



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Assessorato alla Salute e politiche sociali

Piano per la salute del Trentino 2015 -2025

Piano per la salute del Trentino 2015-2025

SOCIETÀ SOLIDALI SONO SOCIETÀ SANE

Provincia autonoma di Trento
Assessorato alla salute e politiche sociali

Piano per la salute del Trentino 2015-2025

A cura del gruppo di lavoro del Dipartimento Salute e solidarietà sociale e in collaborazione con l'Unità di missione strategica trasparenza e partecipazione e Informatica Trentina

Coordinamento

Pirous Fateh-Moghadam (Dipartimento salute e solidarietà sociale), Sara Carneri (consulente dell'Unità di missione strategica trasparenza e partecipazione)

Dipartimento salute e solidarietà sociale

Silvio Fedrigotti, Michele Bardino, Laura Battisti, Diego Conforti, Laura Ferrari *, Maria Letizia Kersbamer, Maria Lorena Moser, Maria Ravelli *, Annamaria Trenti *, Monica Zambotti *, Mariagrazia Zuccali

Servizio politiche sanitarie

Andrea Anselmo, Franca Bellotti, Alice Mora *, Attilio Pedenzini, Mario Querin, Alessandra Schiavuzzi, Chatia Torresani

Servizio politiche sociali

Ileana Olivo, Valeria Albertini, Anna Berloff, Daniela Borra, Laura Castegnaro, Flavia Castelli, Marilisa De Luca, Michela Di Paolo, Monica Ferrari, Rita Gelmini, Erica Gozzer, Roberto Pallanch, Maria Grazia Pensabene, Anita Sbetta, Natalina Susat, Manuela Tonolli, Rita Zeni

Unità di missione strategica per la trasparenza e la partecipazione

Patrizia Gentile, Mauro Pancheri, Massimo Pasqualini, Andrea Piccioni, Tiziana Rizzi, Giovanna Siviero

Gruppo allargato di revisione del testo

Paola Maccani (Direzione generale, APSS); Chiara Bodini, Tiziano Vecchiato (Comitato per la programmazione sociale)

Informatica Trentina

Gianfranco Stellucci, Anna Stefani

Ufficio Stampa PAT

Arianna Tamburini

European Office for Investment for Health and Development, WHO

Francesco Zambon

** attualmente in servizio presso altre strutture della Provincia o dell'Azienda sanitaria*

Prefazione

Il Piano per la salute del Trentino è un documento strategico di indirizzo che per i prossimi dieci anni guiderà le politiche provinciali che determinano un impatto sulla salute dei cittadini.

Obiettivo centrale del Piano è di migliorare il benessere della popolazione e di allungare la vita vissuta in buona salute, ridurre la mortalità evitabile e prematura, diminuire le iniquità e porre la persona al centro di un sistema sociosanitario più efficace, sicuro, sostenibile ed equo. Questi obiettivi si inseriscono coerentemente nella strategia europea *Health 2020* dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) che rappresenta un utile quadro di riferimento internazionale su cui basarsi per implementare interventi specifici a livello locale.

Per raggiungere questi obiettivi il Piano indica una serie di ambiti di intervento suddivisi in cinque macroaree (o macro-obiettivi), connessi e interdipendenti a vari livelli. Nel documento ciascuno dei macro-obiettivi viene sviluppato attraverso la descrizione del contesto trentino, l'individuazione delle problematiche principali e la proposta di possibili ambiti di intervento. Tali ambiti sono strutturati mettendo in evidenza i punti di rilievo e alcuni suggerimenti o principi guida per lo sviluppo di azioni specifiche. Sostegno alla famiglia, conservazione della coesione sociale e valorizzazione del volontariato sociale, sono corollario indispensabile per lo sviluppo delle azioni previste dal Piano.

Il contenuto del Piano è stato definito grazie a un ampio processo partecipativo in collaborazione con il Progetto per la trasparenza e la partecipazione della Provincia autonoma di Trento. Tale processo si è sviluppato in più fasi utilizzando diverse metodologie partecipative. Una bozza di Piano, elaborata da un gruppo di lavoro interno al Dipartimento salute e solidarietà sociale, è stata discussa prima con le diverse istituzioni, enti, associazioni e persone che si occupano professionalmente di salute. Una seconda versione del Piano, elaborata integrando le numerose proposte e commenti pervenuti, è stata presentata a tutta la cittadinanza sollecitando ulteriori commenti e proposte. In entrambe le fasi è stata utilizzata una piattaforma internet, insieme a riunioni, incontri pubblici sul territorio. In questo modo è stato possibile coinvolgere la cittadinanza, oltre un centinaio tra istituzioni, enti e associazioni e raccogliere circa 1.200 contributi tra commenti e proposte di cui due terzi sono stati accolti, in tutto o in parte, nel testo finale del Piano che risulta significativamente modificato e arricchito rispetto alla prima stesura.

Vorrei quindi esprimere la mia gratitudine a tutti coloro che hanno collaborato, attraverso la definizione del Piano, a costruire il futuro di salute della comunità trentina.

Come proseguire? La formulazione degli obiettivi e l'individuazione degli ambiti prioritari di intervento del Piano per la salute forniscono le fondamenta per la costruzione di Piani operativi, più specifici e settoriali, che trovano qui la cornice strategica per garantire a tutti la possibilità di raggiungere il più elevato standard di salute possibile.

Luca Zeni

Assessore alla Salute e politiche sociali
Provincia autonoma di Trento

Sintesi

A maggio 2014 il Dipartimento salute e solidarietà sociale ha ricevuto il mandato da parte dell'Assessorato competente di elaborare un Piano strategico per la salute in Trentino di validità decennale.

Due i punti di partenza: la definizione della salute come benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia e la consapevolezza che per promuovere e rafforzare la salute occorre intervenire su più fattori – di natura individuale, economica, sociale e ambientale – con il contributo e la partecipazione di tutti i settori della società e del governo nel suo insieme. Questa consapevolezza ha trovato applicazione non solo nei contenuti del Piano ma anche nel metodo scelto per elaborarlo. Il Piano è il risultato di un percorso collaborativo a cui hanno partecipato numerose istituzioni (Azienda sanitaria, oltre a diversi dipartimenti dell'amministrazione provinciale), servizi, enti, associazioni (professionali, di volontariato e della società civile), singoli professionisti e la cittadinanza.

Scopo condiviso del Piano è aumentare gli anni di vita vissuti in buona salute e benessere, ridurre l'insorgere di malattie evitabili, diminuire le disuguaglianze sociali nella salute, rafforzare il potere decisionale dei singoli e della comunità e mettere a disposizione delle persone un sistema di servizi in grado di rispondere in modo efficace, sicuro ed equo ai bisogni sociali e sanitari.

Due le finalità strategiche individuate:

- migliorare la salute di tutti con particolare riguardo alle disuguaglianze nella salute
- migliorare l'organizzazione e la governance per la salute, cioè le modalità con cui le istituzioni e le altre organizzazioni sociali interagiscono, come si relazionano con i cittadini e come prendono decisioni in maniera partecipata.

Queste finalità strategiche sono state declinate in 3 macro-obiettivi tematici e 2 macro-obiettivi trasversali. Tali obiettivi non sono nettamente separati l'uno dall'altro ma si sostengono a vicenda e sono connessi e interdipendenti a vari livelli.

Macro-obiettivi tematici

1. Più anni di vita in buona salute - Aumentare il benessere e ridurre i maggiori problemi di salute seguendo un approccio sull'intero ciclo di vita
2. Un contesto di vita e di lavoro favorevole alla salute - Rendere più facile la conduzione di una vita salutare e sostenibile agendo sul contesto di vita e lavoro
3. Un sistema sociosanitario con la persona al centro - Rendere i servizi alla persona più vicini al cittadino, più efficaci, più sicuri, più sostenibili e più equi

Macro-obiettivi trasversali

1. Ridurre le disuguaglianze sociali nella salute e aumentare la solidarietà
2. Migliorare la comunicazione tra istituzioni e cittadinanza e la competenza in salute della popolazione

Per ciascun macro-obiettivo sono descritti il contesto trentino e le problematiche principali, inoltre sono indicati gli ambiti di intervento con i maggiori punti di rilievo e alcuni principi guida per lo sviluppo di azioni specifiche. I tre macro-obiettivi tematici comprendono complessivamente 44 ambiti di intervento. Sono stati inoltre individuati alcuni indicatori di esito per poter valutare nel tempo il grado di raggiungimento degli obiettivi del Piano.

Questo documento è il risultato di un processo partecipativo durante il quale la proposta iniziale - elaborata dal Dipartimento salute e solidarietà sociale - è stata presentata in molte occasioni, con incontri pubblici e seminari dedicati, ed è stata messa in discussione con una consultazione pubblica. Ciò è avvenuto in due fasi: prima gli addetti ai lavori (tecnici, esperti, referenti di enti, associazioni che lavorano sui temi della salute) poi i cittadini, in modo da arrivare a un documento di Piano completo e condiviso. Il processo partecipativo è stato possibile con la collaborazione del Progetto per la trasparenza e la partecipazione della Provincia.

La consultazione pubblica è avvenuta online (piattaforma internet *IoPartecipo*), ed è stata accompagnata da oltre 60 incontri tra seminari pubblici, riunioni ed assemblee in tutte le Comunità di valle. Per la seconda fase di consultazione sono stati predisposti inoltre alcuni strumenti comunicativi (sito web *IoRacconto*, newsletter, materiale divulgativo) e gli incontri pubblici sono stati organizzati con metodologie partecipative (*open space technology*, *world café*).

Tra la prima e seconda fase di consultazione sono pervenuti oltre 1200 contributi che hanno modificato e arricchito significativamente la proposta di Piano per la salute dando valore alla partecipazione su un tema di interesse pubblico. Hanno partecipato persone di tutte le fasce d'età, dai 19 anni ai 71, in prevalenza con un elevato livello di istruzione, in egual misura maschi e femmine. Per raccogliere le opinioni dei cittadini stranieri è stato organizzato un incontro specifico a cui hanno aderito 20 mediatori culturali provenienti da paesi e culture diverse.

Tutti i contributi sono stati analizzati e valutati da un gruppo di lavoro multidisciplinare interno al Dipartimento salute e solidarietà sociale che si è confrontato e ha collaborato alla stesura finale della proposta di Piano, integrando circa due terzi delle proposte pervenute.

Data la natura strategica del Piano, interventi e azioni sono menzionati in modo sintetico demandando la definizione più dettagliata e la realizzazione concreta a Piani operativi da costruire in un secondo momento, proseguendo il percorso partecipativo e coinvolgendo in modo privilegiato tutte le persone, istituzioni, enti ed associazioni che hanno già dato un loro contributo alla definizione del Piano per la salute.

I partecipanti alla consultazione pubblica

La stesura di questo documento è stata possibile grazie alle numerose osservazioni di chi ha partecipato alla consultazione pubblica commentando le prime versioni del documento di Piano.

Questo documento è frutto di un lavoro condiviso e inclusivo di una molteplicità di punti di vista. La proposta iniziale è stata arricchita dai contributi pervenuti nella consultazione pubblica aperta dapprima agli addetti ai lavori (fase uno: dicembre 2014 - gennaio 2015) e poi a tutti i cittadini (fase due: aprile-giugno 2015). Nell'insieme si tratta di oltre 1200 contributi che danno valore alla partecipazione su un tema di interesse pubblico. Un ringraziamento va a tutte le persone e istituzioni che hanno partecipato alla consultazione e agli incontri sui territori dando il proprio contributo al Piano per la salute del Trentino.

Oltre a numerosi cittadini, hanno partecipato

Consulta Provinciale per la Salute con le associazioni aderenti: Associazione provinciale amici della nefrologia, Associazione trentina malati reumatici, Associazione trentina diabetici, Associazione donne immigrate Agorà, Associazione provinciale dei club alcologici territoriali, F.O.P. Italia Onlus, Avis del Trentino equiparata regionale, Associazione Bambino Malato, Cittadinanzattiva del Trentino, Associazione Alzheimer Trento, Associazione diabete giovanile del Trentino, Acli - Sezione provinciale di Trento, Associazione nazionale mutilati e invalidi civili, Associazione Le parole ritrovate trentine, Associazione Donatori di sangue volontari per gli altri, Associazione Parkinson Trento Onlus, Unione nazionale mutilati per servizio, Associazione ricerca comportamento alimentare, Associazione per la lotta alle malattie cardiovascolari, Associazione per la lotta all'insufficienza respiratoria, Associazione donatori midollo osseo, Associazione Gruppo immigrazione salute Trentino, Fondazione Hospice Trentino Onlus, Associazione famiglie tossicodipendenti Onlus, Associazione AVULSS di Trento, Lega italiana per la lotta contro l'Aids Onlus, Lega italiana per la lotta contro i tumori - Sezione provinciale di Trento, UISP Comitato del Trentino, Associazione tridentina per la Cremazione, Associazione trentina Nuovi Orizzonti Onlus, Associazione diritti anziani, Associazione Prodigio, Associazione per la riabilitazione e l'inserimento sociale - Famiglie malati psichici, Associazione Amici di Simone Onlus, Federazione delle associazioni di volontariato socio-sanitario del Trentino, Casa accoglienza alla vita Padre Angelo Onlus, Associazione famiglie trentine per il volontariato e la solidarietà, Associazione emofilici trentini "Gabriele Folgheraiter", Associazione Trentina fibrosi cistica onlus, Associazione di promozione sociale "Le parole ritrovate trentine", Associazione rappresentanti ospiti e familiari delle RSA, Associazione di promozione sociale e di volontariato "La Panchina", Associazione "Giochiamo davvero", Associazione trentina maculopatie, Associazione Cerotto sul cuore, Lega italiana fibrosi cistica;

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con i Dipartimenti di Salute mentale, Cure Primarie, Dipendenze Interdistretto, Ortopedia, Oncologia, Chirurgia, Prevenzione e Sicurezza, Anestesia e Rianimazione, Laboratorio, Diagnostica per Immagini, Emergenza,

Riabilitazione e Lungodegenza; le Unità Operative di Medicina Interna, Geriatria, Nefrologia, Chirurgia Maxillo-Facciale, Microbiologia e Virologia del Presidio Ospedaliero di Trento; l'Unità Operativa Ostetricia e Ginecologia del Presidio Ospedaliero Arco; il Presidio Ospedaliero di Rovereto; il Distretto Sanitario Ovest; Area Sistemi di Gestione APSS; Unità Operativa Igiene e Sanità Pubblica Giudicarie e Rendena; Unità Operativa Trentino Emergenza; Unità Operativa prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro (UOPSAL);

Con.Solida con il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza e la Cooperazione Trentina; Coordinamento inclusione prevenzione; Associazione Comunità Handicap Onlus e Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile 2; Associazione Arkè; Servizio Alcolologia Trentina; Associazione AMA Onlus Trento; APCAT Trentino; La Bussola Società Coop; Servizi socio-assistenziali delle Comunità di Valle e del territorio Val d'Adige; ANFFAS Trentino Onlus; Comitato Esecutivo del CNCP del Trentino Alto Adige; Rete ELGBRQI e delle Organizzazioni sensibili del Trentino Alto Adige; CGIL, CISL, UIL; Collegio IPASVI di Trento; Consiglio per la salute della Comunità delle Giudicarie; Assessorato alle Attività Socio-Assistenziali della Comunità della Vallagarina; Associazione Titolari farmacie Trento; Associazioni FAP ACLI; Fondazione Il Solievo Val di Fiemme Onlus; Assoservizi-Confindustria Trento; Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Cristani-de Luca; Associazione ASSIS; Cooperativa Sociale Ephedra; Ordine Psicologi della Provincia di Trento; Associazione Italiana Fisioterapisti Trentino Alto-Adige; Collegio Ostetriche Provincia di Trento; Dipartimento Istruzione provincia di Trento; Associazione Italiana Celiachia Trentino; Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Margherita Grazioli; Coop. Scuola Toro; Presidenza UISP del Trentino; Difensore Civico e Garante dei Minori di Trento; Altroconsumo Trento; AFT Onlus; Alta Val di Non Futuro Sostenibile; Associazione traME e Terra; Comitato per il Diritto alla Salute CDS; GAIA Gruppo Aiuto Handicap; Giovani Croce Rossa Canal San Bovo; Gruppo Volontari AVULSS Primiero; Piano Giovani Valle del Chiese; Centro Residenziale Piccolo Principe Primiero; Slow Food Condotta di Primiero; Stella Bianca Valle di Cembra; Studio Artemide; Comune di Lavarone; Consulta Pastorale della Salute; SEL del Trentino; Fondazione Demarchi e Consigliera di Parità PAT; Gruppo ARIS Giudicarie; Tavolo Comun General de Fascia; Tavolo Rotaliana Königsberg; Tavolo territoriale del Primiero; gruppo1 ost Valle dei Laghi; gruppo2 ost Valle dei Laghi; gruppo3 ost Valle dei Laghi; 4 classi quinte dell'Istituto d'Istruzione A. Degasperis di Borgo Valsugana; Medici di famiglia della Val di Non; Gruppo Donne Rendena.

Indice

Introduzione	11
Analisi del contesto	13
Individuazione degli obiettivi principali	16

MACRO-OBIETTIVO 1

Più anni di vita in buona salute	19
La situazione in Trentino	19
Le problematiche principali	19
Ambiti di intervento per l'implementazione	
Sostenere la genitorialità	20
Ospedali e comunità amici dei bambini	21
Maggiore attenzione alla diagnosi precoce in età pediatrica	21
Malattie infettive	22
Salute in adolescenza	22
Incidenti stradali	23
Incidenti domestici	24
Salute della schiena nei luoghi di studio e di lavoro	24
Promozione della salute mentale	24
Promozione di sani stili di vita	25
Nutrizione clinica e preventiva	26
Contrasto alle dipendenze	26
Sostenere le persone con fattori di rischio per malattie croniche	27
Inclusione sociale e lavorativa delle persone a rischio di emarginazione	27
Promuovere iniziative di contrasto alla violenza di genere	28
Invecchiamento attivo	28
Costruire valore intorno alla disabilità	29

MACRO-OBIETTIVO 2

Un contesto di vita e di lavoro favorevole alla salute	30
La situazione in Trentino	30
Le problematiche principali	31
Ambiti di intervento per l'implementazione	
Tavolo interdipartimentale di salute nelle politiche	32
Amministrazione pubblica a favore alla salute	33
Promuovere stili di vita sani in ambito sociale, territoriale e ospedaliero	33
Scuola che promuove la salute	34
Aziende che promuovono la salute	35
Ambiente e salute	35
Sistema alimentare a sostegno di salute e ambiente	36
Salute urbana e ambiente di vita	37
Trasporto attivo e mobilità sostenibile	38

L'abitare sociale come fonte di benessere	38
Salute e lavoro	39

MACRO-OBIETTIVO 3

Un sistema sociosanitario con la persona al centro	40
La situazione in Trentino	40
Le problematiche principali	41
Ambiti di intervento per l'implementazione	
Promuovere e sostenere l'umanizzazione delle cure	41
Programmazione integrata dei servizi	42
Punto di riferimento unico per le persone	42
Partecipazione e corresponsabilità nei servizi	43
Sistema informativo integrato	43
Nuove tecnologie al servizio del cittadino	43
Accreditamento e qualità dei servizi	44
Riorientare gli investimenti dall'ospedale al territorio	44
Una costituente della medicina generale	45
Rete ospedaliera Hub & Spoke (a perno e raggi)	45
Cure intermedie	45
Il ruolo delle RSA	45
Formazione e compiti degli operatori	46
Formazione della dirigenza pubblica	46
Ricerca e innovazione	46
Riduzione degli sprechi	47

MACRO-OBIETTIVO TRASVERSALE

Ridurre le disuguaglianze sociali nella salute e aumentare la solidarietà	48
Ambiti di intervento per l'implementazione	49
Guida per l'azione	51

MACRO-OBIETTIVO TRASVERSALE

Migliorare la comunicazione tra istituzioni e cittadinanza e la competenza in salute della popolazione	52
Ambiti di intervento per l'implementazione	52

Percorso di elaborazione del piano e metodologia adottata	54
Antefatti significativi nella pianificazione sociosanitaria	54
Piano Salute. Apertura del processo partecipativo	54
Risultati della consultazione pubblica e revisione del documento di Piano	57

Indicatori di monitoraggio del Piano per la salute	60
--	----

Cronoprogramma	63
--------------------------	----

Introduzione

La buona salute della popolazione è un requisito essenziale per il raggiungimento delle aspirazioni non solo dei singoli individui ma della società nel suo insieme. Migliorare gli aspetti sociali, economici e ambientali con l'obiettivo di condurre una buona vita e di consegnare alle future generazioni una situazione migliore di quella ricevuta in eredità dalle generazioni precedenti è un'aspirazione intimamente legata alla salute individuale e collettiva. Salute e sviluppo equo e sostenibile costituiscono un circolo virtuoso nel quale diverse componenti si rafforzano a vicenda: salute, apprendimento, vita familiare e comunitaria, rispetto per l'ambiente, produttività del lavoro e coesione sociale. La promozione della salute rappresenta quindi un elemento fondamentale dello sviluppo complessivo del Trentino.

Non a caso l'indice di sviluppo umano, utilizzato dalle Nazioni Unite al fine di superare i limiti del concetto di sviluppo incentrato solo sulla crescita economica, oltre a dare molta importanza al rispetto dei diritti umani, alla difesa dell'ambiente, all'equità e alla partecipazione democratica, si basa sulla misura di tre dimensioni: salute, istruzione, benessere economico. La salute, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), va intesa, non semplicemente come assenza di malattia, ma come completo benessere fisico, mentale e sociale. La salute di un individuo o di una popolazione non è una condizione statica (di rispetto o non rispetto di questa definizione), ma deve essere concepita come un continuum salute-malattia in cui ciascuno può collocarsi in un dato momento della vita, disponendo in ogni caso di risorse e opportunità per stare meglio a livello fisico, psicologico e sociale. Per rafforzare risorse e opportunità per la salute è fondamentale intervenire sui determinanti della salute, cioè quell'insieme dinamico e interdipendente di fattori individuali, ambientali e socio-economici (tra cui la qualità dei servizi sanitari e sociali) dai quali risulta lo stato di salute. Essi definiscono il contesto di vita specifico nel quale il raggiungimento del più alto standard di salute possibile è considerato, dalle Nazioni Unite e dalla Costituzione Italiana, un diritto universale.

Queste sfide sono affrontabili solo se tutti i settori della società e il governo nel suo insieme si adoperano per la promozione della salute, ponendo la salute come un elemento prioritario in tutte le politiche. Ecco perché la stesura del Piano per la salute è tra gli obiettivi del Piano di sviluppo provinciale e contiene azioni e interventi che prevedono il protagonismo di numerosi settori dell'amministrazione pubblica e della società civile trentina.

Il Piano per la salute della Provincia autonoma di Trento si basa sia sulle strategie di riferimento nazionali (Patto per la salute, Guadagnare salute, Piano nazionale della prevenzione, Libro bianco sul nuovo welfare) e internazionali (Carta di Ottawa, Health in all policies, Health 2020, Rahmengesundheitsziele Österreich) che su un esame del contesto epidemiologico e sociale del Trentino, e definisce le finalità strategiche, alcuni macro-obiettivi di salute, i relativi indirizzi e le linee e strategie di intervento per il futuro.

