modo abbastanza diretto e univoco un **indicatore di risultato** adeguato?"

L'indicatore di risultato è una variabile che, misurata, dà delle indicazioni/informazioni sull'efficacia dell'intervento. Permette di verificare se e in quale misura l'insieme dei risultati ottenuti abbia prodotto il raggiungimento degli obiettivi.

Gli indicatori devono essere idonei, misurabili, pertinenti, chiari, comprensibili e capaci di rappresentare il fenomeno per il quale sono stati costruiti.

Alcuni esempi:

- numero di persone che partecipano ai gruppi di cammino nell'anno in corso rispetto al numero di persone che hanno partecipato ai gruppi di cammino nel precedente anno;
- tratto di viabilità modificata rispetto al tratto di viabilità che si ipotizzava di modificare;
- percentuale di anziani e famigliari raggiunti con percorsi informativi/educativi che dichiara di aver aumentato le proprie conoscenze sul rischio di incidente domestico e sui possibili pericoli presenti nelle loro abitazioni;
- Numero di ambienti favorevoli alla pratica dell'allattamento al seno creati nelle sedi dell'Amministrazione Comunale.

Al fine della valutazione del risultato, dopo aver definito gli indicatori è opportuno prevedere il **risultato atteso**, che può essere definito come il cambiamento che ci si aspetta di ottenere rispetto a ogni obiettivo individuato. Facendo riferimento agli obiettivi e agli indicatori utilizzati come esempi, nella formulazione dei risultati attesi ci si dovrebbe chiedere:

- quante persone potrebbero essere realisticamente coinvolte nei gruppi di cammino?
- Quale tratto di viabilità vorremmo modificare?
- Quale percentuale di anziani e famigliari vorremmo che avessero aumentato le conoscenze sul rischio di incidente domestico?
- Quanti ambienti vorremmo dedicare alla pratica dell'allattamento materno?

Individuazione delle azioni da realizzare in collaborazione con gli altri soggetti del territorio per il raggiungimento degli obiettivi individuati

Quando obiettivi, indicatori e risultati attesi sono stati definiti, vengono definite le **azioni** necessarie al raggiungimento degli obiettivi. Le azioni possono prevedere interventi di tipo *informativo-comunicativo* (trasmissione di informazioni, conoscenze con modalità unidirezionali come lezioni, conferenze, convegni e/o tramite materiali come pieghevoli, opuscoli, locandine, cd - rom, siti web, campagne di comunicazione, ecc.), *formativo* (iniziative mirate a far acquisire e potenziare competenze, abilità e tecniche tramite corsi, laboratori, programmi formativi, ecc) *educativo* (realizzazione di interventi finalizzati al cambiamento delle conoscenze e degli stili di vita delle persone), *ambientale* (realizzazione di

piste ciclabili, impianti sportivi, parchi, eliminazione di barriere architettoniche, interventi di tipo strutturale, ecc.), *di sviluppo di comunità* (ricerca - azione con i destinatari intermedi e finali con il coinvolgimento dei vari attori di un setting e/o con la comunità/territorio), *organizzativo* (*offerta di nuovi servizi, modifica del menu della mensa affinché sia più appetibile e promuova il consumo di verdura e frutta, ecc.*).

È importante che le azioni siano congruenti con gli obiettivi individuati, permettano cioè di raggiungere realmente l'obiettivo prefissato.

Valutazione dei risultati

L'atto finale consiste nella valutazione, alla fine dell'intervento, dei risultati raggiunti utilizzando gli indicatori identificati precedentemente.

Valutare significa raccogliere ed esaminare dati per stabilire se gli interventi programmati e agiti sono stati efficaci nel raggiungimento degli obiettivi.

LA CHECK LIST

Questa parte della Guida è stata predisposta per agevolare il lavoro degli Amministratori Locali nella costruzione del Profilo di Salute e nella scelta di azioni mirate e sostenibili, attraverso l'utilizzo di una check-list di indicatori, peculiari di ogni area.

Nella costruzione della check list sono state individuate le seguenti aree:

- ATTIVITÀ INDUSTRIALI
- AREE ESTRATTIVE E DISCARICHE
- RIFIUTI
- INQUINAMENTO ACUSTICO
- PRESENZA/ASSENZA DI RADON IN UNITÀ IMMOBILIARI
- QUALITÀ DELL'ARIA
- QUALITÀ DELL'ACQUA
- SUOLO E CONTESTO URBANIZZATO
- SITUAZIONE LAVORATIVA
- SITUAZIONE REDDITUALE
- SITUAZIONE ABITATIVA
- SCOLARITÀ
- SERVIZI ALLA PERSONA
- STILI DI VITA
- SICUREZZA SUL LAVORO
- SICUREZZA STRADALE
- SICUREZZA DOMESTICA
- TRASPORTO/MOBILITÀ SOSTENIBILE
- BENESSERE ANIMALE

Le **aree** considerate facilitano la definizione del profilo di salute del territorio, ne rafforzano la conoscenza e aiutano a progettare con un più alto senso di consapevolezza le azioni e lo sviluppo locale.

Gli **indicatori** individuati possono essere considerati strumenti di orientamento in grado di rendere accessibile e gestibile la complessità delle informazioni necessarie alla elaborazione e revisione delle azioni comunali.

Essi sono infatti "...una rappresentazione sintetica di una realtà complessa, cioè caratteristica o insieme di caratteristiche che permettono di cogliere un determinato fenomeno..." (Schimdt, 1987).

Gli indicatori sono stati suddivisi in:

1. **indicatori primari** che tutti i profili di salute del territorio dovrebbero contenere come set minimo a garanzia di una lettura completa della salute della popolazione e del territorio;
2. **indicatori di dettaglio** che aiutano ad approfondire la lettura dello stato di salute, ma che non sono indispensabili, e possono differenziarsi da territorio a territorio;
3. **indicatori prodotti a livello locale** in rapporto a particolari esigenze.

