

Profili e Piani di salute: elementi fondamentali di governo politico locale

Health Profiles and Health Plans: fundamental tools for the local political governance

Gianna Zamaro, Stefania Pascut, Furio Honsell

Gianna Zamaro

Direttore del Distretto sanitario di Udine e Direttore sanitario ff. dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 4 "Friuli Centrale", Udine; Coordinatore tecnico-scientifico del progetto OMS Città Sane della città di Udine; Componente della Task Force sulla Valutazione del Progetto Europeo Città Sane, OMS, Copenhagen

Stefania Pascut

Responsabile dell'Ufficio OMS Progetto Città Sane del Comune di Udine

Furio Honsell

Sindaco della Città di Udine

Parole chiave: Profilo di salute, Piano di salute, partecipazione, empowerment, equità

RIASSUNTO

I Profili e i Piani di salute sono strumenti efficaci di indirizzo per i politici; essi rivestono un ruolo sempre più importante nell'elaborazione condivisa delle politiche per la salute in un contesto locale, nella costruzione e nell'implementazione delle strategie, dei programmi e delle azioni da porre in essere per migliorare lo stato di salute dei cittadini.

I profili in particolare offrono la possibilità di evidenziare le aree critiche e di bisogno di un contesto in un determinato momento storico; sono diventati, infatti, dei sistemi raffinati, capaci di entrare nel dettaglio delle stesse aree critiche, ricorrendo a indagini via via più adeguate, e di analizzarle in modo approfondito per consentire la predisposizione di Piani di salute coerenti.

I Piani rappresentano il risultato della discussione e della condivisione sugli obiettivi di salute da perseguire tra i cittadini, i tecnici che rappresentano le istituzioni presenti sul territorio, e i politici. Per essere davvero efficaci essi devono non solo essere scritti e condivisi ma inseriti a pieno titolo nel programma elettorale e di mandato dei sindaci.

Se consideriamo l'esempio della città di Udine, questo percorso di continuità e coerenza risulta molto evidente: da Profili di salute, aggiornati annualmente, e dal Piano di Salute, dove era emerso che gli anziani costituivano una priorità di intervento, si è passati nel 2008 alla predisposizione di un Profilo di salute della popolazione anziana che ha portato a elaborare specifici programmi e azioni in favore dei cittadini appartenenti a questa fascia d'età. L'intero processo è stato sostenuto da una forte volontà politica, da un percorso di *empowerment* del cittadino e da un approccio intersettoriale alla salute.

Keywords: Health Profile, Health Plan, participation, empowerment, equity

SUMMARY

Health Profiles and Health Plans are effective tools for governance for politicians. They represent an increasingly important role in planning shared policies for health in a local context, in designing and implementing strategies, programmes and actions to improve the well-being of citizens.

Especially health profiles give the opportunity to highlight difficult and critical areas of action in a community in a specific historical period. In fact, they have become refined analysis systems, able to investigate critical areas, by using more and more appropriate research tools, and to examine them in depth, in order to allow for the construction of Health Plans.

City Plans are the result of discussions and sharing of health objectives with citizens, professionals who represent local institutions, and politicians. To be really effective, they need not only to be written and shared, but also legitimately included in the election programme and political agenda of local politicians. If we consider the city of Udine as an example, it shows very clearly this coherent and continuous process. It started from the health profiles, updated every year, and from the health development plan, where the elderly were already regarded as a priority area of intervention. It then continued with the Healthy Ageing Profile which has led to the development of specific programmes and actions for older citizens. The whole process has been supported by 1) a strong political commitment, 2) a community empowerment process, and 3) an intersectorial approach to health.

Introduzione

I Profili di salute rappresentano un importante strumento per tracciare il ritratto di una città, rivelare i bisogni espressi e non espressi dei suoi cittadini e contribuire, indirettamente, ad assegnare in modo corretto le risorse disponibili alla pianificazione locale.