In Trentino, mediamente, la popolazione gode di buona salute e ha una lunga aspettativa di vita. Il Piano si pone l'obiettivo di prolungare ulteriormente la vita vissuta in buona salute, agguagliando non solo anni alla vita ma vita agli anni, di ridurre progressivamente le morti premature ed evitabili, e di aumentare l'equità e il potere decisionale del singolo e della comunità.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario investire sulle risorse per la salute, contrastare i principali fattori di rischio, sociali ed individuali (quindi attraverso iniziative sui singoli ma anche sul contesto di vita) e ottimizzare il sistema dei servizi sociosanitari anche attraverso una maggiore integrazione tra intervento pubblico e privato tenendo conto del principio di sussidiarietà. La prospettiva è quella di una maggiore responsabilizzazione delle istituzioni, innanzitutto, ma anche dei cittadini e delle organizzazioni della società civile che sono chiamati ad attivarsi a favore della salute e del benessere.

Dal punto di vista sociale, in Trentino le principali criticità sono quelle comuni a tutte le società occidentali: insicurezza sociale e paura del futuro; solitudine; sovraccarico di lavoro (sempre più spesso malpagato, precario e scarsamente riconosciuto); stress da concorrenza e competizione; disoccupazione; individualismo ed erosione della solidarietà; disuguaglianze sociali, disparità di genere e altre discriminazioni; cronica mancanza di tempo (consumato per lo più al lavoro e per la gestione della vita quotidiana); insufficiente riconoscimento culturale, politico e finanziario delle attività gratuite e volontarie delle famiglie e delle comunità. Questi problemi sono il risultato di una catena di cause che riguardano la struttura e il funzionamento della società e non sono risolvibili nell'ambito di un Piano per la salute. Nello stesso tempo il Piano deve tenere conto di questi aspetti poiché hanno ripercussioni sulla salute e influenzano il contesto nel quale il Piano dovrà trovare applicazione.

Occorre ripensare con senso critico la società, attivarsi in prima persona con idee nuove per un futuro in cui tutti abbiano la possibilità di condurre una vita in buona salute, fisica, mentale e sociale. L'orizzonte temporale di dieci anni, previsto per la realizzazione del Piano, è appena sufficiente per affrontare queste sfide e per valutarne i risultati, mentre la metodologia scelta per la sua costruzione risponde alla necessità di permettere la partecipazione dell'intera società trentina.



Analisi del contesto

Lo stato di salute della popolazione del Trentino è complessivamente buono e i determinanti socio-economici della salute risultano uno dei molti punti di forza del Trentino: rispetto alla media italiana in Trentino ci sono meno problemi sociali, più lavoro, il reddito è maggiore e distribuito in maniera più equa, la qualità dell'istruzione è elevata, la qualità del servizio sociosanitario è buona e l'ambiente naturale è una risorsa per la salute.

Determinanti
socio-economici

I 134 indicatori presenti nel BES 2014 (benessere equo e sostenibile), elaborati dall'ISTAT, vedono la provincia di Trento ai primi posti (benessere economico, istruzione e formazione, sicurezza, qualità dei servizi), a conferma di un elevato grado di benessere socio-economico.

Nel 2013 il tasso di occupazione della popolazione trentina tra i 20 e i 64 anni è pari al 70% (vicino all'obiettivo fissato dalla Strategia Europa 2020 per lo sviluppo e l'occupazione, posto al 75%). Le differenze di genere sono rilevanti: l'occupazione femminile è 16 punti percentuali inferiore a quella maschile. Tra le donne occupate il 37% lo è a tempo parziale e non sempre la scelta del part-time è volontaria. In Trentino, come nel resto d'Italia, continua a peggiorare la condizione dei giovani. Nel 2013 il tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni) è del 23,2%. I giovani che non lavorano e non studiano (NEET) sono in aumento (19% donne, 12% uomini). Il fenomeno della povertà in Trentino appare circoscritto a una porzione di soggetti limitata e stabile negli ultimi anni, grazie anche al reddito minimo di garanzia. Più esposti al rischio di povertà sono gli anziani che vivono soli, le famiglie monogenitoriali con figli a carico, le famiglie con più di due figli e gli stranieri.

Le trasformazioni demografiche degli ultimi anni hanno messo in evidenza fenomeni rilevanti come l'aumento delle migrazioni, l'innalzamento della vita media e l'invecchiamento della popolazione. L'allungamento della vita media ha comportato una maggiore incidenza della popolazione anziana nella struttura della popolazione. In Trentino l'indice di vecchiaia nel 2015 è pari a 138: ogni 100 giovani ci sono 138 anziani (un valore che si mantiene al di sotto della media nazionale, pari al 157,7). L'incidenza degli stranieri sul totale della popolazione è pari al 9,3% superiore alla media nazionale (8,2%) ed inferiore al valore medio delle regioni del nord-est (9,9%).

Trasformazioni
demografiche

I tassi di mortalità registrati in Trentino sono molto bassi da almeno un ventennio e chi muore ha avuto una vita lunga. Nel 2013 l'aspettativa di vita alla nascita è di 81 anni per gli uomini (7 anni in più rispetto al '92) e di 86 anni per le donne (4 anni in più rispetto al '92); l'aspettativa di vita a 65 anni è di 19 anni per gli uomini e 23 anni per le donne. Essendo stabili i tassi di natalità si registra un progressivo invecchiamento della popolazione. Per il sistema del welfare trentino la sfida è quindi quella di garantire le condizioni affinché gli anni aggiunti possano essere vissuti attivamente, in salute e benessere. L'aumento del numero di anziani significa anche un incremento del numero di lavoratori di una certa età, delle persone colpite da problemi di salute più diffusi nella vecchiaia (tumori, fratture dell'anca, demenza, malattie cardiovascolari, diabete) e della complessità assistenziale dovuta alla compresenza di più malattie, a volte associate anche a condizioni di fragilità

Aspettativa
di vita

sociale. Di fronte a questo scenario non sorprende la preoccupazione circa la tenuta del sistema sociosanitario. Tuttavia sono altri i fattori che incidono maggiormente sulla spesa sanitaria (per esempio il ricorso a tecnologie sanitarie costose). Gli anziani sono una preziosa risorsa non solo culturale, ma anche nell'assistenza. In Trentino circa un terzo degli anziani è di supporto a familiari, amici e conoscenti. Oltre alla promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute anche il contrasto alla svalutazione dell'invecchiamento e degli anziani deve rientrare negli obiettivi delle politiche sociosanitarie del futuro.

Cause di morte

In Trentino ogni anno muoiono tra le 4.500 e le 4.800 persone (tasso grezzo di mortalità dell'8,9‰; 9,8‰ in Italia). Le cause maggiori di morte sono le malattie cardiovascolari e i tumori (insieme rappresentano circa 2/3 dei decessi), le malattie del sistema respiratorio (7,0%), i traumatismi (4,4%) e le malattie del sistema nervoso (3,7%).

Morti evitabili

Si stima che in Trentino ogni anno si verifichino circa 700 decessi entro i 75 anni di età per cause potenzialmente evitabili. Ciò corrisponde a circa 17.000 anni di vita persi (23 anni per ogni decesso). Le cause maggiori dei decessi prematuri sono le malattie cardiovascolari, i tumori e gli incidenti.

La maggior parte dei decessi evitabili sono dovuti a cause che si possono contrastare con interventi di prevenzione primaria, cioè attraverso il miglioramento dell'ambiente di vita e di lavoro (sia fisico che socio-economico) e attraverso la promozione di stili di vita sani, con interventi di diagnosi precoce e di assistenza propriamente detta (anche in termini di organizzazione e rapidità di intervento).

Problemi di salute principali e fattori di rischio

Le quattro malattie con maggiore impatto sulla salute della popolazione e sul consumo di risorse sanitarie sono le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete e le malattie respiratorie croniche (le cosiddette malattie cronico-degenerative). Queste malattie hanno in comune quattro fattori di rischio: fumo di tabacco, sedentarietà, cattiva alimentazione e consumo di alcol. È possibile moltiplicare l'effetto positivo sulla salute attraverso interventi su questi comportamenti e sul contesto di vita per rendere facili le scelte salutari. In tal modo si pongono anche le basi per un invecchiamento attivo e in salute. Inoltre gli stili di vita più salutari sono anche più sostenibili dal punto di vista ecologico e sociale sia a livello locale che globale.

Disuguaglianze

In generale la popolazione meno abbiente e/o istruita è meno sana ed esistono iniquità nell'accesso ai servizi sociosanitari. Considerando solo i fattori di rischio comportamentali, anche in Trentino l'appartenenza ad un basso livello socio-economico espone maggiormente le persone ad alcuni comportamenti dannosi per la salute, come l'abitudine al fumo, il sovrappeso/obesità e la sedentarietà. Intervenire sulle disuguaglianze sociali e sulle situazioni di povertà, garantire opportunità lavorative e stabilità del posto di lavoro, investire su istruzione e formazione sono elementi centrali per il benessere e la salute delle persone. Il potenziale impatto sulla salute di interventi sui determinanti sociali è considerevole: si stima che garantendo livelli più elevati di istruzione, sicurezza economica e lavorativa in Trentino si potrebbe diminuire del 24% il numero di persone in sovrappeso/obesità e del 19% il numero di fumatori.

Competenze in salute (health literacy)

Un altro fattore essenziale nella determinazione dello stato di salute, dell'uso appropriato delle risorse e della partecipazione democratica dei cittadini è quello della cosiddetta health literacy, un termine che definisce la capacità degli individui di ottenere e comprendere le informazioni necessarie per prendere in autonomia decisioni sul ricorso a prestazioni sanitarie e sull'adozione di uno stile di vita sano. Una limitata health literacy

porta a percezioni errate sul proprio stato di salute e su come migliorarlo, a problemi nella valutazione dei rischi e ad un maggiore ricorso a prestazioni sanitarie non appropriate. Una scarsa health literacy è comune non solo tra i cittadini, ma anche tra il personale sanitario, medici compresi.

La sfida maggiore, in Trentino come nel resto d'Italia, è rappresentata dal rendere i servizi più vicini al cittadino, più efficaci, efficienti, equi e sostenibili, garantendo in maniera universale i livelli essenziali di assistenza (LEA). La sostenibilità futura, assieme ai cambiamenti avvenuti nella struttura della società e ai nuovi bisogni della popolazione, obbligano a modificare il sistema dell'offerta attuale. Le modifiche da apportare al sistema hanno bisogno di condivisione, di traduzione in atti di programmazione e di partecipazione attiva da parte di molti soggetti. In sostanza, è determinante prevedere alcuni cambiamenti, per i quali è necessario un lavoro di condivisione e co-costruzione del sistema, con il coinvolgimento di tutti i soggetti del territorio (terzo settore, volontariato, privato sociale, cittadinanza). È necessario che i bisogni e le attese dei cittadini siano riconosciuti come centrali, vero punto di partenza per costruire modalità e servizi che assicurino una effettiva integrazione sociosanitaria superando la frammentazione degli interventi e garantendo la continuità nell'erogazione dei servizi. In questo contesto il Piano per la salute vuole delineare una cornice strategica entro la quale si dovranno inserire scelte e azioni future.

Le sfide delle
politiche sociali

Individuazione degli obiettivi principali

Sfide

Il Piano si pone l'obiettivo a lungo termine di prolungare ulteriormente la vita vissuta in buona salute, di ridurre progressivamente le morti premature ed evitabili, di aumentare l'equità, il benessere sociale e il potere decisionale del singolo e della comunità per raggiungere il più elevato standard di salute possibile. La salute dovrà essere promossa investendo sulle risorse per la salute e contrastando i principali fattori di rischio, sociali ed individuali (attraverso iniziative sui singoli ma anche sul contesto di vita), e ottimizzando il sistema dei servizi. La prospettiva generale è quella di una maggiore responsabilizzazione delle istituzioni ma anche dei cittadini e delle organizzazioni della società civile che sono chiamati ad attivarsi a favore della salute e del benessere.

Equità

La questione dell'equità e del contrasto alle disuguaglianze nella salute - agendo sui determinanti sociali, sugli stili di vita e sull'accesso ai servizi - rappresenta un imperativo etico per la società nel suo insieme e deve essere quindi un obiettivo di tutte le politiche, non solo di quelle sociosanitarie. Le politiche sociosanitarie devono essere valutate rispetto al loro impatto sul divario sociale e calibrate al fine di ridurlo.

Competenza in salute

Come per le disuguaglianze anche gli aspetti comunicativi finalizzati all'incremento della health literacy, cioè della competenza in salute indispensabile per ottenere e comprendere le informazioni necessarie per prendere in autonomia decisioni sulla propria salute, sono un obiettivo trasversale al Piano. Pertanto i diversi obiettivi devono comprendere anche azioni specifiche di comunicazione finalizzata all'informazione corretta e completa dei cittadini.

Assistenza sociosanitaria

Dal punto di vista dell'assistenza risulta prioritario un rafforzamento ulteriore dell'integrazione sociosanitaria, una riorganizzazione della rete ospedaliera e delle cure primarie sul territorio, rendendo più efficiente e sicura la prima e potenziando la seconda. Per migliorare l'assistenza a livello territoriale è necessario rafforzare la rete tra i professionisti presenti sul territorio, anche attraverso lo strumento della formazione. Occorre attivarsi per un maggiore coinvolgimento, anche formale, delle cooperative del privato sociale e del volontariato nella rete dei servizi in una dimensione di corresponsabilità. La compartecipazione alla spesa deve essere regolata sulla base della effettiva capacità economica delle persone per evitare l'aumento delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi.

Welfare di comunità

Il modello di welfare tradizionale ha subito negli ultimi anni un forte cambiamento dovuto alla crescente differenziazione dei bisogni e alla riduzione delle risorse, con la conseguente difficoltà di dare risposte adeguate. La crisi economica, l'ampliarsi dei fenomeni d'immigrazione, i cambiamenti demografici, la disoccupazione, la vulnerabilità del ceto medio e delle relazioni familiari e sociali sono fenomeni che richiedono al sistema sociale e alla comunità adattamenti per mantenere una adeguata capacità di risposta ai bisogni. È quindi necessario sviluppare il senso di responsabilità, di fiducia, di reciprocità tra istituzioni e cittadini attraverso la promozione di comunità resilienti che valorizzino e connettano le risorse delle persone, delle famiglie, del territorio, delle istituzioni pubbliche, rafforzando i legami e le relazioni, anche con iniziative generative di responsabilizzazione e di restituzione alla comunità dei benefici ottenuti, che sviluppino e potenzino sistemi di governance territoriale aperti agli attori del territorio e ai cittadini.

Queste sfide sono affrontabili solo se i diversi settori della società e il governo nel suo insieme si adoperano per la promozione della salute, ponendo la salute come elemento prioritario in tutte le politiche.

Salute in tutte
le politiche

Dall'esame del contesto socio-economico, epidemiologico ed organizzativo della realtà trentina e in accordo con la strategia OMS "Salute 2020", due sono le finalità strategiche da perseguire per ottenere una società più sana, equa, rispettosa dell'ambiente e con maggiore partecipazione democratica:

- migliorare la salute di tutti con particolare riguardo alle disuguaglianze nella salute
- migliorare l'organizzazione e la governance per la salute, cioè le modalità con cui le istituzioni e le altre organizzazioni sociali interagiscono, come si relazionano con i cittadini e come prendono decisioni in maniera partecipata.

"Salute 2020"

Queste due finalità possono essere ulteriormente suddivise in 3 macro-obiettivi tematici e 2 macro-obiettivi trasversali. Questi obiettivi non sono nettamente separati l'uno dall'altro ma si sostengono a vicenda, sono connessi e interdipendenti a vari livelli.

Macro-obiettivi tematici

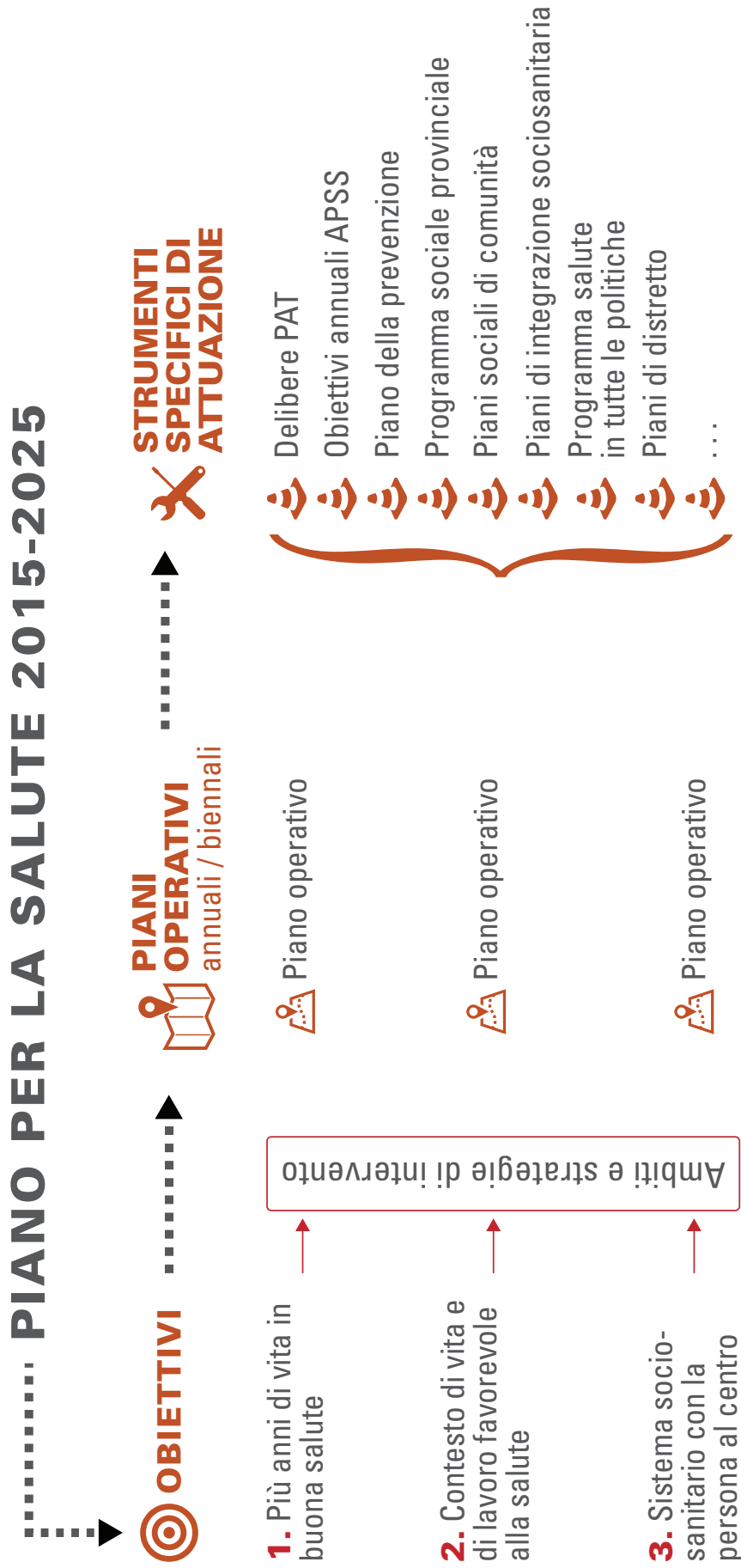
1. Più anni di vita in buona salute
Aumentare il benessere e ridurre i maggiori problemi di salute seguendo un approccio sull'intero ciclo di vita.
2. Un contesto di vita e di lavoro favorevole alla salute
Rendere più facile la conduzione di una vita salutare e sostenibile agendo sul contesto di vita e lavoro.
3. Un sistema sociosanitario con la persona al centro
Rendere i servizi alla persona più vicini al cittadino, più efficaci, più sicuri, più sostenibili e più equi.

Macro-obiettivi trasversali

1. Ridurre le disuguaglianze sociali nella salute e aumentare la solidarietà
2. Migliorare la comunicazione tra istituzioni e cittadinanza e la competenza in salute della popolazione

Ulteriore obiettivo trasversale e funzione essenziale di governo è inoltre il monitoraggio dello stato di salute, dei fattori di rischio e della loro distribuzione nella popolazione a livello provinciale e, qualora possibile, anche con disaggregazioni territoriali. Monitoraggio inteso come la sistematica raccolta, archiviazione, analisi e interpretazione di dati, seguita da una diffusione delle informazioni a tutte le persone che le hanno fornite, a coloro che devono decidere di intraprendere eventuali interventi e a tutti i cittadini.

Ciascun macro-obiettivo viene sviluppato attraverso la descrizione del contesto trentino, l'individuazione delle problematiche principali e la proposta di possibili ambiti di intervento. Tali ambiti sono strutturati mettendo in evidenza i punti di rilievo e alcuni principi guida per lo sviluppo di azioni specifiche. Data la natura strategica del Piano, interventi e azioni possono solo essere sommariamente menzionati demandando la definizione più dettagliata e la realizzazione concreta a Piani operativi da costruire in un secondo momento [vedi figura a pagina successiva]. Anche per la definizione dei Piani operativi va adottata una procedura partecipativa, con il coinvolgimento privilegiato delle persone, istituzioni, enti ed associazioni che già hanno dato un loro contributo alla definizione del Piano per la salute.



Riduzione delle disuguaglianze e aumento della competenza in salute

Più anni di vita in buona salute

Aumentare il benessere e ridurre i maggiori problemi di salute seguendo un approccio sull'intero ciclo di vita

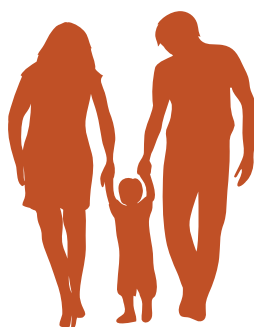
La situazione in Trentino

Per contrastare efficacemente i problemi di salute conviene puntare in maniera integrata e intersettoriale su politiche e interventi che affrontino i determinanti socio-economici, culturali e di contesto di vita e lavoro nonché quelli legati alla qualità delle reti comunitarie e sociali, agli stili di vita e all'assistenza sociosanitaria. Interventi di sostegno alla popolazione che, a partire dalla gravidanza e lungo l'intero arco della vita, abbiano l'obiettivo di rafforzare i fattori protettivi e di migliorare gli aspetti assistenziali con particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze sociali.

Per quanto riguarda i determinanti sociali ci sono alcuni punti critici da tenere in considerazione. Anche in Trentino si registra una crescente disoccupazione (soprattutto giovanile), permane la disuguaglianza di genere nell'occupazione, il lavoro a termine e i contratti atipici stanno aumentando, il 6% della popolazione ha molte difficoltà economiche.

