

I QUADERNI
DELLA FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI CUNEO

NOVEMBRE 2015

Prevenire e promuovere

Politiche e progetti
per la salute
in provincia di Cuneo

Q26



I QUADERNI DELLA FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO DI CUNEO

La collana Quaderni della Fondazione CRC mette a disposizione i risultati delle ricerche socio economiche promosse dal Centro Studi per esplorare temi di interesse e di prospettiva per il territorio della provincia di Cuneo e per contribuire alla realizzazione e alla valutazione dell'attività propria della Fondazione.

La presente ricerca è stata promossa e finanziata dalla Fondazione CRC e realizzata in collaborazione con un gruppo di ricerca composto da: Franca Beccaria (Istituto di ricerca e formazione Eclectica), Giuseppe Costa (Dipartimento Scienze Cliniche e Biologiche dell'Università di Torino), Umberto Falcone (SC DoRS Regione Piemonte – Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute, ASL TO3), Maurizio Marino (SCaDU Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3), Sara Rolando (Istituto di ricerca e formazione Eclectica), Claudio Tortone (SC DoRS Regione Piemonte – Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute, ASL TO3), Gabriella Viberti (esperta di Programmazione Sanitaria, consulente Ires Piemonte).

Centro Studi Fondazione CRC: Elena Bottasso, Stefania Avetta, Renato Lanzetti ed Elena Piancastelli (coordinamento scientifico e redazionale).

Un ringraziamento particolare va all'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, alle Amministrazioni comunali, alle ASL CN1 e CN2, agli Enti gestori dei servizi socio assistenziali, agli Istituti scolastici della provincia di Cuneo e a tutti coloro che si sono resi disponibili a collaborare alla ricerca rispondendo ai questionari, partecipando agli incontri e fornendo ai ricercatori idee, dati utili e considerazioni di grande interesse durante tutto il percorso di realizzazione del lavoro.

NOVEMBRE 2015

Prevenire e promuovere

Politiche e progetti per la salute
in provincia di Cuneo



**FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI CUNEO**

CENTRO STUDI

© 2015 Fondazione CRC
Via Roma 17 – 12100 Cuneo – Italia
www.fondazionecrc.it
ISBN 9788898005123

Il documento in formato PDF è scaricabile dal sito www.fondazionecrc.it
È vietata la riproduzione dei testi, anche parziale, senza autorizzazione

Progetto grafico e impaginazione: Bosio.Associati – Savigliano
Stampa: Tipolito Europa

Chiuso in tipografia a novembre 2015



Indice

p. 8	Presentazione
10	Introduzione
13	1. Il dibattito sulla prevenzione e promozione della salute <i>di Claudio Tortone e Giuseppe Costa</i>
13	1.1 La salute è un bene: diritto individuale e interesse collettivo
14	1.2 La salute non è uguale per tutti: i determinanti di salute più promettenti per la prevenzione
17	1.3 Salute e malattia: come la medicina può avvantaggiarsi di una prevenzione focalizzata sui determinanti del benessere e della qualità della vita
22	1.4 Condividere un modello è già essere a metà strada del percorso: <i>l'empowerment</i>
23	1.5 Prevenzione o promozione? Oltre i paradigmi e le tradizioni verso una visione costruita insieme per la Salute in Tutte le Politiche
26	1.6 Perché la promozione della salute fatica a diventare una priorità nelle politiche?
27	1.6.1 Debolezza di mandato e domanda sociale emergente, ma frammentata
27	1.6.2 Le disuguaglianze: una chiave di lettura ancora poco usata
28	1.6.3 La Salute in Tutte le Politiche: un approccio ancora troppo poco usato dai decisori locali
29	1.6.4 Governance partecipativa tra settori e <i>stewardship</i> da parte della sanità: una sfida ancora tutta da giocare
30	1.6.5 Azioni di prevenzione e promozione della salute fondate su partecipazione ed <i>empowerment</i> e a partire dai <i>setting</i> : ancora troppi interventi informativi ed educativi
30	1.6.6 I professionisti della prevenzione e promozione della salute: invecchiano senza un ricambio?
31	1.6.7 Il ruolo delle prove di efficacia: più valutazione e più teoria
33	2. La governance: normativa, programmazione e organizzazione <i>di Claudio Tortone - Gabriella Viberti - Giuseppe Costa</i>
33	2.1 La prevenzione nella programmazione sanitaria nazionale: i Livelli Essenziali di Assistenza
37	2.2 Le politiche di prevenzione e promozione della salute: dall'Europa al Servizio Sanitario italiano
42	2.2.1 Visione e principi
43	2.2.2 Obiettivi strategici
44	2.2.3 Ambiti prioritari e macro-obiettivi
46	2.2.4 Governance partecipativa e <i>stewardship</i> : responsabilità e collaborazione

47	2.3 Il nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018: obiettivi, organizzazione e azioni
53	3. Lo stato di salute della popolazione in provincia di Cuneo <i>di Maurizio Marino e Giuseppe Costa</i>
53	3.1 Le condizioni di vita e salute
56	3.2 La salute percepita
58	3.3 Le limitazioni funzionali
59	3.3.1 L'indice di cronicità
60	3.4 La salute mentale e le dipendenze (alcol)
61	3.5 I determinanti della salute
61	3.5.1 I fattori che spiegano di più la variazione di salute nella popolazione
65	3.5.2 I determinanti di contesto: le Aree Interne
65	3.6 I fattori di rischio individuali
65	3.6.1 Fumo di tabacco
66	3.6.2 Attività fisica
67	3.6.3 Peso corporeo
69	3.7 L'attenzione alla prevenzione
69	3.7.1 Controllo di colesterolo, glicemia e pressione arteriosa
70	3.7.2 Prevenzione dei tumori femminili
70	3.7.3 Il contributo degli operatori sanitari
71	3.8 La qualità dell'ambiente
71	3.8.1 Aria
71	3.8.2 Radon
72	3.8.3 Rifiuti
73	3.8.4 Rumore
74	3.9 La sicurezza alimentare
74	3.10 La prevenzione delle malattie infettive
76	3.11 Gli infortuni sul lavoro
77	4. Prevenzione e promozione della salute in provincia di Cuneo: attività e risorse dedicate <i>di Gabriella Viberti</i>
78	4.1 Le attività di prevenzione e promozione della salute: un perimetro delineabile sulla base delle indicazioni normative
78	4.2 Le risorse dedicate alla prevenzione in Piemonte e in provincia di Cuneo
81	4.3 L'organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL CN1 e CN2
82	4.4 Analisi della performance dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL CN1 e CN2
83	4.4.1 Le attività istituzionali
85	4.4.2 Le attività locali in ottemperanza al Piano Regionale di Prevenzione 2010-12

93	4.4.3 La sorveglianza di popolazione
94	4.4.4 Alleanze e sinergie interne ed esterne alle ASL CN1 e CN2
96	4.4.5 I progetti di Promozione della Salute
101	5. La Salute in Tutte le Politiche: un'indagine in provincia di Cuneo
	<i>di Franca Beccaria e Sara Rolando</i>
101	5.1 Obiettivi e metodi
105	5.2 La salute nelle politiche dei comuni
105	5.2.1 Ambiti di intervento
118	5.2.2 Coinvolgimento della cittadinanza e programmazione partecipata
120	5.2.3 Costi e fonti di finanziamento
122	5.2.4 In sintesi
124	5.3 La salute nelle politiche degli Enti gestori
124	5.3.1 I progetti
128	5.3.2 Esperienze di programmazione partecipata
129	5.3.3 Fonti di finanziamento
130	5.3.4 Gli attori a confronto: risultati dei focus group
137	6. Buone prassi
	<i>di Umberto Falcone - Maurizio Marino - Claudio Tortone - Gabriella Viberti</i>
137	6.1 Dove cercare le soluzioni che servono per la prevenzione e la promozione della salute
139	6.2 Il livello macro-organizzativo delle politiche
140	6.2.1 I percorsi dei pazienti cronici: la gestione integrata dei pazienti diabetici
141	6.2.2 Un esempio di innovazione organizzativa: l'assistenza psicologica nelle Cure Primarie
142	6.3 Il livello micro-progettuale: gli interventi specifici
145	7. Considerazioni finali
145	7.1 Prevenire e promuovere
150	7.2 In provincia di Cuneo
154	7.3 Indicazioni di policy
159	Allegato n. 1 – Questionari inviati ai Comuni e agli Enti gestori dei servizi socio assistenziali
173	Allegato n. 2 – Buone prassi: schede progettuali
198	Glossario
200	Bibliografia
203	Sitografia