I Profili di salute possono essere costruiti con metodi diversi: la scelta dell'uno o dell'altro dipende dalla disponibilità di informazioni provenienti da fonti attendibili e certificate, dall'impiego di indicatori quantitativi e/o qualitativi più o meno complessi, dall'uso di strumenti di analisi di più recente introduzione, dal tempo e dalle risorse a disposizione dell'amministrazione comunale.

Integrando strumenti di raccolta ed elabo-

razione dati differenti si può disporre di informazioni più dettagliate, così da costruire un'immagine nitida della realtà locale che si vuole studiare e sulla quale si dovrà poi intervenire.

La costruzione di un Profilo di salute precede quella del Piano di Salute della città. Quest'ultimo è infatti il risultato dell'analisi - da parte di cittadini, tecnici e rappresentanti politici - dei bisogni emersi dai Profili di salute; della loro condivisione e della decisione sulle priorità di intervento.

Il Piano che - inserito nell'agenda del sindaco - rappresenta il documento contenente gli indirizzi delle politiche per la salute, è uno strumento offerto ai politici perché possano operare le migliori scelte per promuovere la salute nella loro città (1).

Il Progetto OMS “Città Sane”

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (1948) definisce la *salute* quella “condizione di completo benessere fisico, sociale e mentale, e non solo assenza di malattia” in un determinato contesto e in un determinato periodo storico; condizione a cui concorrono, insieme ai fattori genetici, una serie di fattori economici, ambientali, sociali, culturali, comportamentali definiti come determinanti della salute (2,3). Tale definizione è ripresa dalla Carta di Ottawa (1986) (4). La salute e la qualità della vita rappresentano, perciò, un risultato non individuale bensì sociale.

Su questa base l'OMS ha iniziato, nel 1986, un programma di politica urbana denominato “Città Sane”, allo scopo di migliorare lo stato di salute della popolazione europea tramite:

- (1) lo sviluppo di adeguate sinergie tra cittadini, tecnici e politici nei contesti locali;
- (2) il riconoscimento e la valorizzazione del capitale sociale;
- (3) l'avvio di un percorso di *empowerment* e di partecipazione attiva dei cittadini. La città sana è allora “[quella] che costantemente crea e migliora i contesti fisici e sociali, ampliando le risorse della comunità in modo da rendere i cittadini capaci di aiutarsi reciprocamente a migliorare tutti gli aspetti della vita e sviluppare al massimo il proprio potenziale” (5).

Il progetto Città Sane si articola in fasi di sviluppo della durata di cinque anni, che di volta in volta affrontano temi ritenuti prioritari per la salute dei cittadini; attualmente il progetto si trova nella sua VI Fase (2014-2018). I temi chiave individuati per questa fase sono:

- 1) investire in salute lungo tutto il corso

della vita e promuovere l'*empowerment* degli individui (con particolare attenzione a bambini, anziani, persone vulnerabili);

- 2) affrontare le principali sfide di salute rappresentate oggi per lo più dalle malattie non trasmissibili, con l'obiettivo di correggere gli stili di vita sbagliati, con una particolare attenzione per attività fisica, alimentazione, obesità, alcol, tabagismo e benessere mentale;
- 3) creare comunità resilienti e ambienti solidali, ponendo particolare attenzione alla pianificazione e alla progettazione urbana, alle politiche per l'*housing*, all'adeguamento dei trasporti cittadini, all'adattamento ai cambiamenti climatici (6).

Il progetto si sviluppa in: (a) una Rete Europea, che annovera 100 città appartenenti a 30 Paesi della regione europea dell'OMS; (b) una Rete Italiana, con un numero analogo di comuni; (c) Reti Regionali e (d) città-progetto, che vengono considerate veri e propri laboratori dove sperimentare quanto teorizzato.

I Profili e i Piani di salute di una città sono stati gli argomenti principali della Fase III del Progetto OMS Città Sane (1998-2002).