Le problematiche principali

Gli interventi inseriti nel Piano per la salute dovranno quindi affrontare questi aspetti nelle diverse fasi della vita: età evolutiva, età adulta e anziani, tenendo conto anche di ambiti prioritari più specifici (violenza, malattie infettive, vaccinazioni, patologie correlate al lavoro, demenze, ecc). Vista la tendenza al progressivo invecchiamento della popolazione occorre puntare sull'invecchiamento attivo e in buona salute e prepararsi ad un numero crescente di persone con bisogni di salute tipici della senescenza (malattie cardiovascolari, tumori, frat-



ture dell'anca, disabilità, demenze). In ambito sociale occorre investire su un sistema di welfare orientato a prendersi cura, sostenere e proteggere le persone più fragili, valorizzandone capacità e potenzialità. Trasversale a tutte le fasi del ciclo di vita si colloca l'attività dell'amministratore di sostegno a tutela delle persone prive in tutto o in parte di autonomia o di capacità di provvedere ai propri interessi. Più in generale, è necessario coinvolgere la società civile in un processo di potenziamento del welfare di comunità privilegiando territorialità e prossimità.

Dall'analisi del contesto epidemiologico emergono i seguenti ambiti prioritari di intervento:

- ✓ Fragilità delle famiglie
- ✓ Disagio sociale
- ✓ Malattie cronico-degenerative
- ✓ Incidenti stradali, domestici, sul lavoro
- ✓ Malattie muscoloscheletriche
- ✓ Salute mentale (comprese le dipendenze)
- ✓ Malattie infettive

Le proposte che seguono sono ordinate tenendo conto dell'intero ciclo di vita, a partire dalla nascita fino alla vecchiaia.

Ambiti di intervento per l'implementazione

Sostenere la genitorialità

L'intervento sulle condizioni di base per una partenza in salute permette di stare bene considerando più componenti – fisica, mentale e sociale – e rappresenta un investimento importante per ridurre le disuguaglianze. È un investimento che dà buoni risultati non solo dal punto di vista sanitario ma anche economico. Ne è un esempio il "Perry Preschool Project" realizzato negli anni '60 nello stato del Michigan, negli USA. All'età di 27 anni tutti gli indicatori sociosanitari (occupazione, reddito medio, conflitti con la legge, dipendenza da assegni sociali, ecc) di coloro che avevano partecipato al progetto (della durata di 2 anni) da bambini erano significativamente migliori rispetto a un gruppo di controllo di persone di estrazione sociale analoga. Per ogni dollaro speso per la formazione prescolare sono stati risparmiati 11 dollari grazie al miglioramento delle condizioni dei partecipanti al progetto. Non a caso James Heckman, premio Nobel per l'economia, ritiene che investire sui bambini rappresenti l'intervento più vantaggioso dal punto di vista economico. In Provincia di Trento il progetto di ricerca-intervento "Scommettiamo sui giovani" è un buon esempio di implementazione a scala locale di questi assunti. Si tratta di un modello di prevenzione precoce, fortemente basato su visite domiciliari da parte di personale sanitario ed educativo, rivolto a madri in condizioni di rischio psico-sociale, al fine di supportare le loro capacità genitoriali e sostenere così uno sviluppo armonico del bambino.

Occuparsi della genitorialità significa sostenere le persone con figli nello svolgimento del proprio ruolo di genitore, occorre quindi:

- ✓ Realizzare interventi di informazione/formazione sui compiti genitoriali nelle diverse fasi del ciclo di vita della famiglia. Interventi rivolti a una pluralità di soggetti (copie, genitori, personale sanitario, sociale, educativo) e focalizzati in particolar modo sull'importanza degli stili di vita familiari nell'acquisizione di abitudini e comportamenti da parte dei figli nel loro percorso di crescita
- ✓ Favorire lo scambio, la conoscenza reciproca, la solidarietà e la corresponsabilità promuovendo reti territoriali tra famiglie che si prendono cura della propria comunità (promozione del quarto settore)



- ✓ Promuovere attività extrascolastiche per favorire la conciliazione dei tempi di vita e lavoro
- ✓ Individuare precocemente le situazioni di fragilità genitoriale, i bisogni speciali nel bambino e nell'adolescente (ad esempio, depressione post-partum, adozioni, minori stranieri non accompagnati), particolari patologie (comprese le patologie psichiatriche), bisogni educativi speciali, ritardi nello sviluppo, disturbi del comportamento, traumi dovuti ad abusi e maltrattamenti
- ✓ Realizzare interventi di accompagnamento e sostegno alla genitorialità fragile per favorire la consapevolezza delle problematiche presenti all'interno della famiglia e per sviluppare la capacità di far fronte agli avvenimenti difficili della vita (resilienza)
- ✓ Affiancare i genitori nell'accogliere la disabilità dei figli promuovendo percorsi formativi dedicati e garantendo adeguato supporto
- ✓ Dare organicità ai diversi interventi di sostegno alla genitorialità promossi dal settore pubblico (servizi sociosanitari, ospedalieri, territoriali, educativi) e dal terzo e quarto settore attraverso forme di pianificazione integrata che mettano in rete i diversi soggetti
- ✓ Promuovere e sostenere la mediazione familiare quale importante intervento per accompagnare i genitori nella riorganizzazione delle relazioni familiari nelle situazioni problematiche di separazione o divorzio
- ✓ Riconoscere e valorizzare la funzione sociale svolta dai genitori affidatari e adottivi nel favorire la crescita positiva dei bambini che hanno vissuto esperienze relazionali pregiudizievoli
- ✓ Implementare un'integrazione sociosanitaria a sostegno delle famiglie adottive nel post-adozione sia nel primo periodo di costituzione del nucleo familiare che negli anni successivi anche attraverso un percorso di accoglienza sanitaria dei bambini/ragazzi adottati che provengono da contesti internazionali
- ✓ Coinvolgere il mondo della scuola nella programmazione, raccordo e verifica degli interventi in materia di adozione.

Ospedale e comunità amici dei bambini

L'iniziativa "Ospedali e comunità amici dei bambini" prevede una riorganizzazione del percorso nascita secondo le buone pratiche raccomandate dall'OMS/Unicef per gli ospedali e i servizi del territorio per l'allattamento materno, la corretta alimentazione infantile e il sostegno alla genitorialità. L'Ospedale S. Chiara ha ottenuto il riconoscimento ufficiale quale Ospedale amico dei bambini. Obiettivo del Piano è quello di estendere a tutti gli ospedali e punti nascita provinciali l'iniziativa OMS/Unicef "Ospedali e comunità amici dei bambini".

Occorre rendere effettivo il diritto al parto fisiologico indolore come previsto dalla legge provinciale 16/2010 (art. 48 bis) attraverso adeguati strumenti attuativi.

È necessario promuovere la salute odontoiatrica attraverso percorsi preventivi e assistenziali dedicati, con particolare riguardo alla riduzione delle disuguaglianze in relazione alla cittadinanza, al genere e all'ambito territoriale di residenza.

Maggior attenzione alla diagnosi precoce in età pediatrica

Per alcune patologie, una diagnosi precoce, seguita da un tempestivo trattamento, può migliorare significativamente l'esito della malattia. L'impatto psicosociale dell'ipoacusia, della cecità e dell'ipovisione è rilevante tanto da essere stato affrontato come obiettivo prioritario nell'ambito del Piano nazionale della Prevenzione. L'identificazione dell'ipoacusia e delle cause di danno funzionale o di ostacolo alla maturazione della visione tanto più è precoce, tanto più garantisce possibilità di trattamento o di efficaci provvedimenti riabilitativi.



- ✓ Offrire lo screening audiologico e per ipovisione in tutti i punti nascita e presso le scuole materne e/o i servizi vaccinali (all'età di 3 anni)
- ✓ Approfondire la conoscenza e valutare l'opportunità di avviare dei percorsi di diagnosi precoce per i problemi di salute mentale (compresi i disturbi dello spettro autistico) e di disagio psicosociale.



Malattie infettive

Le malattie batteriche invasive - dovute per lo più a infezioni da meningococco, pneumococco ed emofilo - rappresentano un'importante causa di malattia e sono caratterizzate da un'elevata frequenza di gravi complicanze.

Oltre a raggiungere e mantenere elevate coperture vaccinali entro i 24 mesi di vita, è fondamentale:

- ✓ Raggiungere la copertura vaccinale del 95% per il morbillo
- ✓ Verificare la suscettibilità alla rosolia delle donne in età fertile e vaccinarle prima di un'eventuale gravidanza
- ✓ Promuovere la vaccinazione delle donne con rubeo test negativo dopo il parto e dopo l'interruzione di gravidanza prima della dimissione, con particolare attenzione alle giovani donne immigrate
- ✓ Migliorare l'accertamento di laboratorio dei casi notificati di morbillo e rosolia e delle malattie batteriche invasive
- ✓ Comunicare in modo efficace rischi e benefici delle vaccinazioni al fine di mantenere un'elevata adesione alle vaccinazioni anche in assenza dell'obbligo
- ✓ Predisporre e aggiornare con continuità un piano di risposta alle emergenze di malattie infettive
- ✓ Rafforzare e diffondere in tutte le strutture assistenziali sistemi di sorveglianza, controllo e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (HAI) e delle resistenze agli antibiotici e incrementare le conoscenze e la capacità di diagnosi precoce delle malattie batteriche invasive.



Salute in adolescenza

Dal punto di vista anagrafico l'adolescenza è definita dall'OMS come il periodo di vita tra i 10 e 19 anni. Tale periodo viene ulteriormente diviso nella prima adolescenza (da 10 a 14 anni) e nella tarda adolescenza (da 15 a 19 anni). Rispetto al passato, sul piano sociale si osserva un ritardo generalizzato dell'assunzione di responsabilità e dei ruoli più tipici dell'adulto (lavoro, famiglia) con la conseguenza che stili di vita, abitudini e problematiche tipicamente riscontrabili nell'adolescenza vengono spesso mantenute anche nel giovane adulto (20-24 anni). Se si considera che ciò si combina all'anticipo della pubertà avvenuta gradualmente durante l'ultimo secolo, è evidente che questi mutamenti sociali hanno determinato un allargamento della popolazione adolescente e di conseguenza dei problemi tipici di questa fase di sviluppo (attualmente le persone tra 10 e 24 anni in Trentino sono circa 80.000 e rappresentano circa il 10% della popolazione). Tuttavia questi mutamenti sociali non si sono ancora riflessi in altrettanti cambiamenti dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi, provocando un vuoto di offerta dedicata agli adolescenti. In pratica si passa dai servizi pediatrici direttamente a quelli riservati agli adulti, senza prendere in considerazione l'adolescenza in quanto gruppo sociale specifico che trascende i limiti anagrafici tradizionali.

Dal punto di vista della promozione della salute adolescenziale occorrono misure che, specialmente nella tarda adolescenza, si oppongano a possibili atteggiamenti di passività, rinuncia, sfiducia e individualismo, in un contesto in cui le opportunità non appaiono generose. Inoltre è necessario, fin dall'età scolare, educare i ragazzi a vivere in maniera attiva il loro ruolo di cittadini, aperti alla comprensione dei fenomeni collettivi, alla critica costruttiva,

a partecipare in modo creativo alla vita collettiva nonché ad assumere responsabilità concrete per il benessere delle persone e della comunità (solidarietà sociale). Tutto ciò concorre a contrastare anche l'apatia, le dipendenze e il bullismo giovanile [vedi anche "Scuola che promuove la salute"].

A partire da questo contesto si ritiene necessario.

- ✓ Superare il vuoto dell'offerta dei servizi nel passaggio dall'adolescenza all'età adulta prevedendo percorsi che assicurino una continuità dell'assistenza e che offrano opportunità e risorse per la salute
- ✓ Incrementare le conoscenze sulle problematiche tipiche dell'età adolescenziale all'interno di tutti i servizi in modo da garantire un'accoglienza appropriata e competente
- ✓ Promuovere progetti che favoriscono la socializzazione dei giovani (in particolare nell'ambito dello sport, con una maggiore conciliazione tra attività sportiva e scuola) e la realizzazione di attività autopromosse, oltre a percorsi di cittadinanza attiva
- ✓ Sostenere le iniziative di prevenzione e promozione sociale, in particolare quelle relative a percorsi di formazione tra pari, in rete tra i diversi enti/servizi, responsabilizzando gli adolescenti ad essere protagonisti della propria crescita
- ✓ Sviluppare linee guida per la salute mentale in età evolutiva in cui far confluire anche interventi mirati agli adolescenti adottati, affidati (affidamento familiare, comunità), agli immigrati di seconda generazione, ai giovani con bisogni speciali e a quelli con problemi comportamentali
- ✓ Promuovere una maggiore educazione emotiva e relazionale degli adolescenti (life skills) attraverso una progettazione comune tra servizi sociosanitari, educativi e le organizzazioni di terzo e quarto settore
- ✓ Considerare in modo strutturato il punto di vista degli adolescenti e dei giovani adulti sui temi della salute e del benessere nella programmazione degli interventi nell'ambito dei servizi a loro dedicati utilizzando linguaggi e strumenti coinvolgenti (per esempio social network)
- ✓ Individuare precocemente situazioni di fragilità e disagio negli adolescenti per rispondere tempestivamente con interventi di prevenzione
- ✓ Promuovere iniziative di informazione/formazione/ascolto su questioni specifiche e di interesse per gli adolescenti, anche in coordinamento con scuole e associazioni, su temi quali: orientamento sessuale e identità di genere, situazioni di fragilità e disagio, bullismo, relazioni tra pari e utilizzo dei social network.

Incidenti stradali

Secondo i dati ISTAT più recenti, nel 2013 in Trentino si sono verificati 1.479 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato quasi 2.000 feriti e 28 morti. Circa la metà delle vittime ha un'età compresa tra 18 e 44 anni. Circa due terzi degli incidenti hanno coinvolto automobili, l'8% biciclette e il 17% altri veicoli a due ruote. Nel 2013 negli incidenti stradali sono stati feriti 56 bambini. Stanchezza, sonnolenza, il mancato rispetto delle regole di precedenza e la guida troppo veloce sono tra le maggiori cause degli incidenti. Il rischio di morire in un incidente si dimezza usando la cintura anteriore (93% dei trentini la usa sempre), si riduce del 75% con la cintura posteriore (il 39% la usa sempre), del 40% con il casco (il 98% lo usa sempre). L'uso appropriato di dispositivi di sicurezza per i bambini (seggiolini e cuscinetto alzacribimbo) riduce il rischio di morte del 72% per i bambini fino a 12 mesi, del 52% per i bambini tra 1 e 4 anni. Tra i trentini che viaggiano in auto con bambini fino a 6 anni di età, il 16% dichiara di trovare difficoltà nell'uso del seggiolino, indicatore di un uso solo sporadico di questo mezzo di protezione altamente efficace.

- ✓ Sensibilizzare e sollecitare i comuni a introdurre zone 30 (o altre forme di riduzione della velocità) attorno a scuole e altri luoghi di aggregazione giovanile



- ✓ Sensibilizzare e sollecitare le forze dell'ordine a incrementare i controlli sulla velocità, sulla guida sotto effetto dell'alcol, sull'uso corretto dei seggiolini e delle cinture sui sedili posteriori
- ✓ Ottimizzare i percorsi terapeutici per la cura e la riabilitazione di chi subisce un incidente
- ✓ Sensibilizzare e sollecitare le autoscuole a inserire nei corsi per l'ottenimento della patente di guida temi che riguardano le cause evitabili di incidente dipendenti dal grado di attenzione del guidatore (sonnolenza alla guida, lavoro notturno, problemi del sonno, farmaci che interferiscono con la qualità del sonno, alcool, uso del telefonino).



Incidenti domestici

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica che colpisce prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e, soprattutto, l'età avanzata e risultano dalla combinazione di più fattori di rischio, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico). Gli accessi al Pronto soccorso per incidenti domestici sono circa 10.000 l'anno. Per quanto riguarda l'infanzia, risulta colpita maggiormente la fascia di età da 0 a 5 anni e, all'interno di essa, il primo anno di vita (circa 800-900 accessi al Pronto soccorso di bambini da 0 a 5 anni, il 40% dei quali nel primo anno di vita). Particolarmente preoccupanti sono gli avvelenamenti accidentali, sia per la gravità degli eventi sia perché facilmente prevenibili. Per quanto riguarda gli anziani (>64 anni) gli accessi al Pronto soccorso sono circa 3.000 l'anno, più frequentemente donne. I fattori di rischio più importanti degli anziani sono gli elementi di fragilità (disturbi motori, alterazione della vista, deterioramento cognitivo, incontinenza), l'uso improprio di sonniferi e tranquillanti, e il consumo di alcol.

- ✓ Migliorare la conoscenza sulla prevenzione degli avvelenamenti in ambiente domestico presso operatori sanitari e genitori
- ✓ Individuare gli anziani ad alto rischio per infortunio domestico e attivare interventi finalizzati alla riduzione dei rischi in ambito domestico (arredo della casa, esercizio fisico, revisione dei farmaci assunti dall'anziano).



Salute della schiena nei luoghi di studio e di lavoro

Le affezioni cronic-degenerative della colonna vertebrale rappresentano un problema importante (quanto trascurato) di sanità pubblica soprattutto in termini di anni di vita vissuti con disabilità. Anche in questo campo la promozione della salute è la principale azione da intraprendere fin dall'età evolutiva.

È quindi importante promuovere (in rete con diversi esperti, fisioterapisti, medici del lavoro, rappresentanti per i lavoratori sulla sicurezza) una maggiore sensibilizzazione sull'importanza della prevenzione delle patologie cronic-degenerative della colonna vertebrale inserendo concetti di ergonomia corporea e postura corretta, nei curricula scolastici e nei processi produttivi.

- ✓ Offrire a scuole ed aziende un percorso formativo sulla salute della schiena (per le aziende ciò risponde peraltro a precisi obblighi normativi sulla tutela della salute nei luoghi di lavoro)
- ✓ Estendere i risultati e le buone pratiche di promozione della salute della schiena adottate nei luoghi di lavoro anche ad altri ambiti (scolastico, domestico, hobbistico).



Promozione della salute mentale

La salute mentale è definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come uno stato di benessere per cui il singolo è consapevole delle proprie capacità, è in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, di lavorare e apportare un contributo alla propria comunità. È evidente che senza salute mentale la salute non è possibile. La promozione

della salute mentale, la prevenzione e il trattamento delle malattie mentali sono fondamentali per mantenere e migliorare la qualità della vita, il benessere e la produttività delle persone, delle famiglie, dei lavoratori e della comunità. La promozione della salute mentale migliora quindi la capacità di affrontare e superare periodi difficili (resilienza) dell'intera società.

Il Piano per la salute del Trentino condivide gli obiettivi generali contenuti nel "Piano d'azione europeo sulla salute mentale 2013-2020" dell'OMS:

- ✓ Migliorare il benessere mentale della popolazione e ridurre l'impatto delle malattie mentali, con particolare riguardo alle persone più vulnerabili e alle azioni sui fattori di rischio e i determinati sociali
- ✓ Rispettare i diritti delle persone con problemi di salute mentale, contrastare lo stigma e la discriminazione e offrire a tutti la possibilità di raggiungere il più elevato livello di salute possibile
- ✓ Garantire l'accesso a servizi efficaci e sicuri che rispondono ai bisogni di salute mentale, fisica e sociale delle persone con problemi mentali e delle loro famiglie

Per raggiungere questi obiettivi sono necessarie azioni per contrastare i fattori di rischio (per esempio: scarsa qualità della relazione con i genitori, violenza familiare, conflitti tra i genitori, uso di sostanze, scarsi successi scolastici, abbandono scolastico, perdita del lavoro) e per potenziare i fattori generali di protezione, quali le abilità di vita (life skills) individuali e sociali e la capacità di affrontare situazioni difficili (resilienza).

Tali azioni sono presenti in modo trasversale nel Piano per la salute relativamente a: genitorialità; istruzione in ambito favorevole alla salute; identificazione precoce di problemi emozionali, familiari e scolastici compreso il bullismo; inclusione sociale e lavorativa; ambiente urbano per sostenere il gioco autonomo dei bambini e lo spostamento a piedi e in bici; stili di vita; buona salute degli anziani; abitazioni sicure e accessibili per facilitare la socializzazione, la mobilità e l'autonomia. Vanno inoltre previste azioni di prevenzione del suicidio basate su prove di efficacia da implementare lungo l'intero arco della vita.

Dal punto di vista dei servizi di assistenza a persone con problemi mentali occorre:

- ✓ Assicurare una maggiore integrazione dei servizi di Neuropsichiatria infantile, Psichiatria e Psicologia clinica con un'attenzione particolare all'età evolutiva e adolescenziale, alla fase di passaggio all'età adulta, anche attraverso un maggiore lavoro di rete con i servizi sociali del territorio
- ✓ Garantire percorsi assistenziali adeguati e compatibili con il progetto terapeutico riabilitativo della persona, affinché la residenzialità non assuma la funzione di "soluzione abitativa" allungando impropriamente i tempi di permanenza nelle strutture residenziali

Promozione di sani stili di vita

Uno stile di vita sano riduce significativamente il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e tumori nonché di morire precocemente e pone le basi per un invecchiamento attivo, cioè permette di rimanere a lungo in buona salute ed autonomi anche nella vecchiaia. Adottare una sana alimentazione (mangiare soprattutto frutta, verdura e cereali integrali; limitare cibi ipercalorici, carne e cibi salati; evitare insaccati e carni lavorate, snack industriali e bibite zuccherate), praticare attività fisica, mantenere il peso nella norma, non fumare e non bere (o bere alcol solo in quantità moderata) sono i modi migliori per combattere efficacemente le malattie cardiovascolari e i tumori.

In Trentino molte persone adottano già uno stile di vita salutare, per molte altre sarebbe sufficiente un piccolo sforzo per incrementarne ulteriormente i vantaggi [per maggiori dettagli si rinvia al "Profilo di salute della Provincia di Trento"]. Una minoranza di persone ha ancora difficoltà e va quindi sostenuta anche attraverso politiche ed interventi di sanità pubblica per rendere più facile la scelta salutare.



La promozione di sani stili di vita è presente in maniera trasversale nel Piano per la salute [vedi “Sostenere le persone con fattori di rischio per malattie croniche”; “Invecchiamento attivo”; “Scuola che promuove la salute”; “Aziende che promuovono la salute”; “Amministrazioni pubbliche a favore della salute”; “Promozione di stili di vita in ambito sociale, territoriale e ospedaliero”; “Salute urbana e ambiente di vita”; “Ambiente e salute”].



Nutrizione clinica e preventiva

La qualità dell'alimentazione influenza fortemente lo stato di salute. Per sfruttare al massimo tutte le potenzialità di una sana alimentazione nell'assicurare un buono stato di salute del singolo e della collettività sono indispensabili interventi di nutrizione clinica e preventiva, oltre a quelli descritti nella proposta “Sistema alimentare a sostegno di salute e ambiente” [vedi Macro-obiettivo 2].

Gli interventi di nutrizione clinica e preventiva sono generalmente rivolti alle singole persone e finalizzati al miglioramento della situazione nutrizionale individuale, anche quando è già compromessa. Altri ambiti di azione sono la prevenzione o la terapia di malattie sensibili all'intervento nutrizionale (diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie, tumori).

Le priorità di intervento in questo campo sono la prevenzione e la terapia dell'obesità (lungo l'intero arco della vita); del diabete; della malnutrizione calorico-proteica (ospedaliera, nell'anziano fragile nelle strutture residenziali e a domicilio); della nutrizione artificiale domiciliare; della progressiva perdita di massa muscolare negli anziani (sarcopenia); dei disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia); delle carenze nutrizionali (vitamina D negli anziani, acido folico in gravidanza, ferro nei bambini), delle intossicazioni alimentari (tossinfezioni) e della sicurezza alimentare.