Presentazione

La Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo assume tra i propri obiettivi strategici il miglioramento delle condizioni di salute dei cittadini della provincia di Cuneo: il Piano Programmatico Pluriennale 2013-2015 aveva individuato infatti tra gli ambiti di intervento il Settore Salute Pubblica, in cui, a complemento degli investimenti in innovazione tecnologica delle strutture sanitarie e degli interventi per rafforzare il modello di integrazione socio sanitaria, si promuovono iniziative volte a “diffondere e potenziare la visione e la pratica della salute in tutte le politiche, al fine di favorire il benessere dei cittadini e delle comunità locali”. Visione che è stata confermata nel Piano Programmatico Pluriennale 2016-2017, recentemente approvato.

In questa prospettiva, il Centro Studi della Fondazione – che ha il compito di esplorare e indagare temi emergenti e prioritari per la comunità provinciale attraverso la sua attività di ricerca – ha realizzato uno studio sulla prevenzione e la promozione della salute in provincia di Cuneo con l’obiettivo di delineare un quadro concettuale della tematica e una ricognizione delle principali politiche e iniziative realizzate in questo ambito.

L’analisi, che viene presentata in questo Quaderno, è stata condotta da un gruppo di ricerca coordinato da Giuseppe Costa dell’Università degli Studi di Torino, da Franca Beccaria dell’Istituto di ricerca e formazione Eclectica e da Gabriella Viberti, ricercatrice esperta in programmazione sanitaria.

Negli ultimi decenni l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha evidenziato con forza la centralità della prevenzione per contrastare fattori di rischio e in tal modo diminuire il carico di malattia che grava sulla nostra società: il piano *Salute 2020*, come il Piano Nazionale della Prevenzione, sottolinea che tutti i settori della società, oltre alla sanità, possono concorrere in modo sostanziale al benessere e alla salute delle comunità locali. Nello stesso periodo le condizioni di salute della popolazione italiana sono notevolmente migliorate, grazie a un buon successo della medicina distribuita con approccio universalistico e a un generale miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro. Al raggiungimento di questi traguardi ha contribuito anche il rafforzamento delle attività di prevenzione, cioè quel continuum di azioni volte a guadagnare salute sia attraverso la promozione di stili di vita sani e interventi sui principali fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative più diffuse (prevenzione primaria), sia con l’individuazione tempestiva dei segni precoci di

malattia per curarla meglio (prevenzione secondaria), sia con la presa in carico delle sue conseguenze per contrastare la progressione in caso di patologie manifeste (prevenzione terziaria).

La prevenzione ideale dovrebbe essere rivolta non solo all'individuo, e dunque basata sul rapporto essenziale medico-paziente, ma anche collettiva, rivolta all'intera comunità. Quest'ultima non andrebbe sottovalutata: per esempio, le aree montane o più periferiche, oltre a soffrire di una minore presenza di servizi socio sanitari sul territorio – e dunque maggiori difficoltà di accesso ai controlli e alle cure –, appaiono particolarmente esposte ai fattori di rischio. Una prevenzione rivolta alla collettività consentirebbe di raggiungere a livello più capillare la popolazione contrastando il divario sociale: in effetti si rileva che le persone in condizioni di svantaggio sociale tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, a essere meno soddisfatte della propria salute e a morire prima.

Il rapporto analizza le condizioni di salute della popolazione della provincia di Cuneo, i fattori di rischio individuali, ambientali e di contesto, le attività dedicate alla prevenzione e promozione della salute e gli interventi degli enti locali e degli Enti gestori dei servizi socio assistenziali nella prospettiva della Salute in Tutte le Politiche. L'analisi suggerisce che intervenire precocemente e in modo continuativo, lungo tutto l'arco della vita e operando sui contesti (scuola, sanità, luoghi di lavoro) aiuta a ridurre i rischi, a riconoscere in anticipo i sintomi delle diverse patologie e quindi a contrastarli con maggior efficacia.

In questa logica, la prevenzione diviene un concetto più ampio, quello della promozione della salute in tutte le politiche, in cui sono fondamentali la partecipazione e la soggettività non solo degli operatori sanitari ma anche delle Istituzioni, del sistema produttivo, delle comunità, delle famiglie e dei cittadini.

Auspichiamo che questo studio possa essere uno strumento di approfondimento e riflessione utile per la Fondazione e per tutti quei soggetti che, a vario titolo, possono e intendono agire in favore della prevenzione e promozione della salute, contribuendo così a migliorare il benessere degli individui e della collettività.

Il Centro Studi

Introduzione

Perché occuparsi di prevenzione a Cuneo

Oltre al luogo comune che prevenire è meglio che curare, ci sono molte ragioni che suggeriscono una rinnovata attenzione alla prevenzione. La prima è che l'analisi del cosiddetto carico di malattia (*burden of disease*) che grava sulle nostre società occidentali è in gran parte evitabile: secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS, 2015), in Europa il 77% della perdita di anni di vita in buona salute è dovuto a malattie croniche e a disturbi della salute mentale – in testa alla graduatoria malattie circolatorie e tumori, malattie muscolo-scheletriche, depressione – causati da fattori di rischio che si potrebbero prevenire con adeguati interventi, come il fumo abituale di tabacco che interessa ancora più del 20% della popolazione piemontese (ISTAT, 2014).

È dunque ragionevole impegnarsi ad alleggerire questo peso delle malattie evitabili sia per migliorare il grado di benessere della popolazione, che è il principale obiettivo di tutela delle politiche pubbliche, sia per ottimizzare la domanda di assistenza e garantire la sostenibilità del sistema sanitario, così come richiesto dal rigore economico. Le politiche di prevenzione diventano più efficaci e sostenibili, se orientate alla promozione del benessere e della salute. Gli interventi devono quindi combinare un duplice obiettivo: creare ambienti di vita e lavoro favorevoli e offrire esperienze di apprendimento motivanti. Il tutto deve essere sostenuto da politiche di settore (non solo sanitario) attente a valutare l'impatto sulla salute e sul benessere, così come abbiamo imparato dal programma europeo (e italiano) *Guadagnare Salute, rendere facili le scelte salutari*¹.

In questa prospettiva, sono alla portata obiettivi di prevenzione anche ambiziosi: per esempio, i Paesi che adottano la strategia contro il tabacco "Game Over"² si sono già posti l'obiettivo di scendere al 5% di frequenza di fumatori in pochi decenni con interventi di provata efficacia (AGENAS - NIEPB, 2015).

Fare prevenzione potrebbe essere svantaggioso per qualcuno? Le casse dello Stato dovrebbero pagare più pensioni a fronte di un aumento della speranza di vita, ma lo svantaggio sarebbe compensato dall'aumento della durata della vita lavorativa e quindi contributiva. I produttori di sostanze pericolose per la salute sarebbero penalizzati da una diminuzione dei consumi di tabacco, per esempio, ma il mercato sarebbe spronato a riconvertire la propria offerta per renderla meno dannosa.