Gli indicatori primari e di dettaglio sono stati scelti privilegiando la loro effettiva capacità di rappresentare un fenomeno o parte di esso oltre che la loro disponibilità e aggiornabilità. Essi necessitano di un aggiornamento periodico in rapporto

all'esperienza maturata nella loro applicazione, alla disponibilità di nuove fonti di dati, a nuove esigenze.

Nella formulazione degli indicatori, che per esigenze particolari saranno prodotti a livello locale, si dovrà stabilire con cura il tipo e il numero di indicatori necessari: non troppi e non troppo pochi, che siano significativi e che forniscano adeguate informazioni del fenomeno in osservazione.

Per ogni area è previsto un set di indicatori dei quali specificare il valore e la fonte di reperimento.

Nella colonna **Valore** va indicato il valore dell'ultima rilevazione disponibile e nella colonna **Fonte** l'Ente che produce ed è responsabile del dato (es. ISTAT) o la rilevazione/elaborazione da cui proviene il dato, (es. censimento della popolazione) o il titolo e l'anno della pubblicazione e/o il sito web su cui è rilasciato il dato.

INQUADRAMENTO DEMOGRAFICO

La valutazione degli indicatori sotto riportata permette di descrivere l'andamento demografico della popolazione italiana e straniera residente nel Comune attraverso la valutazione dei movimenti anagrafici.

La scelta di inserire indicatori relative alla composizione delle famiglie è motivata dal fatto che esiste una relazione fra la tipologia di composizione familiare e la mortalità con l'evidenza della presenza di una forte protezione per i coniugati ed eccessi di mortalità crescenti fra single, vedovi, separati e divorziati.

Indicatore	Valore	Fonte
Numero totale residenti		
Numero di abitanti per classe di età e sesso		
Percentuale di residenti di età >65		
Percentuale di stranieri residenti distribuiti per paese di origine, età e sesso		
Percentuale di famiglie con 1 componente distribuite per sesso, fascia d'età e provenienza		
Percentuale di soggetti vedovi		
Percentuale di soggetti separati		
Percentuale di soggetti divorziati		
Tassi di mortalità distribuiti per gruppi di causa e fasce d'età		

DETERMINANTI AMBIENTALI

La continua interazione tra l'individuo e l'ambiente fisico che lo circonda è un aspetto determinante sull'evoluzione delle condizioni di benessere individuali e collettive. Secondo il rapporto OMS (2006) "Prevenire le malattie grazie a un ambiente migliore: verso una stima del carico di malattia legato all'ambiente", circa il 24% di tutte le malattie nel mondo è dovuto all'esposizione a fattori ambientali. Ciò significa che gran parte di esse potrebbero essere evitate agendo in modo mirato sui fattori di rischio ambientali (qualità dell'acqua potabile e balneabile, dell'aria e del suolo, i rifiuti, la qualità e sicurezza del costruito, dei prodotti di consumo, dello sviluppo territoriale).

ATTIVITÀ INDUSTRIALI

Lo sviluppo tecnologico registrato nel XX secolo ha portato, da un lato, benefici in termini di aumento di aspettativa e qualità della vita ma, allo stesso tempo, l'industrializzazione può comportare una pressione crescente sull'ambiente dovuta ai carichi di sostanze di ogni tipo immesse nell'aria, nell'acqua e nel suolo, l'esposizione alle quali può determinare effetti nocivi sulla salute.

Nella compilazione della check-list sono primari gli indicatori ai punti A), B), D), E), G), H) mentre di dettaglio quelli ai punti C) e F).

Indicatore	Valore	Fonte
a) Numero di stabilimenti a rischio di incidente rilevante presenti sul territorio comunale		
b) Numero di stabilimenti a rischio di incidente rilevante ubicati nelle zone adiacenti al Comune		
c) <i>Numero ed esito di controlli svolti sugli stabilimenti produttivi a rischio di incidente rilevante</i>		
d) Numero di aziende siderurgiche e metallurgiche presenti sul territorio comunale		
e) Numero di aziende siderurgiche e metallurgiche ubicate nelle zone adiacenti al Comune		
f) <i>Numero ed esiti di controlli svolti nelle aziende siderurgiche e metallurgiche</i>		
g) Presenza di indagini di impatto sulla salute/ambiente che riguardano specifiche aziende del territorio		
h) Numero di segnalazioni pertinenti da parte di cittadini, enti, associazioni... per emissioni, scarichi, odori, rumori etc. per anno		

CRITICITÀ RILEVATE

AREE ESTRATTIVE E DISCARICHE

L'attività estrattiva e le discariche causano un cambiamento dello stato dei luoghi, generando impatti sull'ambiente, sugli ecosistemi locali e sul paesaggio.

Nella compilazione della check-list sono primari gli indicatori ai punti A), C), E) mentre di dettaglio quelli ai punti B),D), F), G), H), I).

Indicatore	Valore	Fonte
a) Km ² di aree destinate all'escavazione		
b) m ³ di aree autorizzate all'escavazione		
c) Km ² di aree di cava esaurita		
d) Km ² di aree di cava esaurita ritombata o rinaturalizzata		
e) Km ² di aree di discarica		
f) Km ² di aree di discarica esaurita		
g) Km ² di aree di discarica attiva		
h) m ³ di rifiuti conferiti		
i) m ³ di rifiuti da conferire nelle discariche attive		

CRITICITÀ RILEVATE

RIFIUTI

La presenza di rifiuti è spesso indicata come un importante fattore di rischio per la salute della popolazione. Le azioni fondamentali di prevenzione e il fulcro di ogni politica tesa a contenere i rischi connessi ai rifiuti risiedono nella riduzione della loro produzione, nell'incentivazione della raccolta differenziata, nella riutilizzazione e razionalizzazione delle modalità di smaltimento, secondo quanto indicato nell'ultima direttiva europea in materia (2006/12/UE).