Un altro problema da affrontare è la crescente confusione e insicurezza nella popolazione circa i comportamenti alimentari da seguire, dovute alla costante pressione mediatica e commerciale sui diversi prodotti alimentari, sui metodi per dimagrire e in generale su tutto quanto concerne la nutrizione. Gli esperti in nutrizione clinica e preventiva possono svolgere un ruolo importante nella diffusione di informazioni corrette e prive di conflitti di interesse, necessarie per fare chiarezza e per incrementare la capacità delle persone di orientarsi e di prendere in autonomia le proprie decisioni [vedi anche il secondo Macro-obiettivo trasversale “Migliorare la comunicazione tra istituzioni e cittadini e la competenza in salute della popolazione”]. Dal punto di vista operativo è evidente un rapporto sproporzionato tra il riconoscimento universale dell'importanza della nutrizione clinica e preventiva e l'inadeguatezza dei servizi e delle attività dedicati a questi argomenti. Occorre superare questa contraddizione, incrementare la formazione professionale in ambito sociosanitario sulle tematiche della nutrizione e potenziare il “Servizio d'Igiene degli alimenti e della Nutrizione” (SIAN) - relativamente alle proprie competenze nell'ambito della sorveglianza nutrizionale e in tema di sicurezza degli alimenti – e i servizi di nutrizione clinica affinché possano affrontare in maniera efficace le priorità individuate.



Contrasto alle dipendenze

Il consumo di sostanze (legali e illegali) rappresenta un problema di sanità pubblica, sia per gli effetti diretti sulla salute di chi ne fa uso che per quelli indiretti sulle famiglie e la società nel suo insieme. In Trentino il problema principale è rappresentato dal consumo ad alto rischio di alcol (28% negli adulti). Solo una minoranza della popolazione fa uso di stupefacenti (1 persona su dieci e circa 7 persone ogni mille residenti sono da considerare consumatori problematici, con dipendenze e/o danni fisici o psicologici). Per quanto riguarda il gioco d'azzardo la maggioranza della popolazione non gioca (circa il 74%). Tra chi gioca (26%) il 13% risulta a rischio (basso-moderato) di sviluppare una forma di dipendenza (corrispondente al 3,4% della popolazione adulta).

Il contrasto alle dipendenze richiede un apporto diversificato (medico e sociale) e coordinato, che metta al centro la persona con i suoi bisogni fisici e relazionali.

Le azioni di contrasto alle dipendenze dovrebbero:

- ✓ Contrastare l'iniziazione al consumo, impedire che consumatori occasionali diventino abituali e dipendenti con attività di prevenzione, prevalentemente rivolte ai ragazzi, e rendere meno accessibili le sostanze e il gioco d'azzardo. Secondo la Cochrane collaboration gli interventi più promettenti – sia nel contesto familiare che scolastico – riguardano lo sviluppo delle abilità cognitive, emotive e relazionali di base (life skills) e non specificamente il consumo di alcol o droga [vedi "Scuola che promuove la salute"]. Sono considerati efficaci anche gli interventi di counselling motivazionale breve in ambito sanitario
- ✓ Utilizzare un approccio olistico, mettendo la persona al centro, considerando che il recupero completo è possibile e auspicabile. È necessario adottare un approccio diversificato in relazione ai bisogni: dal trattamento farmacologico della dipendenza al sostegno dell'astinenza, alla riduzione della frequenza di consumo e altri comportamenti ad alto rischio
- ✓ Sviluppare, in considerazione dell'esperienza positiva dei Servizi di Alcolologia, della rete dei Club e dei gruppi AMA, una rete di gruppi di auto-mutuo-aiuto anche per le tossicodipendenze e rafforzare quelli per le ludopatie. Nella letteratura biomedica internazionale è evidenziata l'efficacia dei gruppi di auto-mutuo-aiuto nel mantenere l'astinenza e nel miglioramento psicosociale dei partecipanti, con una riduzione dei costi sanitari

Sostenere le persone con fattori di rischio per malattie croniche

Intervenendo sugli stili di vita è possibile ridurre, ritardare o alleviare una parte significativa delle malattie cronico-degenerative, comprese le demenze. Risulta fondamentale intervenire precocemente sui fattori di rischio modificabili come l'ipertensione, il fumo di tabacco, l'eccessivo consumo di alcol, l'ipercolesterolemia, la cattiva alimentazione, sovrappeso/obesità e sedentarietà. Questi interventi preventivi contribuiscono inoltre a ridurre l'ospedalizzazione (in particolare quella prevenibile e quella inappropriata), i costi per la cura e la riabilitazione.

È importante identificare e informare le persone a maggior rischio di sviluppare malattie cronico-degenerative sui vantaggi di uno stile di vita più sano e offrire, quando necessario, procedure e percorsi specifici di assistenza (per esempio corsi per smettere di fumare). Per questa offerta di interventi è indispensabile la collaborazione tra il sistema delle cure primarie, i medici, i pediatri di famiglia e altre risorse sociali e sanitarie di comunità.

Inclusione sociale e lavorativa delle persone a rischio di emarginazione

Alcune persone possono essere spinte al margine della società e compromettere la loro salute a causa di gravi problemi economici (perdita della casa o del lavoro).

Le persone in difficoltà devono poter contare su un sostegno pubblico per mantenere o acquisire le risorse e le capacità necessarie a evitare il rischio di emarginazione sociale. Questo sostegno è particolarmente importante nei casi in cui sono coinvolti anche dei bambini.

Tale funzione deve essere svolta da una rete diversificata di servizi (lavoro, casa, sanità, sociale) da costruire attraverso l'implementazione e/o il ri-orientamento dei servizi esistenti e da attivare attraverso una procedura operativa specifica. È inoltre importante offrire alle persone che ricevono sostegno pubblico la possibilità di partecipare ad attività utili alla comunità [vedi il concetto di "welfare di comunità"].





Promuovere iniziative di contrasto alla violenza di genere

La violenza di genere può verificarsi su diversi piani, quello fisico, psicologico, economico e sessuale e colpisce le donne di tutti gli strati sociali. Solo attraverso il lavoro coordinato tra autorità giudiziaria, forze dell'ordine, servizi sanitari, servizi sociali e del volontariato sarà possibile ridurre gli episodi di violenza nella società e assistere le donne che ne sono vittime.

Vanno sostenute iniziative di contrasto alla violenza di genere e occorre:

- ✓ Realizzare attività di sensibilizzazione e promozione culturale, far conoscere i servizi e gli interventi specifici di sostegno alle donne vittime di violenze, ai minori e agli autori del maltrattamento
- ✓ Sostenere e promuovere la collaborazione tra soggetti pubblici e del privato sociale sulla prevenzione e il contrasto alla violenza contro le donne
- ✓ Garantire assistenza e accompagnamento a favore di chi non ha strumenti conoscitivi, affettivi, economici per uscire da una situazione di sopruso
- ✓ Assistere le vittime di violenza attraverso il lavoro coordinato di più professionisti all'interno di un'equipe specializzata.



Invecchiamento attivo

In Trentino l'aspettativa di vita è aumentata notevolmente negli ultimi 30 anni. Oggi un uomo di 65 anni può aspettarsi di vivere ancora circa 20 anni (6 anni in più rispetto agli anni '80), una donna oltre 23 anni (5 anni in più rispetto agli anni '80). Con tassi di natalità costanti nel tempo questa conquista ha comportato un progressivo invecchiamento della popolazione: una persona ogni cinque ha più di 64 anni e tra queste la metà ne ha più di 74. Un aumento del numero di anziani significa anche un incremento del numero di persone con i problemi di salute più diffusi in età avanzata (tumori, fratture dell'anca, demenza, malattie cardiovascolari, diabete) e un aumento della complessità assistenziale dovuta alla compresenza di più malattie e alle relative terapie farmacologiche.

Alle politiche sanitarie, sociali ed economiche si impongono quindi *due obiettivi fondamentali*: 1) il contrasto alla svalutazione dell'invecchiamento e degli anziani e 2) la promozione della salute e la strategia dell'invecchiamento attivo. L'invecchiamento attivo è un concetto che l'OMS definisce come "un processo che ottimizza le opportunità di buona salute, partecipazione e sicurezza al fine di aumentare la qualità della vita durante la vecchiaia".

Occorre sviluppare un programma provinciale dell'invecchiamento attivo mettendo in rete le iniziative promosse da diversi soggetti (servizi sociosanitari, associazioni, circoli anziani, Università della terza età e del tempo disponibile), in un'unica cornice che comprenda interventi relativi a tutte e tre le colonne dell'invecchiamento attivo (partecipazione, sicurezza, salute). Questo programma dovrebbe seguire un approccio di promozione della salute complessiva, superare gli interventi su singole patologie, con l'obiettivo di "aggiungere vita agli anni e non solo anni alla vita". Si dovrà porre particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- ✓ Promuovere la "cultura" dell'attività fisica e della socializzazione facendo leva anche su interessi culturali, artistici e turistici in un'ottica intergenerazionale
- ✓ Ampliare l'offerta di servizi a basso intervento assistenziale, rivolti a soggetti autosufficienti o parzialmente autosufficienti, che facilitino la permanenza degli anziani nel proprio ambiente di vita
- ✓ Sviluppare la responsabilità e solidarietà individuale e collettiva attraverso l'attivazione delle risorse presenti sul territorio e la valorizzazione delle esperienze di vita e di lavoro degli anziani
- ✓ Supportare e valorizzare l'attività dei caregiver (familiari, assistenti familiari) nella cura e sostegno delle persone anziane

- ✓ Favorire lo sviluppo di forme abitative che permettano ai soggetti di mantenere una maggior autonomia nel tempo grazie ad un aumento della socialità, della solidarietà e dell'aiuto reciproco e ad un contenimento delle spese di mantenimento dell'abitazione e di assistenza [vedi anche "L'abitare sociale come fonte di benessere"]
- ✓ Promuovere la solidarietà intergenerazionale, con particolare riferimento agli interventi del volontariato e di cittadinanza attiva a livello di quartiere valorizzando le esperienze di vita e di lavoro maturate, le capacità e gli interessi dell'anziano.

Costruire valore intorno alla disabilità

La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità definisce la disabilità come "il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri". Per garantire i diritti delle persone disabili è pertanto indispensabile prendersi cura degli aspetti medici e rimuovere tutte le barriere sociali che limitano l'effettiva partecipazione alla vita sociale e alla realizzazione personale. È necessario costruire un'alleanza tra servizi, reti territoriali e del volontariato, famiglie e società civile che funzioni come "centro di servizi di comunità" attorno alla disabilità.

A partire da questi principi, nonché dalle azioni contenute nel "Programma di azioni biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità" approvato con DPR 4 ottobre 2013, la programmazione sociosanitaria provinciale pone tra le proprie finalità il superamento della settorializzazione degli interventi e il rafforzamento di un approccio multidisciplinare, a favore di interventi sanitari, sociali, educativi che abbiano come obiettivo la costruzione "evolutiva" di un progetto di vita. Per tale ragione la valutazione multidimensionale e la condivisione con la persona e i suoi familiari di un piano individualizzato diventano strumenti indispensabili di cui gli operatori sociali e sanitari devono agevolmente disporre. La valutazione rappresenta il presupposto per un accesso equo al sistema. In questo senso l'OMS prevede la diffusione dell'utilizzo della "Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute" (ICF).

A partire da questo contesto si ritiene necessario:

- ✓ Sviluppare servizi a rete per l'assistenza alle persone disabili (anche gravi) sull'intero ciclo di vita che promuovano il volontariato sul territorio in una logica di "centro di servizi di comunità" riorganizzando anche gli attuali servizi, sia in termini di accoglienza diurna che residenziale a bassa soglia
- ✓ Affiancare i genitori nell'accoglienza della disabilità dei figli e offrire percorsi formativi specifici [vedi "Sostenere la genitorialità"]
- ✓ Accompagnare la persona con disabilità e la sua famiglia nelle diverse fasi della vita, creando anche soluzioni efficaci e dignitose nell'ultima parte della vita, specialmente dopo che sono venuti meno i genitori o le figure di riferimento (tematica del "Dopo di Noi")
- ✓ Sperimentare nuove forme dell'abitare e potenziare il supporto alla domiciliarità per assicurare una vita indipendente [vedi anche "L'abitare sociale come fonte di benessere"]
- ✓ Sviluppare inclusione sociale anche quando non è possibile una integrazione lavorativa, offrendo occasioni di impiego a contatto con il pubblico
- ✓ Fornire ai cittadini informazioni complete sull'offerta dei servizi pubblici sociosanitari, dei sostegni economici, degli altri interventi integrativi e complementari al servizio pubblico garantiti dal volontariato [vedi anche "Punto di riferimento unico per le persone"]
- ✓ Rimuovere le barriere architettoniche e alla mobilità delle persone disabili, promuovendo autonomia e accessibilità nei diversi ambiti di vita e di lavoro
- ✓ Acquisire e sistematizzare le informazioni sulla disabilità al fine di una programmazione più razionale delle attività dei servizi.



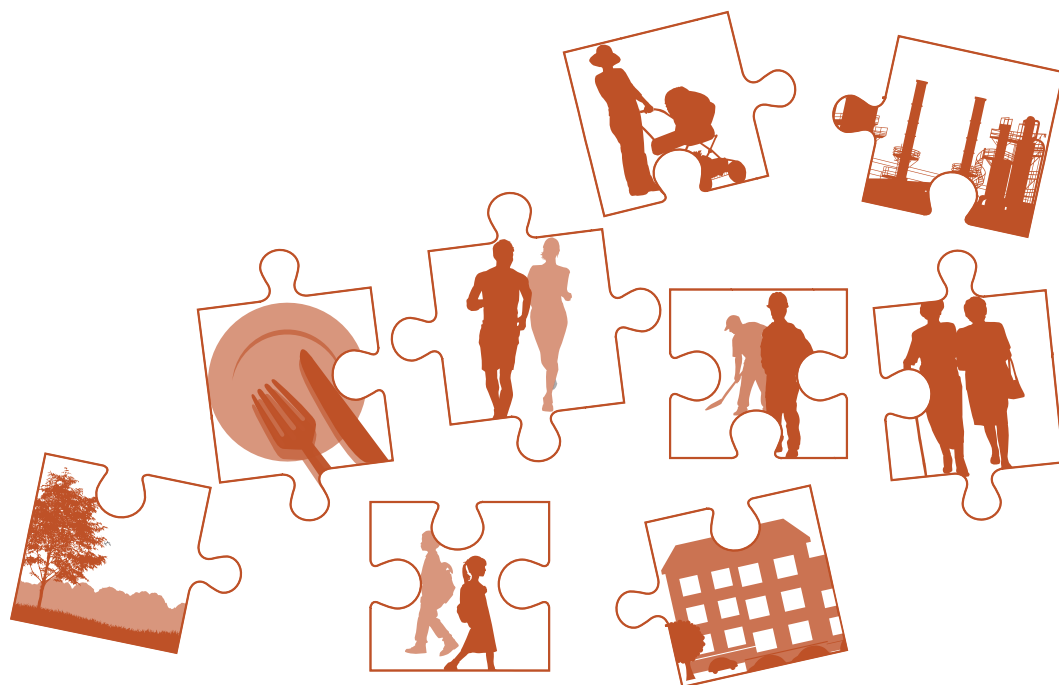
Un contesto di vita e di lavoro favorevole alla salute

Rendere più facile la conduzione di una vita salutare e sostenibile agendo sul contesto di vita e lavoro

La situazione in Trentino

Lo stato di salute della popolazione è complessivamente buono e i determinanti socio-economici della salute risultano uno dei molti punti di forza del Trentino, soprattutto se confrontati con la media italiana. In Trentino ci sono meno problemi sociali, più lavoro, il reddito è maggiore e distribuito in maniera più equa, la qualità dell'istruzione è buona, la qualità del servizio sociosanitario è buona e l'ambiente naturale è una risorsa per la salute. Ciò nonostante la crisi socio-economica non ha risparmiato il nostro territorio e i sistemi sociali e sanitari si trovano a fronteggiare sfide sempre più pressanti, nuovi bisogni, fragilità e forme di disagio anche della sfera psicorelazionale.

I tassi di mortalità sono molto bassi da almeno un ventennio. La grande maggioranza dei trentini afferma di sentirsi bene o molto bene, non fuma e beve solo moderatamente e un terzo non beve affatto o solo molto raramente bevande alcoliche. La grande maggioranza si comporta responsabilmente alla guida, non beve più di due bicchieri nell'ora prima di mettersi alla guida e indossa sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori o il casco. L'uso della cintura posteriore è meno frequente, tuttavia quattro persone ogni dieci la usano sempre. Quasi tutti i trentini mangiano quotidianamente almeno una porzione di frutta e verdura e la maggioranza della popolazione ha un peso nella norma ed è fisicamente attiva (almeno parzialmente).



Le problematiche principali

Anche in Trentino si registra una crescente disoccupazione (soprattutto giovanile), permane la disuguaglianza di genere nell'occupazione, il lavoro a termine e i contratti atipici stanno aumentando, il 6% della popolazione ha molte difficoltà economiche, l'accesso all'istruzione universitaria è inferiore agli obiettivi europei e la presenza di giovani che non lavorano e non studiano è in aumento.

Determinanti
sociali

Rimane una minoranza di popolazione, consistente e stabile nel tempo, che presenta uno stile di vita rischioso per la salute. Una persona su quattro non è ancora riuscita a smettere di fumare o consuma alcol a maggior rischio. Una piccola minoranza mette a rischio la propria vita (e quella degli altri) guidando anche sotto l'effetto dell'alcol, oppure senza allacciare le cinture (soprattutto sui sedili posteriori); oltre una persona su tre è in sovrappeso, solo una su sei mangia 5 porzioni di frutta e verdura come raccomandato, e una su sei ha uno stile di vita sedentario. Per molti di questi fattori di rischio si evidenzia inoltre un gradiente socio-economico che vede penalizzati i ceti meno abbienti o meno istruiti ponendo anche un problema di equità e di giustizia sociale. Questi fattori aumentano significativamente il rischio di ammalarsi di malattie cardiovascolari, di tumori e di altre malattie croniche o di morire per un incidente e sono alla base della maggior parte dei decessi evitabili che si verificano ogni anno in Trentino (700 decessi/anno entro i 75 anni di età).

Stili di vita

Uno stile di vita salutare riduce il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e tumori nonché di morire precocemente. Adottare una sana alimentazione, praticare attività fisica, mantenere il peso nella norma, non fumare e non bere affatto (o bere non più di due unità di alcol al giorno per gli uomini e di una unità per le donne) sono i modi migliori per porre le basi per un invecchiamento attivo e rimanere a lungo in buona salute ed autonomi. Al raggiungimento di questo obiettivo concorre anche l'impegno per una comunità solidale e attenta ai bisogni e alle esigenze del prossimo attraverso il volontariato e le reti di vicinato. Fare volontariato sviluppa competenze, offre occasioni di confronto e comunicazione interpersonale, è fonte di apprendimento, favorisce nuove relazioni sociali a vantaggio dell'individuo e della collettività.

La sfida principale del futuro consiste nell'incrementare, accanto alle tradizionali attività di educazione alla salute (che rischiano di addossare la responsabilità delle scelte esclusivamente al singolo) interventi finalizzati a modificare il contesto di vita e di lavoro per rendere più facili, convenienti e piacevoli le scelte salutari.

A rendere più facile (o più difficile) la conduzione di una vita salutare e sostenibile contribuiscono tutti i settori della pubblica amministrazione e della società civile, non solo il settore sociosanitario. Risulta pertanto fondamentale l'applicazione di una strategia della salute in tutte le politiche. Occorre cominciare dalla scuola, che dev'essere un ambiente di promozione della salute, anche al di là dei contenuti dei curricula formativi. Per quanto riguarda l'ambiente lavorativo, è necessario che le aziende prendano sul serio la responsabilità sociale d'impresa e, oltre a garantire la sicurezza sul lavoro, promuovano anche un benessere organizzativo e stili di vita sani tra i propri dipendenti. A maggior ragione le amministrazioni pubbliche (Provincia e Azienda sanitaria) devono dare il buon esempio in coerenza con la propria vocazione e il ruolo istituzionale che ricoprono.

Interventi in
tutte le politiche

Il lavoro dei professionisti provenienti dai diversi ambiti (si pensi al personale medico, sportivo, sociale) è di grande importanza, sia per i frequenti contatti con la popolazione che per la fiducia di cui godono. Ad esempio, i consigli dati dai sanitari si sono dimostrati efficaci

Consigli
degli operatori
sociosanitari

nel modificare gli stili di vita in molti ambiti (fumo, attività fisica, dieta, consumo di alcol) ma risultano ancora poco integrati nella loro attività quotidiana. In Trentino solo una persona su tre riceve il consiglio di praticare attività fisica, mentre si stima che in Italia la sedentarietà sia la causa del 9% delle malattie cardiovascolari, dell'11% dei casi di diabete di tipo 2, del 16% dei tumori al seno e al colon e del 15% delle morti premature. Inoltre soltanto alla metà dei fumatori viene consigliato di smettere e solo il 6% delle persone con consumi di alcol a rischio riceve il consiglio di bere meno.

Sostenibilità ambientale

Ridurre gli stili di vita alla sola sfera della salute individuale senza evidenziare i forti legami con la sostenibilità ambientale sarebbe un errore. Gli stili di vita sani sono anche quelli più rispettosi dell'ambiente e, al contempo, la consapevolezza di poter fare concretamente qualcosa per aumentare la sostenibilità ecologica può rappresentare una potente motivazione per indurre un cambiamento delle abitudini di vita.

Con **"STILI DI VITA SOSTENIBILI"** si intendono dei modelli di comportamento basati sull'esigenza di condurre una vita in salute e benessere e la capacità di realizzare le proprie aspirazioni personali tenendo conto dei limiti della capacità rigenerativa del pianeta in modo da non compromettere i principi di equità globale e il diritto alla salute e benessere delle future generazioni.

Ambiti di intervento

Secondo il progetto di promozione di stili di vita sostenibili della Commissione europea sono necessari interventi intersettoriali su:

- ✓ consumi
- ✓ urbanistica e abitazioni
- ✓ luoghi di lavoro e di studio
- ✓ trasporti
- ✓ tutela ambientale.

Secondo la "Commissione sullo sviluppo sostenibile" del Regno Unito, l'approccio alla sostenibilità dovrebbe seguire il modello delle 4 E (*enable, engage, encourage, exemplify*) per facilitare una modifica dei comportamenti e quindi:

- ✓ abilitare (rimuovere barriere, dare informazioni, conferire abilità, mettere a disposizione strutture, garantire alternative)
- ✓ impegnare (azioni di comunità, stabilire reti, forum di discussione, campagne mediatiche)
- ✓ incoraggiare (sistemi premianti, riconoscimenti sociali, tassazioni, controlli)
- ✓ esemplificare (dare il buon esempio, essere coerenti nelle politiche pubbliche).

È inoltre importante ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute presenti nell'aria, nell'acqua, nel suolo o negli alimenti (obiettivo presente anche nel Piano nazionale della prevenzione 2014-18).