¹ Si veda il sito ministeriale www.guadagnaresalute.it

² Si veda il progetto di legge della Nuova Zelanda che porterà a liberarsi dal fumo di sigarette entro il 2025 (<http://smokefree.org.nz/smokefree-2025>) o il progetto finlandese che programma di voler chiudere con il fumo di tabacco nel 2030 (<http://savutonsuomi.fi/en/>).

Nonostante tutte queste buone ragioni, la prevenzione nel nostro Paese non gode ancora del giusto rango tra le priorità dell'agenda delle politiche pubbliche. Nel rapporto che qui si presenta, attraverso una rassegna della letteratura sia scientifica sia di policy, si farà il punto sulle politiche di prevenzione e promozione della salute a livello europeo, italiano e provinciale. Inoltre, grazie a un'analisi epidemiologica dello stato di salute e a un'indagine sociale rivolta ai portatori di interesse e ai comuni della provincia di Cuneo, si fornirà una fotografia del contesto cuneese. I capitoli 1 e 2 del rapporto metteranno a confronto, da un lato, i requisiti che dovrebbe avere una prevenzione all'altezza di queste sfide e, dall'altro, l'attuale architettura della prevenzione italiana e piemontese, così come regolamentata e organizzata.

In questo quadro, perché occuparsi di prevenzione a Cuneo? Da una parte, nel panorama piemontese la sostenibilità della sanità cuneese è quella meno in affanno in questi tempi di austerità: i conti sono più in ordine senza che i livelli di tutela siano compromessi e, mentre gran parte del resto della sanità regionale si dibatte sulla chiusura dei piccoli ospedali e sulla riorganizzazione delle strutture, la provincia di Cuneo può con maggiore serenità dedicarsi a interrogativi più importanti, ovvero: stiamo davvero tutelando la salute dei cittadini? Che cosa e come si può fare meglio?

Dall'altra parte, il territorio della provincia di Cuneo presenta alcune peculiarità che suggeriscono un'attenzione tutta particolare alla prevenzione. La dispersione e l'isolamento di molte comunità della montagna sono una criticità per la promozione della salute, che la programmazione delle politiche regionali tende a diluire nella media.

Infine, la prevenzione nel contesto cuneese può contare su alcune esperienze significative che potrebbero farne l'avanguardia regionale nella sperimentazione di nuovi modelli e interventi che sappiano raccogliere e affrontare le nuove sfide. Sulla base di queste ragioni allora è importante valutare la situazione della provincia di Cuneo in fatto di prevenzione. Come sta la sua popolazione? Quali sono i principali determinanti di salute che potrebbero essere modificati per guadagnare salute? Che cosa fa la prevenzione delle ASL e cosa fanno gli attori del territorio per modificare questi determinanti? Quello che si fa è coerente con lo stato di salute della popolazione? Che cosa si potrebbe cambiare? Come si potrebbero incentivare i cambiamenti? Queste sono le domande che affrontano il capitolo 3 sullo stato di salute, il 4 sulle attività di prevenzione e il 5, capitolo dedicato a una prima esplorazione su interventi di enti locali ed Enti Gestori dei servizi socio assistenziali nella direzione della promozione della salute in tutte le politiche.

Il rapporto si concluderà quindi con un'esemplificazione di buone prassi (cap. 6) a cui la provincia di Cuneo potrebbe ispirarsi per farsi interprete e avanguardia delle raccomandazioni di innovazione nella prevenzione e promozione della salute nella provincia, raccomandazioni che chiudono il documento.

1. Il dibattito sulla prevenzione e promozione della salute

1.1 La salute è un bene: *diritto individuale e interesse collettivo*

La Costituzione della Repubblica Italiana dà valore alla salute e la tutela come fondamentale bene individuale e interesse collettivo (art. 32, parte I). Un rapporto sulla prevenzione deve stabilire preliminarmente che cosa si intenda sia per prevenzione sia per salute, così da mettere bene a fuoco il significato di prevenzione per la promozione della salute.

[Il significato di prevenzione] Preservare, curare e tutelare la salute significa impegnarsi lungo tutta la storia da cui nasce un problema di salute, a partire dallo stato di benessere e pieno funzionamento, per finire alla malattia, al trauma, al disturbo, alla limitazione funzionale: dal momento in cui il problema viene innescato dall'esposizione a un fattore di rischio/protezione, al momento in cui esso viene riconosciuto curato e guarito o preso in carico nelle sue conseguenze. Proprio lungo questo continuum della storia di un problema di salute si possono rintracciare le basi per definire la salute, e quindi la prevenzione, ovvero l'insieme di quelle azioni che cercano di evitare che nelle diverse transizioni di questa storia intervengano esiti sfavorevoli:

- evitare che insorga il problema di salute contrastando il fattore di rischio o promuovendo il fattore di protezione (per esempio, bonificare un sito inquinato o assistere un fumatore che vuole smettere di fumare o creare un ambiente favorevole all'attività fisica, la cosiddetta prevenzione primaria);
- anticipare il riconoscimento del problema di salute, ammesso che questo serva a migliorarne la prognosi (per esempio, garantire alle donne tra i 50 e i 69 anni l'accesso alla mammografia per scopo di screening, la cosiddetta prevenzione secondaria);
- evitare complicazioni e aggravamenti di un problema di salute già manifestatosi (per esempio, tenere sotto controllo il livello glicemico di un diabetico per evitare danni renali o alla retina, la cosiddetta prevenzione terziaria).

Questa iniziale definizione lascia già intravedere quante siano le responsabilità che devono sentirsi chiamate in causa: quella del soggetto, quella dei professionisti sanitari e quella di tutti gli altri attori della comunità che possono influenzare i fattori di rischio e di protezione.

Queste responsabilità non hanno lo stesso significato nella prevenzione individuale e in quella collettiva: quella individuale è responsabilità congiunta dei due contraenti dell'alleanza terapeutica (il malato e il medico) che ricercano il massimo beneficio individuale giudicato meritevole,

spesso concentrandosi sui soggetti a maggiore rischio. Quella collettiva, invece, è finalizzata a massimizzare il beneficio a livello di comunità, che è tanto maggiore quanto più riesce a spostare verso standard di maggiore salubrità tutta la popolazione (dato che dal beneficio di popolazione si guadagna salute di più che non dal solo beneficio dei gruppi ad alto rischio). Il presente rapporto privilegerà questo punto di vista.

Definita la prevenzione, resta da definire la salute. Come tutti i diritti, essa non è conquistata per sempre, è un diritto che deve essere sempre preservato, curato e tutelato seguendo le trasformazioni tecniche, economiche e sociali che si manifestano. Di seguito si metteranno a fuoco le principali sfide che stanno cambiando il significato e l'orizzonte della salute.

1.2 La salute non è uguale per tutti: i determinanti di salute più promettenti per la prevenzione

I principali fatti che sono davanti agli occhi di tutti in Italia, come negli altri Paesi ricchi e sviluppati, sono gli straordinari passi fatti nell'aspettativa di vita e di salute: ogni generazione che si succede non solo vive più a lungo, ma sposta in avanti l'età in cui esordiscono le malattie più gravi e le conseguenti limitazioni funzionali. Questo profilo è il risultato, da un lato, del successo di una medicina accessibile a tutti grazie all'universalità del Servizio Sanitario Nazionale e, dall'altro, del miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro delle generazioni che si stanno via via presentando sulla scena. È proprio nelle maglie di queste condizioni di vita e di lavoro che si riconoscono i margini di miglioramento di salute che sono ancora alla portata della prevenzione. Anche nel nostro Paese permangono importanti disuguaglianze di salute. Povertà materiale e povertà di reti di aiuto, disoccupazione, lavoro poco qualificato, basso titolo di studio sono tutti fattori, spesso correlati, che minacciano la salute degli individui.

