

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Assessorato alla Salute e Solidarietà sociale

Il Piano per la salute del Trentino 2015-2025

SECONDA BOZZA | APRILE 2015

società solidali
sono società sane

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. Nelle pagine che seguono presentiamo una proposta avanzata del Piano. Pur mantenendo l'impianto generale (linee guida, obiettivi strategici e trasversali) della proposta preliminare sottoposta alla consultazione dei tecnici nei mesi di dicembre e gennaio scorsi, questo documento risulta integrato ed arricchito dalle osservazioni pervenute, secondo criteri di pertinenza e di congruenza.

Questa prima fase di consultazione ha visto il contributo di numerosi (oltre 80) soggetti rappresentativi di servizi, istituzioni, enti e professioni che si occupano di salute, intervenuti sia negli oltre 30 incontri di presentazione sia sulla piattaforma web dedicata alla costruzione partecipata del Piano.

La piattaforma web ha registrato oltre 3.000 accessi (in media 43 al giorno); oltre 1.900 sono state le persone che hanno preso visione dei contenuti del documento preliminare; sono state presentate 60 nuove proposte e 210 contributi espressivi di valutazioni e di opinioni. I 26 documenti integrali ed autonomi giunti via mail sono stati inseriti nel sito per garantire, in trasparenza, la condivisione di tutte le idee ed i suggerimenti presentati.

Questo testo rielabora dunque tutto il materiale ricevuto grazie al lavoro di analisi svolto, nei mesi di febbraio e marzo, da un "Tavolo tecnico" cui hanno partecipato referenti del Dipartimento salute e solidarietà sociale, del Comitato per la programmazione sociale, dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari e del Progetto per la trasparenza e la partecipazione (PAT). E su questa proposta si apre ora, dal primo aprile alla fine di maggio, la consultazione dei cittadini.

La ragione è duplice: il tema è di interesse generale, riguarda tutti, nessuno escluso, e ciascuno può dare un contributo a partire dalla propria esperienza e dalla propria competenza. Partecipare alla costruzione del Piano significa collaborare a costruire il futuro di salute della comunità trentina, partendo dal rafforzamento della coesione sociale che è uno strumento rilevante di protezione della salute stessa.

Invito quindi tutti i cittadini, a partire da quelli già fortemente impegnati nelle mille attività di volontariato che arricchiscono la vita della nostra società, ad intervenire in questo percorso, formulando le proprie osservazioni e proponendo modifiche ed integrazioni al documento qui presentato. Lo strumento informatico loPartecipo sarà affiancato da tavoli attivi sul territorio di ogni Comunità di Valle.

Da questo sforzo comune, che rappresenta una importante novità rispetto ai tradizionali percorsi di definizione delle politiche pubbliche, ci attendiamo di realizzare una reale collaborazione tra cittadini ed istituzioni nella promozione e nella salvaguardia di un bene così prezioso come la salute. Convinti che davvero "Società solidali sono società più in salute".

Donata Borgonovo Re

Assessora alla Salute e Solidarietà sociale

Provincia autonoma di Trento

I partecipanti alla prima fase di consultazione

La stesura di questo documento è stata possibile grazie alle numerose osservazioni di chi ha partecipato alla prima fase di consultazione (dicembre 2014 – gennaio 2015) commentando una prima proposta di Piano. Proponiamo questa seconda stesura che, pur mantenendo l'impianto generale della prima proposta, risulta significativamente arricchita e modificata dai contributi pervenuti attraverso la piattaforma internet e dai documenti inviati al Dipartimento salute e solidarietà sociale. Un ringraziamento va a tutte le persone e istituzioni che hanno partecipato alla prima fase di consultazione.

Tutti i contributi inviati sono visibili al link <https://pianosalute2014.partecipa.tn.it/>

Hanno partecipato

Consulta Provinciale per la Salute con le associazioni aderenti: Associazione trentina diabetici, Associazione diabete giovanile, Associazione Malati di Alzheimer, Associazione trentina malati reumatici, Cittadinanzattiva del Trentino, Coordinamento Associazioni Malattie Rare, Lega Italiana per la lotta contro i tumori, Fondazione Hospice Trentino, Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids, Associazione Rappresentanti degli Ospiti e Famigliari delle RSA, Associazione Trentina Fibrosi Cistica, Associazione Provinciale dei Club Alcolologici Territoriali, Associazione La Panchina, Associazione ARCA, Associazione per Salute Immigrati, Associazione Famiglie Tossicodipendenti, Associazione Parkinson, Associazione Donatori Midollo Osseo, Unione Italiana Sport Per Tutti, Associazione per la lotta alle malattie cardiovascolari, Associazione trentina per la maculopatia, Associazione per la lotta all'insufficienza respiratoria, Associazione Cerotto sul cuore;

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 Sollievo 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

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 i diversi 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, va intesa, non come mera assenza di malattia, ma come completo benessere fisico, mentale e sociale.

La salute di un individuo o di una popolazione non è tuttavia 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 sua vita, disponendo in ogni caso di risorse e opportunità per spostarsi verso la salute, cioè verso il benessere a livello fisico, psicologico e sociale. Al fine di rafforzare risorse e opportunità per la salute risulta 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.

Le sfide poste 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 un elemento prioritario in tutte le politiche. Ecco perché la stesura del Piano della salute è stata inserita anche come obiettivo nel Piano di sviluppo provinciale e prevederà azioni e interventi da parte di tutti i 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) sia 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.

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,

aggiungendo non solo anni alla vita ma vita agli anni, di ridurre progressivamente le morti premature ed evitabili, di aumentare l'equità e il potere decisionale del singolo e della comunità. La salute dovrà essere promossa investendo sulle risorse per la salute e contrastando i principali fattori di rischio, sociali ed individuali (quindi attraverso iniziative sui singoli ma anche sul contesto di vita), e ottimizzando il sistema dei servizi sociosanitari. La prospettiva generale perseguita è quella di una maggiore responsabilizzazione, delle istituzioni innanzitutto, ma anche dei cittadini e delle organizzazioni della società civile che sono chiamati alla mobilitazione a favore della salute e del benessere.

Dal punto di vista sociale in Trentino i principali punti critici sono quelli comuni a tutte le società occidentali: insicurezza sociale e paura del futuro; sovraccarico di lavoro (sempre più spesso malpagato, precario e scarsamente riconosciuto), stress da concorrenza e competizione; crescente 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 nelle famiglie, nelle reti amicali e nelle comunità. Questi problemi sono il risultato di una catena di cause che trova la sua origine nella struttura e nel funzionamento di base della società e non sono risolvibili nell'ambito di un Piano per la salute. Nello stesso tempo il Piano non può non tenere conto di questi aspetti sia perché hanno ripercussioni sulla salute sia perché 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 questa sfida 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 sanitario è buona e l'ambiente naturale è una risorsa per la salute.

Determinanti socio-economici

I centoventun indicatori presenti nel bes 2013 (benessere equo e sostenibile), elaborati dall'istat e dal cnel, 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 socioeconomico.

Tuttavia dal punto di vista dei determinanti sociali ci sono alcuni punti critici: si registra anche in Trentino una crescente disoccupazione (soprattutto giovanile), permane e si allarga la disuguaglianza di genere nell'occupazione, il lavoro a termine e i contratti atipici stanno aumentando, il 6-10% della popolazione ha molte difficoltà economiche.

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 2011 è pari a 128,3: ogni 100 giovani ci sono poco più di 128 anziani (un valore che si mantiene al di sotto della media nazionale, pari al 147,2). L'incidenza degli stranieri sul totale della popolazione nel 2012 è pari al 9,2%, superiore alla media nazionale (7,4%) ed inferiore al valore medio delle regioni del nord-est (10,1%).

Trasformazioni demografiche

I tassi di mortalità registrati in Trentino sono molto bassi da almeno un ventennio e chi muore ha avuto una vita lunga. L'aspettativa di vita alla nascita è oggi di 80 anni per gli uomini (7 anni in più rispetto al '92) e di 85,5 anni per le donne (4 anni in più rispetto al '92); l'aspettativa di vita a 65 anni è di 18,6 anni per gli uomini e 22,7 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 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 presta aiuto 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 essere quindi un obiettivo delle politiche sociosanitarie del futuro.