Ambiti di intervento per l'implementazione

Tavolo interdipartimentale di salute nelle politiche

La promozione della salute non è, e non può essere, una responsabilità esclusiva dei servizi sociosanitari. Dovranno essere definiti i meccanismi di raccordo, condivisione e programmazione unitaria tra i diversi livelli e dipartimenti (e/o assessorati) tenendo conto anche di eventuali tavoli intersettoriali di coordinamento già esistenti su specifiche tematiche. Ciò ha l'obiettivo, da un lato, di coordinare gli interventi che dimostrano di avere un



impatto positivo sulla salute, garantendone unitarietà, intersectorialità e trasversalità (in tal senso andrebbe istituito anche un fondo finanziario comune). Dall'altro, di definire le politiche di settore tenendo conto anche dell'impatto che gli interventi (procedure, progetti, iniziative) potranno avere in termini di salute.

Occorre quindi affrontare la promozione della salute in tutti i settori dell'amministrazione provinciale e istituire un tavolo interdipartimentale per valutare l'impatto sulla salute di politiche e strategie, a tutti i livelli del governo provinciale.

Amministrazione pubblica a favore alla salute

È importante che ci sia coerenza tra i principi che sostengono la promozione di stili di vita sani e il comportamento adottato dalle amministrazioni pubbliche nel loro quotidiano. Ad esempio, con i menu delle mense scolastiche, di quelle convenzionate con i comuni, la provincia e l'Azienda sanitaria (con particolare attenzione al rispetto di regimi alimentari particolari come la dieta senza glutine o quella vegetariana); con la tipologia di alimenti forniti nei distributori automatici; con il patrocinio di eventi promozionali o feste ed il consumo di alcol. L'Azienda sanitaria e la Provincia rappresentano un bacino importante per la promozione della salute anche attraverso il coinvolgimento dei dipendenti in programmi dedicati, per esempio sfruttando l'ambiente naturale per incrementare l'attività fisica [vedi anche "Aziende che promuovono la salute"], e con interventi sul benessere organizzativo (compresi i turni di lavoro e la prevenzione del burn out degli operatori).

Occorre quindi verificare, ed eventualmente ristabilire, la coerenza tra i principi di promozione di stili di vita sani e sostenibili e la condotta concreta delle pubbliche amministrazioni.



Promuovere stili di vita sani in ambito sociale, territoriale e ospedaliero

I consigli di medici e operatori dei servizi (compresi farmacisti, ostetriche, fisioterapisti ed altre figure nell'ambito sociosanitario) sono importanti nell'indurre cambiamenti positivi negli stili di vita e nel mantenerli nel tempo, sia nella prevenzione che nella terapia di numerose malattie.

Riveste particolare importanza la promozione dell'attività fisica dato che la sedentarietà è ormai considerata un fattore di rischio per la salute al pari del consumo di tabacco, senza però ricevere altrettanta attenzione nella percezione del rischio. Pertanto da un lato occorre rimuovere tutte le barriere burocratiche allo svolgimento dell'attività fisica e sportiva, e dall'altro introdurre una vera e propria prescrizione dell'attività fisica da parte del medico curante e di altre figure professionali (come il fisioterapista). Questo sistema, già sperimentato in alcune regioni italiane, permette di contrastare la sedentarietà, di migliorare la qualità dell'assistenza medica nonché di ridurre le disuguaglianze sociali nella pratica dell'attività fisica poiché tutti hanno un medico di medicina generale.

In ambito sociale circa il 4% delle risorse vengono attualmente destinate ad attività di prevenzione e promozione della salute. Tale quota dovrebbe essere aumentata per promuovere "comunità responsabili e solidali", percorsi di inclusione (al fine di limitare situazioni di solitudine e disagio) e iniziative per aumentare il benessere nell'adolescenza. Gli operatori sociosanitari devono anche saper indirizzare le persone verso stili di vita sani. Ciò è importante specialmente per le persone a rischio di isolamento poiché, per esempio, l'attività fisica praticata insieme ad altre persone può contribuire a superare la solitudine.

Senza rinunciare al proprio ruolo istituzionale, l'ospedale può diventare promotore di salute per chi lavora al suo interno e per i cittadini che si rivolgono alle strutture. In questo senso, occorre valorizzare ed estendere l'esperienza degli Ospedali che promuovono



vono la salute (Health Promoting Hospitals and Health Services) e quella dei Referenti alcolici di reparto (RAR) che in Trentino ormai da tempo hanno ampliato il loro campo di azione alla promozione di sani stili di vita.

Sul territorio ci sono anche altre realtà che concorrono a promuovere sani stili di vita, creando buone sinergie con l'ambiente naturale e offrendo percorsi di cura. Tra questi i trattamenti termali sono interessanti soprattutto laddove propongono iniziative di promozione della salute (alimentazione, attività fisica, fumo di tabacco, alcol) per indurre cambiamenti positivi e duraturi nel tempo. Anche gli alberghi e altre strutture ricettive possono concorrere alla promozione di sani stili di vita offrendo percorsi a piedi e in bicicletta e menu salutari. Analogamente gli esercizi pubblici e le associazioni che organizzano eventi (sagre, concerti, feste) possono prevedere bevande alternative a quelle alcoliche a prezzi convenienti.



Scuola che promuove la salute

L'approccio della "scuola che promuove la salute" - come previsto della strategia delle Scuole per la Salute in Europa (SHE) - è globale, coinvolge l'intera comunità scolastica ed extra-scolastica e punta allo sviluppo di politiche coerenti. Include interventi sull'ambiente della scuola, azioni volte a sviluppare le abilità di vita (life skills), oltre che all'educazione alla salute nelle classi e alla promozione di sani stili di vita. La scuola è uno dei luoghi privilegiati per permettere agli individui di sviluppare autostima e abilità che li rendano capaci di affrontare le richieste e le sfide della vita quotidiana. Tali abilità sono riconosciute dall'OMS come privilegiate per la promozione della salute.

Al sistema scolastico si chiede una sempre maggiore attenzione alla persona nella sua globalità, alla sua rete di relazioni e quindi alle dimensioni di motivazione/demotivazione e agio/disagio. Per rispondere a queste esigenze è necessario che la scuola si apra al territorio costruendo alleanze e sinergia tra scuola, famiglia, enti locali. Ciò favorirà lo sviluppo coordinato e coerente degli interventi di prevenzione e promozione nei vari contesti di vita, dall'infanzia all'adolescenza.

Particolare attenzione va posta (oltre a fumo, alcol e altre sostanze) all'attività fisica, a cominciare dall'effettivo svolgimento di *almeno 2 ore/settimana* di educazione fisica in tutte le scuole, già alle elementari. La scuola è il contesto giusto per promuovere una corretta alimentazione, a partire dalle mense scolastiche, dalle iniziative di educazione all'acquisto e al consumo consapevole (è opportuno valorizzare gli aspetti nutrizionali ma anche quelli sociali, etici e ambientali), e per acquisire abilità pratiche in cucina anche ricercando alleanze sul territorio, in sinergia con le realtà locali (volontariato, associazioni, ecc). Altri temi centrali per una scuola che promuove la salute sono: la promozione di una sana vita affettiva e sessuale (creando contesti di discussione e confronto anche su orientamento sessuale e identità di genere), la prevenzione e identificazione precoce di situazioni di fragilità, disagio e fenomeni di bullismo, e l'uso consapevole delle nuove tecnologie [vedi anche "Salute in adolescenza"].

La metodologia più efficace per le iniziative di educazione alla salute è quella dell'educazione tra pari (*peer-education*) poiché fa leva anche sul protagonismo attivo degli studenti. Questa metodologia viene già applicata a livello locale ma necessita di un maggior rafforzamento sull'intero territorio provinciale.

L'istruzione è di per sé un importante determinante di salute e quindi tutte le misure volte a contrastare l'abbandono scolastico e migliorare l'apprendimento di tutti gli allievi, con particolare attenzione a bisogni educativi speciali (BES, disturbi specifici dell'apprendimento, ecc), fanno parte integrante della strategia delle Scuole per la Salute in Europa (SHE). L'obiettivo a lungo termine è quello di implementare tale strategia a livello provinciale, in tutte le scuole, a partire da procedure, criteri e obiettivi chiari e condivisi.

Aziende che promuovono la salute

In Trentino il 70% della popolazione adulta svolge un lavoro regolare e trascorre una parte considerevole del proprio tempo in un ambiente lavorativo. Sul luogo di lavoro deve essere garantita la sicurezza del lavoratore e vanno osservate tutte le misure per prevenire infortuni e malattie professionali. L'ambiente lavorativo dovrebbe promuovere la salute in termini più ampi, rendendo più facile e conveniente l'adozione di stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute.

Nelle aziende occorre implementare programmi per coprire gli ambiti fondamentali della promozione della salute. Tali programmi devono includere attività specifiche, norme di comportamento (*policies*) aziendali e benefici, strutture e supporti messi in campo anche attraverso la creazione di legami con la comunità. La tutela della salute e la sicurezza delle persone che lavorano in un'azienda è in capo al datore di lavoro anche dalle norme vigenti in materia, in tema di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promozione della salute in quanto parte della responsabilità sociale d'impresa. In tal senso va riconosciuto maggiormente il ruolo della contrattazione decentrata e la titolarità delle parti sociali nella stipula dei contratti collettivi di lavoro a livello aziendale e territoriale, cercando di diffondere buone pratiche contrattuali per la promozione della salute e la prevenzione di malattie professionali e di infortuni sul lavoro e nel tragitto casa-lavoro. Queste buone pratiche dovrebbero affrontare i seguenti ambiti: alimentazione, tabacco, attività fisica, alcol, igiene del sonno, lavoro su turni, trasporti e viaggi notturni, gestione della sonnolenza, sicurezza stradale e mobilità sostenibile, benessere personale, organizzativo e psico-sociale e conciliazione famiglia-lavoro.

L'implementazione di questo obiettivo dovrebbe prevedere l'iniziale predisposizione di un manuale di buone pratiche della promozione della salute sul posto di lavoro e la successiva creazione di una rete di aziende promotrici della salute. Da valutare eventuali meccanismi incentivanti per le aziende che partecipano alla rete.



Ambiente e salute

La promozione della salute ambientale comprende la valutazione e il controllo di tutti i fattori dell'ambiente esterno, di natura fisica, chimica e biologica, che possono influenzare la salute. Le relazioni tra ambiente e salute sono numerose. L'inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, quello acustico, le radiazioni e il cambiamento climatico possono costituire rischi per la salute, mentre comportamenti individuali favorevoli alla salute proteggono anche l'ambiente. È quindi importante aumentare la consapevolezza dell'impatto delle attività umane sull'ambiente e sfruttare di più il binomio ambiente-salute nelle attività di promozione degli stili di vita e di tutela ambientale. Anche l'amministrazione pubblica, insieme ad altri settori della società (coinvolti in eventi sportivi, convegni, ristorazione pubblica, attività turistiche), dovranno valutare la propria impronta ecologica e impegnarsi per ridurla. La valutazione dell'impatto sulla salute è uno strumento importante per agevolare la strategia della salute in tutte le politiche. Per assicurare la sua diffusione è necessario implementare strumenti che facilitino l'integrazione tra istituzioni ed enti che si occupano di ambiente e salute.

Le priorità fondamentali menzionate da governi e organizzazioni non governative e internazionali nell'ambito della Dichiarazione di Parma su ambiente e salute comprendono:

- ✓ l'impatto del cambiamento climatico e delle politiche connesse, sulla salute e sull'ambiente
- ✓ i rischi per la salute dei bambini e di altri gruppi vulnerabili legati a scadenti condizioni ambientali, di lavoro e di vita
- ✓ le disuguaglianze socio-economiche e di genere, amplificate dalla crisi finanziaria



- ✓ l'impatto delle malattie non trasmissibili, nella misura in cui tale impatto può essere ridotto attraverso politiche adeguate in settori quali lo sviluppo urbano, i trasporti, la sicurezza alimentare e la nutrizione, e gli ambienti di vita e di lavoro.

Queste priorità sono state declinate nei seguenti ambiti di intervento: "Sistema alimentare a favore di salute e ambiente"; "Salute urbana e ambiente di vita"; "Trasporto attivo e mobilità sostenibile"; "L'abitare sociale come fonte di benessere".



Sistema alimentare a sostegno di salute e ambiente

L'alimentazione rappresenta uno dei determinanti più importanti della salute umana [vedi anche "Nutrizione clinica e preventiva"]. La qualità dell'alimentazione dipende da molti fattori: dalla produzione degli alimenti alla loro trasformazione, distribuzione e commercializzazione, fino al consumo e alla gestione delle eccedenze e dei rifiuti. Con "sistema alimentare" si intende l'insieme di tutti questi fattori, interconnessi e interdipendenti. Per essere efficaci, le politiche di promozione della salute devono tenere conto della complessità di questo sistema e sostenere la scelta di un regime alimentare sano.

Produzione degli alimenti – La sostenibilità dell'agricoltura presuppone l'uso razionale e consapevole dei fitosanitari, la loro progressiva diminuzione/eliminazione, a cominciare dalla sostituzione di quelli più pericolosi sotto il profilo ambientale e sanitario. Vanno adottate misure di mitigazione della cosiddetta "deriva" che si genera durante i trattamenti, e più in generale sistemi produttivi di minore impatto oltre a promuovere l'agricoltura biologica. Per trasformare i principi e le strategie generali del Piano per la salute in interventi più concreti e misurabili vanno stabilite linee operative coerenti con le azioni previste dal Piano d'azione nazionale (PAN), che definisce un quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'utilizzo sostenibile dei pesticidi (Dir. 2009/128/CE del Parlamento Europeo). Particolare attenzione va posta alle misure per la riduzione dell'uso o dei rischi derivanti dall'impiego dei prodotti fitosanitari nelle aree frequentate dalla popolazione o da gruppi vulnerabili. Occorre inoltre attivare sistemi di monitoraggio specifici nelle aree sensibili (zone di maggiore esposizione ai trattamenti) e verificare nel tempo l'efficacia delle misure di mitigazione realizzate.

Distribuzione e commercializzazione – Va approfondita la provenienza dei prodotti alimentari utilizzati in Trentino (paniere alimentare) e la loro *filiera produttiva*, in modo da indirizzare al meglio le attività di controllo e tutela, indagando le aree a maggior rischio di contaminazione (chimico-fisica e biologica). Le attività di prevenzione e controllo della *sicurezza alimentare* vanno rafforzate (come specificato nel Piano provinciale della prevenzione 2015-2018) intervenendo su tutte le fasi di produzione, trasformazione e distribuzione degli alimenti e dei mangimi e su tutte le interazioni che la salute e il benessere animale possono avere con la produzione di cibi sicuri e sostenibili dal punto di vista etico e ambientale.

Per quanto riguarda gli aspetti di *commercializzazione dei prodotti*, va tutelata in particolare modo l'infanzia e l'adolescenza. Va vietata la vendita di cibi spazzatura nelle scuole di ogni ordine e grado, è opportuno vigilare sulla qualità dei menu scolastici e aumentare la consapevolezza dell'impatto dell'alimentazione sulla salute e l'ambiente oltre a favorire la capacità di lettura delle etichette alimentari e il senso critico rispetto alle strategie di marketing dell'industria alimentare [vedi anche "Amministrazione pubblica a favore della salute" e "Scuola che promuove la salute"].

Consumo – Negli ultimi 50 anni i consumi alimentari degli italiani sono radicalmente mutati provocando un progressivo allontanamento dal modello alimentare mediterraneo. Nel "Manifesto delle criticità in nutrizione clinica e preventiva" (2015) è documentato un incremento delle calorie consumate - da 2.956 kcal/al giorno per persona nel 1961, a circa 3.627 kcal/al giorno per persona nel 2010 (+ 22,7%) -, dovuto per lo più al maggior consumo

di alimenti di origine animale e di prodotti contenenti zuccheri aggiunti. Per invertire questa tendenza e ritornare alla dieta mediterranea classica occorre quindi ridurre significativamente il consumo di carne e latticini e l'apporto calorico giornaliero derivante dallo zucchero che non dovrebbe superare il 10% (meglio il 5%) dell'apporto giornaliero complessivo (i cibi e le bevande spazzatura sono sempre da evitare). Una sana alimentazione riduce il rischio di sovrappeso/obesità, diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari e tumori ed è basata sul consumo (non eccessivo e di alta qualità) di frutta e verdura, pasta, riso e pane (meglio se integrali), di altri cereali e tuberi e di legumi. Questa sana alimentazione mediterranea è anche più rispettosa dell'ambiente, poiché gli alimenti salutari hanno un impatto sull'ambiente molto minore rispetto al cibo spazzatura e ai prodotti animali. Occorre promuovere una sana alimentazione attraverso campagne informative: nelle scuole [vedi "Scuola che promuove la salute"], nei luoghi di lavoro [vedi "Aziende che promuovono la salute"], nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria (consigli degli operatori sanitari) e sul territorio (ristorazione collettiva, alberghiera) [vedi "Promuovere stili di vita sani in ambito sociale, territoriale e ospedaliero"]. Vanno contrastati gli interventi di "educazione sanitaria" nelle scuole promossi da soggetti privati con conflitti di interesse. Inoltre occorre promuovere interventi finalizzati ad arginare le strategie industriali di marketing di prodotti nocivi.

Sprechi alimentari – La produzione di massa e un rapido turnover delle merci assicurano profitti miliardari all'industria alimentare globalizzata. Il meccanismo è tale per cui l'offerta supera la domanda con la conseguente produzione di eccedenze e sprechi che inaspriscono la fame nel mondo e comportano anche uno sperpero di risorse (compresi acqua, terreni, energia, lavoro) e implicano l'emissione evitabile di gas serra, contribuendo al riscaldamento globale. Infatti, secondo l'International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), i tre ambiti con maggiore impatto positivo su "ambiente e salute" nel campo dell'alimentazione sono: consumare meno carne, latte e latticini e cibo spazzatura e ridurre i rifiuti alimentari. La riduzione degli sprechi deve riguardare l'intero sistema alimentare che coinvolge agricoltura, industria, commercio, ristorazione collettiva fino a ciò che ciascuno cucina a casa propria.

Salute urbana e ambiente di vita

Il modo in cui vengono progettate e costruite le città può incoraggiare o, al contrario, ostacolare l'attività fisica e l'adozione di stili di vita sani oltre che favorire migliori condizioni di abitabilità, vivibilità e ospitalità. Un ambiente urbano favorevole alla salute dovrebbe prevedere aree verdi e spazi adeguati all'attività fisica e alla socializzazione, garantire la sicurezza delle infrastrutture per il trasporto (pubblico e privato), con particolare riguardo agli utenti deboli della strada, e promuovere forme di trasporto attivo e mobilità sostenibile.

Le aree verdi sono una buona risorsa per la salute: favoriscono il movimento all'aperto e riducono il rischio di sviluppare malattie (diabete, malattie cardiovascolari e del sistema respiratorio, obesità). L'OMS sottolinea quanto sia importante pianificare gli spazi pubblici in modo da sostenere l'attività fisica, creare senso di appartenenza, invitare alla socialità e rafforzare le comunità locali. Molti sono gli esempi e le buone pratiche che dimostrano questa relazione positiva: dagli orti urbani condivisi alle iniziative culturali, sportive e ricreative nei parchi pubblici, lungo i fiumi e in montagna. Il paesaggio stesso è una componente importante per il benessere e la salute delle persone.

Applicare criteri di sostenibilità ecologica – relativamente a materiali utilizzati, risparmio energetico e isolamento termico, esposizione dell'abitazione e qualità dell'aria - nella (ri) costruzione e manutenzione degli edifici (pubblici e privati) ha effetti positivi anche sulla salute. Abitazioni e spazi urbani di qualità devono essere accessibili all'intera popolazione, riducendo anche in questo ambito le disuguaglianze sociali.



In particolare occorre:

- ✓ Promuovere una programmazione urbanistica armonizzata con ambiente e stili di vita sani. In analogia ai requisiti stabiliti dai regolamenti edilizi per gli spazi residenziali interni, si potrebbero elaborare requisiti minimi per rispettare il criterio di benessere fisico, mentale e sociale nelle scelte urbanistiche
- ✓ Promuovere buone pratiche in materia di eco-sostenibilità nella (ri)costruzione di edifici, anche in relazione al rischio radon
- ✓ Promuovere forme di abitare sociale (per chi non riesce a soddisfare il proprio bisogno abitativo per ragioni economiche) [vedi "L'abitare sociale come fonte di benessere"].



Trasporto attivo e mobilità sostenibile

Muoversi di più a piedi, in bici o utilizzando più spesso i mezzi pubblici (trasporto attivo) potrebbe ridurre l'incidenza di malattie come il diabete o gli infarti con effetti positivi anche dal punto di vista economico (è stato stimato che il servizio sanitario inglese potrebbe risparmiare 17 miliardi di sterline in 20 anni investendo sull'aumento del trasporto attivo). Muoversi di più a piedi, in bici e con i mezzi pubblici ridurrebbe anche l'inquinamento dell'aria, quello acustico (fonte di stress e disturbi correlati) e il consumo di risorse non rinnovabili. Particolare importanza riveste l'adattamento delle città al movimento con una riconquista degli spazi urbani da parte di pedoni, ciclisti e bambini che devono potersi muovere e giocare in autonomia e sicurezza. Vanno sostenute le iniziative che promuovono una progressiva riduzione della motorizzazione privata a favore del trasporto pubblico locale, della mobilità collettiva e di altre modalità di trasporto sostenibile, tenendo conto anche del ddl di iniziativa popolare sulla Mobilità sostenibile in Trentino.

In particolare occorre:

- ✓ Investire sulla rete dei trasporti pubblici analizzando i flussi e la tipologia di utenza per dare a tutti la possibilità di muoversi in modo efficace e conveniente
- ✓ Favorire il passaggio dall'uso del mezzo privato a quello pubblico nei luoghi di lavoro, nelle scuole, nelle strutture sanitarie attraverso investimenti, iniziative e incentivi specifici (con il supporto di figure dedicate, vedi *mobility manager*) ed evidenziando i costi esterni del traffico (incidenti stradali, inquinamento atmosferico, ecc)
- ✓ Progettare gli spazi urbani aumentando quelli dedicati agli spostamenti a piedi e in bicicletta, diffondere maggiormente le "zone 30" nei centri abitati in modo da migliorare la sicurezza negli spostamenti
- ✓ Favorire strumenti di partecipazione sulla mobilità sostenibile attraverso i quali coinvolgere i cittadini nell'organizzazione e progettazione della mobilità
- ✓ Agevolare il ricorso al telelavoro per conciliare tempi di vita e di lavoro oltre a ridurre l'impatto ambientale connesso alla mobilità
- ✓ Monitorare costantemente i risultati raggiunti.



L'abitare sociale come fonte di benessere

Assicurare ai cittadini il diritto alla casa è considerato uno dei primi passi per contrastare la povertà e l'esclusione sociale, per questo diventa determinante mettere a punto politiche che rafforzino forme di abitare sociale (*social housing*). Intervenire sul tema dell'abitare significa costruire contesti di vita solidali con l'obiettivo di aumentare l'autonomia decisionale e l'integrazione sociale delle persone.