Numerosi studi pubblicati negli ultimi 20 anni hanno dimostrato che in tutta Europa i cittadini in condizioni di svantaggio sociale tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, a essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima. Mano a mano che si risale lungo la scala sociale, questi stessi indicatori di salute migliorano secondo quella che viene chiamata la legge del gradiente sociale: per esempio, tra gli uomini in Italia negli anni Duemila si osservano più di cinque anni di svantaggio nella speranza di vita tra chi è in una posizione di operaio non qualificato rispetto a chi è dirigente, con un'aspettativa di vita progressivamente crescente lungo la scala sociale. Il rischio di morire cresce con l'abbassarsi del titolo di studio: tra gli uomini, posto uguale a uno il rischio di un laureato, la mortalità cresce del 16% nel caso della maturità, del 46% nelle medie e del 78% nelle elementari. Questo fenomeno si ripete anche tra le donne e riguarda tutti gli indicatori di salute: ammalarsi, restare a lungo con la malattia e con le sue conseguenze, morire a causa della malattia.

La legge
del gradiente
sociale

L'intensità delle disuguaglianze di salute varia tra i Paesi e le regioni e nel tempo: se c'è qualcuno che ha saputo far meglio di qualcun altro, vuol dire che sono evitabili. Si tratta, a parte ovviamente dell'età, del singolo fattore che da solo spiega di più le variazioni di salute nella popolazione; sono ingiuste perché sempre a svantaggio dei soggetti socialmente più sfavoriti e sono anche inefficienti per il Paese, perché rappresentano un freno allo sviluppo sociale ed economico, in quanto presuppongono l'uscita precoce dal mercato del lavoro di individui altrimenti produttivi, un maggior costo a carico del servizio sanitario, delle politiche assistenziali e del welfare, così come una ragione di minore coesione sociale. Se si volesse intervenire sui meccanismi che le generano fino a eliminarle, si potrebbero avere notevoli miglioramenti di salute, per esempio riduzioni della mortalità che arrivano fino al 50% tra i giovani adulti maschi (Costa, 2014).

Tra i fattori sociali che spiegano maggiormente queste disuguaglianze di salute alcuni riguardano le risorse individuali, altri le risorse collettive e del contesto di vita. Per quanto riguarda le risorse individuali (titolo di studio, posizione professionale e relativo prestigio, reddito e beni accumulati), il titolo di studio conseguito è quello che a parità di età spiega maggiormente le variazioni di salute, fatto che mette al centro della prevenzione il tema della cosiddetta *health literacy*, cioè le competenze culturali per la salute. Tra i determinanti che agiscono sul piano del contesto di vita, come l'organizzazione e l'ambiente fisico e sociale di vita e di lavoro, quello solitamente meno considerato ai fini della prevenzione è il capitale sociale, cioè la percezione di vivere in un ambiente cooperativo (Rocco, 2012). Come si vedrà nel paragrafo successivo, questi determinanti sono centrali nel nuovo modello concettuale di salute che si sta affermando nelle raccomandazioni degli organismi internazionali.

Infatti, a livello individuale, per esercitare i propri diritti e doveri in tema di salute, sono fondamentali competenze e abilità nel saper leggere e nell'elaborare informazioni relative alla propria salute, quali comprendere un referto medico, orientarsi all'interno dei servizi sanitari, compiere scelte consapevoli a favore del proprio benessere e della propria salute, sapendo cogliere opportunità e affrontare difficoltà (OMS, 2013). Esse fanno parte delle più generali competenze di *literacy* che sono considerate un importante precursore e predittore dei livelli di partecipazione, di occupazione lavorativa e di stato di salute (UNESCO, 2004). In una recente indagine europea del 2009-2012 (Pelikan, 2012), quasi la metà degli europei mostrava una *health literacy* limitata, con poca o nessuna consapevolezza delle relative conseguenze sul benessere e sulla salute, soprattutto tra i gruppi più svantaggiati: 80% tra i meno istruiti, 75% tra i malati, 70% nella bassa classe sociale, 60% degli ultrasessantenni, il 50% dei disoccupati. La situazione italiana non è conosciuta nello specifico, ma è noto che il tasso di illetteralismo italiano, non specifico per la salute, è molto pronunciato e che l'analfa-

Fattori sociali di disuguaglianza

Le recenti politiche del SSN

betismo di ritorno non riguarda più solo gli anziani, ma anche i giovani disoccupati dai 26 ai 35 anni (PIAAC-OCSE, ISFOL, 2014).

A proposito di capitale sociale, fin dagli anni Novanta una ricca letteratura ha mostrato il suo ruolo positivo nel funzionamento della vita comunitaria in diversi settori: dalla prevenzione della delinquenza minorile e della criminalità, alla valorizzazione dei percorsi formativi ed educativi dei giovani, alla promozione di politiche partecipative, con un impatto sul miglioramento degli standard di salute delle comunità e una riduzione delle disuguaglianze sociali di salute (Kawachi, 1999).

Su questo quadro di disuguaglianze negli ultimi due decenni si sono inseriti il rallentamento dello sviluppo economico e, più recentemente, la crisi economico-finanziaria, particolarmente severa a partire dal 2010. In che misura questa sfavorevole congiuntura potrebbe influenzare il diritto alla salute?

Intanto è rassicurante notare che, nonostante la crisi, ancora recentemente la salute degli italiani si sia mostrata capace di assorbire gli stress e le restrizioni dell'austerità, con indici di salute fisica che hanno continuato a migliorare senza sosta; solo gli indici di salute psicologica e mentale dei maschi adulti e giovani hanno cominciato a flettere verso il basso. Non solo, ma non sembra che lo svantaggio di salute dei gruppi socialmente sfavoriti sia peggiorato a causa della crisi (ISTAT, 2014).

E tuttavia è noto che, sommando le varie manovre finanziarie, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) avrebbe rinunciato nel periodo 2012-2015 a quasi 25 miliardi di euro, un razionamento che potrebbe mettere a rischio i livelli di tutela sanitaria nel futuro, similmente a quanto sta accadendo a molti altri obiettivi di tutela delle politiche pubbliche, dal sociale ai trasporti. In realtà il nodo della sostenibilità non è venuto al pettine all'improvviso solo con la crisi: da tempo l'invecchiamento della popolazione rischia di far saltare il banco della domanda di assistenza; l'innovazione tecnologica nella diagnosi e nella cura è sempre più personalizzata e costosa e, in diversi casi, di dubbio beneficio marginale; le pratiche professionali non sempre sono basate sulle migliori evidenze e sulla capacità di costruire relazioni di alleanza terapeutica con il paziente, essendo tentate da una medicina difensiva; sensibilità e percezione dei bisogni di salute da parte della popolazione sono crescenti e non sempre appropriate; l'organizzazione sanitaria è in affanno nel garantire efficienza nei processi e priorità nella tutela dei risultati. Queste sono le principali sfide che la programmazione sanitaria ha in agenda in questi tempi di crisi. Tra di esse solo la prima, quella dell'invecchiamento in salute, interpella direttamente la prevenzione a cui il Sistema Sanitario Nazionale ha deciso di dedicare un nuovo Piano Nazionale di Prevenzione (si veda il capitolo 2), che mostra una particolare attenzione ai determinanti di salute.