I Profili di salute

Il Profilo di salute di una città è una “fotografia della salute” dei cittadini e dei fattori in grado di influenzarla (determinanti distali della salute) (7). Tale fotografia è il risultato sia della raccolta e dell'elaborazione degli indicatori di salute, che della discussione strutturata che i cittadini affrontano sui temi che sono emersi come più cogenti.

All'inizio l'OMS aveva suggerito di costruire il Profilo di salute di una città utilizzando un insieme di indicatori suddivisi in quattro aree: epidemiologica (3 indicatori), dei servizi sanitari (7 indicatori), ambientale (14

indicatori), socio-economica (8 indicatori) (Tab. 1).

Tabella 1 - Profilo di salute: aree e indicatori

Udine: Profilo di Salute della città	Indicatori
Area epidemiologica	3
Area dei servizi sanitari	7
Area ambientale	14
Area socio-economica	8
Totale	32

Per ogni indicatore era necessario descrivere con precisione: la definizione, il metodo di calcolo, l'unità di misura, il risultato atteso, quello effettivamente misurato, la fonte da cui i dati erano stati ricavati, il referente, l'Ente di appartenenza, la popolazione coinvolta e un commento.

Agli indicatori suggeriti inizialmente dall'OMS alcune città aderenti al progetto hanno aggiunto nuovi indicatori, ritenuti più adatti all'analisi dello specifico contesto in esame. Lo sviluppo di nuovi indicatori ha consentito di costruire Profili di salute della città nel suo complesso, o di una sua area particolare, e alla successiva elaborazione di un corrispondente Piano di salute. Il Profilo di salute di una città non va infatti interpretato come uno schema rigido: esso può essere sviluppato in modi diversi, secondo le peculiarità del contesto locale in cui viene elaborato.

I Piani di salute

Il Piano di salute di una città è un documento strategico che deriva dalla combinazione di tre fattori: (1) le strategie adottate per sviluppare la salute nei contesti urbani; (2) la *governance* e (3) la pianificazione degli interventi nella città 8. Il Piano è anche l'esito di una profonda e meditata indagine, e talvolta di un ripensamento, che gli amministratori

e i cittadini hanno condotto sulle realtà locali e le scelte compiute. Tutto questo deriva dalla consapevolezza che le politiche urbane vanno assolutamente affrontate in modo integrato e che ci sono forti connessioni fra i vari settori (salute, politiche di welfare, sicurezza, educazione, sistema dei trasporti urbani, politiche per l'*housing*).

Il Piano di salute viene realizzato tenendo conto dei risultati emersi dal Profilo, dell'opinione dei cittadini coinvolti nel percorso di pianificazione consapevole e partecipata, della discussione dei tecnici operanti nei vari settori delle istituzioni e associazioni cittadine. Molto spesso accade che il Piano sia il risultato di vari interventi già operanti in specifici settori o uffici, che sono stati ridiscussi tra i tecnici, implementati dai cittadini e armonizzati in un unico documento. Il tempo impiegato per realizzare un Piano di salute rispetto ad un Profilo è sicuramente maggiore perché implica non solo l'analisi da parte dei tecnici, ma anche il coinvolgimento dei cittadini i quali devono essere adeguatamente preparati a questi momenti di confronto; infine, la sensibilità dei politici gioca un ruolo chiave nell'attuazione di quanto scritto in un Piano di salute. La stesura di un Piano di salute richiede circa 1-2 anni.

Dopo la stesura di un Profilo è opportuno che segua la realizzazione di un Piano che espliciti con chiarezza i bisogni percepiti dai cittadini e quelli emersi dall'analisi oggettiva dei risultati. Il Piano di salute non può essere considerato solo qualcosa di accessorio; esso è essenziale per lo sviluppo armonico di politiche cittadine fondate sull'equità. Rappresenta uno strumento strategico per descrivere i programmi, i progetti e le azioni necessarie a risolvere i problemi emersi. Profilo e Piano di salute si influenzano a vicenda. Ad ogni Piano di salute segue un nuo-

vo e più dettagliato profilo, e così via. Si innesca in questo modo un “circolo virtuoso” che si perpetua e si arricchisce con il passare del tempo.