Il tema è di ampio respiro, va affrontato su più livelli per:

- ✓ Favorire l'accesso all'abitazione a chi incontra difficoltà ad accedere al mercato immobiliare e mappare gli alloggi sfitti per agevolare chi sta cercando casa, favorendo l'incontro tra domanda e offerta

- ✓ Sperimentare nuove forme abitative “protette” per persone con disabilità, persone anziane o chi soffre di solitudine. Queste soluzioni abitative possono anche offrire l’opportunità di costruire reti e di aumentare la solidarietà intergenerazionale
- ✓ Promuovere forme di abitare sociale per chi ha perso la casa, ha subito uno sfratto e per particolari categorie di persone con fragilità (padri separati, madri con bambini, anziani, ecc)
- ✓ Garantire risposte alle emergenze abitative con particolare riguardo alle persone in difficoltà economica e alle fasce deboli della popolazione.

Salute e lavoro

La disoccupazione è un grave problema sia dal punto di vista personale che sociale, non riguarda solo la crisi in atto o chi la subisce: essa ha conseguenze gravi sulla struttura organizzativa della società e sulle relazioni, può disgregare famiglie, destabilizzare le interconnessioni fra generazioni e le reti che le sostengono. Chi perde il lavoro può entrare in circoli viziosi di isolamento fino a sviluppare forme di depressione.

È necessaria una politica del lavoro che sia in grado di:

- ✓ Valorizzare gli strumenti di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro
- ✓ Agire sulla condivisione delle responsabilità di cura dei familiari che attualmente pesano sulle donne e coinvolgere maggiormente gli uomini, anche sotto il profilo della fruizione dei permessi lavorativi
- ✓ Sviluppare politiche attive che favoriscano l’inserimento al lavoro di giovani, donne e ultra cinquantenni
- ✓ Coinvolgere le persone che ricevono supporto pubblico (se hanno le risorse individuali e le capacità necessarie) in attività utili alla comunità, consentendo l’acquisizione e/o il mantenimento di competenze e capacità, in prospettiva di un possibile reinserimento nel mondo del lavoro



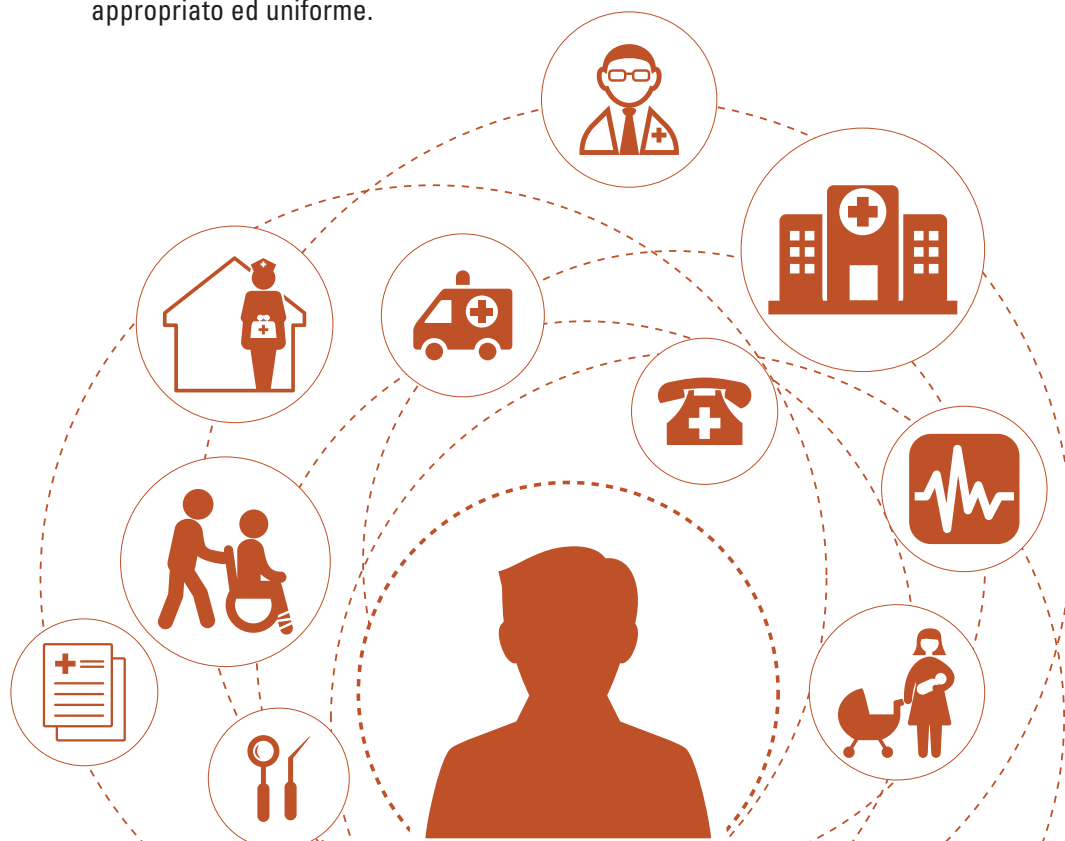
Un sistema sociosanitario con la persona al centro

Rendere i servizi alla persona più vicini al cittadino, più efficaci, più sicuri, più sostenibili e più equi

La situazione in Trentino

I sistemi sociali e sanitari si trovano a fronteggiare sfide importanti e devono tenere conto di alcuni cambiamenti di contesto: aumento dei costi dell'assistenza sanitaria e sociale e riduzione delle risorse dovuta alla crisi economica; invecchiamento della popolazione, con un aumento delle persone affette da malattie croniche e bisogni assistenziali; mancanza di lavoro e percorsi occupazionali discontinui e precari con un aumento della povertà e dell'area della vulnerabilità; reti familiari e di comunità più fragili; difficoltà da parte delle famiglie ad assolvere compiti educativi, di cura, di integrazione sociale; disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Si pone quindi la questione della sostenibilità che deve garantire qualità ed equità dei servizi offerti in un contesto di riduzione delle risorse.

Questo tema è stato affrontato anche dal Patto per la Salute 2014–2016, dove viene enfatizzata la necessità di potenziare l'intero sistema di governance con strumenti necessari per assicurare la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, per garantire equità e universalità al sistema, nonché livelli essenziali di assistenza (LEA) in modo appropriato ed uniforme.



Le problematiche principali

La sostenibilità futura, assieme ai cambiamenti avvenuti nella struttura della società e ai nuovi bisogni della popolazione, obbligano ad alcune considerazioni e modifiche del sistema dell'offerta attuale che hanno bisogno di condivisione, di traduzione in atti di programmazione e di partecipazione attiva da parte di molti soggetti. È necessario cambiare paradigma e modello culturale di riferimento, andando verso un sistema di welfare di comunità che ha bisogno dell'apporto di tutti e che, oltre a ridistribuire risorse le moltiplica, genera benefici diffusi e aumenta le capacità delle persone di far fronte agli avvenimenti difficili della vita. Guardando al futuro è necessario prevedere alcuni cambiamenti, per i quali è indispensabile un lavoro di condivisione e co-costruzione del sistema, con il coinvolgimento di tutti i soggetti del territorio (terzo settore, volontariato, privato sociale, cittadinanza).

La struttura
dell'offerta

I cittadini che si rivolgono al servizio pubblico chiedono che i loro problemi di salute possano essere raccontati ad un unico referente del sistema a cui rivolgersi con fiducia per avere rassicurazioni sul percorso attivato, su eventuali complessità, dubbi e perplessità che possono insorgere. Se il referente è unico, anche la valutazione e il monitoraggio delle cure ne guadagnano in efficacia, perché integrate e condivise da tutti i punti di erogazione dei servizi. Si tratta quindi di condividere la progettualità che riguarda la salute delle persone, comprendendo armonicamente tutte le risorse attivabili per la promozione, la sicurezza e il benessere dei cittadini. Va inoltre considerata la necessità di rispettare le attese, i valori, le convinzioni personali (proprie e della famiglia che concorre alla cura) e di garantire la possibilità di scegliere, quando possibile, a chi affidarsi. È necessario rivedere l'attuale assetto organizzativo, ancora troppo legato a linee programmatiche, progettuali, erogative, formative e settoriali, mal coordinate tra loro, assegnando spesso alla persona e alla famiglia il difficile compito di una ricomposizione del percorso intrapreso che, oltre ad essere molto faticoso, può comportare ritardi nell'accesso a prestazioni/risposte a cui le persone e le famiglie hanno diritto.

La domanda
dei cittadini

Per assicurare la sostenibilità del sistema è necessario individuare le strategie da implementare, intervenire sugli sprechi e le inefficienze, salvaguardando l'equità e la qualità dei servizi, e definire le priorità verso cui orientare le risorse in un'ottica di universalismo selettivo, per consentire l'accesso di tutti i cittadini ai servizi, differenziandoli in base ai bisogni di ciascuno. È necessario che i bisogni e le attese dei cittadini siano riconosciute come centrali, vero punto di partenza per costruire modalità e servizi che assicurino una integrazione istituzionale consapevole fra i molteplici livelli. Occorre superare la frammentazione degli interventi e garantire continuità nell'erogazione dei servizi. In questo contesto il Piano per la salute vuole delineare una cornice strategica entro la quale si dovranno inserire scelte e azioni future. È necessario ridefinire con chiarezza il ruolo del pubblico e del privato, che devono concorrere a costruire un sistema articolato di risposte ai cittadini, dando concretezza al principio di sussidiarietà.

In sintesi

Ambiti di intervento per l'implementazione

Promuovere e sostenere l'umanizzazione delle cure

L'umanizzazione delle cure – intesa come approccio olistico e attenzione ai bisogni delle persone (fisici, psicologici, sociali e relazionali) – è essenziale. Con l'aumento delle competenze, del sapere tecnico-scientifico e la specializzazione delle professionalità e delle cure, si registra una diminuzione della capacità di considerare la persona nella sua interezza e di fare rete con altri professionisti coinvolti nel percorso di cura e/o assisten-



za. Al contrario, è opportuno valorizzare il potenziale curativo della relazione, soprattutto in ambiti delicati e critici (ad esempio oncologia, RSA), rafforzare una cultura sanitaria centrata sulla persona nella sua totalità esistenziale e promuovere un'etica della cura in ambito sociale e sanitario.

Occorre quindi sostenere e promuovere un cambiamento che riguarda:

- ✓ Formare e aggiornare il personale [vedi anche "Formazione e compiti degli operatori"], per assicurare che la capacità di relazione e comunicazione divenga una competenza professionale (soggetta a valutazione) e non solo un'attitudine personale
- ✓ Organizzare equipe multidisciplinari e in rete tra i diversi professionisti, gli operatori e i volontari in modo da programmare e condividere il lavoro fatto da ciascuno, creare occasioni di confronto e supporto reciproco e prevenire eventuali fenomeni di burn out
- ✓ Garantire accoglienza e comfort nelle strutture sanitarie (informazione, orientamento, semplicità delle procedure cliniche e organizzative, orari, spazi, logistica, tutela della privacy, ecc)
- ✓ Assicurare un unico referente clinico [vedi anche "Punto di riferimento unico per le persone"] per l'intero percorso di cura, in particolar modo nell'ambito dell'assistenza specialistica (ad esempio oncologia). Il referente dev'essere capace di comunicare con efficacia ed empatia, rispettare la dignità, l'autonomia e la libertà di scelta della persona che deve essere informata e consapevole della propria situazione e delle opzioni percorribili [vedi anche il secondo Macro-obiettivo trasversale "Migliorare la comunicazione tra istituzioni e cittadinanza e la competenza in salute della popolazione"].



Programmazione integrata dei servizi

È opportuno attivare strategie di costruzione di un sistema trasversale di welfare attraverso una programmazione integrata che coinvolga tutti gli ambiti delle politiche. È necessario rivedere le forme gestionali di finanziamento dei singoli settori anche attraverso la definizione di obiettivi trasversali. Spesso i fondi sono destinati ad attività specifiche (famiglia, disabilità, immigrati), legati a leggi di settore o a scelte organizzative senza una vera integrazione professionale e organizzativa rischiando la sovrapposizione e la frammentazione degli interventi.

L'integrazione tra politiche, secondo una logica di sviluppo del territorio, funziona se si interviene sull'organizzazione, anche a livello territoriale. È opportuno quindi:

- ✓ Definire un "luogo" della progettazione e della gestione dell'integrazione tra le politiche
- ✓ Introdurre meccanismi di incentivazione e disincentivazione finanziaria in relazione al raggiungimento degli obiettivi concordati
- ✓ Superare il disallineamento temporale e territoriale delle programmazioni
- ✓ Riequilibrare asimmetrie e criticità (storia, norme, riconoscimento di professionalità), in particolare tra il sistema dei servizi sociali e quello dei servizi sanitari
- ✓ Integrare maggiormente le politiche per la famiglia e per i giovani
- ✓ Sviluppare la progettazione integrata di servizi attraverso il lavoro di rete utilizzando lo strumento del "progetto globale" che prevede l'offerta di diversi interventi per i minori inseriti nelle strutture sociosanitarie



Punto di riferimento unico per le persone

Creare un unico punto di riferimento per le persone nella relazione con il sistema dei servizi: in questo modo le persone saprebbero chi è il referente a cui chiedere conto di un livello adeguato di servizio, diminuirebbe lo sforzo speso nel muoversi tra i diversi punti di erogazione e nel confrontarsi con logiche e culture organizzative spesso diverse. Le risorse sociali e sanitarie disponibili sul territorio devono essere utilizzate per costruire

progetti di vita per persone con bisogni sanitari e/o sociali, a seguito di una valutazione congiunta. Per raggiungere questo obiettivo, occorre utilizzare modalità flessibili che prevedono un'unica regia e punto di riferimento (ad esempio un accompagnatore o tutor unico) per l'intero processo di cura/assistenza. A tale processo devono partecipare più soggetti, promuovendo una rete fra tutte le istituzioni pubbliche e del volontariato, per migliorare la risposta anche in situazioni di emergenza. Particolare attenzione va data anche all'uniformità delle informazioni fornite e degli approcci seguiti dai diversi servizi a livello provinciale. [vedi "Promuovere e sostenere l'umanizzazione delle cure"]

Partecipazione e corresponsabilità nei servizi

Nel contesto attuale in cui, da una parte diminuisce la disponibilità finanziaria dello stato e dall'altra la società presenta bisogni crescenti e sempre più complessi, è chiara la necessità di alleanze tra pubblico e privato per costruire insieme un futuro di benessere e di sviluppo del territorio. Per fare ciò occorre rendere protagonisti i soggetti del territorio (organizzazioni, associazioni, cittadini, ente locale) per costruire una cultura etica e di responsabilità sociale.

Per co-partecipare e co-costruire il sistema, vanno quindi sostenute partnership tra cittadini, comunità, organizzazioni, enti pubblici e privati, superando il dualismo pubblico-privato, in un'ottica di sussidiarietà e di cittadinanza attiva.

I punti di attenzione diventano: la costruzione di percorsi di coinvolgimento nella pianificazione e co-progettazione di servizi, oltre che nella valutazione degli stessi, e il riconoscimento delle reti valorizzando il ricorso alle risorse formali e informali. Le persone sono infatti portatrici non solo di bisogni ma anche di capacità che possono essere messe a disposizione della comunità per dare soluzioni a problemi di interesse generale (si pensi ad esempio alla donazione del sangue, alle famiglie di minori in carico ai servizi, ecc.).

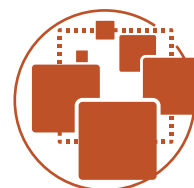
Fare questo significa valorizzare anche il quarto settore nonché il sapere esperienziale dei cosiddetti utenti, ma anche dei familiari e più in generale dei cittadini. Possibili ambiti di concretizzazione possono essere l'attivazione di gruppi di "miglioramento continuo della qualità" dei servizi (composti da professionisti, utenti e cittadini) e di gruppi di auto-mutuo-aiuto. Per favorire la partecipazione e corresponsabilità occorre creare spazi di discussione e di dialogo tra istituzioni e cittadini (social network, indirizzo mail dedicato, forum di discussione).



Sistema informativo integrato

L'implementazione di un sistema informativo integrato (sociale e sanitario) costituisce una risorsa indispensabile per la programmazione e il coordinamento delle attività.

La misurazione di indicatori di efficienza, efficacia e qualità degli interventi e di tutti i servizi erogati è importante per migliorare la conoscenza dei bisogni e del sistema integrato dell'offerta, per consentire il monitoraggio e la valutazione dei livelli di benessere sociale nel territorio provinciale, e per rendere conto alla cittadinanza delle risorse impiegate e dei risultati raggiunti. La qualità dei percorsi assistenziali potrà migliorare anche grazie all'adozione di tecnologie a supporto dei processi operativi e della rete di comunicazioni tra il cittadino e i servizi, e tra i servizi stessi in modo tempestivo.



Nuove tecnologie al servizio del cittadino

Le nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) possono essere utilizzate per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie croniche, della salute e del benessere in generale. È questo che si intende quando si parla di "eHealth", "sanità digitale" o "sanità in rete". Una piattaforma sociosanitaria in rete può migliorare l'efficienza del sistema sanitario provinciale, supportare la continuità assistenziale, favorire l'introduzione e la gestione di nuovi modelli di cura centrati sul cittadino.



Questo sistema, attraverso l'ausilio della telemedicina e del telemonitoraggio e dell'assistenza a domicilio, può incrementare la consapevolezza e la partecipazione del cittadino, facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari e indirizzare le azioni di governo del servizio sanitario e di assistenza sociale. Per rendere accessibili a tutti gli strumenti della "sanità digitale" e ridurre il *digital divide* è necessario prevedere forme di alfabetizzazione informatica dei cittadini.

Occorre quindi sviluppare e utilizzare le tecnologie dell'informazione e della comunicazione su quattro livelli:

- ✓ Cure intensive, con sistemi informativi per la raccolta e la condivisione dei dati clinici di un determinato ambito, quale un poliambulatorio o un ospedale ("reti verticali")
- ✓ Cure primarie, con sistemi informativi per la raccolta e la condivisione dei dati di una persona, trasversalmente a tutti gli ambiti coinvolti nella sua assistenza ("reti orizzontali")
- ✓ Sistema sociosanitario, a supporto dell'integrazione dei diversi servizi (reti "e-Care")
- ✓ Sistemi di salute personalizzati, introducendo strumenti per la raccolta e condivisione dei dati attraverso i quali i cittadini possano accedere a percorsi più personalizzati (caso di "p-Health").



Accreditamento e qualità dei servizi

Alla qualità dei servizi concorrono tre elementi fondamentali: accreditamento, diffusione dei buoni di servizio e valutazione.

Il sistema di accreditamento, che ha la finalità di garantire ai cittadini un livello di qualità adeguato delle prestazioni/interventi erogati per conto del servizio pubblico, deve essere messo a punto per il servizio sociale e rivisto per il servizio sanitario. L'attuale accreditamento ha regole e criteri adeguati ai servizi strutturati (come ospedali, strutture residenziali, ecc), ma non è compatibile con l'esigenza di accreditare servizi "flessibili", più adatti a rispondere ad alcuni bisogni dei cittadini. È quindi necessario mettere a punto un sistema di accreditamento in equilibrio tra le necessità di tutela della qualità e l'esigenza di riconoscere anche chi concorre a garantire servizi flessibili come partner accreditati del servizio pubblico, in modo da favorire anche la nuova imprenditorialità.

Oltre ad un accreditamento più funzionale anche la diffusione dei buoni di servizio e un sistema di valutazione concorrono a migliorare la qualità dei servizi offerti, l'autonomia delle persone e la capacità di rendicontazione e programmazione dei servizi. Lo sviluppo dei buoni di servizio deve essere attentamente studiato in riferimento alla specifica area di intervento e costruito in modo da favorire il potere decisionale (*empowerment*) degli assistiti e delle loro famiglie che in questo modo possono scegliere con più autonomia il percorso di cura e il soggetto erogatore dei servizi.

Occorre diffondere la cultura della valutazione, identificare e mantenere nel tempo criteri valutativi omogenei sull'intero territorio provinciale, soprattutto in considerazione del ruolo centrale che essa riveste nel quadro del sistema di affidamento dei servizi pubblici, così come delineato dalla legge provinciale sulle politiche sociali.



Riorientare gli investimenti dall'ospedale al territorio

Occorre costruire un percorso (da condividere anche con i cittadini) che porti a ri-considere, ri-vedere, ri-progettare l'intero sistema dell'offerta, accompagnato da un ri-orientamento ragionato delle risorse disponibili.

L'indicazione è quella di ridistribuire le risorse dall'assistenza ospedaliera al territorio (non solo all'assistenza sanitaria territoriale), continuando a garantire alla rete degli ospedali (tenendo conto del modello Hub&Spoke) tutte le risorse necessarie a svolgere la propria funzione, mantenendo la tensione all'eccellenza.

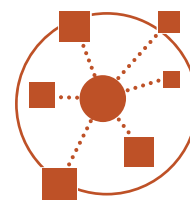
Una costituente della medicina generale

La rete dei medici convenzionati rappresenta un importante riferimento per i cittadini. Il medico di famiglia accompagna tutto il ciclo di vita della persona e svolge un ruolo primario nei problemi di salute. Deve essere in grado di “vedere” la persona in modo olistico e saperla orientare alle cure necessarie. Ha un ruolo centrale a cui guardano sia i cittadini, sia gli operatori sanitari e sociali che sono coinvolti nell’assicurare alle persone le risposte più adeguate. L’attuale regolamentazione del rapporto con i medici convenzionati, basata su una organizzazione invariata da 10 anni, non consente di assicurare ai cittadini una risposta articolata e rischia di rallentare/ridurre anche la capacità di risposta di altri professionisti (infermieri, assistenti sociali, e altri) che sarebbero pronti ad adottare modalità di lavoro integrate, capaci di migliorare qualità ed efficienza dei servizi ai cittadini. Il ruolo e la funzione della medicina generale non possono essere svolti da un professionista che lavora da solo (per quanto competente). È quindi necessario avviare una “costituente” della medicina generale che supporti il lavoro in equipe in cui più professionisti collaborano, anche differenziando la propria attività per aree, per assicurare tutte le complesse funzioni che un approccio di attenzione alle persone richiede.



Rete ospedaliera Hub & Spoke (a perno e raggi)

Nei prossimi anni dovrà essere completata e perfezionata la creazione della rete ospedaliera e i diversi livelli specialistici in cui si articola l’assistenza dovranno creare forti sinergie, anche con i servizi sanitari e sociosanitari presenti sul territorio di riferimento, così da formare un sistema organico nel quale i bisogni sanitari del cittadino possano trovare adeguata risposta alle diverse esigenze.



Cure intermedie

Occorre promuovere anche in Trentino un livello di “cure intermedie” che preveda una modalità di assistenza per le persone in specifiche situazioni di complessità transitoria (per ragioni cliniche di carattere temporaneo, situazioni sociali compromesse) e modelli di assistenza infermieristica con l’apporto clinico dei medici convenzionati e di altri professionisti. Non si tratta di costruire nuovi luoghi di cura, ma di individuare possibili soluzioni anche all’interno di strutture esistenti (RSA, Ospedali di distretto). Questo potrebbe essere uno strumento nel ventaglio delle opportunità di cura ed assistenza affidate ai distretti sanitari, in grado di migliorare la vita delle persone coinvolte e delle loro famiglie, e riducendo anche il numero degli accessi inappropriati alle Residenze per persone non autosufficienti (RSA).