Oltre alle politiche del Servizio Sanitario Nazionale, in questa situazione è interessante rilevare il contributo dato da alcuni movimenti “dal basso” che cercano di presidiare e tutelare il diritto “salute”. Tre esempi emblematici di responsabilità sociale sono: *Salviamo il Nostro SSN* (www.salviamo-ssn.it) sostenuto dalla Fondazione GIMBE; *Educarci al bene comune – costruire diritti nella fragilità che ci avvolge*, promosso dalla rivista del Gruppo Abele (Animazione Sociale, 2013) e la Rete Salute e Sostenibilità (www.sostenibilitaesalute.org), che è un insieme di associazioni che da anni si impegna in maniera critica per proteggere, promuovere e tutelare la salute e che ha promosso la *Carta di Bologna per la Sostenibilità e la Salute*. Questo rinnovato attivismo per la salute (Laverack, 2013) può concorrere a una maggiore partecipazione e responsabilizzazione, individuale e collettiva, rinforzando le capacità di difesa del diritto di salute e di scelte salutari e promuovendo ambienti favorevoli al benessere e alla qualità della vita.

Movimenti
dal basso

1.3 Salute e malattia: come la medicina può avvantaggiarsi di una prevenzione focalizzata sui determinanti del benessere e della qualità della vita

La progressiva consapevolezza del ruolo dei determinanti sociali e ambientali nella genesi e nella tutela della salute illustrata nel paragrafo precedente ha innescato un «nuovo discorso pubblico su una salute e una sanità come beni comuni, in quanto opera che viene via via ‘costruita insieme’» (Nocentini C., Seppilli T., 2013); in questo discorso si sono messi a confronto due approcci interpretativi del rapporto salute/malattia: il modello biomedico e quello socio-ecologico, che si sono poi via via integrati in un modello composito che sarà quello di riferimento per questo rapporto.

Il modello biomedico si ispira ai processi di patogenesi della malattia che interpreta la malattia come una relazione causale lineare, che procede attraverso quei fattori e comportamenti a rischio individuali che sarebbero in grado di far nascere la malattia da un determinato patrimonio genetico (per esempio, per il diabete: familiarità, dieta ricca di zuccheri, sedentarietà, obesità, ecc.), il tutto all’interno della sola storia personale dell’individuo (box 1).

Il modello
biomedico

BOX 1. *La relazione causale nel modello biomedico*

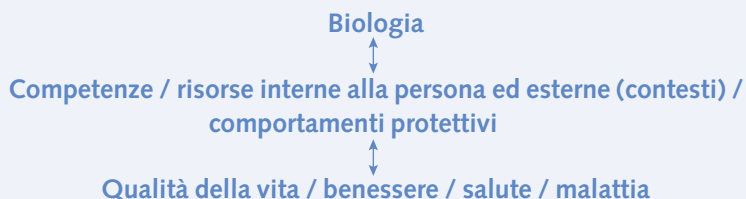
Biologia → Fattori/comportamenti a rischio individuali → Malattia

Il modello socio-ecologico integra nella storia bio-medica anche le diverse “risorse” che la persona acquisisce nel suo ciclo di vita, risorse sostenute o meno dal contesto e che sarebbero in grado di spiegare a loro volta la diversa esposizione a fattori di rischio e a comportamenti insalubri.

Il modello
socio-ecologico

Il modello tiene conto inoltre di questi processi di salutogenesi in una relazione multifattoriale, sistemica e ricorsiva (box 2).

BOX 2. *La relazione multifattoriale, sistemica e ricorsiva del modello socio-ecologico*

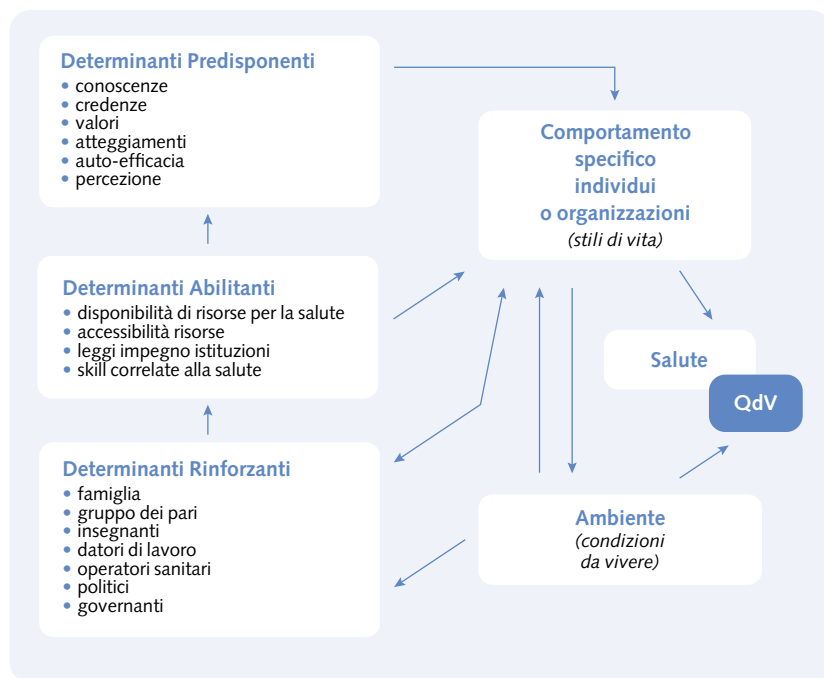


In questo caso si farebbe riferimento non solo più ai fattori di rischio biologici (per esempio, la familiarità per il diabete), ma anche alle risorse fisiologiche, di per sé anche protettrici e riparatrici, e soprattutto alle risorse di tipo culturale, sociale e ambientale. Risorse interne sono, per esempio, denaro, conoscenze, cultura, esperienze, autostima, strategie di *coping*³ che predispongono la persona a essere artefice della propria salute. Risorse esterne sono quelle relazionali che rinforzano e sostengono le capacità individuali, quali il supporto, i legami e le reti sociali di riferimento, cioè quel capitale sociale di cui si è già accennato, e quelle del contesto di vita che abilitano le capacità individuali offrendo opportunità, servizi, risorse materiali e garantendo ambienti di vita favorevoli alla qualità della vita e al benessere. Queste risorse sono presenti anche solo potenzialmente, agiscono non solo a livello individuale, ma anche sociale, organizzativo, comunitario e sono rintracciabili (o attivabili) soprattutto nelle reti di relazione delle persone e nei loro contesti di vita e lavoro (Antonovsky, 1996).

La lettura multifattoriale e sistemica di queste risorse – predisponenti (risorse interne), abilitanti e rinforzanti (risorse esterne) – offre la possibilità di un'analisi "pesata" dei determinanti del benessere e della salute, cioè di una diagnosi funzionale a impostare e valutare politiche e interventi di cambiamento più efficaci, solidali e sostenibili (Green LW, 1992; Fig. 1).

³ Il concetto di *coping*, che può essere tradotto con "fronteggiamento", "gestione attiva", "risposta efficace", "capacità di risolvere problemi", indica l'insieme di strategie mentali e comportamentali messe in atto per fronteggiare una certa situazione: Ragazzoni P., Di Pilato M., Longo R., Scarponi S., Tortone C., a cura di, (2009) *Modelli Socio Cognitivi per il cambiamento dei comportamenti: rassegna e analisi critica*, DoRS Regione Piemonte, <http://www.dors.it/alleg/0202/Modelli%20teorici%20di%20cambiamento2.pdf>, (ultimo accesso 31/07/2015).