Nella compilazione della check-list tutti gli indicatori sono ritenuti primari.

Indicatore	Valore	Fonte
a) Chilogrammi di rifiuti urbani prodotti		
b) Chilogrammi di rifiuti urbani raccolti in modo differenziato		
c) Quantità di rifiuti speciali non pericolosi che vengono prodotti annualmente sul territorio		
d) Quantità di rifiuti speciali pericolosi che vengono prodotti annualmente sul territorio		
e) Quantità dei rifiuti speciali prodotti dal settore industriale		

CRITICITÀ RILEVATE

INQUINAMENTO ACUSTICO

L'inquinamento acustico è inteso come "l'introduzione di rumore nell'ambiente abitativo o nell'ambiente esterno tale da provocare fastidio o disturbo al riposo e alle attività umane, pericolo per la salute umana, deterioramento degli ecosistemi, dei beni materiali, dei monumenti, dell'ambiente abitativo o dell'ambiente esterno o tale da interferire con le normali funzioni degli ambienti stessi" (Art. 2 della legge n. 447/1995). Un livello di rumore eccessivo può essere causa di disagio fisico e psicologico e può incidere profondamente sullo stato di salute dell'individuo.

Nella compilazione della check-list, sono ritenuti primari, gli indicatori ai punti A) e B) mentre di dettaglio quello al punto C)

Indicatore	Valore	Fonte
a) Numero di ricettori sensibili (Ospedali, Scuole, Case di riposo, ...) che ricadono all'interno della classificazione acustica elevata (<3)		
b) Numero di segnalazioni/esposti da parte della popolazione negli ultimi 5 anni		
c) Numero di fonometrie effettuate negli ultimi 5 anni che superano i limiti sul numero totale delle fonometrie effettuate		

CRITICITÀ RILEVATE

QUALITÀ DELL'ARIA

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'inquinamento dell'aria è uno dei principali rischi ambientali per la salute. È dimostrata l'esistenza di una relazione quantitativa tra i livelli di inquinamento e l'incremento di mortalità e aumento di malattie, in particolare di natura respiratoria e cardiovascolare. Anche livelli relativamente bassi di inquinamento atmosferico sono stati correlati a una gamma di effetti dannosi per la salute.

Nella compilazione della check-list sono ritenuti primari gli indicatori ai punti A), B), C), D), mentre di dettaglio quello al punto E)

Indicatore	Valore	Fonte
a) Numero totale autorizzazioni delle emissioni in atmosfera		
b) Valore medio di inquinanti non a norma presenti nell'aria		
– Biossido di zolfo (SO ₂)		
– Biossido di azoto (NO ₂)		
– Monossido di carbonio (CO)		
– Ozono troposferico (O ₃)		

- Particolato (PM ₁₀)		
- Idrocarburi Policiclici Aromatici (IPA)		
- Benzene (C ₆ H ₆)		
c) Numero ed esito dei controlli sulle emissioni delle attività produttive in atmosfera per anno		
d) Numero di esposti annui relativi alla qualità dell'aria		
e) <i>Tipo di esposti</i>		

CRITICITÀ RILEVATE

QUALITÀ DELL'ACQUA

Una qualità accettabile delle acque è fondamentale per garantire sia un ambiente sano sia la salute umana (Centro Nazionale per il Controllo delle malattie). I fattori chiave che contribuiscono al deterioramento della qualità dell'acqua sono l'aumento della popolazione, la rapida urbanizzazione, lo scarico di nuovi agenti patogeni e di sostanze chimiche da parte delle industrie e le specie invasive.

Il rischio idrogeologico è un problema prioritario: l'Italia è, infatti, un Paese dove l'esposizione al rischio di frane e alluvioni è particolarmente elevata e costituisce un problema di grande rilevanza sociale, sia per il numero di vittime sia per i danni prodotti alle abitazioni, alle industrie e alle infrastrutture.

Nella compilazione della check-list tutti gli indicatori sono ritenuti primari.

Indicatore	Valore	Fonte
a) Km ² di aree idrogeologiche vulnerabili		
b) Numero di vittime nel caso di precedenti eventi critici naturali (esondazioni) avvenuti negli ultimi 100 anni		
c) Spesa sostenuta (in €) nel caso di precedenti eventi critici naturali (esondazioni) avvenuti negli ultimi 100 anni		
d) Percentuale di analisi non a norma effettuate sulla qualità dell'acqua potabile negli ultimi 5 anni		
e) Numero di esposti all'anno ricevuti negli ultimi 5 anni		
f) Percentuale di analisi non a norma effettuate sulla qualità delle acque balneabili negli ultimi 5 anni		

CRITICITÀ RILEVATE

SUOLO E CONTESTO URBANIZZATO

Le principali minacce cui è esposto il suolo sono l'erosione, la diminuzione del tasso di materie organiche, la contaminazione, l'impermeabilizzazione (causata dalla costruzione di abitazioni, strade e altre infrastrutture), il compattamento (causato da una pressione meccanica dovuta a macchine pesanti, al pascolo eccessivo, ad attività sportive), la diminuzione della diversità biologica, la salinizzazione (accumulo eccessivo di sali solubili di sodio, magnesio e calcio) come pure le inondazioni e gli smottamenti e l'eccessiva urbanizzazione.