Il ruolo delle RSA

Il sistema diffuso e consolidato di Residenze per persone non autosufficienti (RSA) si basa su un’organizzazione assestata principalmente su modalità adeguate a persone con bisogni clinici e assistenziali di gravità elevata. Le persone che frequentano le RSA presentano invece più “categorie” di bisogni. Si tratta di persone anziane non autosufficienti, adulti con particolari condizioni di fragilità, persone con disturbi comportamentali. I livelli di gravità sono differenziati e occorre rispondere appropriatamente. Occorre valutare in modo adeguato come strutturare i servizi, quali professionalità sono necessarie, con quale grado di flessibilità attivare percorsi specifici di assistenza e cura, coinvolgendo le famiglie e valutando le situazioni specifiche di ciascuna persona (per gli aspetti che caratterizzano la vita, la quotidianità, le difficoltà, la storia). Inoltre, bisogna individuare modalità concrete per: rafforzare maggiormente i rapporti con la rete ospedaliera, i Distretti sanitari e le Comunità di valle; sviluppare la capacità di analisi dei bisogni della comunità affinché le RSA diventino una risorsa aperta al territorio prevedendo interscambi continui con la



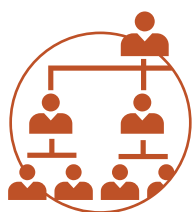
comunità. Vanno sostenute, ad esempio, le iniziative intergenerazionali (in collaborazione con scuole, associazioni) all'interno delle strutture e i servizi di supporto qualificato a domicilio da parte delle RSA che "escono" sul territorio.



Formazione e compiti degli operatori

Il nuovo sistema integrato che si va delineando necessita di un cambiamento che coinvolge le professioni legate ai servizi alle persone. Per fare fronte a nuove sfide occorre:

- ✓ Innovare l'assistenza territoriale anche attraverso l'evoluzione delle figure sanitarie e sociali che dovranno essere protagoniste nei processi di cura, assistenza, prevenzione e promozione della salute. Dovranno poter assistere le persone con maggiori spazi di autonomia all'interno di processi integrati, insieme ad altre figure professionali coinvolte, dando luogo a una contaminazione reciproca e alla condivisione delle responsabilità. A tal fine è opportuno programmare percorsi formativi ed esperienziali, interprofessionali e interistituzionali per l'acquisizione di nuove competenze e modalità operative
- ✓ Riprogettare l'area della riabilitazione per rispondere in modo adeguato e sostenibile alle nuove esigenze delle persone in tutto l'arco della vita e nei diversi contesti assistenziali, valorizzando la rete dei punti di erogazione
- ✓ Riqualificare la formazione, aggiornare e controllare l'applicazione effettiva delle nuove competenze professionali come la capacità di entrare in relazione, finora ritenuta più una caratteristica personale. In questo modo la formazione può concorrere alla umanizzazione delle cure e dei servizi erogati dalle strutture [vedi "Promuovere e sostenere l'umanizzazione delle cure"]
- ✓ Valorizzare il sapere esperienziale delle persone e delle comunità, che dovrebbero appropriarsi di competenze utili ad affrontare problemi che si generano al loro interno.



Formazione della dirigenza pubblica

Le difficoltà che il futuro ci prospetta rispetto alla sostenibilità e alla complessità del sistema impongono alla dirigenza pubblica una maggiore capacità di innovazione, creatività e spirito imprenditoriale. Sono capacità che devono essere coltivate, rafforzate, premiate perché la qualità e la sostenibilità del sistema dipenderanno fortemente da come le persone che ricoprono ruoli decisionali (pur in una logica di leadership diffusa) saranno in grado non solo di perseguirne gli obiettivi, ma di essere attivatori di un coinvolgimento convinto e di una vera integrazione fra tutti i soggetti pubblici, associativi, privati. Devono essere elementi fondanti della responsabilità direttiva: un adeguato controllo di processo, dei tempi, dei costi, dei risultati e delle condizioni organizzative appropriate al conseguimento degli obiettivi.

È importante consolidare modelli e metodi basati sulle competenze e anteporre le esigenze del cittadino alla logica burocratica dell'apparato amministrativo.



Ricerca e innovazione

Per essere efficace e produttiva la ricerca deve essere pervasiva. Deve avere la capacità di incidere trasversalmente e di coinvolgere tutti i professionisti, nella logica di migliorarne le competenze a beneficio delle persone che si rivolgono ai servizi.

Tra i compiti più importanti della ricerca finalizzata alla salute pubblica si segnalano: l'ancoraggio alle specificità del territorio; l'individuazione delle modalità per ridurre le disparità e le disuguaglianze nella salute; l'attenzione allo sviluppo di servizi che rispondono in maniera appropriata alle nuove esigenze dal punto di vista organizzativo e ai bisogni di salute; l'incremento della competenza in salute della popolazione [vedi "Migliorare la comunicazione e competenza in salute"]; la trasformazione delle conoscenze scientifiche in sapere e prassi diffuse socialmente.

Riduzione degli sprechi

Vanno individuate, in modo collaborativo, modalità di riduzione degli sprechi nel sistema sociosanitario. Alcune iniziative, che andrebbero ulteriormente sviluppate e messe alla prova, sono le seguenti:

- ✓ Avviare un percorso condiviso, da operatori e cittadini, per individuare un elenco di procedure (mediche, dei servizi, di assistenza, di prevenzione) che continuano ad essere eseguite nonostante siano inutili e/o dannose per la salute e la sicurezza delle persone, contribuendo inoltre a erodere risorse
- ✓ Sviluppare un sistema di monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche attraverso l'individuazione di una serie di farmaci (o associazioni di farmaci) traccianti per verificarne l'utilizzo da parte dei medici al fine di migliorare ulteriormente l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche
- ✓ Porre attenzione alla diagnostica delle immagini (ad esempio radiografie, ecografie, Tac, risonanza magnetica) agendo principalmente su tre elementi: informazione e formazione degli utenti; responsabilizzazione dei medici che prescrivono gli esami; governo dell'offerta diagnostica da parte delle strutture sanitarie
- ✓ Razionalizzare gli interventi di welfare per consentire l'accesso di tutti i cittadini ai servizi, differenziandoli in base ai bisogni di ciascuno applicando il criterio dell'universalismo selettivo.



Ridurre le disuguaglianze sociali nella salute e aumentare la solidarietà

La salute non è distribuita equamente nella popolazione. Quando le differenze nello stato di salute sono causate da fattori sociali modificabili si parla di “disuguaglianze sociali nella salute”. Queste disuguaglianze sono ingiuste in quanto prevenibili o evitabili, rappresentano il risultato di processi culturali, economici e politici sui quali è possibile intervenire per promuovere una società più equa. Le disuguaglianze possono essere legate a diversi aspetti della salute, all’accesso ai servizi, alle condizioni di lavoro, al livello di istruzione, alla distribuzione del reddito e ai fattori di rischio comportamentali. Frequentemente queste disuguaglianze si riproducono da una generazione all’altra all’interno dello stesso nucleo familiare. Le scelte scolastiche dei giovani, ad esempio, sono ancora molto influenzate dal contesto familiare di provenienza e dal livello di studio dei genitori. All’interno della società ci sono gruppi particolarmente svantaggiati ma esiste anche un gradiente sociale nella salute, vale a dire che le condizioni di salute migliorano progressivamente con l’aumentare della posizione socio-economica delle persone.

Intervenire sulle disuguaglianze – lungo l’intero gradiente sociale e nei gruppi vulnerabili e svantaggiati - porta a risultati di maggiore coesione sociale con un beneficio diffuso in termini di vita comunitaria e relazioni interpersonali, salute mentale, salute fisica e speranza di vita, rendimento scolastico, riduzione delle dipendenze e della criminalità. Vivere in una società più egualitaria è vantaggioso per tutti, non solo per le persone in situazioni difficili e vulnerabili. “Per mettere in grado tutte le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute, la promozione della salute deve puntare a ridurre le differenze nello stato di salute attuale e assicurare pari opportunità e risorse”, come raccomanda la Carta di Ottawa.



Rispetto alla situazione economica e alle disuguaglianze sociali, il Trentino si presenta come un'isola felice nel contesto italiano. Il tenore di vita medio è più che soddisfacente ma permangono comunque strati di popolazione con condizioni economiche tali da rendere difficile il raggiungimento di una discreta qualità di vita. La crisi economica ha ridotto il benessere delle persone benestanti e aggravato la situazione di quelle più povere. L'associazione tra determinanti sociali e stili di vita evidenziata in letteratura trova conferma anche in Trentino. L'impatto del livello d'istruzione, cittadinanza, situazione lavorativa e condizioni economiche si registra soprattutto su fumo, sedentarietà, sovrappeso e obesità, mentre è marginale su consumo di alcol e di frutta/verdura. Il potenziale guadagno in salute derivante dall'intervento sui determinanti sociali risulta considerevole. Gli interventi di promozione di una maggiore equità in salute devono rappresentare una parte integrante della strategia di promozione della salute per raggiungere gli obiettivi OMS 25x25 (ridurre del 25% la mortalità prematura e evitabile entro il 2025).

Ambiti di intervento per l'implementazione

La promozione dell'equità in salute deve essere presa in considerazione in maniera trasversale nei tre macro-obiettivi individuando, durante l'elaborazione dei piani operativi, azioni ed indicatori specifici per gli interventi e i progetti proposti.

Per ogni progetto dovrà essere esplicitato che tipo di impatto (positivo, negativo, neutrale) è atteso sulle disuguaglianze sociali e di genere, sulla discriminazione (in base alla religione, provenienza, orientamento sessuale) e sulla salute dei seguenti sottogruppi di popolazione: persone povere, immigrati, famiglie con bambini, persone fragili dal punto di vista fisico o mentale (vedi griglia). Si dovrà inoltre documentare come si intende monitorare l'impatto effettivo dei progetti sulle disuguaglianze.

	----- Impatto potenziale -----		
	positivo	negativo	neutrale
Disuguaglianze sociali			
Disuguaglianze di genere			
Discriminazione			
Persone povere			
Immigrati			
Famiglie con bambini			
Persone fragili fisicamente o mentalmente			

L'impatto sulle disuguaglianze verrà monitorato nella seguente maniera:

.....

.....

Per ridurre le disuguaglianze e costruire diritti di cittadinanza uguali per tutti è necessario agire sul gradiente sociale (vedi Guida per l'azione) e sviluppare interventi di sostegno alle persone in situazione di vulnerabilità in modo da garantire a tutti il diritto di realizzare al meglio le proprie potenzialità e aspirazioni. Per rendere più equa la società è opportuno

sviluppare politiche di redistribuzione del reddito (vedi reddito minimo di garanzia) rivolte alle persone che hanno difficoltà a far fronte ai bisogni fondamentali della vita, attivare percorsi di inserimento lavorativo per i giovani, e sostenere i ceti medi a rischio di povertà. L'intervento pubblico, sia esso di natura economica oppure un servizio, deve offrire anche occasioni per stimolare il protagonismo delle persone nello svolgimento di attività utili alla comunità favorendo l'inclusione sociale e lavorativa.

Vanno rafforzate le iniziative di reinserimento sociale e lavorativo delle persone detenute o ex detenute, in sinergia con la rete dei servizi e del volontariato. La promozione della salute passa anche da iniziative di alfabetizzazione, formazione e sostegno alle relazioni familiari e genitoriali. Più in generale, occorre impegnarsi anche all'interno del carcere per attività di promozione della salute.

Vanno inoltre promosse azioni di inserimento sociale e lavorativo a favore dei Sinti e Rom presenti sul territorio provinciale. Azioni di prevenzione e promozione della salute e sugli stili di vita vanno promosse attraverso modalità di coinvolgimento attivo dei diretti interessati.

È necessario ridurre e contrastare l'esposizione degli immigrati a condizioni di vulnerabilità, emarginazione, esclusione sociale (come documentato dal rapporto annuale sull'Immigrazione in Trentino, 2013), rafforzare la cultura dell'accoglienza e favorire l'accesso ai servizi. È opportuno rafforzare il sistema di mediazione culturale, istituire servizi informativi specifici all'interno degli ospedali e predisporre informazioni comprensibili e utili a risolvere le problematiche della prima fase di soggiorno (scelta del medico, orientamento nei servizi, tessera per stranieri temporaneamente presenti). Avvicinare le persone nel loro contesto di vita può aiutare a promuovere l'inclusione e far cadere i pregiudizi, in questo senso sono appropriati i servizi a bassa soglia e altre iniziative di uscita sul territorio. Sono da contrastare quei fattori che possono avere effetti negativi sulla salute, tra questi: insufficiente conoscenza delle opportunità offerte dai servizi e delle loro modalità di fruizione; differenze culturali e linguistiche; instabilità lavorativa, rischio di povertà, esclusione sociale, solitudine.

L'equità di genere va sostenuta fin dalla prima infanzia promuovendo iniziative di informazione e contrasto agli stereotipi, per garantire la libera espressione delle persone e sostenere una cultura di rispetto delle individualità. Occorre sistematizzare la presa in carico delle persone gender non-conforming, in stretta relazione con il privato sociale, aumentando la formazione degli operatori sanitari rispetto alla questione (medici, infermieri, altro personale). Dal punto di vista sociale è opportuno favorire l'inclusione delle persone gender non-conforming nei contesti di vita (scuola, università, lavoro, famiglia) e assicurare il percorso legale di adeguamento dei documenti anagrafici.

Vanno sostenute le iniziative di contrasto alla violenza di genere promuovendo un lavoro di rete tra tutti gli attori che a vario titolo si occupano della tematica ed una presa in carico multiprofessionale delle vittime. Deve essere garantita assistenza e accompagnamento a chi non ha strumenti conoscitivi, affettivi, economici per uscire da una situazione di sopruso. È inoltre opportuno prevedere interventi di accompagnamento al cambiamento rivolti a chi è autore dei maltrattamenti. [vedi anche "Promuovere iniziative di contrasto alla violenza di genere"].

Più in generale, il tema dei diritti di cittadinanza si lega a quello sul reddito di garanzia, all'inclusione sociale e al sostegno della dignità delle persone.

Guida per l'azione

Aspetti chiave per la comprensione e la promozione dell'equità in salute

- ✓ I determinanti sociali della salute. Occorre intervenire sulle condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, condizioni che rappresentano i determinanti fondamentali dell'equità in salute. A loro volta questi determinanti sono influenzati da elementi strutturali dell'architettura sociale: l'ordinamento economico, la distribuzione di potere, l'equità di genere, il sistema scolastico, il quadro normativo e i valori di fondo della società.
- ✓ Nella promozione dell'equità in salute occorre intraprendere un percorso lungo l'intero arco della vita nella quale vengono accumulati i vantaggi e gli svantaggi. Questo approccio inizia dalla gravidanza e dalle prime fasi della vita e continua con la scuola e la transizione verso la vita lavorativa, le condizioni di lavoro, fino alla fase dell'invecchiamento.
- ✓ Esiste un gradiente sociale nella salute, vale a dire che le condizioni di salute migliorano progressivamente con l'aumentare della posizione socio-economica delle persone e della comunità. È importante programmare interventi che agiscono sia lungo l'intero gradiente sia sui gruppi vulnerabili e svantaggiati. Per raggiungere entrambi questi obiettivi occorrono interventi universali la cui intensità è modulata in maniera proporzionale al bisogno. Si parla di universalismo proporzionale.
- ✓ Per quanto riguarda la parte di popolazione più svantaggiata ed emarginata è fondamentale affrontare i processi che portano all'emarginazione piuttosto che concentrarsi su singoli aspetti e caratteristiche dei gruppi emarginati. Il potenziale di questo approccio è molto elevato non solo in relazione a sinti, rom e immigrati irregolari ma anche nei confronti di coloro che entrano ed escono in maniera più fluida da contesti di esclusione ed emarginazione sociale.
- ✓ Il bisogno di costruire sulle risorse – resilienza, capacità e punti di forza di individui e comunità – e di affrontare i rischi e pericoli a cui i cittadini sono esposti.
- ✓ Equità di genere. I determinanti sociali della salute possono avere un impatto diverso a seconda del genere. Persistono differenze sociali nel trattamento di uomini e donne e tra la resilienza e le risorse a loro disposizione. Queste differenze di genere hanno un impatto sulla salute in tutte le società di cui tenere conto nella programmazione di interventi finalizzati alla riduzione delle disuguaglianze.
- ✓ Alla luce del principio di sostenibilità occorre sottolineare l'importanza dell'equità intergenerazionale e interrompere la continuità degli svantaggi sociali tra una generazione e l'altra. Di conseguenza i diversi interventi e programmi dovranno essere valutati anche relativamente agli effetti che potranno produrre sulle generazioni future.

Migliorare la comunicazione tra istituzioni e cittadinanza e la competenza in salute della popolazione

Competenza in salute

Un fattore essenziale nella determinazione dello stato di salute, dell'uso appropriato delle risorse e della partecipazione democratica dei cittadini è quello della cosiddetta *health literacy*, la "competenza in salute". Un concetto che definisce la capacità degli individui di ottenere e comprendere le informazioni necessarie per prendere in autonomia le decisioni sul ricorso a prestazioni sanitarie, orientarsi tra i servizi, adottare uno stile di vita sano. Una limitata *health literacy* porta a percezioni errate sul proprio stato di salute e su come migliorarlo, a problemi nella valutazione dei rischi e ad un maggiore ricorso a prestazioni non appropriate. Una scarsa *health literacy* è comune non solo tra i cittadini, ma anche tra gli operatori dei servizi, medici compresi.

Ambiti

La competenza in salute comprende cinque ambiti:

- ✓ **salute personale** (conoscenze di base sulla salute, sui comportamenti salutari, ecc)
- ✓ **orientamento nel sistema sociosanitario** (capacità di sapersi muovere all'interno del sistema sanitario e dei servizi sociali, agendo da protagonisti)
- ✓ **consumi** (capacità di fare scelte consapevoli in relazione al consumo di prodotti e servizi)
- ✓ **politiche per la salute** (capacità di agire politicamente informati e di impegnarsi per i diritti alla salute)
- ✓ **luogo di lavoro** (capacità di prevenire infortuni e malattie professionali, impegno per un ambiente di lavoro favorevole alla salute, equilibrio e conciliazione dei tempi di vita e di lavoro)

Health literacy in Europa

Dall'European health literacy survey, uno studio condotto in 8 paesi europei (Italia esclusa), risulta un livello medio di competenza in salute piuttosto basso: circa il 12% dei rispondenti aveva una competenza in salute insufficiente e oltre un terzo (35%) un livello di competenza problematico. In altre parole quasi una persona su due aveva una competenza in salute limitata.

Non si tratta quindi di un problema legato all'appartenenza a determinati sottogruppi della popolazione, ma di un problema generale. Tuttavia esistono condizioni a rischio particolare: tra le persone con basso livello socio-economico oppure tra quelle in cattiva salute la percentuale di limitata competenza in salute aumenta fino al 70%. Il rischio di non essere competente in salute aumenta con l'aumentare dell'età ed è più frequente in chi ha difficoltà economiche o un basso livello di istruzione.

Ambiti di intervento per l'implementazione

L'incremento della health literacy e della conseguente autonomia decisionale dei singoli deve essere perseguito in maniera trasversale nei tre macro-obiettivi, individuando, in fase di elaborazione dei piani operativi, azioni ed indicatori specifici per i singoli progetti proposti.

A tal fine sono da affrontare i seguenti ambiti generali di intervento:

- ✓ Sostenere la capacità degli operatori dei servizi di rispondere in modo appropriato e completo su rischi e benefici delle diverse opzioni di trattamento di natura preventiva o terapeutica, di fornire risposte adeguate su rischi legati ai comportamenti della vita quotidiana
- ✓ Rivolgere particolare attenzione a chi si trova a vivere una situazione di fragilità, malattia e cambiamento (disabilità, pazienti oncologici) in modo che sia in grado di prendere decisioni informate sul proprio percorso terapeutico
- ✓ Facilitare l'accesso a informazioni chiare al fine di migliorare le conoscenze di base sui comportamenti legati alla salute, sul funzionamento e l'offerta del sistema sanitario, dei servizi sociali e della rete dei professionisti che concorrono alla presa in carico e alla cura delle persone. Particolare attenzione si deve porre ai canali (social media ma non solo), ai contesti, allo stile e ai mezzi di comunicazione al fine di raggiungere le nuove generazioni (bambini, adolescenti, giovani)
- ✓ Valorizzare il ruolo di diversi soggetti nel fornire informazioni corrette e comprensibili (per esempio: scuole, farmacie di territorio, medici e ricercatori, giornalisti)
- ✓ Verificare l'impatto e l'efficacia degli strumenti di informazione e delle campagne informative realizzate
- ✓ Organizzare corsi di alfabetizzazione informatica e di comprensione statistica di base (anche nei curricula scolastici)
- ✓ Promuovere la partecipazione attiva e alla pari dei pazienti e utenti al funzionamento del sistema sanitario e dei servizi sociali e al loro percorso di cura ed assistenza
- ✓ Facilitare l'orientamento nel sistema sociosanitario (case management, sportelli unici, standardizzazione degli approcci a livello provinciale)
- ✓ Mettere nelle condizioni chi deve dare risposte competenti di poter contare su informazioni che tengano conto anche del sapere esperienziale maturato nell'affrontare in modo diretto situazioni di fragilità, malattia e cambiamento, e diffuso nelle reti, nei gruppi di auto-mutuo-aiuto e nei servizi
- ✓ Contrastare eventuali ostacoli alla correttezza delle informazioni, della comunicazione e degli atteggiamenti dei professionisti – ad esempio, conflitti di interesse, comportamenti di medicina difensiva (legata ad interventi medici eseguiti per paura di ripercussioni dal punto di vista legale)



Percorso di elaborazione del Piano e metodologia adottata

Il tema della salute in tutte le sue componenti – strategiche, di programmazione, sociosanitarie – è uno degli argomenti più sentiti non solo dalle istituzioni ma da tutta la cittadinanza. Ecco perché la Provincia autonoma di Trento ha scelto di costruire il Piano per la salute del Trentino (2015 - 2025) adottando un approccio aperto e inclusivo.

Antefatti significativi nella pianificazione sociosanitaria

Piani sociali di Comunità

A partire dal 2011 sono state avviate sul territorio provinciale molteplici esperienze di pianificazione che hanno interessato le Comunità di valle. A seguito di un lavoro partecipativo molto intenso, che ha visto il coinvolgimento degli attori del territorio che operano in ambito sociale, sanitario, dell'istruzione, del volontariato sono stati approvati 16 Piani sociali di comunità tra la fine del 2011 e i primi mesi del 2012.

Corso OMS

Nel 2014 sono stati approvati i Piani salute dei quattro Distretti sociosanitari presenti sul territorio provinciale. Il lavoro per la pianificazione integrata sociosanitaria è stato avviato nel 2013, attraverso la realizzazione, in collaborazione con l'Ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità, di un corso/laboratorio di condivisione e contaminazione culturale di 4 giornate rivolto ai professionisti e decisori in ambito sociale e sanitario. Durante il percorso sono state fornite conoscenze e metodi per l'avvio e l'elaborazione dei Piani affinché la stesura degli stessi fosse basata su presupposti culturali comuni e condivisi, tenesse presente il contesto epidemiologico, applicasse criteri trasparenti e omogenei per l'individuazione delle priorità.