Aspettativa di vita

Cause di morte

In Trentino ogni anno muoiono circa 4.500 persone (tasso grezzo di mortalità dell'8,5‰; 9,7‰ in Italia). Le cause maggiori di morte sono le malattie cardiovascolari (1.656 morti, il 36,5% di tutti i decessi) e i tumori (1.487; 32,7%); le malattie del sistema respiratorio (319; 7,0%), i traumatismi (200; 4,4%) e le malattie del sistema nervoso (168; 3,7%).

Morti evitabili

Si stima che in Trentino ogni anno si verificano circa 700 decessi entro i 75 anni di età per cause potenzialmente evitabili. Questo corrisponde a circa 17.000 anni di vita persi (23,5 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 contrastabili con interventi di prevenzione primaria cioè attraverso il miglioramento dell'ambiente di vita (sia fisico che socio-economico) e attraverso la promozione di stili di vita sani, seguito dagli interventi di diagnosi precoce e da quelli di assistenza propriamente detta (anche in termini di organizzazione e rapidità di intervento).

Problemi di salute principali e fattori di rischio

Le 4 malattie con maggiore impatto su mortalità, morbosità e 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 (vedi sopra). Inoltre gli stili di vita più salutari risultano essere anche quelli più sostenibili dal punto di vista ecologico e sociale sia a livello locale che globale.

Disuguaglianze

Considerando solo i fattori di rischio comportamentali sopracitati risulta che, 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. In generale la popolazione meno abbiente e/o meno istruita è meno sana e l'accessibilità ai servizi sociosanitari non è equamente distribuita nella popolazione. Il potenziale impatto sulla salute di interventi sui determinanti sociali è considerevole: si stima per esempio 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.

Intervenire sulle disuguaglianze sociali e quindi sulle situazioni di povertà, garantire opportunità lavorative e stabilità del posto di lavoro, investire nell'istruzione e nella formazione sono elementi centrali per il benessere e la salute delle persone.

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 le decisioni sul ricorso a prestazioni sanitarie e sull'adozione di uno sano stile di vita. Una limitata health literacy porta ad auto 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, compresi i medici.

Dal punto di vista assistenziale 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 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. In sostanza, guardando al futuro è necessario 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 riconosciute 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.

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 socio-sanitari. La prospettiva generale perseguita è quella di una maggiore responsabilizzazione, delle istituzioni innanzitutto, ma anche dei cittadini e delle organizzazioni della società civile che sono chiamati a mobilitarsi 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 sanitarie. Viceversa gli interventi e i servizi socio-sanitari devono essere valutati rispetto al loro impatto sul divario sociale e calibrati 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, risultano essere un obiettivo trasversale rispetto a tutti gli obiettivi del piano. Pertanto i diversi obiettivi devono comprendere anche azioni specifiche di comunicazione finalizzata all'informazione corretta e completa dei cittadini.

Assistenza

Dal punto di vista dell'assistenza risulta prioritario un rafforzamento ulteriore dell'integrazione socio-sanitaria, una riorganizzazione della rete ospedaliera e delle cure primarie sul territorio rendendo più efficiente e sicura la prima e potenziando la seconda. Al fine del miglioramento dell'assistenza a livello territoriale è inoltre necessario un rafforzamento della rete tra i professionisti presenti sul territorio a partire dalla medicina generale anche attraverso lo strumento della formazione dei futuri medici e del personale socio-sanitario in generale. Occorre attivarsi per una maggiore formalizzazione del coinvolgimento delle cooperative del privato sociale e del volontariato in una dimensione di corresponsabilità. Occorre evitare disuguaglianze nell'accesso ai servizi andando verso un sistema equo, in equilibrio tra sostegno economico e compartecipazione alla spesa per i servizi socio-sanitari.

Salute in tutte le politiche

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 2020"

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

- ✓ 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 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 sanità pubblica è inoltre il monitoraggio dello stato di salute, dei fattori di rischio e della loro distribuzione nella popolazione. 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 e a coloro che devono decidere di intraprendere eventuali interventi.

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

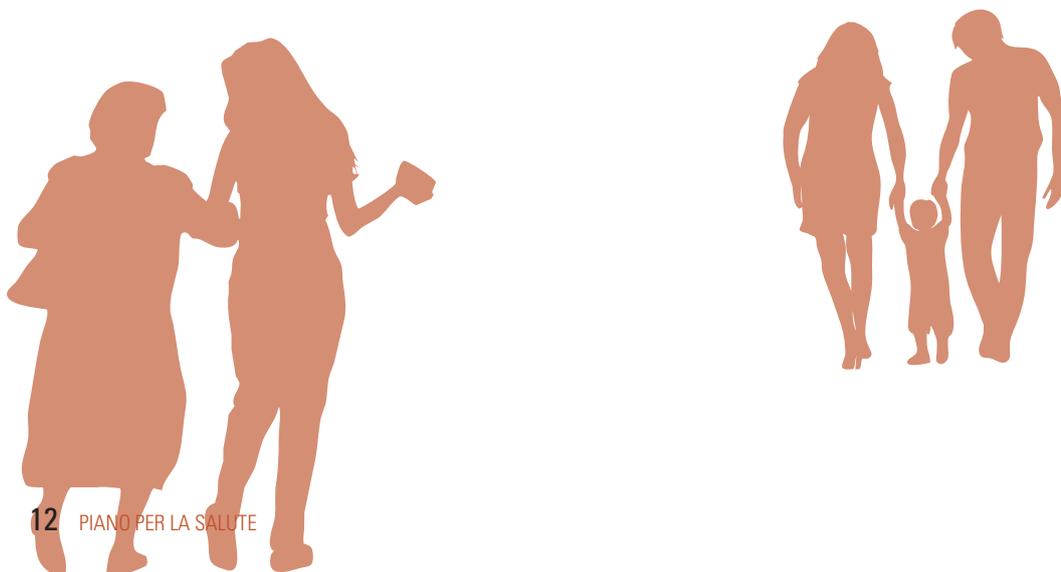
Interventi

Per contrastare efficacemente i problemi di salute prioritari che comprendono le grandi categorie delle malattie cronico-degenerative, degli incidenti (stradali, domestici, sul lavoro), dei disturbi muscoloscheletrici e della salute mentale, conviene puntare in maniera integrata e intersettoriale su interventi che affrontino i determinanti socio-economici, culturali e di contesto di vita e lavoro nonché quelli legati 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 salutogenici e di migliorare gli aspetti assistenziali con particolare attenzione alla riduzione delle disuguaglianze sociali.

Favorire un maggior benessere attraverso la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e condizioni di fragilità e disagio e il miglioramento dei servizi offerti significa anche partire dai cambiamenti sociali che sono avvenuti nel recente passato.

Questi cambiamenti in Trentino sono evidenziati da alcuni dati che riguardano l'occupazione e le famiglie. Nel 2012 gli occupati sono diminuiti dello 0,2% mentre sono aumentate le persone in cerca di occupazione. Le minori opportunità di ottenere o mantenere un impiego, in particolare per i giovani, si sono riflesse quindi sul tasso di disoccupazione. In Trentino, il tasso di disoccupazione giovanile nel 2012 si attesta al 20,5%, sei punti percentuali in più dell'anno prima. Di conseguenza, il fenomeno dei NEET (giovani che non lavorano e non studiano) appare in crescita e interessa maggiormente la componente maschile e le persone con un alto titolo di studio. Per quanto riguarda le famiglie, nel periodo 2000-2011 si evidenzia un aumento delle separazioni del 2,4%, mentre il numero dei divorzi è cresciuto del 28,4%.

Anche come conseguenza di questi mutamenti, cresce il numero di famiglie composte da una persona sola: al Censimento della Popolazione del 2011 sono state censite il 31,2% di famiglie in più di quelle registrate nel censimento di dieci anni prima. Tutti questi elementi descrivono una situazione in cui la zona tra agio e disagio è sempre più vasta, con problemi sociali in aumento e sottolineano la necessità di ripensare gli interventi e sviluppare attenzioni particolari e nuovi.