Figura 1. La diagnosi dei determinanti predisponenti, abilitanti e rinforzanti secondo il modello di progettazione del cambiamento PRECEDE-PROCEED

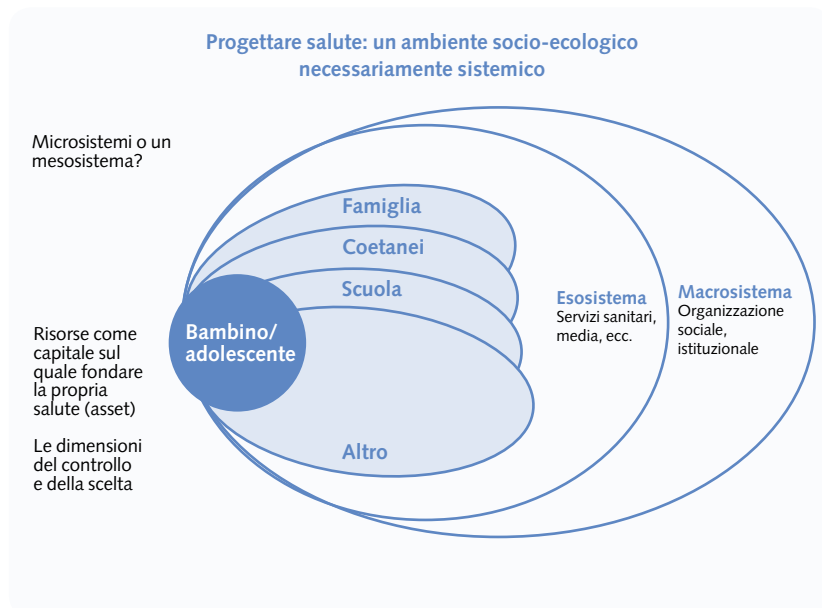


Particolarmente raccomandata in questo quadro è l'abilità della persona di utilizzare tali risorse, cioè la *health literacy* (OMS, 2009), già richiamata sopra. Infatti, per esercitare questa competenza le persone hanno bisogno di comprendere la situazione in cui si trovano e darle un significato, nel qui e ora, di riconoscere le proprie risorse e quelle offerte dall'esterno e di essere in grado di utilizzarle con successo. Tutto ciò compone il senso di coerenza, cioè il sentire che qualsiasi accadimento nella vita può divenire comprensibile e può essere gestito. Questa competenza può predisporre la persona a essere attiva e responsabile, individualmente e socialmente, della propria salute. Ma essa è condizionata, sia positivamente sia negativamente, dai livelli di risorse abilitanti e rinforzanti presenti nel proprio contesto di vita.

Altrettanto rilevanti in questo approccio socio-ecologico del modello di salute (Bronfenbrenner, 1981), oltre alle risorse individuali e alle capacità del soggetto di valorizzarle, sono le relazioni che il soggetto intreccia con i sistemi e i contesti in cui è inserito. Infatti la persona, nell'arco della propria vita quotidiana, fa parte di una serie di sistemi sociali diretti (microsistemi). Per esempio, per un adolescente sono microsistemi abituali la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari nei differenti contesti di vita, come tempo libero, sport, vacanza, ecc. (fig. 2)

Esercitare la
health literacy

Figura 2. Il modello socio-ecologico



Microsistemi,
mesosistemi,
esosistemi,
macrosistemi

Tali microsistemi non sono separati, ma il soggetto li vive e li attraversa con il suo sistema di valori, credenze e comportamenti, creando una relazione del tutto personale con essi (mesosistema). Rappresentano infine l'esosistema quegli elementi di contesto che non interagiscono direttamente con il soggetto, ma che assumono decisioni che possono influenzarne la vita e quindi il benessere e la salute: sono esempi di soggetti appartenenti all'esosistema il dirigente scolastico, che orienta le politiche scolastiche, l'assessore alle politiche giovanili o alla cultura, il direttivo di un'associazione sportiva o culturale o, per tornare all'esempio del paziente diabetico, il direttore generale dell'ASL, che investe nei percorsi assistenziali integrati o nella continuità di cura ospedale-territorio. Apparentemente più distanti, in una società sempre più *glocalizzata*, sono l'organizzazione della società nelle sue differenti articolazioni (paese o città, regione o Stato), l'organizzazione istituzionale con il complesso di leggi e il sistema di welfare e altre forme di condizionamento meno soggette a politiche di governo (per esempio, media tradizionali, nuovi media, ecc.). Esse costituiscono un complesso articolato e contraddittorio, individuato come macrosistema, che influisce sulla vita del singolo e delle sue reti sociali di riferimento.

Ogni persona ha quindi un capitale di risorse interne (potenzialità fisiologiche, psicologiche, decisionali, relazionali, ecc.) che è in interazione, più o meno continua, con le risorse disseminate nei diversi livelli del sistema di cui fa parte e ai quali partecipa più o meno attivamente. Da questa interazione e relazione nascono le possibilità di promozione del benessere e della salute e le capacità di gestire la malattia.

La letteratura scientifica dimostra ampiamente come il benessere, la felicità e la qualità della vita siano direttamente funzionali allo sviluppo della salute fisica e psichica, con la mediazione non solo dei più noti fattori di rischio ambientali e comportamentali per la salute, ma anche di quelli psicosociali (De Piccoli, 2014). Ormai anche le neuroscienze hanno documentato che gli eventi mentali stressanti, consci e inconsci, innescati dalle storie e dai contesti di vita, si traducono in segnatura epigenetica⁴, che modula l'espressione genica di informazioni cruciali per lo sviluppo di malattie somatiche. La segnatura epigenetica, soprattutto se interviene nelle prime fasi della vita, può influenzare stabilmente l'assetto biologico e comportamentale dell'adulto e il rischio di malattia in età adulta (Bottaccioli, 2014).

È così che i confini della definizione di salute si allargano a tutti gli ambiti soggettivi della percezione della qualità della vita che possono avere impatto sulla salute: quello fisico (per esempio l'energia, l'affaticamento, la stanchezza), psicologico (i sentimenti positivi), il livello d'indipendenza (la mobilità), le relazioni sociali (un concreto supporto sociale), l'ambiente (l'accessibilità ai servizi sanitari) e le credenze personali e la spiritualità (il senso della vita) (De Piccoli, 2014).

Quindi i due modelli di partenza, biomedico e socio-ecologico, spesso contrapposti, risultano tra loro integrati e comunicanti nella relazione:

Biologia ↔ Comportamenti/contesti ↔ Salute/malattia

Questa relazione si manifesta nella vita “vera” delle persone e delle comunità, insegnando alla medicina a tenere conto “anche” delle risorse interne agli individui e di quelle presenti negli ambienti di vita, fondamentali per migliorare la salute per tutti, sia a livello individuale sia collettivo, e ridurre le disuguaglianze di salute.

4 L'epigenetica studia i cambiamenti cellulari senza mutazioni genetiche, cambiamenti che possono essere reversibili o irreversibili, ereditabili o non ereditabili. L'epigenetica, più in generale, indica un determinato assetto dell'espressione genica che condiziona l'insieme delle attività fisiologiche in risposta agli stimoli ambientali. Si tratta, cioè, di un cambiamento adattativo. Per esempio, i neuroni usano meccanismi epigenetici per l'apprendimento finalizzato alla memoria, quindi per attività fisiologiche, ma il cervello può ricevere una “segnatura” epigenetica anche in condizioni patologiche, come nel caso di un disturbo mentale (depressione o altro). I meccanismi epigenetici, con modalità e stabilità differenti, intervengono in diversi contesti, o, meglio, in tutte le fasi della vita: dalla formazione dello zigote (ovulo) allo sviluppo dell'embrione fino alla vita dell'organismo sviluppato (Bottaccioli, 2014).

