

Prefazione

Le grandi città, offrendo ampie opportunità di lavoro, una maggiore ricchezza e notevoli risorse economiche e logistiche, risultano essere, in generale, forti poli di attrazione, anche per i gruppi di popolazione più “disagiati”, quali i disoccupati, le persone senza casa, i rifugiati, gli emarginati, i soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti etc. (1).

Le città, inoltre, essendo caratterizzate dalla presenza di popolazioni diverse (residenti, pendolari, utenti di servizi, turisti, uomini d'affari, responsabili e partecipanti ai processi di accesso, controllo ed utilizzo delle risorse e dei servizi etc.), presentano sfide ed opportunità legate ad una maggiore diversità etnica, all'influenza dell'ambiente edificato ed alle preoccupazioni per il trasporto e la mobilità.

Nel 2001, durante la Seconda Conferenza Internazionale sulla salute nelle aree urbane, venne evidenziato come fosse cresciuto enormemente, negli ultimi decenni del secolo scorso, il numero di persone che vivevano nelle città, come gli ambienti urbani favorissero problemi fisici e sociali con enormi conseguenze sulla salute umana e che esisteva la necessità di concentrarsi sulle disegualianze di salute.

A distanza di nove anni da quell'importante evento, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha voluto dedicare l'anno 2010 proprio alla salute nelle aree urbane.

Il benessere di ciascun individuo e della comunità dipende, infatti, non soltanto dalla cura delle malattie, ma anche dalle attività di prevenzione delle patologie e le città sono, appunto, identificate come ambienti ideali nei quali sviluppare importanti strategie di promozione della salute. Per questo è, però, necessario analizzare le variabili che influenzano lo stato di salute delle popolazioni che vivono nelle aree metropolitane, con particolare riferimento ai fattori ambientali, sia di tipo economico-sociale che chimico-fisico (2-7).

Come suggerisce il progetto “Città Sane”, sempre dell'OMS, i profili di salute di una città rappresentano in questo contesto degli importanti strumenti, poiché forniscono una descrizione quanti-qualitativa della salute dei cittadini e dei fattori che influenzano il loro stato di salute (8).

Un profilo sanitario della città dovrebbe:

- sintetizzare lo stato di salute della popolazione;
- identificare i problemi sanitari;
- identificare i fattori che potrebbero influenzare negativamente la salute;
- identificare le aree di azione per migliorare lo stato di salute;
- stimolare l'azione intersettoriale;
- valutare se esiste il bisogno di nuovi dati per la costruzione di alcuni indicatori;
- informare i *policy-makers*, i professionisti ed i cittadini circa lo stato di salute delle città in cui vivono.

Per questo motivo è importante lavorare in modo interdisciplinare ed intersettoriale per raccogliere, analizzare, interpretare e presentare le informazioni ottenute, identificando indicatori in base a criteri basati sull'evidenza scientifica ed è, appunto, quello che abbiamo cercato di fare in questo Rapporto.

Per quanto attiene la definizione formale, per area metropolitana si intende la “delimitazione amministrativa creata nell'ambito del riordino degli enti locali italiani” e comprende “una grande città e i comuni che ad essa sono strettamente legati per questioni economiche, sociali e di servizio, nonché culturali e territoriali” (Legge n. 142/1990 e successive).

Le aree metropolitane in cui, attualmente, risulta suddiviso il nostro Paese,

comprendono sia quelle individuate dalla Legge n. 142/1990 e confermate dal D. Lgs. n. 267/2000 (Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Bari e Napoli) che quelle individuate dalle leggi regionali Friuli n. 10/1988 (Trieste), Sardegna n. 4/1997 (Cagliari) e Sicilia n. 9/1986 (Catania, Messina e Palermo).

L'ultima area metropolitana identificata è stata Reggio Calabria (Disegno di Legge in materia di federalismo fiscale approvato il 29 aprile 2009 dal Senato della Repubblica Italiana e ratificato con la Legge n. 42/2009).

Prima del recente inserimento di Reggio Calabria, alcune delle città metropolitane (Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Catania, Palermo e Messina) avevano già delimitato la propria area, mentre altre (Torino, Milano, Trieste, Roma, Napoli, Bari e Cagliari), ancora oggi, non hanno provveduto a delimitarla formalmente, anche se sono stati effettuati studi e proposte di definizione del loro perimetro.

Pertanto, poiché non tutte le aree metropolitane risultano territorialmente definite, gli indicatori proposti nell'area socio-demografica e nell'ambito dell'offerta sanitaria, sono stati calcolati ed analizzati facendo riferimento alla provincia presente nell'area metropolitana. Per gli indicatori ambientali, invece, sono stati considerati i dati relativi ai comuni capoluogo di provincia, poiché la banca dati utilizzata non fornisce il dettaglio a livello provinciale.

Questo perché il nostro Rapporto vuole rappresentare un primo tentativo di analisi e produzione di una lista di priorità future, di medio e lungo periodo, su cui orientare la pianificazione e l'organizzazione delle attività e dei servizi presenti in ciascuna area metropolitana, ma anche uno stimolo a migliorare i locali sistemi di rilevazione dei dati, premessa essenziale per fornire ai decisori, ma anche ai cittadini, le informazioni più adeguate per migliorare lo stato di salute degli individui e delle collettività di queste aree così importanti per il nostro Paese.

Riferimenti bibliografici

- (1) S. Glouberman et al. A framework for improving health in cities: a discussion paper. *Journal of urban health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2006; Vol. 83, No. 2.
- (2) A regional report from the Metropolitan Washington Public Health Assessment Center. *Community health indicators for the Washington metropolitan region*. June 2001.
- (3) Diez Roux AV. Invited commentary: places, people, and health. *Am J Epidemiol*. 2002; 155: 516-519.
- (4) Koushik A, King WD, McLaughlin JR. An ecologic study of childhood leukemia and population mixing in Ontario, Canada. *Cancer Causes Control*. 2001; 12: 483-490.
- (5) Swan SH, Brazil C, Drobnis EZ, et al. Geographic differences in semen quality of fertile U.S. males. *Environ Health Perspect*. 2003; 111: 414-420.
- (6) Parks SE, Housemann RA, Brownson RC. Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57: 29-35.
- (7) Adgate JL, Eberly LE, Stroebel C, et al. Personal, indoor, and outdoor VOC exposures in a probability sample of children. *J Expo Anal Environ Epidemiol*. 2004; 14(Suppl 1): S4-S13.
- (8) WHO Healthy City Project Technical Working Group on City Health Profiles. *City Health Profiles: how report on health in your city*.

Prof. Gualtiero Ricciardi
Direttore
Osservatorio Nazionale sulla Salute
nelle Regioni Italiane

Dott.ssa Antonella Sferrazza
Data manager
Osservatorio Nazionale sulla Salute
nelle Regioni Italiane