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, fasi che possono presentare ulteriori ambiti prioritari più specifici (violenza, malattie infettive, vaccinazioni, patologie lavoro-correlate, demenze ecc). Vista la tendenza al progressivo invecchiamento della popolazione occorre sia puntare sull'invecchiamento attivo e in buona salute sia prepararsi comunque ad un numero crescente di persone con bisogni di salute tipici della senescenza (malattie cardiovascolari, tumori, fratture dell'anca, disabilità, demenze).

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

- ✓ Malattie croniche degenerative: malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete
- ✓ Incidenti stradali, incidenti domestici e infortuni sul lavoro
- ✓ Malattie muscoloscheletriche
- ✓ Salute mentale (compreso dipendenze)
- ✓ Malattie infettive
- ✓ Fragilità delle famiglie
- ✓ Disagio sociale

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

Ambiti prioritari

Possibili ambiti di intervento per l'implementazione

Sostenere la genitorialità

L'intervento sulle condizioni di base per una partenza in salute permette alla salute di prosperare in tutte le sue componenti – fisica, mentale e sociale – e rappresenta un investimento importante per ridurre le disuguaglianze. Un investimento che "paga" non solo dal punto di vista sanitario, ma anche economicamente. 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 tornati indietro 11 dollari in risparmi dovuti alle migliorate condizioni dei partecipanti al progetto. Non a caso James Heckman, premio Nobel per l'economia, ritiene che investire nei bambini rappresenti l'intervento più vantaggioso dal punto di vista economico. In Provincia di Trento è un esempio in tal senso, il progetto di ricerca-intervento Scommettiamo sui giovani ossia 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. Sostenere la genitorialità significa sostenere le persone con figli nello svolgimento del proprio ruolo di genitore attraverso interventi di informazione/formazione e con azioni specifiche rivolte a gruppi fragili o con bisogni particolari.

- ✓ Realizzare interventi di informazione/formazione rivolti sia alle coppie, sia al personale sanitario, sociale e educativo



- ✓ Favorire lo scambio, la conoscenza reciproca e la corresponsabilità attraverso reti territoriali tra famiglie solidali che si prendono cura della propria comunità (promozione del quarto settore)
- ✓ Individuare precocemente le situazioni di fragilità genitoriale, di bisogni speciali nel bambino e nell'adolescente (depressione post-partum, adozioni, minori stranieri non accompagnati), particolari patologie (comprese patologie psichiatriche), ritardi nello sviluppo, disturbi del comportamento, traumi dovuti ad abusi e maltrattamenti, ecc
- ✓ Affiancare i genitori nell'accettazione della disabilità dei figli e promuovere una formazione rispetto alla stessa
- ✓ Attivare interventi di sostegno mirato attraverso modalità collaborative tra servizi sociosanitari, terzo e quarto settore, servizi ospedalieri e territoriali
- ✓ Promuovere la gestione di attività extrascolastiche in relazione alla conciliazione dei tempi di vita e lavoro
- ✓ Favorire la conoscenza delle conseguenze sulla salute derivanti dall'uso e abuso di determinate sostanze e dalla pratica di attività rischiose come il gioco d'azzardo, promuovendo una maggiore attenzione sugli stili di vita familiari che incidono nell'acquisizione di abitudini e comportamenti da parte dei figli nel loro percorso di crescita.



Ospedale e territorio amici dei bambini

L'iniziativa Ospedale e territorio 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 & comunità amici dei bambini.

Anche la salute orale influisce sulla qualità di vita degli individui, specie in età evolutiva, pertanto 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/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 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 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 diagnostica precoce delle malattie batteriche invasive.

Salute in adolescenza

Dal punto di vista anagrafico l'adolescenza è definita dall'OMS come il periodo di vita dai 10 ai 19 anni. Tale periodo viene ulteriormente diviso nella prima adolescenza (da 10 a 14 anni) e nella tarda adolescenza (15-19 anni). Rispetto al passato, sul piano sociale si osserva un ritardo generalizzato dell'adozione di responsabilità e 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). Combinati all'anticipo della pubertà avvenuta gradualmente durante l'ultimo secolo, questi mutamenti sociali hanno determinato un progressivo 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, specialmente nella seconda fase dell'età adolescenziale, per contrastare la tentazione di parte delle giovani generazioni ad assumere 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). Queste pratiche, tra l'altro, si pongono come contrasto all'apatia e al bullismo giovanile (vedi anche *Scuola che promuove la salute*).

- ✓ Superare il gap della presa in carico nel passaggio dall'adolescenza all'età adulta
- ✓ Promuovere progetti che favoriscano la socializzazione/agggregazione, soprattutto progetti che valorizzino la partecipazione dei giovani allo sport, sostenendo forme di partecipazione attiva alla realizzazione di attività autopromosse
- ✓ 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. Responsabilizzare gli adolescenti e renderli protagonisti della propria crescita

- ✓ Sviluppare linee guida per la salute mentale in età evolutiva prendendo in considerazione gli adolescenti adottati, affidati, immigrati di seconda generazione, in situazione di crisi adolescenziale e giovani con bisogni speciali e problemi comportamentali
- ✓ Considerare in modo strutturato il punto di vista degli adolescenti e dei giovani adulti sui temi della salute e del benessere, sulla programmazione dei servizi a loro dedicati, su come i servizi e la comunità possono essere ancora più efficaci nell'affrontare i loro bisogni
- ✓ 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 social network.



Incidenti stradali

Secondo i dati Istat più recenti, nel 2012 in Trentino si sono verificati 1.491 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato 2.022 feriti e 38 morti. Circa la metà delle vittime ha un'età compresa tra 18 e 44 anni. Quasi due terzi degli incidenti hanno visto coinvolte autovetture, il 17% veicoli a due ruote. Nel 2012 tra i bambini (meno di 10 anni) in Trentino si sono verificati 4 morti (2 pedoni e 2 bambini trasportati) e 74 feriti (17 pedoni, 51 trasportati e 4 conducenti di bicicletta).

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 40% la usa sempre), del 40% con il casco (il 97% lo usa sempre).

L'uso appropriato di dispositivi di sicurezza per i bambini (seggiolini e cuscinetto alzacrimba) 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 14% dichiara di trovare difficoltà nell'uso del seggiolino, indicatore di un uso solo sporadico di questo mezzo di protezione altamente efficace.

- ✓ Advocacy presso i comuni per la riduzione della velocità sulle strade attorno a scuole e altri luoghi di aggregazione giovanile
- ✓ Advocacy presso le forze dell'ordine al fine di incrementare i controlli sull'uso corretto dei seggiolini e delle cinture sui sedili posteriori
- ✓ Percorsi terapeutici ottimizzati per la presa in carico e la riabilitazione di chi subisce un incidente.



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 fattori di rischio, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico). 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. In Trentino si verificano circa 1.300 accessi al Pronto Soccorso di bambini da 0 a 5 anni di cui 900 nel primo anno di vita. Particolarmente preoccupanti sono gli avvelenamenti accidentali, sia per la gravità degli eventi, sia per la loro prevenibilità.

- ✓ 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.

Salute della schiena nei luoghi di studio e di lavoro

Le affezioni cronicodegenerative della colonna vertebrale rappresentano un problema importante (ma trascurato) di sanità pubblica soprattutto in termini di anni di vita vissuti con disabilità. È da tempo dimostrato che la promozione della salute, anche in questo particolare campo, è la principale azione da intraprendere fin dall'età evolutiva.

È quindi importante promuovere (in rete con i diversi esperti, fisioterapisti, medici del lavoro, rappresentanti per i lavoratori sulla sicurezza) una maggiore sensibilizzazione sull'importanza della prevenzione delle patologie croniche 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, che per quanto riguarda le aziende risponde 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 in altri ambiti (scolastico, domestico, hobbistico).