L'esperienza di Udine

Udine ha aderito alla Rete OMS “Città Sane” nel 1995 e da allora si è impegnata nell'implementazione di una gestione integrata delle politiche generali di salute in città e nella realizzazione di iniziative e programmi per la promozione di stili di vita sani.

All'inizio il ruolo dell'Ufficio di progetto Città Sane si limitava al coordinamento dell'attività di gruppi di lavoro di cittadini volontari che operavano su aree tematiche specifiche (es., salute delle donne, fumo, alcol, etc.). Negli anni l'Ufficio si è meglio strutturato e il suo ruolo è divenuto più complesso poiché oltre a mantenere i rapporti con la sede europea del Progetto OMS e con la Rete Italiana delle Città Sane, è stato promotore, assieme ai politici locali, della costituzione della Rete Regionale Città Sane del Friuli Venezia Giulia. Si occupa inoltre della stesura dei documenti previsti dalle varie fasi del Progetto OMS, dell'ideazione e programmazione dei progetti che ne derivano, coordinando le attività.

Il primo documento significativo prodotto è stato il Profilo di salute della città (9), per la cui costruzione sono stati adottati i 32 indicatori suggeriti dall'OMS, articolati in 4 aree. Oltre a questi indicatori, è stata aggiunta una mappa dell'offerta sociale e socio-sanitaria in città per ottenere una visione più dettagliata delle condizioni di salute dei cittadini.

Al Profilo di salute è seguito, quale secondo documento, il Piano di salute di Udine (10). Per la costruzione del Piano, che ha richiesto più di un anno, si è scelto di seguire un percorso *bottom-up* coinvolgendo i cittadini di

ognuna delle sette circoscrizioni della città, le parrocchie, il Consiglio comunale dei ragazzi, la Consulta giovanile, i dipendenti del Comune, gli insegnanti delle scuole, gli esponenti del volontariato locale, le appartenenti alla Commissione pari opportunità, i rappresentanti delle 41 comunità di immigrati presenti in città, i rappresentanti delle comunità Rom e Sinti, i detenuti.

Il metodo *bottom-up* ha il vantaggio di fornire ai cittadini informazioni qualificate sullo stato di salute della città e di stimolare, di conseguenza, la partecipazione attiva ad una discussione strutturata. Questo modo di procedere contribuisce a indurre nei cittadini una maggiore consapevolezza dei problemi esistenti in città e a creare maggiore coesione sociale. In tal modo ogni cittadino si sente stimolato a formulare delle proposte in merito a ciascun problema e diviene sempre più consapevole delle proprie scelte nell'ambito politico e sociale (*empowerment*).

Le diverse categorie di cittadini sono state organizzate in *focus group* (organizzati secondo la tecnica della Nominal Group Technique) autogestiti da coordinatori volontari formati da esperti in materia e dal coordinatore tecnico-scientifico del progetto Città Sane. La conduzione diretta da parte del coordinatore tecnico-scientifico del progetto si è limitata ad alcuni gruppi di cittadini ossia detenuti, Rom e mediatori di comunità.

Nel corso degli incontri dei *focus group* venivano presentati i risultati del Profilo di salute, ossia le diverse criticità emerse nella città. A ciascun partecipante al *focus group* veniva quindi chiesto di esprimere, attraverso una scheda predisposta dall'Ufficio di Progetto Città Sane e dalla Fondazione E. Zancan (Tab. 2), la propria opinione su queste criticità e di organizzarle secondo un ordine di priorità (bisogni percepiti).