Nella compilazione della check-list sono ritenuti primari gli indicatori ai punti A), B), C), D), E), F), H), I), L), M), N), O) mentre di dettaglio quello al punto G)

Indicatore	Valore	Fonte
a) Densità abitativa (Numero abitanti per Km ²)		
b) Km ² delle aree di rispetto previste tra le aree residenziali e le aree produttive		
c) Km ² di aree boschive (boschi e ripe boscate)/totale delle superficie comunale		
d) Km ² di superficie urbanizzata/totale della superficie comunale		
e) Km ² di aree adibite a standard pubblico		
f) Km ² di insediamenti produttivi dismessi che necessitano di bonifica		
<i>g) Km² di insediamenti produttivi dismessi già bonificati</i>		
h) Km ² di coperture in cemento amianto in zona residenziale		
i) Km ² di coperture in cemento amianto in zona industriale		
l) Grado di acclività del contesto urbanizzato		
m) Grado di acclività a monte del contesto urbanizzato		
n) Numero di vittime nel caso di precedenti eventi critici naturali (terremoti, smottamenti) avvenuti negli ultimi 100 anni		
o) Spesa sostenuta (in €) nel caso di precedenti eventi critici naturali (terremoti, smottamenti) avvenuti negli ultimi 100 anni		

CRITICITÀ RILEVATE

DETERMINANTI SOCIALI

Il campo dei determinanti sociali si occupa degli aspetti chiave della vita delle persone, della loro istruzione, del loro lavoro, del loro reddito e degli stili di vita.

Gli studi internazionali evidenziano che le persone che vivono in condizioni socio-economiche disagiate sono più colpite dalle malattie e hanno una speranza di vita significativamente più breve: hanno un rischio almeno doppio di essere colpite da malattie e morte prematura. Anche lo stile di vita individuale è fortemente influenzato da aspetti quali la cultura, l'occupazione, l'istruzione, il reddito e le reti sociali e comunitarie: per migliorare lo stato di salute del singolo, quindi, gli interventi devono essere diretti non solo agli individui ma anche alle condizioni sociali e ambientali del contesto nel quale essi sono inseriti.

SITUAZIONE LAVORATIVA

La disoccupazione mette a rischio la salute: i dati relativi a numerosi Paesi mostrano che, anche tenendo conto di altri fattori, le persone disoccupate e le loro famiglie vanno incontro a un considerevole aumento del rischio di morte prematura. È stato dimostrato, inoltre, che la mancanza di sicurezza del lavoro causa l'aumento dei disturbi della salute mentale (in particolare ansia e depressione), della sensazione di cattivo stato di salute, delle malattie cardiache e dei fattori di rischio per le stesse.

Nella compilazione della check-list sono ritenuti primari gli indicatori ai punti A), C), E), F), G), H), I) mentre di dettaglio quelli ai punti B) e D).

Indicatore	Valore	Fonte
a) Tasso di disoccupazione		
b) <i>Percentuale di disoccupati distribuiti per sesso e fasce d'età e paese di provenienza</i>		
c) Percentuale di cassaintegrati distribuiti per sesso ed età		
d) <i>Percentuale di lavoratori in mobilità distribuiti per sesso ed età</i>		
e) Percentuale di casalinghe		
f) Percentuale di pensionati		
g) Percentuale di disabili sopra i 2/3 di invalidità		
h) Percentuale di disabili sotto i 2/3 di invalidità disoccupati		
i) Domande di lavoro presentate all'Amministrazione Comunale		

CRITICITÀ RILEVATE

SITUAZIONE REDDITUALE

Alcuni studi dimostrano un'associazione tra reddito individuale e salute. Tali studi mostrano una costante relazione tra livello del reddito e morbosità/mortalità, laddove coloro che si trovano ai livelli di reddito più bassi soffrono dei più alti tassi di mortalità e di inferiore stato di salute.

Nella compilazione della check-list tutti gli indicatori sono ritenuti primari.

Indicatore	Valore	Fonte
a) Percentuale di persone che vive al di sotto del livello della soglia di povertà		
b) Numero di domande di sostegno al reddito pervenute al Comune		
c) Numero di persone, suddivise per fasce di età, che ricevono il contributo integrativo del reddito dal Comune		
d) Numero di persone inviate ad altri Enti del privato sociale		

CRITICITÀ RILEVATE

SITUAZIONE ABITATIVA

La casa è considerata uno dei più importanti determinanti di salute. Le caratteristiche strutturali della casa e la qualità delle relazioni che i suoi abitanti instaurano con il contesto circostante, influiscono sulla salute fisica e mentale, sia direttamente sia indirettamente.

I fattori in grado di influire sulla salute sono la qualità dell'abitazione, la rumorosità dell'ambiente, l'affollamento e la qualità dell'aria interna.

Nella compilazione della check-list sono ritenuti primari gli indicatori ai punti A), B), C), E), G), I), L) mentre di dettaglio quelli ai punti D), F), M) e N).

Indicatore	Valore	Fonte
a) Percentuale di popolazione con sfratto		
b) Percentuale di popolazione che vive in condizione di sovraffollamento		
c) Percentuale di soggetti senzatetto		
d) <i>Numero dei senzatetto distribuiti per età, sesso e provenienza</i>		
e) Percentuale di soggetti senza fissa dimora		
f) <i>Numero dei senza fissa dimora distribuiti per età, sesso e provenienza</i>		
g) Domande di alloggio pervenute all'Amministrazione Comunale		
i) Percentuale di immobili sfitti nei centri storici		

l) Percentuale di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica		
m) Numero di residenti in alloggi ERP		
n) Numero domande di residenti per alloggi ERP in evase		

CRITICITÀ RILEVATE

SCOLARITÀ

Lo stile di vita individuale è fortemente influenzato da molteplici aspetti tra i quali il livello di istruzione. È infatti dimostrato che le persone con un più elevato livello di istruzione sono quelle che, tendenzialmente, assumono stili di vita più sani. Inoltre, alcuni studi dimostrano che le persone meno istruite e di bassa classe sociale, si ammalano di più e muoiono prima: mortalità e morbosità aumentano linearmente con il crescere dello svantaggio sociale.