Promozione della salute mentale

“Senza salute mentale la salute non è possibile” ... “Per i cittadini la salute mentale è una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa. Per le società una buona salute mentale contribuisce alla prosperità, alla solidarietà e alla giustizia sociale.” L'attualità dei contenuti del *Libro Verde Migliorare la salute mentale della popolazione* del 2005, ci permettono di individuare alcune azioni prioritarie:

- ✓ Promuovere modelli di prevenzione volti a contrastare i fattori di rischio aspecifici e a potenziare i fattori generali di protezione, quali le abilità (o life skills) individuali e sociali nonché la capacità di affrontare situazioni difficili (resilienza, autostima, empowerment)
- ✓ 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 residenziali

La promozione della salute mentale è presente in maniera trasversale nel Piano per la salute [vedi *Salute nell'adolescenza; Presa in carico delle 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 sani stili di vita

Uno stile di vita salutare 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 non bere più di due bicchieri di alcol al giorno per gli uomini e non più di un bicchiere per le donne) 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 (vedi *Profilo di salute* per



maggiori dettagli). Una minoranza, invece, 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 *Presa in carico delle 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; Ambiente e salute*].



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 sia per gli effetti sulle famiglie e la società nel suo insieme. È necessario monitorare e affrontare questi fenomeni. In Trentino i dati sulle dipendenze indicano come problema principale il consumo ad alto rischio di alcol (28% negli adulti). Solo una minoranza della popolazione consuma stupefacenti (solo 1 persona su dieci e circa 6,5 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, quota che corrisponde al 3,4% della popolazione adulta.

Gli interventi (o l'attività) di prevenzione devono rivolgersi in particolar modo ai giovani, con l'obiettivo di contrastare l'iniziazione al consumo e impedire che i consumatori occasionali diventino regolari e dipendenti.

Secondo la Cochrane collaboration gli interventi psicosociali più promettenti – sia nel contesto familiare che scolastico – sono improntati sullo sviluppo delle abilità cognitive, emotive e relazionali di base (life skills) e non specificamente sul consumo di alcol o droga [vedi *Scuola che promuove la salute e Promozione della salute mentale*]. Sono considerati efficaci anche gli interventi di counselling motivazionale breve, in ambito sanitario.

Gli interventi rivolti ai consumatori di sostanze vanno diversificati 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. È importante che l'approccio sia olistico, mettendo la persona al centro, perché il recupero completo è possibile e auspicabile. In prospettiva e in considerazione dell'esperienza positiva dei Servizi di Alcologia, della rete dei Club e dei gruppi AMA, è opportuno sviluppare 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, 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 cronicodegenerative comprese le demenze. Risulta pertanto 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, l'eccesso ponderale e la sedentarietà. Questi interventi preventivi contribuiscono inoltre a ridurre sia l'ospedalizzazione (in particolare quella prevenibile e quella inappropriata), sia i costi per la cura e la riabilitazione.

Risulta quindi vantaggiosa l'identificazione tempestiva delle persone con profili di rischio aumentati per malattie cronicodegenerative da indirizzare eventualmente verso un'adeguata presa in carico sistemica in grado di potenziare le risorse personali per l'adesione consapevo-

le a stili di vita corretti, offrire interventi specifici di sostegno o, quando necessario, procedure e percorsi terapeutico-assistenziali.

- ✓ Identificare tempestivamente nella popolazione i soggetti in condizione di rischio aumentato per malattie cronic-degenerative da indirizzare verso un'adeguata presa in carico
- ✓ Rafforzare un sistema di cure primarie grazie all'azione dei medici e dei pediatri di famiglia, con il supporto delle diverse professionalità sanitarie e sociali di comunità

Invecchiamento attivo

L'aspettativa di vita in Trentino 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: attualmente in Trentino una persona ogni cinque ha più di 64 anni e tra queste la metà ne ha più di 74. L'invecchiamento della popolazione significa anche un incremento del numero di lavoratori anziani e di persone colpite da problemi di salute, che sono più diffusi nelle età più avanzate (tumori, fratture dell'anca, demenza, malattie cardiovascolari, diabete) e un aumento della complessità assistenziale dovuto 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 sviluppato dall'Organizzazione mondiale della sanità che andando oltre agli aspetti di assistenza definisce "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 dai diversi soggetti (servizi sociosanitari, associazioni, circoli anziani, Università della terza età e del tempo disponibile), in un'unica cornice concettuale che comprenda interventi relativi a tutte e tre le colonne dell'invecchiamento attivo (partecipazione, sicurezza, salute). Un programma che segue un approccio di promozione della salute complessiva, supera gli interventi su singole patologie, con l'obiettivo finale di "aggiungere vita agli anni e non solo anni alla vita". All'interno di questo programma dovrà essere posta particolare attenzione ai seguenti aspetti:

- ✓ Promuovere la "cultura" dell'attività fisica e della socializzazione anche in un'ottica intergenerazionale
- ✓ Sostenere il lavoratore anziano sul posto di lavoro
- ✓ Ampliare l'offerta di servizi a basso intervento assistenziale, rivolti a soggetti autosufficienti, che facilitino la permanenza degli anziani nel proprio ambiente di vita
- ✓ Sviluppare la responsabilità individuale e collettiva attraverso l'attivazione delle risorse presenti sul territorio (trasporti, sostegno intergenerazionale e tra pari, RSA aperte alla comunità, vedi *Macro-obiettivo 3*)
- ✓ Supportare e valorizzare l'attività dei caregiver e delle famiglie nella cura e sostegno delle persone anziane.

Disabilità

La difesa dei diritti delle persone con disabilità è stata interessata negli ultimi anni da un ulteriore riconoscimento: la ratifica della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità (L. 3 marzo 2009, n. 18).

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.



plinare, 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 assistenziale 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'Organizzazione mondiale della sanità prevede la diffusione dell'utilizzo della Classificazione Internazionale del Funzionamento, disabilità e salute (ICF).

- ✓ Pensare a risposte innovative per la presa in carico educativo-riabilitativa e assistenziale delle persone con disabilità (anche grave), ripensando gli attuali servizi, sia in termini di accoglienza diurna o residenziale a bassa soglia sia attraverso lo sviluppo di servizi a rete che promuovano il volontariato sul territorio in una logica di comunità che si prende cura
- ✓ Prevedere modalità organizzative e di formazione del personale capaci di tener conto dei "bisogni speciali" delle persone con disabilità nell'ambito dell'accesso ai servizi socio-sanitari.

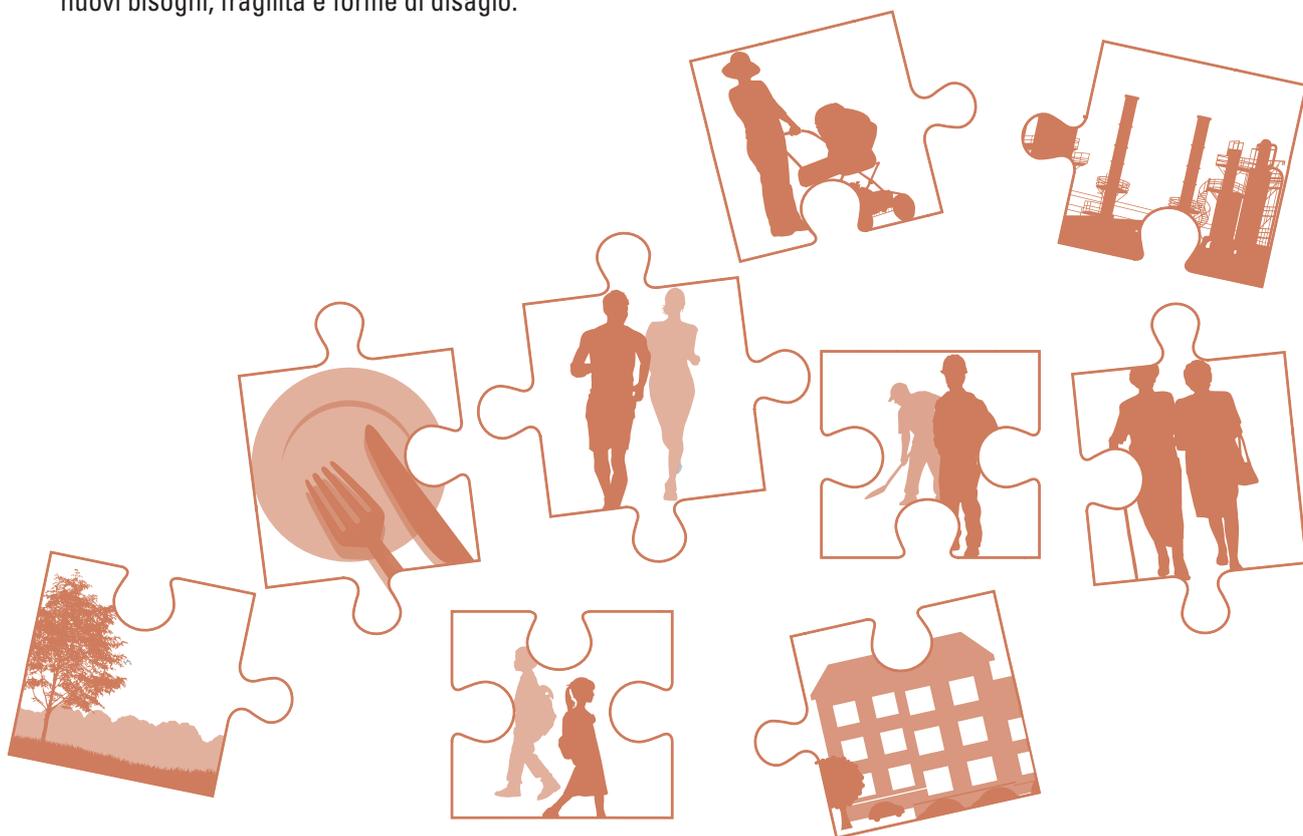
Un contesto di vita e di lavoro favorevole alla salute