Tabella 2 - Piano di salute: scheda di rilevazione dei bisogni

Ente di appartenenza _____ Funzione ricoperta _____			
Bisogno problema sociale	Descrizione della natura e della dimensione del bisogno/problema	Ordine di priorità	Stima % di copertura del bisogno

Il risultato di questi *focus group*, che erano in totale 31, è consistito nella formalizzazione di quanto contenuto nelle schede compilate da ciascun componente il *focus group*. Dal Profilo di salute e dalle schede esprimenti i bisogni percepiti è emerso congiuntamente che nella città di Udine la criticità maggiore era rappresentata dalla popolazione anziana.

Il Piano di salute, oltre all'area anziani, è costituito da altre 10 aree (infanzia, famiglia, immigrazione, disabilità, salute mentale e dipendenze, marginalità ed esclusione sociale, ambiente, trasporti, accesso unitario a tutti i servizi sociali e socio-sanitari, pronto intervento sociale): per ognuna di esse sono stati individuati i bisogni, le strategie, la situazione presente al momento dell'indagine (valori osservati), i risultati attesi e le azioni da porre in essere. Il Piano è stato ufficialmente presentato ai cittadini e ai politici in una riunione pubblica nel 2003.

Poiché il tema e le problematiche della popolazione anziana sono emersi come assoluta priorità, la città ha aderito nel 2004 a un subnetwork europeo sull'Invecchiamento in salute (Healthy Ageing) (11-13), per diventarne poi capofila nel 2008 e continuare ad esserlo fino ad oggi, mantenendo la leadership del gruppo di lavoro. L'attività del subnetwork si è concentrata su:

1. sviluppo delle nuove linee guida per la pro-

mozione di strategie e politiche di invecchiamento in salute, illustrate nel documento "Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020" (14);

2. analisi dello stato dell'arte delle città aderenti rispetto alle politiche sugli anziani, attraverso: produzione e analisi di questionari, elaborazione dei dati in diagrammi e statistiche con valutazione dei punti di forza e debolezza, criticità e proposte di lavoro per il futuro;
3. sviluppo e sperimentazione di azioni comuni per la promozione di un invecchiamento sano e attivo.

Udine che ha una percentuale di anziani del 25,7%, un indice di dipendenza totale del 60,1%, un indice di dipendenza senile del 40,8% e un indice di vecchiaia di 211,0% è dunque una delle città "più anziane" d'Italia (15). Già con il primo Profilo della città, nel 2002, e in modo molto chiaro con il Piano di salute nel 2003, il problema dell'invecchiamento della popolazione era emerso come una delle priorità da inserire nell'agenda politica della città.

E' stato perciò necessario creare uno specifico Profilo di salute della popolazione anziana (16), introducendo nuovi indicatori adatti ad analizzare quest'area, sulla base di quanto suggerito da un documento-guida dell'OMS "Updated Guidance for completing the Healthy Ageing Profile"(17,18) (Tab. 3).

Tabella 3 - Profilo degli anziani: aree e indicatori

Udine: Profilo di Salute della popolazione anziana	Indicatori
Profilo demografico	11
Accessibilità ai servizi socio-sanitari	3
Il quadro sociale: 1. occupazione, reddito e posizione sociale	3
2. Abitazioni e ambiente	3
3. Partecipazione ed "empowerment"	2
Totale	22