1.4 Condividere un modello è già essere a metà strada del percorso: l'*empowerment*

Adottare quindi modelli di lettura, interpretazione e progettazione capaci di tenere insieme e integrare tutti gli elementi in gioco permette di svelare il senso e quindi la ragione stessa delle politiche e delle azioni di prevenzione e promozione della salute nella relazione benessere/salute/malattia. I decisori delle diverse politiche pubbliche e gli operatori professionisti, che lavorano con le persone e con i gruppi nelle organizzazioni e nelle comunità locali, trovano in questo modello integrato la “bussola” utile a evitare il riduzionismo della prevenzione al solo intervento sul singolo fattore di rischio. È una bussola che può accompagnare il cammino, integrando saperi, valorizzando le differenze e costruendo una visione comune nella ricerca e scoperta di soluzioni più adatte, efficaci, sostenibili ed eque, ma “costruite insieme” con le persone che così diventano più padrone delle scelte del cambiamento. Questo passaggio è cruciale.

Acquisire questa padronanza vuol dire aver un maggior controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria vita, anche nei confronti del benessere e della salute. È un risultato in divenire che si riferisce a un processo (chiamato *empowerment* nella letteratura anglosassone) psicologico, sociale, culturale o politico attraverso il quale le persone e i gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale e intraprendere azioni di carattere politico, sociale e culturale che riguardano il proprio benessere e la propria salute (OMS, 1998). Inoltre, attraverso questo processo, le persone riescono a percepire una più stretta corrispondenza tra i propri obiettivi di vita e il modo in cui raggiungerli, ma anche una correlazione tra gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti.

L'*empowerment* riguarda le singole persone con la loro capacità di controllo e di scelta nei differenti momenti della vita, nei diversi sistemi ecologici e nella rete di relazioni. Riguarda i piccoli gruppi, che rappresentano la dimensione chiave nel processo di crescita della comunità, in quanto sono veicolo di identità ed emancipazione della comunità stessa. Riguarda le organizzazioni, formali e informali, della comunità, che possono analizzare collettivamente i problemi e le risorse per fare proposte o organizzare risposte e servizi in una prospettiva di cosa-pubblica (res-publica).

Lo sviluppo dell'*empowerment* – individuale, organizzativo, comunitario – risulta essere un obiettivo prioritario, la cui importanza è dimostrata da numerose esperienze e studi (Woodall, 2010), e che secondo l'OMS (2009) deve svilupparsi su cinque linee strategiche: due riguardano lo sviluppo dell'*health literacy*, individuale e comunitaria; le altre tre consistono nel dare nuova forza ai sistemi sanitari, costruire partnership per condurre azioni intersettoriali e sviluppare capacità per promuovere la salute. Queste strategie sono al centro del recente documento *Salute 2020* (OMS, 2013) che i governi della Regione Europea hanno redatto insieme con l'OMS.

Le linee
strategiche
dell'*empowerment*

1.5 Prevenzione o promozione? Oltre i paradigmi e le tradizioni verso una visione costruita insieme per la Salute in Tutte le Politiche

Due esempi ci permettono di comprendere come i modelli presentati diventino progetti e storie di vita nella strategia della promozione della salute in funzione della prevenzione.

«Le azioni di promozione della salute», autonomamente intraprese dalle persone o dalle comunità oppure sostenute da operatori e decisori locali (non necessariamente sanitari), «comprendono non solo quelle volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma anche quelle volte a modificare – anche con il sostegno delle politiche settoriali e inter-settoriali – le condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo da attenuare il loro impatto sul benessere e sulla salute del singolo e della collettività. La partecipazione è fondamentale nel sostenere queste azioni» (OMS, 1998), se sostenuta nell'ottica dell'*empowerment*, come indicato nel paragrafo precedente.

Il primo esempio riguarda un percorso di cura del paziente diabetico che mostra di tenere conto delle risorse salutogeniche (box 3).

BOX 3. Il paziente diabetico: dalla cura alle risorse della comunità

Un paziente diabetico trova giovamento nella propria condizione qualora incontri operatori sanitari che ascoltino le sue difficoltà e i suoi tentativi di soluzione, ed essi siano chiari nel concordare la cura e nel controllare la stessa, sostenendo la sua capacità di autogestione. Se a quello stesso paziente, inoltre, viene offerta la possibilità di incontrare altri pazienti in un gruppo, alla presenza di un operatore che faciliti la comunicazione, gli sarà possibile condividere con gli altri i successi e i fallimenti nel gestire la terapia, nel mangiare gli alimenti raccomandati, nel fare un po' di movimento, nel rapportarsi con la fatica della malattia. Tutti fattori che incidono sull'evoluzione della malattia stessa e sulla capacità del paziente diabetico di convivere con più serenità con essa in una qualità della vita diversa. Inoltre, se a quel paziente fosse offerta la possibilità di aggregarsi e partecipare a gruppi di cammino, presenti nel suo quartiere e nel paese, possibilmente costituiti non solo da pazienti diabetici, ma misti e adatti alle sue capacità di movimento, avrebbe la possibilità di essere sostenuto nella motivazione a fare movimento e nell'incontrare persone con cui scambiare esperienze, vissuti e sentimenti.

Verosimilmente un percorso di questa natura richiede politiche sanitarie capaci di favorire collaborazioni tra servizi di diversa natura, sia ospedalieri sia territoriali, e aperti alle risorse e alla disponibilità della comunità locale. L'obiettivo è di aumentare l'autonomia del paziente (cioè l'*empowerment*), l'efficacia della cura, la sostenibilità e la responsabilità sociale della gestione dei servizi condivisa con la comunità locale. Così la sanità

riorienta la programmazione e organizzazione dei servizi in un'ottica di prevenzione delle malattie e di promozione della salute.

Riprendendo la citazione dei gruppi di cammino, valorizzati come "ponte" verso la comunità per il paziente diabetico, possiamo allargare lo sguardo sulla comunità locale nel secondo esempio, che mostra quanti settori (scuola, ente locale con i diversi assessorati, iniziativa volontaria di gruppi di cittadini, ecc.) possano essere interessati, impegnati e collaborativi nel sostenere politiche orientate ad ambienti favorevoli alla salute e a proporre opportunità esperienziali di cambiamento (box 4).

BOX 4. *I gruppi di cammino: un ponte tra servizi sanitari e comunità locale*

I gruppi di cammino sono un'occasione per il paziente diabetico non solo per fare movimento salutare, ma anche per incontrarsi e (ri-)conoscere persone nuove, per distendersi e gestire lo stress, per passare a prendere gli anziani auto-sufficienti presso la casa di riposo del quartiere e fare quattro passi insieme, per coinvolgere e impegnare l'amministrazione comunale a rimettere in ordine un parco trascurato e nel contribuire a un controllo sociale dello stesso. Tutto ciò – anche – a beneficio di genitori e nonni che frequentano un parco, più sicuro e bello, con i propri bambini. Un parco è più bello e sicuro non solo per le azioni di *guerrilla gardening* di gruppi di cittadini che nottetempo volontariamente hanno rimesso in ordine e riempito di fiori le aiuole, ma anche per una riconquista del senso di cittadinanza e appartenenza a un luogo comune. E se questo parco è adottato da una scuola primaria che studia un percorso – e lo realizza insieme con il Comune, i genitori e i nonni – per offrire un'opportunità in più di movimento, tutti questi soggetti permettono a privati cittadini di accompagnare i propri cani lungo percorsi attrezzati con fontanelle, panchine alla giusta distanza (pensando anche ai più anziani che si affaticano più facilmente), cestini per riporre i rifiuti e le deiezioni canine. La stessa scuola che con la medesima modalità progettuale partecipativa nell'ambito delle proprie attività didattiche, di anno in anno (e con l'impegno di insegnanti, genitori, nonni e amministratori locali) ha ridisegnato e attrezzato il proprio cortile-giardino con i giochi della tradizione per avere più possibilità alternative di gioco, divertimento e movimento. E ha poi contribuito alla progettazione urbana della zona 30 del quartiere, integrando all'interno della stessa i pedibus che aveva già avviato negli anni precedenti, contribuendo a rendere più sicuro e bello (suggerendo l'inserimento di aiuole, fioriere e piante) il percorso casa-scuola. Nel parco non mancano gli spazi attrezzati per i ragazzi più grandi, pensati e gestiti con loro, per fare movimento e per incontrarsi, così come altri spazi del tempo libero e del sabato sera che possono essere ideati e organizzati con loro, dando spazio a creatività e responsabilità.