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 del Trentino 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.

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 dei trentini non beve affatto o solo molto raramente bevande alcoliche. La quasi totalità dei trentini ha un comportamento responsabile alla guida di automobili e moto, non bevendo più di due bicchieri nell'ora prima di mettersi alla guida e indossando sempre la cintura di sicurezza sui sedili anteriori o il casco. L'uso della cintura posteriore è meno frequente, tuttavia quattro persone ogni dieci dichiarano di usarla sempre. Quasi tutti mangiano quotidianamente almeno una porzione di frutta e verdura e la maggioranza della popolazione è normopeso e fisicamente attiva (almeno parzialmente). Ciò nonostante la crisi socio-economica non ha risparmiato il Trentino, e i sistemi sociali e sanitari si trovano a fronteggiare sfide sempre più pressanti, nuovi bisogni, fragilità e forme di disagio.



Le problematiche principali

Determinanti sociali

Si registra anche in Trentino una crescente disoccupazione (soprattutto giovanile), permane la disuguaglianza di genere nell'occupazione, il lavoro a termine e i contratti atipici stanno aumentando, il 6-10% 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.

Stili di vita

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 ancora una su sei conduce uno stile di vita sedentario, non raramente in maniera inconsapevole. 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, a loro volta alla base della maggioranza dei decessi evitabili che si verificano ogni anno in Trentino (circa 700 decessi/anno entro i 75 anni di età).

Uno stile di vita salutare riduce significativamente 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 bicchieri di alcol al giorno per gli uomini e di un bicchiere per le donne, sono i modi migliori per porre le basi per un invecchiamento attivo e per rimanere a lungo in buona salute e autonomi.

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

Interventi in tutte le politiche

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 dell'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.

Consigli degli operatori sociosanitari

In questo senso 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, sia per la fiducia di cui godono presso di essa. Ad esempio, i consigli dati dai sanitari si sono dimostrati efficaci nel modificare gli stili di vita in molti ambiti (fumo, attività fisica, dieta, consumo di alcol) ma risultano ancora poco integrati nell'attività dei professionisti stessi. 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.

Nel contempo, limitare il discorso degli stili di vita alla sfera della salute individuale senza evidenziare i forti legami con la sostenibilità ambientale sarebbe un errore. Gli stili di vita salutari sono anche quelli più rispettosi dell'ambiente e, viceversa, 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.

Sostenibilità
ambientale

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.

Secondo il progetto di promozione di stili di vita sostenibili della Commissione Europea sono necessari innanzitutto interventi intersettoriali:

- ✓ sui consumi
- ✓ sull'urbanistica e le abitazioni
- ✓ sui luoghi di lavoro e di studio
- ✓ sui trasporti
- ✓ sulla 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:

- ✓ abilitare (rimuovere barriere, dare informazioni, conferire abilità, mettere a disposizione strutture, garantire alternative)
- ✓ impegnare (azioni di comunità, stabilire reti, fori di discussione, campagne mediatiche)
- ✓ incoraggiare (sistemi premianti, riconoscimenti sociali, tassazioni, controlli)
- ✓ esemplificare (dare il buon esempio e raggiungere coerenza 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

Possibili ambiti di intervento per l'implementazione

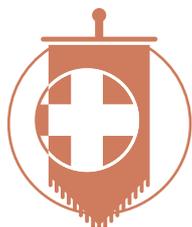
Tavolo interdipartimentale di salute nelle politiche

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

La promozione della salute non è, e non può essere, una responsabilità esclusiva dei servizi socio-sanitari. A livello di giunta dovranno essere definiti i meccanismi di raccordo, condivisione e programmazione unitaria tra i diversi livelli e dipartimenti (e/o assessorati). Ciò ha l'obiettivo, da un lato, di coordinare gli interventi che dimostrano di avere un impatto positivo sulla salute, garantendone unitarietà, intersettorialità 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.



Amministrazione pubblica a favore alla salute

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

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'APSS (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).



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

Incrementare iniziative di counselling sugli stili di vita in ambito sociosanitario, 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 per quanto riguarda la prevenzione che la terapia di numerose patologie: malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche e diabete.

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 occorre 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 (tutti hanno un medico di medicina generale).

In ambito sociale sono poche le risorse (circa il 2%) attualmente destinate ad attività di prevenzione e promozione della salute. È quindi importante una redistribuzione di risorse, ad esempio a favore della formazione di assistenti sociali e amministratori di sostegno (una figura professionale che aiuta a conservare la capacità di agire della persona, fornendo supporto laddove non è autonoma), affinché possano indirizzare le persone verso stili di vita sani. Ciò è importante specialmente per le persone a rischio di emarginazione sociale, poiché l'attività fisica praticata insieme ad altre persone può contribuire a romperne l'isolamento oltre che a ridurre la sedentarietà.

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 la salute (Health Promoting Hospitals and Health Services) e quella dei Referenti Alcolologici di Reparto (RAR) che in Trentino ormai da tempo hanno ampliato il loro spettro 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.

Scuola che promuove la salute

La scuola offre il setting più opportuno per favorire lo sviluppo di competenze per la salute di giovani e bambini.

L'approccio della scuola che promuove la salute è globale, coinvolge l'intera comunità scolastica ed extra-scolastica e punta innanzitutto allo sviluppo di politiche coerenti, di interventi sull'ambiente scolastico, di azioni volte a sviluppare le abilità di vita (life skills), oltre all'educazione alla salute nelle classi e la promozione di sani stili di vita.

Particolare attenzione va posta (oltre a fumo, alcol e altre sostanze) anche 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 anche per promuovere una corretta alimentazione, sia nelle mense scolastiche sia con iniziative di educazione all'acquisto e al consumo consapevole.

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.

L'istruzione è di per sé un importante determinante di salute e quindi tutte le misure volte a contrastare l'abbandono scolastico e a migliorare l'apprendimento di tutti gli allievi fanno parte integrante della strategia delle scuole che promuovono la salute.

L'obiettivo a lungo termine è quello di implementare la strategia delle Scuole per la Salute in Europa (SHE) a livello provinciale, in tutte le scuole, a partire da procedure, criteri e obiettivi chiari e condivisi.



Aziende che promuovono la salute

Promuovere e garantire la salute di tutti i lavoratori sul luogo di lavoro.

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, da un lato, essere garantita la sicurezza del lavoratore e prevenuti infortuni e malattie professionali. Dall'altro l'ambiente lavorativo dovrebbe anche favorire la promozione della salute in termini più ampi, rendendo più facile e conveniente l'adozione di stili di vita e comportamenti favorevoli alla salute.