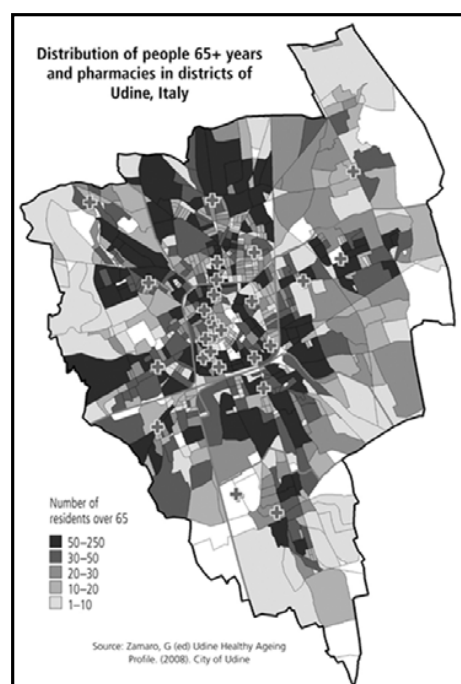
Si è anche tenuto conto dei risultati della sperimentazione del Protocollo di Vancouver (19,20) e dell'esito delle corrispondenti attività dei *focus group* con i cittadini (divisi per età e reddito), i *care giver* e gli esponenti del volontariato sui seguenti temi: spazi esterni e abitazione, trasporti, *housing*, rispetto e inclusione sociale, partecipazione sociale, comunicazione e informazione, attività di volontariato e lavoro, servizi sociali e sanitari. Con la collaborazione dell'Università di Udine e tramite l'impiego di un sistema di georiferimento (Geographic Information System, GIS) sono state costruite delle specifiche mappe di salute allo scopo di individuare la corrispondenza tra la distribuzione della popolazione anziana sul territorio, da un lato, e quella dei servizi socio-sanitari, delle farmacie, dei trasporti, delle aree verdi, etc. dall'altro (Fig.1). Infine, per completezza, è stata condotta un'indagine sulle abitudini di vita dei cittadini anziani in città.

Questo Profilo di salute specifico per l'area della popolazione anziana si sta ulteriormente affinando perché Udine è coinvolta in uno studio pilota assieme ad altre 12 municipalità nel mondo, coordinate dal centro OMS di Kobe, in Giappone. Si sta valutando l'importanza che tutti gli indicatori fino ad oggi utilizzati, e i nuovi indicatori, possono avere sul monitoraggio e sulla valutazione delle politiche locali di salute dei cittadini non solo a breve-medio termine (outcomes), ma an-

che a lungo termine (impact). Questo documento, che è attualmente in fase di studio, verrà completato e divulgato ufficialmente dall'OMS nei prossimi mesi.

L'esperienza maturata a Udine in questi anni e i risultati emersi dai documenti succitati hanno trovato applicazione in una serie di

Figura 1 - Profilo degli anziani: distribuzione degli anziani in città e farmacie



programmi di intervento a favore delle fasce di popolazione più vulnerabili e degli anziani in particolare. In ogni progettazione è prevista fin dall'inizio la modalità di valutazione. Tutti i progetti vengono realizzati nel rispetto dell'equità e favorendo percorsi ed esperienze trans-generazionali (21).

Conclusioni

Il Profilo e il Piano di salute sono importanti perché hanno cambiato il baricentro della promozione della salute: da luoghi classici e canonici (come scuole, ospedali e aziende sanitarie dove la promozione della salute si rivolgeva e si rivolge a specifiche categorie, attraverso un lavoro interno all'istituzione) alla città, dove si sviluppano e si consolidano reti eterogenee e integrate, capaci di far fronte alle esigenze complessive di salute della popolazione. In tal modo la città, che può controllare e agire su molti determinanti distali della salute, assume un ruolo centrale: esistono molti esempi, in proposito, in Italia e in Europa. In questi luoghi, per alcune categorie di persone fragili, la qualità della vita è cambiata davvero. Questo dimostra che soltanto conoscendo profondamente il contesto in cui si vive, si opera e si governa si possono fare le scelte corrette per la salute delle persone. In questo periodo di crisi economica e finanziaria profonda ognuno è chiamato a fare la propria parte: la sfida sta nel lavorare in maniera integrata e inter-istituzionale, creando una rete di condivisione a tutti i livelli. Ma la sfida sta anche nel saper valutare bene ciò che si intende fare per poter porre tem-

pestivamente rimedio ad eventuali errori ed evitare così sprechi di preziose risorse.