Nella compilazione della check-list sono ritenuti primari gli indicatori ai punti A), B), C), D), E), F) mentre di dettaglio quello al punto G).

Indicatore	Valore	Fonte
a) Distribuzione percentuale del titolo di studio conseguito in base a sesso, fascia d'età e provenienza		
b) Percentuale di popolazione adulta (15 - 52 anni) che ha conseguito la scuola dell'obbligo		
c) Numero di studenti frequentanti la scuola primaria distribuiti per sesso e cittadinanza		
d) Numero di studenti frequentanti la scuola secondaria di primo grado distribuiti per sesso e cittadinanza		
e) Numero di studenti frequentanti la scuola secondaria di secondo grado distribuiti per sesso e cittadinanza		
f) Percentuale di abbandoni scolastici		
g) Numero di studenti che hanno abbandonato la scuola distribuiti per sesso e fascia di età		

CRITICITÀ RILEVATE

SERVIZI ALLA PERSONA

I servizi alla persona hanno come obiettivo quello di assicurare alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi; di promuovere azioni per garantire la

qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritto di cittadinanza, di prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di bisogno individuale e familiare derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali, condizioni di non autonomia.

Nella compilazione della check-list tutti gli indicatori sono ritenuti primari.

<i>Servizi per minori</i>		
Indicatore	Valore	Fonte
a) Numero e tipologia di servizi socio-sanitari per minori presenti sul territorio comunale		
b) Numero di minori che usufruiscono dei Servizi di Assistenza Domiciliare Educativa per Minori		
c) Percentuale di richieste di Assistenza Domiciliare Educativa per Minori non evase		
d) Numero di nidi comunali e di nidi convenzionati		
e) Percentuale di bambini che frequentano i nidi comunali e i nidi convenzionati		
f) Percentuale di richieste di inserimenti in nido non evase		
g) Numero di Centri di Aggregazione Giovanile distribuiti per tipologia		
h) Percentuale di ragazzi che frequentano i Centri di Aggregazione Giovanile		
i) Numero di Centri Diurni Estivi distribuiti per tipologia e periodo di svolgimento		
l) Numero di affidi familiari avviati		
m) Numero di minori inseriti in Comunità alloggio		

<i>Servizi per stranieri</i>		
Indicatore	Valore	Fonte
a) Numero di stranieri frequentanti i centri di alfabetizzazione		
b) Numero e tipologia di servizi per stranieri attivati (es. protocolli di accoglienza nelle strutture, presenza di mediatori culturali, attivazione sportelli stranieri)		

<i>Servizi per disabili</i>		
Indicatore	Valore	Fonte
a) Numero e tipologia di servizi socio-sanitari per disabili presenti sul territorio comunale		
b) Numero di disabili inseriti in CDD		
c) Numero di richieste di inserimento in CDD non evasa		
d) Numero di disabili inseriti in CSE		
e) Numero di richieste di inserimento in CSE non evasa		
f) Numero di disabili che usufruiscono dei servizi di ADM e SAD		

g) Numero di richieste di ASM e SAD non evase		
h) Numero di disabili che frequentano C.R.H.e R.S.D.		
i) Numero di richieste di inserimento in CRH e RSD non evase		
l) Numero di disabili che utilizzano il Servizio SFA		
m) Numero di richieste di utilizzo del Servizio SFA non evase		
n) Numero di disabile che utilizzano il Servizio SIL		
o) Numero di richieste di utilizzo del Servizio SIL non evase		
p) Numero di soggetti disabili inseriti in strutture residenziali		

<i>Servizi per anziani</i>		
Indicatore	Valore	Fonte
a) Numero e tipologia di servizi socio-sanitari per anziani attivati presenti sul territorio comunale		
b) Numero di anziani inseriti in alloggi protetti		
c) Numero di richieste di inserimento in alloggi protetti non evase		
d) Numero di anziani che frequentano i Centri Diurni		
e) Numero di anziani inseriti in RSA		
f) Numero di richieste di inserimento in RSA non evase		
g) Numero di anziani che usufruiscono dei servizi SAD		
h) Numero di richieste di servizio SAD on evase		
i) Numero di anziani non autosufficienti seguiti a domicilio		

CRITICITÀ RILEVATE

STILI DI VITA

Molti comportamenti (ad esempio fumo di sigarette, abuso di alcol, uso di sostanze, alimentazione scorretta, gioco d'azzardo, assenza di esercizio fisico) hanno un effetto negativo scientificamente dimostrato sullo stato di salute e di benessere dell'individuo che li mette in atto.

ALIMENTAZIONE

L'alimentazione è uno dei fattori chiave che influenza la salute. Una dieta salutare contribuisce a ridurre i fattori di rischio dei maggiori problemi sanitari che, per gli adulti, sono l'obesità, le malattie cardiovascolari e i cancro. Gli errori nutrizionali possono essere sia in eccesso sia in difetto: ad esempio, troppo sale nella dieta porta all'ipertensione, che a sua volta predispone all'infarto e all'ictus; assumere poca frutta e verdura (sono consigliate 5 porzioni al giorno) favorisce lo sviluppo di tumori e malattie cardiovascolari; un eccesso di carne rossa predispone al tumore del colon; lo scarso apporto di calcio con la dieta (latte, formaggi, yogurt), unito all'inattività fisica, predispone all'osteoporosi.

Un problema particolarmente grave è quello dell'insorgenza dell'obesità tra bambini e adolescenti, esposti fin dall'età infantile a difficoltà respiratorie, problemi articolari, mobilità ridotta, ma anche disturbi dell'apparato digerente e di carattere psicologico.