A tal fine occorre implementare a livello delle aziende un insieme coordinato di programmi che copra gli ambiti fondamentali della promozione della salute. Tali programmi devono includere attività specifiche, norme di comportamento (policies) aziendali, la messa a disposizione di benefici, strutture e supporti anche attraverso la creazione di legami con la comunità esterna all'azienda. Infatti 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, non solo per quanto riguarda la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali ma anche la promozione della salute in generale in quanto parte della responsabilità sociale d'impresa. In tal senso va indirizzato maggiormente anche 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 infortuni e malattie professionali. Le buone pratiche dovrebbero affrontare i seguenti ambiti: alimentazione, tabacco, attività fisica, alcol, sicurezza stradale e mobilità sostenibile, il benessere personale, organizzativo e psico-sociale e la 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.



Processi di inclusione sociale e lavorativa delle persone adulte a rischio di emarginazione

Promuovere attività di inclusione sociale e lavorativa nei confronti di persone che, a fronte della crisi economico-finanziaria, si trovano costrette a chiedere un sostegno pubblico.

Considerata l'importanza di affrontare e risolvere queste difficoltà, generalmente di tipo economico, prima che le stesse si trasformino in problematiche sociali, si rende necessaria l'individuazione di una procedura condivisa per l'attivazione di una rete di servizi che coinvolgano le politiche del lavoro, quelle della casa oltre alle politiche sociali e sanitarie e permettano la presa in carico immediata di queste situazioni.

Occorre predisporre un intervento tempestivo quando insorgano situazioni di rischio (perdita del lavoro, perdita della casa), soprattutto in presenza di minori, anche in collaborazione con gli altri settori dell'amministrazione pubblica (lavoro, edilizia, ecc.) con l'attenzione di favorire il protagonismo delle persone nella società [vedi anche *Punto di riferimento unico per le persone*].

È necessario costruire un sistema che favorisca una vita dignitosa a tutti, predisponendo un modello di accoglienza a bassa soglia e un'offerta adeguata di posti letto per soggetti senza fissa dimora.

Anche in tale contesto, la promozione della pratica motoria e dell'attività fisica, oltre a produrre effetti positivi sulla salute, può diventare centro di una rete di relazioni sociali che possono offrire ai soggetti a rischio di isolamento l'opportunità di creare nuovi legami e rafforzare reti di vicinato.



Salute urbana

Prevedere spazi adatti all'attività fisica e alla socializzazione, una adeguata presenza di verde urbano, bassi livelli di inquinamento, tenendo conto di criteri di eco-sostenibilità nella (ri)costruzione degli edifici.

Un ambiente urbano favorevole alla salute dovrebbe prevedere spazi adeguati all'attività fisica e alla socializzazione, e garantire la sicurezza delle infrastrutture per il trasporto (pubblico e privato), con particolare riguardo agli utenti deboli della strada.

La presenza di verde urbano è associata ad una riduzione del rischio di sviluppare malattie, quali il diabete.

L'inquinamento atmosferico è legato a diverse malattie croniche, quello acustico a livelli di stress, durata e qualità del sonno, fattori importanti per il benessere e la salute.

Applicare criteri di eco-sostenibilità nella (ri)costruzione degli edifici ha effetti positivi e duraturi. Anche in questo ambito bisogna ridurre le disuguaglianze sociali, mettendo a disposizione abitazioni e spazi urbani di qualità all'intera popolazione.

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 una serie di requisiti minimi per rispettare il criterio di benessere fisico, mentale e sociale nelle scelte urbanistiche. Particolare importanza riveste l'adattamento delle città al movimento con una riconquista degli spazi urbani da parte di pedoni, ciclisti e bambini che si devono poter muovere e giocare in autonomia e sicurezza
- ✓ Promuovere buone pratiche in materia di eco-sostenibilità nella (ri)costruzione di edifici, anche in relazione al rischio radon

- ✓ Promuovere forme di trasporto attivo (a piedi, in bicicletta o con mezzi pubblici) con particolare attenzione agli spostamenti lavoro/studio
- ✓ Promuovere iniziative di social housing (per chi non riesce a soddisfare il proprio bisogno abitativo per ragioni economiche), ad esempio “condomini solidali”, co-housing, ecc.

Ambiente e salute

Le relazioni tra ambiente e salute sono numerose. L'inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, quello acustico e le radiazioni possono costituire rischi per la salute, mentre comportamenti individuali favorevoli alla salute proteggono anche l'ambiente.

Per quanto riguarda l'alimentazione i tre ambiti con maggiore impatto positivo su “ambiente e salute” sono: la riduzione del consumo di carne, latte e latticini, la riduzione del consumo di cibi spazzatura e la riduzione dei rifiuti alimentari (come indicato dall'International Union for Health Promotion and Education).

Per quanto riguarda il trasporto attivo, muoversi di più a piedi, in bici o utilizzando più spesso i mezzi pubblici potrebbe ridurre significativamente 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). Nel contempo l'incremento del trasporto attivo ridurrebbe anche l'inquinamento dell'aria, quello acustico e il consumo di risorse non rinnovabili.

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. Le istituzioni sociosanitarie, ma anche altri settori della società (eventi sportivi, convegni, ristorazione pubblica, attività turistiche), dovranno valutare la loro impronta ecologica e impegnarsi per ridurla.

La valutazione dell'impatto sulla salute è inoltre 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.



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: crisi economico-finanziaria, associata a un aumento dei costi dell'assistenza sanitaria e sociale e a una sostanziale riduzione delle risorse; invecchiamento della popolazione, con un aumento delle persone affette da malattie croniche e bisogni assistenziali, a cui le reti familiari faticano a far fronte, e un incremento della domanda di prestazioni sanitarie e sociali; mancanza di lavoro, con un aumento della povertà e dell'area della vulnerabilità (percorsi occupazionali discontinui e precari portano a conseguenze gravi sul benessere delle persone), una fragilizzazione dei percorsi esistenziali e una frammentazione delle comunità (reti familiari e sociali fragili, difficoltà da parte delle famiglie ad assolvere compiti educativi, di cura, di integrazione sociale, diffusione di situazioni di povertà, aumento delle condizioni di insicurezza e di precarietà a causa di percorsi lavorativi discontinui); disuguaglianza nell'accesso ai servizi, legata a condizioni sociali, economiche, demografiche complesse (istruzione, situazione lavorativa, cittadinanza).

C'è quindi la preoccupazione per la sostenibilità dei servizi offerti ed è chiara la sfida di coniugare la diminuzione delle risorse con la necessità di garantire equità e solidarietà in un contesto in cui le disuguaglianze aumentano.

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. In sostanza, guardando al futuro è necessario 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).

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, settoriali e 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.

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 un universalismo selettivo, che consente l'accesso di tutti i cittadini ai servizi differenziato 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.

Possibili ambiti di intervento per l'implementazione

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, sociale, 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.

La struttura dell'offerta

La domanda dei cittadini

In sintesi



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

È opportuno:

- ✓ 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, con l'obiettivo di sviluppare il benessere del cittadino.



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 innovative e flessibili prevedendo un'unica regia e punto di riferimento (ad esempio un accompagnatore o tutor unico) per l'intero processo di cura/assistenza. A tale processo possono partecipare più soggetti, ciascuno con una precisa responsabilità in termini di qualità di servizio.

In quest'ottica rientra anche l'istituzione di un servizio di emergenza sociale in grado di fornire al territorio una risposta veloce alle situazioni di estrema criticità che necessitano di una immediata presa in carico, garantire gli interventi urgenti in qualunque momento e condizione e promuovere una rete fra tutte le istituzioni pubbliche, che a vario titolo sono chiamate ad intervenire in situazioni di emergenza.



Partecipazione e corresponsabilità nei servizi

Rendere protagonisti i soggetti del territorio (organizzazioni, associazioni, cittadini, ente locale) nella definizione della "comunità che vogliamo" significa partire da un comune interesse e nel tempo costruire una cultura etica e di responsabilità sociale.

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 co-partecipare e co-costruire il sistema, vanno quindi costruite partnership tra cittadini, comunità, organizzazioni, enti pubblici e privati, superando il dualismo pubblico-privato, applicando il principio della sussidiarietà.

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.

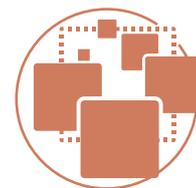
Fare questo significa valorizzare anche il quarto settore nonché il sapere esperienziale dei cosiddetti utenti, ma anche dei familiari e più in generale dei cittadini.

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 nell'ottica della co-produzione di servizi e di promozione della salute.

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.