Piano Salute. Apertura del processo partecipativo

Iter del Piano per la salute

L'elaborazione dell'impianto generale e di una prima bozza del Piano per la salute provinciale è stata affidata, nel mese di aprile 2014, a un gruppo di lavoro all'interno del Dipartimento salute e solidarietà sociale che in un primo momento ha:

- ✓ svolto l'analisi del contesto socio-economico, epidemiologico ed organizzativo
- ✓ esaminato i documenti internazionali, nazionali e locali di rilievo
- ✓ individuato le finalità strategiche e alcuni macro-obiettivi di "alto livello"
- ✓ realizzato la mappatura dei portatori di interesse.

In seguito, il gruppo di lavoro ha definito per ogni macro-obiettivo degli ambiti prioritari di intervento e individuato alcuni obiettivi specifici da mettere in discussione. Per garantire un approccio che tenesse conto delle diverse dimensioni degli interventi, della necessità di considerare l'intero arco della vita e la riduzione delle disuguaglianze, si è fatto ricorso a matrici di intervento: per età, per tipologia (promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce, assistenza e salvaguardia dell'equità) e per ambito di intervento (individuo, comunità, scuola, luoghi di lavoro e di studio). Si è tenuto conto, inoltre, degli obiettivi già decisi all'interno di Piani internazionali, nazionali e provinciali di settore; è stato privilegiato un approccio di salute condiviso in tutte le politiche in modo da garantire la trasversalità degli interventi.

Attraverso la collaborazione del Dipartimento salute e solidarietà sociale con il Progetto per la trasparenza e la partecipazione della Provincia è stato avviato un processo partecipativo. Attivare un percorso partecipativo implica la disponibilità a modificare l'idea di partenza, quella immaginata e messa a punto nel chiuso di incontri di lavoro, sollecitando professionisti, esperti, associazioni e cittadini a dare un contributo per migliorare la qualità delle decisioni mettendo in gioco competenze, esperienze e risorse. Questa apertura del processo ha valore nella misura in cui chi lo promuove è disposto a condividere informazioni chiare – sul tema in discussione e sulla cornice in cui le decisioni verranno prese –, ad ascoltare diversi punti di vista, a facilitare il confronto e la discussione, a considerare tutte le osservazioni accogliendo i contributi migliorativi dell'idea di partenza, e a rendere conto pubblicamente dei risultati emersi.

La scelta di un percorso partecipativo

Gli organi legislativi e le proposte normative sempre più indirizzano le amministrazioni pubbliche ad adottare modalità partecipative e strumenti tecnologici finalizzati a incrementare e garantire spazi di confronto in cui i cittadini possano dare il proprio contributo in modo attivo. In linea con le esperienze europee, la Provincia di Trento ha avviato processi di partecipazione che integrano occasioni di confronto strutturato - adottando di volta in volta metodologie inclusive che privilegiano il coinvolgimento e l'ascolto attivo - e spazi di discussione online, dove il riferimento è ai media civici (piattaforme collaborative che favoriscono la partecipazione) usati anche per definire le linee guida del Programma di sviluppo provinciale (2014) e la Riforma urbanistica (2015).

Il Dipartimento salute e solidarietà sociale ha colto la sfida di mettere in discussione la proposta di Piano utilizzando la piattaforma di consultazione online (IoPartecipo) predisposta dalla Provincia, quale strumento idoneo a favorire una partecipazione ampia, trasparente, in un arco di tempo ragionevole. Il processo è stato strutturato in due fasi per raccogliere in un primo momento i contributi degli addetti ai lavori (tecnici, esperti, referenti di enti, associazioni che lavorano sui temi della salute) in modo da mettere a punto un documento di Piano completo e condiviso a livello tecnico prima di aprire alla cittadinanza la seconda fase di confronto.

Consultazione pubblica (in due fasi) e incontri sui territori

Sia nella prima fase di consultazione che nella seconda sono stati organizzati numerosi incontri con l'obiettivo di:

- ✓ illustrare la struttura del piano, le scelte che ne sostengono l'impianto e l'articolazione degli obiettivi
- ✓ promuovere la consultazione online e raggiungere più persone possibili invitandole a partecipare
- ✓ avviare un primo confronto sulla proposta di Piano in modo da facilitare la partecipazione e l'invio di contributi

Il 18 novembre 2014 si è svolto il seminario di avvio della prima fase di consultazione a cui hanno fatto seguito incontri dedicati a specifici gruppi di interesse che hanno avuto un carattere perlopiù frontale, di presentazione della proposta di Piano e invito alla partecipazione [vedi Tabella 1].

Per favorire il confronto, il passaparola e il contributo attivo dei cittadini nella seconda fase sono state adottate metodologie partecipative in collaborazione con facilitatori, referenti delle Comunità di valle e del Comune di Trento in modo da coprire l'intero territorio provinciale. Si è trattato di presentazioni pubbliche, con indicazioni su come partecipare alla consultazione online; incontri con portatori di interesse e referenti locali per promuovere l'iniziativa anche attraverso le proprie reti e attivare eventualmente tavoli di lavoro dedicati (come avvenuto in Primiero, Rotaliana-Königsberg, Val di Fassa); incontri più strutturati, aperti alla cittadinanza, in cui discutere la proposta di Piano in piccoli gruppi facilitati e dare un contributo condiviso alla consultazione.

Tab. 1 — Prima fase di consultazione per “addetti ai lavori”

Presentazioni del Piano ai principali referenti locali

19 settembre 2014	Forum degli amministratori
22 settembre 2014	Giunta provinciale
3 ottobre 2014	Direttori generali dei Dipartimenti PAT
20 ottobre 2014	Regions for health network, OMS
4 novembre 2014	Presentazione al Comitato dei direttori APSS
13 novembre 2014	Responsabili dei Servizi sociali delle Comunità di Valle
18 novembre 2014	Seminario di avvio
26 novembre 2014	Commissione Consiglieri comunali Trento
3 dicembre 2014	Collegio governo clinico APSS
11 dicembre 2014	Consolida
16 dicembre 2014	UPIPA
20 gennaio, 3 e 10 febbraio 2015	IV Commissione
2 aprile 2015	Seminario di restituzione pubblica

Incontri con gli altri Dipartimenti PAT

27 ottobre e 13 novembre 2014	Infrastrutture e mobilità
3 novembre 2014	Agenzia famiglia
3 e 20 novembre 2014	Affari istituzionali e legislativi
21 novembre e 9 dicembre 2014	Organizzazione personale
21 novembre 2014	Conoscenza
25 novembre 2014	Protezione civile
27 novembre e 11 dicembre 2014	Territorio, Agricoltura, Ambiente e Foreste
4 dicembre 2014	Cultura Turismo Sport
5 dicembre 2014	Sviluppo economico e lavoro

Discussione del Piano con i Consigli per la salute delle Comunità di Valle

12 febbraio 2015	Cembra
19 febbraio 2015	Vallagarina
27 febbraio 2015	Val di Fassa
27 febbraio 2015	Val di Fiemme
2 marzo 2015	Valsugana e Tesino
3 marzo 2015	Primiero
6 marzo 2015	Cimbri - Luserna
10 marzo 2015	Val di Non
12 marzo 2015	Trento - Valle dei Laghi
13 marzo 2015	Rotaliana
16 marzo 2015	Alto Garda e Ledro
17 marzo 2015	Giudicarie
20 marzo 2015	Alta Valsugana
24 marzo 2015	Paganella
25 marzo 2015	Valle di Sole

Tab. 2 — Seconda fase di consultazione aperta ai cittadini

Presentazioni pubbliche del Piano e iniziative di promozione della partecipazione

27 aprile 2015	Tonadico, Primiero
29 aprile 2015	Borgo Valsugana, Bassa Valsugana e Tesino
4 maggio 2015	Cembra, Val di Cembra
5 maggio 2015	Trento, Centro Servizi Anziani
6 maggio 2015	Lavarone, Altipiani Cimbri
12 maggio 2015	Cles, Val di Non
14 maggio 2015	Mezzocorona, Rotaliana
15 maggio 2015	Trento, Centro Servizi Anziani di Povo
18 maggio 2015	Pergine, Alta Valsugana
19 maggio 2015	Vezzano, Valle dei Laghi
20 maggio 2015	Malè, Valle di Sole
21 maggio 2015	Tione, Giudicarie
22 maggio 2015	Tesero, Val di Fiemme
24 maggio 2015	Andalo, Paganella >> PASSEGGIATA
26 maggio 2015	Rovereto, Vallagarina
28 maggio 2015	Riva del Garda, Alto Garda e Ledro
30 maggio 2015	Vezzano, Valle dei Laghi >> LABORATORIO STILE OST
5 giugno 2015	Trento, Seminario <i>Trento città che educa</i> >> POSTAZIONE INFORMATIVA
9 giugno 2015	Trento, Servizio Salute mentale e FAREassieme
11 giugno 2015	Pozza di Fassa, Comun General de Fascia

Tutti i tavoli sono stati gestiti dai facilitatori (passeggiata in Paganella, laboratorio stile Open Space Technology in Valle dei Laghi). [vedi Tabella 2]

Tutto il percorso è stato accompagnato da strumenti di comunicazione predisposti in collaborazione con l'Ufficio stampa della Provincia: cartacei (cartoline e segnalibri informativi), online (social network e siti web delle Comunità di valle, Istituti scolastici, portale Vivoscuola, CINFORMI, amministrazioni pubbliche), newsletter (oltre 5000 contatti raggiunti con la collaborazione del Comune di Trento), interviste di presentazione del Piano su YouTube e telegiornali locali. Per dare maggiore visibilità alla consultazione pubblica è stato inaugurato IoRacconto: uno spazio online per raccontare gli appuntamenti sui territori, i temi emersi nelle discussioni e rilanciare il passaparola.

Per maggiori dettagli si rinvia alla pagina dedicata:

https://ioracconto.partecipa.tn.it/story/ioracconto_storie_di_salute

Risultati della consultazione pubblica e revisione del documento di Piano

Il 1 dicembre si è aperta la prima fase di consultazione online, che è proseguita fino al 31 gennaio. Sessanta giorni in cui hanno partecipato molte persone: commentando e valutando le proposte contenute nel documento di piano (210 contributi) e aggiungendo nuove proposte (60 contributi). A metà gennaio alcuni enti e organizzazioni hanno inviato al Dipartimento salute e solidarietà sociale i propri contributi in forma di documento di

Prima fase
di consultazione
(per addetti
ai lavori)

Integrazioni
e rielaborazione
del documento
di Piano

analisi e proposte articolate al piano. La scelta è stata di accettare tutti i contributi, mettendoli online per trasparenza, rendendoli disponibili a chi volesse prenderne visione e confrontarsi con punti di vista complessi. I documenti pervenuti sono stati 27. Il primo a metà gennaio, l'ultimo a metà marzo. Sono contributi di commento complessivo, ricchi di elementi di analisi, proposte e suggerimenti da parte di oltre 80 tra enti, associazioni e professionisti della salute.

A questo link si possono consultare tutti i contributi pervenuti in questa fase:

<https://pianosalute2014.partecipa.tn.it>

Nei mesi di febbraio e marzo tutti i contributi sono stati analizzati e valutati nell'ambito di un "tavolo tecnico" cui hanno partecipato referenti del Dipartimento salute e solidarietà sociale, del Comitato per la programmazione sociale e dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Questa nuova proposta di Piano, pur mantenendo l'impianto generale (linee guida, obiettivi strategici e trasversali) della proposta preliminare, è stata integrata e arricchita dalle osservazioni pervenute, secondo criteri di pertinenza e congruenza. Tali criteri hanno permesso di:

- ✓ integrare il documento con nuovi contenuti (circa due terzi tra proposte/commenti sono stati accolti)
- ✓ riformulare alcune parti del documento (in particolare il terzo macro-obiettivo, in gran parte riscritto)
- ✓ aggiungere molti contributi di carattere strategico e 14 nuove proposte.

I contributi di carattere operativo, pur pertinenti con l'impianto generale, rimarranno a disposizione in vista dell'elaborazione di piani operativi che possono accogliere azioni e progetti specifici.

Il 2 aprile i risultati di questo lavoro di analisi e valutazione sono stati condivisi in un seminario pubblico di presentazione del documento di Piano riformulato.

Seconda fase
di consultazione
(per tutti
i cittadini)

La seconda fase di consultazione si è aperta il 1° aprile ed è proseguita fino al 20 giugno. In due mesi e mezzo quasi 3000 persone hanno visitato la piattaforma di consultazione loPartecipo e 230 persone hanno dato il proprio contributo in modo attivo con numerose nuove proposte (140), commenti e valutazioni puntuali (circa 700). Hanno partecipato persone di tutte le fasce d'età, dai 19 anni ai 71, in prevalenza con un elevato livello di istruzione, maschi e femmine ripartiti in modo piuttosto uniforme. Del tutto assente la voce dei cittadini stranieri che rappresentano il 10% della popolazione.

Per colmare questo vuoto, il Dipartimento e il Progetto per la trasparenza e la partecipazione della Provincia ad agosto 2015 hanno organizzato un ulteriore incontro (modalità world café) in collaborazione con il CINFOMI cui hanno aderito 20 cittadini stranieri che operano come mediatori culturali sul territorio e provengono da paesi e culture diverse.

A questo link si possono consultare tutti i contributi pervenuti in questa fase:

<https://pianosalute.partecipa.tn.it>

Integrazioni
e redazione
del documento
finale di Piano

Tutti i contributi sono stati poi analizzati e valutati da un gruppo di lavoro multidisciplinare interno al Dipartimento di salute e solidarietà sociale che, tra luglio e settembre, si è confrontato e ha collaborato alla stesura finale della proposta di Piano.

Rispetto ai contributi pervenuti, il gruppo di lavoro ha:

- ✓ integrato il documento (circa due terzi tra proposte/commenti sono stati accolti)
- ✓ riformulato alcune parti del documento (in particolare il primo e secondo macro-obiettivo)
- ✓ aggiunto 7 nuove proposte di carattere strategico
- ✓ scartato circa 35 proposte perché non pertinenti.

Tra la prima e seconda fase di consultazione sono pervenuti oltre 1200 contributi che hanno modificato e arricchito significativamente la proposta di Piano per la salute dando valore alla partecipazione su un tema di interesse pubblico.

Si auspica che per predisporre i piani operativi e gli strumenti specifici di attuazione si prosegua in questa direzione coinvolgendo in modo privilegiato le persone (singoli o referenti di enti, associazioni) che hanno partecipato alla consultazione pubblica.

In conclusione

Indicatori di monitoraggio del Piano per la salute

Obiettivo centrale del Piano per la salute 2015-2025 è di migliorare il benessere della popolazione e di allungare la vita vissuta in buona salute. Per raggiungere questo obiettivo il Piano indica una serie di ambiti di intervento suddivisi in cinque macro-obiettivi che sono connessi e interdipendenti a vari livelli. Per poter valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi del Piano sono stati individuati alcuni indicatori di esito, elencati di seguito. La raccolta e l'aggiornamento periodico di questi indicatori (insieme a quelli dei Piani operativi da sviluppare in un secondo tempo) permetteranno il monitoraggio e la rendicontazione pubblica dell'andamento del Piano e forniranno la base per eventuali revisioni e integrazioni future.

Indicatori di esito

% popolazione che ha una percezione buona del proprio stato di salute, per fasce d'età (adulti, anziani)

% ragazzi (15enni) che pensano di vivere *la miglior vita possibile*

% popolazione anziana (≥ 65 anni) a rischio di isolamento sociale

Tasso di mortalità

% decessi per cause evitabili, per genere, per tipologia di intervento (prevenzione primaria, diagnosi precoce, assistenza sanitaria), per causa di morte

Anni di vita persi per mortalità evitabile, per genere

% ricoveri prevenibili, per causa

% ricoveri inappropriati, per causa

% prestazioni inappropriate

% farmaci prescritti inappropriatamente

Tasso di occupazione 20-64 anni, per genere

Tasso di disoccupazione giovanile, per genere

% famiglie in condizioni di povertà relativa

% popolazione in gravi difficoltà economiche, per età

% popolazione di 25-64 anni con titolo di studio $\leq$ scuola secondaria di secondo grado

% giovani (18-24 anni) che abbandonano gli studi, per genere

% ragazzi (15-29 anni) che non lavorano e non studiano, per genere

% 30-34enni con titolo di studio universitario

% popolazione di 25 anni e più che partecipano alla formazione permanente

% popolazione anziana (≥ 65 anni) come risorsa per la collettività (ruolo attivo nella cura di familiari e/o altre persone, attività di volontariato)

% popolazione anziana (≥ 65 anni) con difficoltà di accesso ai servizi (MMG, ASL, servizi commerciali ecc)

Emissioni gas serra (tonnellate CO₂ equivalenti pro-capite)

Rifiuti urbani raccolti (kg pro-capite)

% raccolta differenziata di rifiuti urbani

Fitosanitari per uso agricolo (kg per ettaro di superficie agricola utilizzata)

% superficie agricola coperta da agricoltura biologica

% persone che per andare al lavoro usano mezzi pubblici o collettivi

% bambini che vanno a scuola a piedi o in bicicletta

% popolazione fumatrice, per fasce di età (ragazzi, adulti)

% case in cui si fuma alla presenza di bambini

% popolazione consumatrice a maggior rischio di alcol, per fasce d'età (ragazzi, giovani adulti, adulti)

% popolazione consumatrice binge di alcol, per fasce d'età (ragazzi, giovani adulti)

% popolazione che fa uso problematico di sostanze stupefacenti

% popolazione in sovrappeso/obesità, per fasce d'età (bambini, ragazzi, adulti, anziani)

% popolazione che consuma almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura, per fasce d'età (bambini, ragazzi, adulti, anziani)

% di bambini e ragazzi che consumano bibite zuccherate

% popolazione sedentaria, per fasce di età (bambini, ragazzi, adulti, anziani)

% scuole in cui tutte le classi fanno 2 ore di attività motoria curricolare

% bambini e ragazzi che trascorrono più di 2 ore al giorno davanti alla TV, PC, tablet

Prevalenza di persone con sintomi di depressione per fasce di età (adulti, anziani)

Tasso di mortalità per suicidio, per genere

Anni di vita persi per suicidio, per genere

% accessi in PS per autolesionismo, per genere

Prevalenza di malattie croniche (cardiovascolari, tumori, respiratorie, diabete) nella popolazione adulta (18-69 anni)

% popolazione adulta (18-69 anni) con 1 o più malattia cronica

% popolazione anziana (≥ 65 anni) con 3 o più malattie croniche

% popolazione anziana (≥ 65 anni) con problemi di vista, udito, masticazione

Prevalenza di cadute nella popolazione anziana (≥ 65 anni)

% popolazione anziana (≥ 65 anni) che assume 4 o più farmaci

% popolazione anziana (≥ 65 anni) con disabilità/a rischio di disabilità

% decessi per incidente stradale in persone con meno di 30 anni

% accessi in PS per incidente stradale

% uso dei dispositivi di sicurezza (cintura anteriore, posteriore, casco, seggiolino)

% guida sotto l'effetto dell'alcol

% effettuazione etilotest

Prevalenza di incidenti domestici nella popolazione adulta (18-69 anni)

% accessi in PS per incidente domestico, per fasce di età (bambini, anziani)

n° infortuni sul lavoro sul n° di ore lavorate, per cittadinanza (italiana, straniera)

% infortuni sul lavoro mortali

% lavoratori che usano sempre dispositivi di sicurezza quando richiesti

% accessi in PS per di infortuni sul lavoro, per cittadinanza (italiana, straniera)

Differenza della % di occupati involontariamente a tempo parziale tra uomini e donne
Indice di Gini sui redditi familiari (misura sintetica del grado di disuguaglianza della distribuzione del reddito)
Differenza della % di popolazione in difficoltà economiche, per età e cittadinanza
Differenza della % di persone che hanno una percezione positiva del proprio stato di salute per caratteristiche socio-economiche (età, genere, cittadinanza, istruzione, livello economico)
Differenza della % di fumatori per caratteristiche socio-economiche
Differenza della % di consumatori di alcol a maggior rischio per caratteristiche socio-economiche
Differenza della % di persone in eccesso ponderale per caratteristiche socio-economiche
Differenza della % di persone che consumano meno di 5 porzioni al giorno di frutta e/o verdura per caratteristiche socio-economiche
Differenza della % di sedentari per caratteristiche socio-economiche
Differenza della % di persone con sintomi di depressione per caratteristiche socio-economiche

Grado di soddisfazione degli utenti e del personale dei servizi socio-sanitari
% popolazione con sufficienti competenze in salute

Cronoprogramma

- ✓ Incontro di avvio nell'ambito del Progetto Trasparenza e Partecipazione
10 settembre 2014
- ✓ Predisposizione della proposta per il superamento degli ostacoli normativi alla stesura di un Piano per la salute strategico unico sociale e sanitario
Settembre 2014
- ✓ Predisposizione dell'elenco di portatori di interesse da coinvolgere nella fase di consultazione tecnica
Settembre 2014
- ✓ Completamento del documento da mettere in discussione
Settembre 2014
- ✓ Presentazione al Forum degli amministratori
19 settembre 2014
- ✓ Passaggio in Giunta
22 settembre 2014
- ✓ Proposta di impostazione della pagina web
1 ottobre 2014
- ✓ Presentazione ai rappresentanti dei Dipartimenti PAT
3 ottobre 2014
- ✓ Presentazione al Consiglio dei Sanitari
3 ottobre 2014
- ✓ Presentazione al Comitato dei direttori APSS
4 novembre 2014
- ✓ Presentazione alla IV Commissione permanente del Consiglio provinciale
11 novembre 2014
- ✓ Presentazione ai responsabili dei servizi sociali delle Comunità di Valle
13 novembre 2014
- ✓ Seminario/convegno di avvio e conferenza stampa
18 novembre 2014
- ✓ Consultazione pubblica addetti ai lavori (60 giorni)
1 dicembre 2014 – 31 gennaio 2015
- ✓ Elaborazione dei risultati della consultazione
Entro marzo 2015
- ✓ Approvazione ddl 56 che disciplina la programmazione sanitaria e sociosanitaria provinciale, cornice al Piano per la Salute del Trentino
27 marzo 2015
- ✓ Presentazione dei risultati della prima fase a tutti i partecipanti
2 aprile 2015
- ✓ Consultazione pubblica aperta a tutti (80 giorni)
1 aprile – 20 giugno 2015
- ✓ Elaborazione dei risultati della consultazione
Entro agosto 2015
- ✓ Stesura della proposta definitiva di Piano per la salute
Entro settembre 2015
- ✓ Trasmissione della proposta di Piano agli enti previsti dalla normativa
Ottobre 2015
- ✓ Convegno di presentazione della proposta definitiva di Piano
19 novembre 2015
- ✓ Approvazione del Consiglio delle Autonomie locali
2 dicembre 2015
- ✓ Approvazione della IV Commissione permanente del Consiglio provinciale
11 dicembre 2015
- ✓ Approvazione del Piano per la salute del Trentino da parte della Giunta provinciale
18 dicembre 2015