Inoltre, chi è obeso in età infantile lo è spesso anche da adulto: aumenta quindi il rischio di sviluppare precocemente fattori di rischio di natura cardiovascolare e condizioni di alterato metabolismo, come il diabete di tipo 2 o l'ipercolesterolemia.

Nella compilazione della check-list sono ritenuti primari gli indicatori ai punti A), B), C), D), F), G), I), M), N), O), P) mentre di dettaglio quelli ai punti E), H), L).

Indicatore	Valore	Fonte
a) Percentuale di popolazione obesa distribuita per età e per sesso (BMI > 30)		
b) Percentuale di assistiti con diabete		
c) Percentuale di assistiti con ipertensione		
d) Percentuale di assistiti con infarto miocardico acuto		
e) <i>Percentuale di persone che riferisce di consumare almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno</i>		
f) Percentuale di bambini allattati al seno		
g) Numero di scuole con mensa per la quale è stato stilato il capitolato d'appalto con espressione di parere da parte dell'ATS sul numero totale delle scuole con mensa presenti sul territorio comunale		
h) <i>Percentuale di alunni che usufruiscono del servizio mensa</i>		
i) Numero di scuole con mensa che propongono il menù validato dall'ATS		
l) <i>Percentuale di alunni che usufruiscono del servizio mensa</i>		
m) Numero ed esiti delle ispezioni annue effettuate dalla commissione mensa nel centro di cottura e nel refettorio		
n) Numero di lamentele pervenute per il servizio mensa		
o) Numero di altri servizi (es. Centri Diurni Estivi) con mensa per i quali è stato stilato il capitolato d'appalto con espressione di parere da parte dell'ATS sul numero totale dei servizi con mensa presenti sul territorio comunale		

p) Numero di distributori automatici di alimenti presenti nelle sedi comunali per i quali è stato stilato il capitolato d'appalto secondo le indicazioni predisposte dall'ATS sul numero totale dei distributori presenti		
---	--	--

CRITICITÀ RILEVATE

ATTIVITÀ FISICA

Molti sono gli effetti dell'attività fisica sulle condizioni di salute: effetti preventivi nei confronti delle malattie croniche; incremento del grado di autonomia degli anziani e riduzione del rischio di cadute; influenza positiva su alcune malattie mentali. In generale, l'attività fisica migliora la qualità della vita e aumenta la sensazione di benessere.

Salute e benessere aumentano all'aumentare dell'attività fisica: a una maggior quantità di movimento corrisponde una riduzione di malattie e incidenti, con un andamento del tipo *dose-risposta*. Per ottenere questi benefici, l'attività non deve essere necessariamente vigorosa; anche con un'attività moderata è possibile ottenere grandi vantaggi per la salute.

Nella compilazione della check-list sono ritenuti primari gli indicatori ai punti A), B), C), D) E), G), H), I), L), M), N) mentre di dettaglio quello al punto F).

Indicatore	Valore	Fonte
a) Percentuale di popolazione obesa distribuita per età e per sesso (BMI > 30)		
b) Percentuale di assistiti con diabete		
c) Percentuale di assistiti con ipertensione		
d) Percentuale di assistiti con infarto miocardico acuto		
e) Percentuale di soggetti con diagnosi di frattura di anca per caduta accidentale		
f) Percentuale popolazione con scarsa o assente attività fisica distribuita per sesso e fascia di età		
g) Km ² di aree verdi presenti nel territorio comunale		
h) Km ² di parchi pubblici a verde attrezzato		
i) Chilometri lineari totali dei percorsi ciclo-pedonali attrezzati		
l) Numero e tipologia di impianti sportivi per 1.000 abitanti (es. palestre, campi, piscine, percorsi di benessere, sentieri attrezzati per lo sport, altro...) presenti sul territorio comunale		
m) Numero di palestre scolastiche a disposizione di altri soggetti quando non utilizzate dalla scuola sul numero totale delle palestre		

n) Numero di eventi annuali organizzati con il coinvolgimento della comunità che permettono di essere fisicamente attivi (es. tornei, gare sportive, balli, ecc.)		
---	--	--

CRITICITÀ RILEVATE

TABAGISMO

Il tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme: nei paesi dell'Unione Europea (UE) ogni anno muoiono prematuramente a causa del fumo 650.000 persone.

Secondo i più recenti dati della Commissione Europea, benché il numero dei fumatori nella UE sia in calo, un terzo degli europei fuma ancora. Queste persone mettono a repentaglio la loro vita e quella di quanti sono esposti al fumo passivo, tanto che, ogni anno, 19.000 europei non fumatori muoiono per effetto dell'esposizione al fumo passivo, a casa o sul luogo di lavoro. In Italia, si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno: oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età.

Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive e altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie.

Nella compilazione della check-list sono ritenuti primari gli indicatori ai punti A), C), D) mentre di dettaglio quello al punto B).

Indicatore	Valore	Fonte
a) Numero di assistiti affetti da broncopneumopatie		
b) <i>Percentuale di popolazione che riferisce di fumare</i>		
c) Numero di sanzioni applicate in violazione del divieto di vendita ai minori di 16 anni		
d) Numero di sanzioni applicate in violazione del divieto di fumo nei locali pubblici		

CRITICITÀ RILEVATE

ALCOOL E ALTRE DIPENDENZE

Il consumo di alcol è un problema sanitario e sociale grave in tutta l'Unione Europea. Nell'UE il consumo dannoso e pericoloso di alcol è la causa certa del 7,4% di tutti i problemi di salute e delle morti precoci. Tra le conseguenze di questo consumo figurano un elevato numero di incidenti mortali sulle strade, un vasto

impatto sociale sotto forma di violenza, teppismo, criminalità, problemi familiari, emarginazione sociale e una bassa produttività lavorativa.