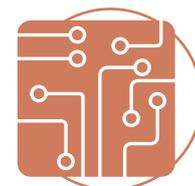
La misurazione di indicatori di efficienza, efficacia e qualità degli interventi e di tutti i servizi erogati è importante per migliorare la conoscenza dei bisogni e del sistema integrato dell'offerta, per consentire il monitoraggio e la valutazione dei livelli di benessere sociale nel territorio provinciale, 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 che permettano, attraverso l'ausilio della telemedicina e del telemonitoraggio e dell'assistenza a domicilio, di 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. Occorre quindi sviluppare e utilizzare le tecnologie dell'informazione e della comunicazione su quattro livelli:

- ✓ Livello delle 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")
- ✓ Livello delle 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")
- ✓ Livello sociosanitario, a supporto dell'integrazione dei diversi servizi (reti "e-Care")
- ✓ Livello dei sistemi di salute personalizzati, introducendo strumenti per la raccolta e condivisione dei dati attraverso i quali i cittadini possano accedere a percorsi più personalizzati ("p-Health").



Rivedere il sistema di accreditamento dei servizi

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 "leggeri", 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 "leggeri" come partner accreditati del servizio pubblico.



Riorientare gli investimenti dall'ospedale al territorio

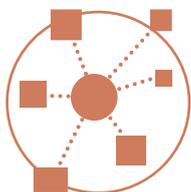
Occorre costruire un percorso (da condividere anche con i cittadini) che porti a ri-considerare, ri-vedere, ri-progettare l'intero sistema dell'offerta, accompagnato da un ri-orientamento ragionato delle risorse disponibili. L'indicazione è quella di ridistribuire le risorse dall'assistenza ospedaliera 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

Le progettualità che riguardano i cittadini devono avere come riferimento la rete dei medici convenzionati. 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. A tale fine occorre avviare una “costituente” della medicina generale perché il ruolo e la funzione della medicina generale non possono essere svolti da un professionista che lavora da solo (per quanto competente), ma è necessario che sia supportato da un 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 al distretto, 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. Tale proposta apre alla necessità di 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, il “senso”, la quotidianità, le difficoltà, la storia). Inoltre, bisogna individuare modalità concrete per: rafforzare maggiormente i rapporti con la rete ospedaliera, i distretti 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.

Per esempio, vanno sostenute da un lato le iniziative intergenerazionali (in collaborazione con scuole, associazioni) all'interno delle strutture, dall'altro 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. Ciò è necessario per fare fronte a nuove sfide:

- ✓ L'innovazione dell'assistenza territoriale dovrà avvenire anche attraverso l'evoluzione della figura dell'infermiere e dell'assistente sociale. Entrambi dovranno essere protagonisti nei processi di cura e assistenza, nonché nelle attività di prevenzione e promozione della salute. Dovranno poter lavorare con maggiori spazi di autonomia all'interno di processi integrati, insieme ad altre figure professionali coinvolte e con la persona stessa, dando luogo a una contaminazione reciproca e alla condivisione delle responsabilità
- ✓ La riprogettazione dell'area della riabilitazione dovrà essere in grado nel prossimo futuro di rispondere in modo adeguato e sostenibile alle nuove esigenze delle persone in tutto l'arco della vita e nei diversi setting assistenziali, valorizzando la rete dei punti di erogazione
- ✓ La riqualificazione della formazione, l'aggiornamento e il controllo dell'applicazione effettiva delle nuove competenze professionali quali la capacità di entrare in relazione, finora ritenuta più una caratteristica personale (quando e se presente). In questo modo la formazione può diventare uno strumento d'elezione per promuovere una reale umanizzazione delle cure e dei servizi erogati dalle strutture. Umanizzazione intesa come approccio olistico al paziente che integri gli aspetti biologici, psicologici e sociali della persona, per attuare un processo terapeutico che abbia come scopo il miglioramento della qualità di vita complessiva. In un'ottica di formazione co-prodotta occorre valorizzare anche il sapere esperienziale delle persone e delle comunità.



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, di creatività, di "imprenditorialità". 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. La responsabilità sui risultati, un adeguato controllo di processo, dei tempi e dei costi, devono essere elementi fondanti della responsabilità direttiva.

È importante consolidare modelli, metodi e strumenti di crescita basati sulle competenze, allo scopo di sostenere il miglioramento organizzativo e di supportare i singoli operatori nella realizzazione dei propri obiettivi professionali.



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 sanità 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 dei bisogni di salute; l'incremento della competenza in salute della popolazione [vedi obiettivo "Migliorare la comunica-



zione e competenza in salute”]; la trasformazione delle conoscenze scientifiche in sapere e prassi diffusi socialmente.



Riduzione degli sprechi

Gli sprechi non sono ammessi, dev'essere più di una raccomandazione di buon senso. Pertanto vanno individuate, in modo collaborativo, modalità di riduzione degli sprechi. 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 ad 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 e confrontarne l'utilizzo da parte dei singoli prescrittori al fine di migliorare ulteriormente l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche
- ✓ Porre attenzione alla diagnostica delle immagini agendo principalmente su tre elementi: informazione/formazione degli utenti; responsabilizzazione dei medici prescrittori e governo dell'offerta diagnostica da parte delle strutture sanitarie
- ✓ Razionalizzazione degli interventi del welfare provinciale alle luce del criterio di universalità selettiva e attivando percorsi di cittadinanza attiva
- ✓ Valorizzazione delle risorse informali del territorio, da affiancare anche agli operatori professionali che così avrebbero più tempo da dedicare ad altri servizi.

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, rappresentando 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 sanitari, ma anche, e soprattutto, alle condizioni di lavoro, al livello di istruzione, alla distribuzione del reddito e dei fattori di rischio comportamentali.

Intervenire sulle disuguaglianze 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.

Come si legge nella Carta di Ottawa, «la promozione della salute focalizza l’attenzione sul raggiungimento dell’equità in tema di salute. Per mettere in grado tutte le persone di raggiungere appieno il loro potenziale di salute, l’azione della promozione della salute punta a ridurre le differenze nello stato di salute attuale e ad assicurare pari opportunità e risorse».

In tema di situazione economica e di disuguaglianze sociali, il Trentino si presenta come un’isola felice nel contesto italiano. All’interno di una popolazione con un tenore di vita medio più che soddisfacente come quello trentino, permangono comunque strati di popolazione con condizioni economiche tali da rendere difficile il conseguimento di uno standard di vita accettabile. L’associazione tra determinanti sociali e stili di vita evidenziata in letteratura trova conferma anche nel contesto trentino. L’impatto di livello d’istruzione, cittadinanza, situazione lavorativa e condizioni economiche si registra soprattutto su fumo, sedentarietà ed eccesso ponderale, 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).



Possibili 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.

A tal fine 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 del progetto 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 sia agire sul gradiente sociale (vedi *Guida per l'azione*) sia sviluppare interventi di sostegno alle persone in situazione di vulnerabilità sociale.

Vanno per esempio 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 e formazione, e di sostegno alle relazioni familiari e genitoriali in vista del reinserimento sociale e, più in generale, occorre impegnarsi anche all'interno del carcere per attività di promozione della salute.

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. Avvicinare le persone nel loro contesto di vita può aiutare a promuovere l'inclusione e far cadere i pregiudizi, in questo senso sono appropriati sia i servizi a bassa soglia sia altre iniziative di uscita sul territorio. Una insufficiente conoscenza delle opportunità offerte dai servizi e delle loro modalità di fruizione, differenze culturali e linguistiche, l'instabilità della condizione lavorativa, il maggior rischio di povertà ed esclusione sociale (che penalizza una famiglia straniera su due), costituiscono fattori sfavorevoli che possono avere effetti negativi sulla salute.

Vanno sostenute le iniziative di contrasto alla *violenza di genere* e vanno garantite assistenza e accompagnamento a chi non ha strumenti conoscitivi, affettivi, economici per uscire da una situazione di sopruso. La violenza di genere riguarda una molteplicità di violenze sulle donne: fisica, psicologica, economica, sessuale. È un fenomeno che riguarda tutte le fasce sociali e non è risolvibile solo con l'inasprimento delle pene. La promozione della salute può concorrere ad una maggiore consapevolezza delle donne rispetto a sé.