Realizzare un Piano di salute, stabilire un ordine di priorità degli interventi e valutare i risultati richiede una difficile sintesi tra pareri ed opinioni provenienti da soggetti di estrazione culturale diversa quali sono i comuni cittadini, i tecnici e i politici. Soprattutto alla valutazione dei risultati è riservato, purtroppo, un ruolo ancora marginale. Ma è proprio attraverso la valutazione dei risultati che si può comprendere se si stanno impiegando in modo corretto le risorse che dovrebbero alla fine produrre salute. Ciò che importa è che in ogni contesto locale nasca la consapevolezza che la salute è un bene di tutti, che riguarda tutti (cittadini, tecnici e politici) e che questo implica:

1. l'educazione continua del cittadino che, partecipando in modo preparato e consapevole alla vita sociale della città, riesce ad influenzare le scelte (processo di *empowerment*);
2. la sensibilizzazione e la formazione della classe politica sui temi della salute e i fattori che la determinano;
3. l'integrazione tra Enti, Istituzioni e Associazioni presenti sul territorio;
4. l'avvio di un lavoro di rete nel territorio che coinvolga tutti gli attori presenti e i portatori di interessi;
5. l'adozione di un programma elettorale e di governo del sindaco incentrato sui temi della salute.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

BIBLIOGRAFIA

1. Green G. Health and governance in European cities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
2. Costa G. Promuovere equità di salute e di sanità in Italia. In: Costa G, Marra M, Zengarini N. (a cura di). L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Fondazione Smith Kline, Milano: Franco Angeli Editore; 2014.
3. World Health Organization, Regional Office of Europe. Social determinants of health. The solid facts, 2nd, Denmark: WHO; 2003.
4. World Health Organization. The Ottawa charter on health promotion. WHO, Ottawa, 1986.
5. <http://www.euro.who.int/www.euro.who.int>
6. World Health Organization. Regional Office of Europe. Health 21 – The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen:WHO; 1999.
7. Commission on the social determinants of health. Closing the gap in a generation. Final report. Geneva:WHO; 2008.
8. Green G, Acres J, Price C, Tsouros A. City health development planning. Health Promot Int 2009; 24 (suppl 1): i72-i80.
9. Comune di Udine, Settore Servizi Sociali, Fondazione "E. Zancan". Il Profilo di salute della città di Udine. Udine: Fondazione Zancan; 2002.
10. Comune di Udine, Azienda Servizi Sanitari 4 "Medio Friuli", Fondazione "E. Zancan". Il Piano di salute della città di Udine. Udine: Fondazione Zancan; 2003.
11. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO; 2002.
12. World Health Organization. Demystifying the myths of ageing. Copenhagen: WHO; 2007.
13. World Health Organization. Regional Office of Europe. The healthy cities focus on healthy ageing. Copenhagen: WHO; 2005.
14. World Health Organization. Regional Office for Europe. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020. Malta:WHO; 2012.
15. Zamaro G, Green G, Tsouros A, Chiavon E. A new model dependency ratio for european cities, in: Italian Journal of Public Health, 2008; 5(3): 217-27.
16. Zamaro G. UDINE Il profilo di salute della popolazione anziana. Comune di Udine.Udine: Imoco spa; 2008.
17. World Health Organization, Regional Office of Europe. Update guidance for completing the healthy ageing profile. Copenhagen: WHO; 2006.
18. Kanström L, Zamaro G, Sjostedt C, Green J. Healthy ageing profiles. Guidance for producing local health profiles of older people.. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
19. World Health Organization. Vancouver protocol, Ageing and life course programme, Age-friendly cities project methodology, Switzerland:WHO; 2006.
20. World Health Organization. Regional Office of Europe. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: WHO; 2007.
21. World Health Organization. Regional Office of Europe. Health 2020 - A european policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO; 2012.