Per quanto concerne il consumo di droghe, secondo l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT), il consumo di droga nell'UE è all'origine di 6500-9000 morti all'anno (per overdose). L'uso di siringhe è un frequente veicolo di infezioni trasmissibili per via ematica, come l'HIV/AIDS e l'epatite B e C.

Anche la dipendenza da gioco rappresenta un grave problema di salute pubblica, crea problemi psico-sociali al soggetto coinvolto, è causa di problemi finanziari e può condurre a disturbi di natura antisociale (Potenza 2002, Petry 2002, Lejoyeux 2002, Potenza 2000). Inoltre, questa patologia è spesso associata a tassi elevati di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio (Petry 2002, Newman 2003).

Nella compilazione della check-list sono ritenuti primari gli indicatori ai punti A), B), C), D), F), G), H), mentre di dettaglio quello al punto E).

Indicatore	Valore	Fonte
a) Percentuale di incidenti stradali dovuti all'assunzione di alcol distribuita per fasce di età		
b) Percentuale di incidenti stradali dovuti all'assunzione di sostanze stupefacenti distribuita per fasce di età		
c) Numero di soggetti con patente sospesa a seguito di guida in stato di ebbrezza		
d) Numero di soggetti con patente sospesa a seguito di guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti		
e) <i>Percentuale di popolazione che riferisce di bere (20 gr/die per le donne; 40 gr/die per gli uomini)</i>		
f) Numero di sanzioni applicate in violazione del divieto di vendita ai minori di 18 anni		
g) Numero di sale da gioco presenti sul territorio comunale		
h) Numero di esercizi commerciali in cui è possibile scommettere		

CRITICITÀ RILEVATE

SICUREZZA

La sicurezza è la condizione di chi, o di ciò, che è esente da pericoli o protetto contro possibili pericoli. In senso assoluto, si tratta di un concetto difficilmente traducibile nella vita reale anche se l'applicazione delle norme di sicurezza rende più difficile il verificarsi di eventi dannosi e di incidenti e si traduce sempre in una migliore qualità della vita.

SICUREZZA SUL LAVORO

La vita lavorativa può essere un fattore di rischio: condizioni di lavoro sfavorevoli, compiti particolarmente faticosi e una cultura organizzativa basata sullo stress possono causare infortuni, lesioni e problemi di salute, nonché contribuire all'adozione di stili di vita dannosi. Se, al contrario, le condizioni di lavoro sono buone, i lavoratori si muovono in un contesto favorevole alla salute e possono sviluppare un senso di appartenenza e benessere.

Nella compilazione della check-list tutti gli indicatori previsti sono ritenuti primari.

Indicatore	Valore	Fonte
a) Numero di infortuni denunciati all'INAIL/totale addetti osservati nel quinquennio e per comparto produttivo		
b) Numero di infortuni gravi denunciati all'INAIL/totale infortuni osservati nel quinquennio e per comparto produttivo		
c) Numero di cantieri sanzionati/totale sopralluoghi nei cantieri		
d) Numero e tipologia di malattie lavoro correlate nel quinquennio per tipo di patologia		

CRITICITÀ RILEVATE

SICUREZZA STRADALE

Sebbene le azioni finora intraprese siano state efficaci, nell'Unione Europea il numero degli incidenti stradali mortali continua a essere troppo elevato: ogni anno 1,3 milioni di incidenti stradali provocano 43.000 morti e 1,7 milioni di feriti. Questa problematica sta ricevendo una crescente attenzione in tutta l'Unione Europea. L'obiettivo proposto è ambizioso: ridurre entro il 2010 il numero degli incidenti stradali mortali del 50% rispetto al 2001.

Nella compilazione della check-list tutti gli indicatori previsti sono ritenuti primari.

Indicatore	Valore	Fonte
a) Tasso di mortalità per incidente stradale		
b) Indice di lesività per incidente stradale		

c) Numero di strade (distinte per tipologia) ad alto indice di incidentalità		
d) Numero di svincoli rilevati come critici		
e) Numero di aree segnalate o rilevate come aree scarsamente illuminate		
f) Numero di incidenti occorsi in ogni anno dell'ultimo quinquennio distinti per causa dell'incidente		
g) Numero di incidenti occorsi in ogni anno dell'ultimo quinquennio distinti per fascia d'età		

CRITICITÀ RILEVATE

SICUREZZA DOMESTICA

Gli incidenti domestici rappresentano un problema di grande interesse per la sanità pubblica: disabilità, sofferenza, calo della produttività sono infatti alcuni degli aspetti legati a questo tema. Causa importante di morbosità e di mortalità nella maggior parte dei Paesi industrializzati, gli incidenti domestici, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità non risparmiano nessuna fascia d'età e sono la prima causa di morte per i bambini. Da non sottovalutare, poi, l'aspetto sociale legato all'impatto psicologico che questo tipo di infortuni ha sulla popolazione che considera la casa il luogo sicuro per eccellenza.

Nella compilazione della check-list tutti gli indicatori previsti sono ritenuti primari.

Indicatore	Valore	Fonte
a) Numero di ricoveri per incidente domestico distribuiti in base al sesso e all'età		
b) Spesa sostenuta per i ricoveri per incidente domestico		

CRITICITÀ RILEVATE

MOBILITÀ/TRASPORTI

I principali fattori legati al mondo del trasporto su strada sono l'inquinamento atmosferico e acustico, l'incidentalità stradale, lo stress, l'accesso ai servizi, l'induzione all'attività fisica.