Più in generale, il tema dei diritti di cittadinanza si lega a quello sul reddito di garanzia (facendo attenzione ad evitare derive assistenziali, mettendo piuttosto l'accento sull'attivazione delle persone), 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 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 dalle prime fasi della vita – gravidanza e sviluppo precoce 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 particolarmente svantaggiati e vulnerabili. 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 fetta 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 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** – la resilienza, le capacità e i punti di forza di individui e comunità – e di affrontare i rischi e pericoli a cui i cittadini sono esposti.
- ✓ L'importanza dell'**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. 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, e adottare uno stile di vita sano. Una limitata *health literacy* porta ad autopercezioni 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.

Interventi in tutte le politiche

La competenza in salute comprende cinque ambiti:

- ✓ **salute personale** (conoscenze di base sulla salute, sui comportamenti salutari ecc)
- ✓ **orientamento nel sistema sanitario e dei servizi sociali** (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)
- ✓ **politica sanitaria** (capacità di agire politicamente informati – impegno 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.

Possibili 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, e di fornire risposte adeguate su rischi legati ai comportamenti della vita quotidiana
- ✓ Rafforzare la capacità delle persone di fare scelte consapevoli riguardo alla salute, sostenerle nella loro autonomia decisionale, favorire il loro protagonismo all'interno di un percorso di cura, con particolare attenzione a chi si trova a vivere una situazione di fragilità, malattia e cambiamento (disabilità, pazienti oncologici) e deve essere messo nelle condizioni di prendere decisioni informate e intraprendere un percorso terapeutico e di cura condiviso
- ✓ 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 andrebbe posta ai canali (social media ma non solo), ai contesti (ad esempio la scuola, quale ambiente determinante per migliorare conoscenze e orientare comportamenti salutari, basti pensare alla sana alimentazione) e allo stile e ai mezzi di comunicazione al fine di raggiungere le nuove generazioni (bambini, adolescenti, giovani)
- ✓ 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
- ✓ Favorire la conoscenza della lingua inglese tra gli operatori, affinché siano in grado di reperire in modo indipendente informazioni dalla letteratura scientifica internazionale.



Metodologia di elaborazione del piano

Antefatti significativi nella pianificazione sociosanitaria

Piani sociali di Comunità

Dal 2011 sono state avviate sul territorio una molteplicità di esperienze di pianificazione che hanno interessato le Comunità di Valle e i distretti. Il lavoro per la pianificazione territoriale è stato avviato nel 2011 con lo sviluppo dei Piani sociali di Comunità che ha visto il coinvolgimento degli attori del territorio che operano nell'ambito socio-assistenziale, sanitario, dell'istruzione, del volontariato.

A seguito di un lavoro partecipativo molto intenso sono stati approvati tra la fine del 2011 e i primi mesi del 2012 i 16 Piani sociali di Comunità.

Corso OMS

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 svoltosi in 4 giornate e rivolto ai professionisti e decisori in ambito sia sociale che sanitario dei quattro Distretti e delle 16 Comunità di Valle.

Durante il percorso sono state fornite conoscenze e metodi per l'avvio della stesura di piani per la salute di distretto 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. I Piani di distretto sono stati presentati alla fine del percorso e sono stati deliberati nel 2014.

Il Piano per la salute

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 di regia sociosanitaria all'interno del Dipartimento di 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 "alti".

In seguito, il gruppo di lavoro ha definito per ogni macro-obiettivo degli ambiti prioritari di intervento e ha individuato alcuni obiettivi specifici da mettere in discussione.

Per garantire un approccio che tenesse conto delle diverse dimensioni degli interventi e della necessità di considerare l'intero arco della vita, 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, posto di lavoro e di studio). Inoltre, si è tenuto conto degli obiettivi già decisi all'interno di

Piani internazionali, nazionali e provinciali di settore; è stato privilegiato un approccio di salute in tutte le politiche in modo da garantire la trasversalità degli interventi; si è considerato l'intero arco della vita, ponendo attenzione alla riduzione delle disuguaglianze nella salute (sociali e territoriali).

La scelta di un percorso partecipativo

Gli organi legislativi e le proposte normative sempre più indirizzano le amministrazioni pubbliche ad introdurre strumenti tecnologici finalizzati ad incrementare e garantire la partecipazione attiva dei cittadini alle decisioni politiche e istituzionali.

Il tema della salute in tutte le sue componenti – strategiche, di programmazione, sociosanitarie – è probabilmente l'argomento maggiormente sentito non solo dalle istituzioni ma da tutta la cittadinanza. È in questo contesto che si colloca la scelta di costruire il Piano per la salute del Trentino, con importante valenza strategica di lungo periodo (2015-2025), in modo partecipato e aperto al contributo di più soggetti.

La piattaforma di consultazione online messa a disposizione dalla Provincia, con il Progetto per la Trasparenza e Partecipazione, rappresentava lo strumento idoneo per permettere una partecipazione ampia, in un arco di tempo ragionevole.

La scelta di aprire la partecipazione prima agli addetti ai lavori (tecnici, esperti, referenti di enti e organizzazioni che lavorano sui temi della salute) e poi a tutti i cittadini rispondeva all'esigenza di coinvolgere, ascoltare e dare voce ad una pluralità di punti di vista, saperi e competenze.

Prima versione del Piano e presentazioni

La prima versione del Piano per la salute è stata discussa in molte sedi, con incontri dedicati a specifici gruppi di interesse, enti, dipartimenti ed è stata presentata pubblicamente durante un seminario di avvio della prima fase di consultazione il 18 novembre 2014.

Sono seguite altre presentazioni pubbliche a gruppi di interesse, enti, associazioni che ne hanno fatto richiesta, e ai Consigli per la salute di tutte le Comunità di Valle, per ampliare il confronto e promuovere la partecipazione.

Prima fase di consultazione

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 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.

Integrazioni e rielaborazione del documento di Piano

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, dell'Azienda Provinciale per i servizi Sanitari e del Progetto per la trasparenza e la partecipazione (PAT). Questa proposta avanzata di Piano per la salute del Trentino, pur mantenendo l'impianto generale (linee guida, obiettivi strategici e trasversali) della proposta preliminare presentata a novembre 2014,

risulta integrata e arricchita dalle osservazioni prevenute, secondo criteri di pertinenza e congruenza. Tali criteri hanno permesso di integrare il documento, riformularlo in buona parte, specie per quanto riguarda il terzo macro-obiettivo (*Un sistema socio-sanitario con la persona al centro*), e aggiungere molti contributi di carattere strategico.

Altri contributi più operativi, pur pertinenti con l'impianto generale, rimangono a disposizione in vista dell'elaborazione di piani operativi che possono accogliere azioni e progetti specifici.

Seconda fase di consultazione

La seconda fase di consultazione è aperta al contributo di tutti dal 1 aprile al 31 maggio 2015. Chi ha partecipato alla prima fase e ha interesse a commentare le proposte e formularne di nuove può comunque partecipare. Inoltre, in ciascuna Comunità di Valle saranno attivi dei tavoli territoriali per accompagnare e promuovere la partecipazione sul territorio.

Piano per la salute – Cronoprogramma

- ✓ Incontro di avvio nell'ambito del Progetto Trasparenza e Partecipazione
10 settembre 2014
- ✓ Predisposizione proposta per il superamento degli ostacoli normativi alla stesura di un Piano per la salute strategico unico sociale e sanitario
Settembre 2014
- ✓ Predisposizione 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 consigliere permanente
11 novembre 2014
- ✓ Presentazione ai responsabili dei servizi sociali delle Comunità di Valle
11 novembre 2014
- ✓ Seminario/convegno di avvio + 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 (60 giorni)**
1 aprile – 31 maggio 2015
- ✓ **Elaborazione dei risultati della consultazione**
Entro luglio 2015
- ✓ **Stesura del Piano definitivo**
Entro settembre 2015
- ✓ **Giunta adotta il Piano e lo trasmette agli enti previsti dalla normativa specifica (ddl 56)**
- ✓ **Giunta adotta il Piano in via definitiva**
Entro novembre 2015
- ✓ **Convegno e conferenza stampa di presentazione del Piano**
Entro dicembre 2015