Il sistema dei trasporti rappresenta per i Comuni uno strumento importante di verifica dei servizi offerti sul territorio urbano ed extra urbano, per garantire ai cittadini standard di sicurezza adeguati e decongestionare la viabilità stradale. Inoltre, promuovere modalità attive di spostamento come camminare, andare in bicicletta e utilizzare il trasporto pubblico, può ridurre l'inquinamento dell'aria e le emissioni dei gas serra, noti per avere effetti negativi sulla salute. Anche l'accessibilità ai servizi è strettamente connessa alla presenza e alla qualità delle infrastrutture e dei sistemi e servizi di trasporto.

TRASPORTO PRIVATO

Nella compilazione della check-list sono ritenuti primari gli indicatori al punto A) e B) mentre di dettaglio quello al punto C).

Indicatore	Valore	Fonte
a) Numero di automobili/Numero dei residenti		
b) Numero di rilevazioni effettuate sul flusso stradale		
c) <i>Traffico giornaliero medio omogeneizzato</i>		

CRITICITÀ RILEVATE

TRASPORTI PUBBLICI LOCALI INTERNI

Nella compilazione della check-list sono ritenuti primari gli indicatori al punto A), B) mentre di dettaglio quello al punto C).

Indicatore	Valore	Fonte
a) Km coperti dal servizio di trasporto pubblico sul totale dei km della rete comunale		
b) Frequenze dei trasporti pubblici distinte in giornaliere o settimanali		
c) <i>Percentuale di soggetti utilizzatori dei mezzi del trasporto pubblico</i>		

CRITICITÀ RILEVATE

TRASPORTO SCOLASTICO

Nella compilazione della check-list tutti gli indicatori previsti sono ritenuti primari.

Indicatore	Valore	Fonte
a) Km coperti dal servizio/km rete comunale		
b) Numero domande presentate/Numero posti disponibili		
c) Numero e tipologia di servizi alternativi di spostamento in caso di domande superiori ai posti disponibili		

CRITICITÀ RILEVATE

TRASPORTI PUBBLICI SOVRACOMUNALI

Nella compilazione della check-list tutti gli indicatori previsti sono ritenuti primari.

Indicatore	Valore	Fonte
a) Km coperti dal servizio pubblico/km rete comunale		
b) Numero di corse giornaliere effettuate dal servizio di trasporto pubblico sovracomunale		
c) Numero e tipologia di servizi di pubblica utilità raggiungibili (Presidi ospedalieri, Presidi socio-sanitari, INPS, Agenzia Entrate, Stazioni ferroviarie)/Numero dei servizi di pubblica utilità presenti sul territorio		

CRITICITÀ RILEVATE

MOBILITÀ CICLABILE

Nella compilazione della check-list tutti gli indicatori previsti sono ritenuti primari.

Indicatore	Valore	Fonte
a) Km percorsi da piste ciclabili/km superficie comunale		
b) Numero dei luoghi di interesse pubblico raggiungibili con piste ciclabili (scuole, uffici pubblici, musei, parchi, biblioteca, servizi sanitari)/Numero dei luoghi di interesse pubblico		

c) Numero attraversamenti stradali con pista ciclabile, protetti e regolamentati/Numero attraversamenti stradali con pista ciclabile		
d) Numero interventi manutentivi/anno		
e) Numero interventi pulizia/anno		
f) Numero punti di noleggio biciclette		

CRITICITÀ RILEVATE

MOBILITÀ PEDONALE

Nella compilazione della check-list tutti gli indicatori previsti sono ritenuti primari.

Indicatore	Valore	Fonte
a) Km percorsi pedonali/km di rete stradale comunale		
b) Numero attraversamenti stradali pedonali, protetti e regolamentati/Numero attraversamenti stradali pedonali		
c) Numero interventi manutentivi/anno		
d) Numero interventi pulizia/anno		

CRITICITÀ RILEVATE

BENESSERE ANIMALE

L'evoluzione del rapporto uomo-animale ha generato un incremento della popolazione canina e felina in ambito urbano e, contestualmente, una implementazione della sensibilità collettiva al riguardo, assumendo notevole rilevanza sia per i risvolti socio-economici, sia per quelli igienico-sanitari. I comportamenti dei proprietari non sempre si rivelano adeguati, non solo in relazione ai bisogni primari (cibo, acqua, ...) ma anche e soprattutto a quelli etologici che non possono prescindere dalle conoscenze specifiche di specie e razza al fine di tutelarne pienamente il benessere. La gestione degli animali sinantropi non sempre consapevole ed equilibrata, la scarsa conoscenza delle loro esigenze nonché della normativa in vigore, associate alle condizioni di convivenza forzata tipiche dell'ambito urbano, sono sovente alla base di problematiche che possono spaziare dai semplici inconvenienti di natura igienico-sanitaria, ai casi di morsicature o incidenti anche gravi descritti dalla cronaca per cani incustoditi.

Nella compilazione della check-list sono ritenuti primari gli indicatori ai punti A), B), C), D), F), G), L), N), P) mentre di dettaglio quelli ai punti E), H), I), M), O).

Indicatore	Valore	Fonte
a) Numero Associazioni protezione animali/Numero Associazioni volontariato presenti		
b) Numero segnalazioni di randagismo al Servizio Veterinario		
c) Numero animali mantenuti nei canili		
d) Numero rifugi comunali presenti nel territorio		
e) <i>Numero animali randagi ospitati nel rifugio/Numero totale animali ospitati</i>		
f) Numero di cani registrati in anagrafe canina		
g) Numero colonie feline censite		
h) <i>Numero gatti censiti</i>		
i) <i>Numero segnalazione animali selvatici/esotici</i>		
l) Numero denunce morsicatura		
m) <i>Numero ordinanze sindacali</i>		
n) Numero aree di svago con accesso animali		
o) <i>Numero centri di educazione per animali</i>		
p) Numero progetti finalizzati a valorizzare interazione uomo/animale (pet-terapy, fattorie didattiche, <i>bau-beach</i> , ecc.)		

CRITICITÀ RILEVATE