Quanto descritto nei due esempi non è un'utopia, ma una rappresentazione del frutto del lavoro, della creatività e dell'impegno di molti cittadini, operatori e decisori, che si mobilitano in molte parti del nostro Paese e che si prendono cura di un bene individuale e comune. E analogamente sono tanti altri gli ambiti tematici che si muovono in questa direzione grazie a cittadini, operatori, decisori. Persone che pur operando in settori diversi della comunità locale (scuola, sanità, sociale, ambiente, trasporti, cultura, turismo, ecc.) hanno un pensiero, un sentimento, un impegno di fiducia reciproca e un'idea di presente e futuro diversa e condivisa⁵.

I due casi sono anche un buon esempio di come le politiche dei diversi settori (mobilità sostenibile, urbanistica, sociale, culturale) possano raggiungere gli obiettivi dei propri mandati istituzionali attraverso processi partecipativi con la comunità locale e, allo stesso tempo, fare delle scelte politiche che tengano conto degli impatti sulla qualità della vita, sul benessere individuale e collettivo, sulla salute e sulla malattia, creando un senso di appartenenza e comunità e ri-generando legami, capitale e coesione sociale attorno a più beni comuni.

Questi risultati naturalmente possono incontrare anche tante resistenze culturali, politiche e professionali al cambiamento, con timori rispetto ai propri interessi, sfiducia e conflitti. Sono tutti aspetti psicosociali, legati al conflitto, che devono essere presi in carico dagli operatori (e forse in parte dagli attori locali che collaborano alle azioni di promozione della salute, in quanto ricercatori del bene comune) che hanno la responsabilità di presiedere e facilitare le fasi e le dinamiche dei processi partecipativi che vengono innescati. Il conflitto è insito nei rapporti umani: non è pertanto la presenza del conflitto in sé che costituisce il problema, ma può esserlo la sua gestione. Il conflitto fa parte della vita e senza di esso non ci sarebbe nessuna crescita e nessun cambiamento sociale (De Piccoli, 2007). Da chi guida questi processi quindi ci si aspettano nuove competenze rispetto alle strategie indicate come fondamentali per la promozione della salute: l'arte della mediazione tra i differenti interessi (*mediating*), la determinazione nel sostenere la causa di un bene comune (*advocating*), la competenza nel creare condizioni che possano offrire opportunità in modo equo (*enabling*) (OMS, 1986).

Come fare a traghettare la prevenzione dal livello individuale a quello collettivo, soprattutto nella sua accezione più ampia di promozione della salute che abbiamo visto sopra? L'OMS raccomanda di utilizzare l'approccio per *setting*, che aiuta a transitare da interventi pensati per il singolo individuo (o addirittura per il singolo fattore di rischio) ad azioni strategiche: esse devono tener conto anche dei fattori politici, organizzativi, sociali che condizionano le scelte della singola persona, e che sono propri del conte-

I processi
partecipativi

Prevenzione
individuale
e collettiva

⁵ Per chi volesse scoprire e leggere interventi e progetti di questo genere può consultare la banca dati nazionale Pro.Sa (www.retepromozionesalute.it), che ospita ormai un numero consistente e in continua crescita di esperienze progettuali di questo genere e una prima serie di buone pratiche certificate.

sto. Le strategie per *setting* prevedono la titolarità dei responsabili del *setting* stesso nell'intraprendere le azioni di cambiamento, la partecipazione, fin dalla progettazione, degli stessi destinatari che vivono nei contesti e la collaborazione con altre organizzazioni ed enti della comunità locale. L'OMS in tal senso ha incoraggiato questa strada promuovendo delle reti internazionali, molte delle quali presenti anche in Italia:

- la Rete delle Città sane;
- la Rete delle Scuole che promuovono salute;
- la Rete dei Luoghi di lavoro che promuovono salute;
- la Rete degli Ospedali e dei servizi sanitari che promuovono salute;
- la Rete delle Carceri che promuovono salute.

Le strategie che coinvolgono altri settori nel raggiungimento della salute sono state riconosciute come un pilastro fondamentale della salute pubblica, tanto che la stessa Unione Europea, sotto la presidenza della Finlandia, ha accolto le Conclusioni del Consiglio europeo sulla "Salute in Tutte le Politiche" e la Conferenza Interministeriale di Roma (2007; OMS, 2014) ha impegnato tutti i Paesi europei a orientare le decisioni di politica (non solo sanitaria, ma anche industriale, ambientale, sociale, scolastica), mettendo sempre al centro il benessere e la salute dei cittadini, a ogni livello nazionale, regionale e locale.

Questi orientamenti sono stati ribaditi nel documento *Salute 2020* (OMS, 2013) già citato (e che verrà presentato nel capitolo 3), impegnando e sostenendo gli operatori e i decisori, i governi locali e nazionali, i cittadini e la società nel suo complesso nella direzione di questa nuova visione.

1.6 Perché la promozione della salute fatica a diventare una priorità nelle politiche?

Questi sono gli orientamenti raccomandati dalle organizzazioni internazionali che si occupano di prevenzione e promozione della salute. Purtroppo non sempre queste indicazioni trovano condizioni politiche e sociali adatte e pronte a riceverle. Passiamo ora in rassegna i principali nodi critici che devono essere tenuti in conto quando si intende promuovere un cambiamento culturale, politico, organizzativo e sociale a favore del benessere e della salute individuale e collettiva.

6 Sul sito di DoRS Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute della Regione Piemonte sono presentate tutte le reti internazionali e quelle presenti in Italia: http://www.dors.it/el2_pub.php?codtipo=020802 (ultimo accesso 31/07/2015).

1.6.1 *Debolezza di mandato e domanda sociale emergente, ma frammentata*

La prevenzione non può contare sulla protesta di chi deve aspettare per una lista di attesa troppo lunga. La domanda sociale di prevenzione si è spenta dagli anni Settanta e Ottanta dopo che si sono esaurite le lotte sindacali per luoghi di lavoro più sicuri e sani e quelle dei movimenti femministi per la salute materno infantile con i consultori. Oggi non ci sono soggetti politici e sociali consapevoli, sensibili e forti abbastanza da mobilitare energie e risposte a livello di popolazione come allora. Esistono però movimenti civili, molteplici ma frammentati, alcuni dei quali sono stati citati come esempio a inizio capitolo (*Salviamo il Nostro SSN, Educarci al bene comune – costruire diritti nella fragilità, Rete Salute e Sostenibilità con la Carta di Bologna*). Del resto, anche sul versante medico i professionisti della prevenzione (gli igienisti e i medici del lavoro, per esempio) godono di minore autorevolezza e status dei clinici, sia agli occhi dei colleghi medici sia agli occhi del pubblico, per cui essi non riescono a svolgere quel ruolo di leadership che servirebbe per lanciare e promuovere la nuova promozione della salute. Del resto le agende dei servizi di prevenzione delle ASL sono fortemente condizionate dalle tradizionali attività di prevenzione collettiva dell'igiene pubblica, che rispondono a una domanda ben più cogente di quella della promozione della salute: la domanda delle scadenze degli adempimenti di legge e quella inquirente dell'azione giudiziaria. Non deve quindi stupire la dissonanza che si osserverà nei capitoli successivi tra le priorità di salute (desumibili dal carico di malattia derivante da fattori di rischio come sedentarietà, fumo, alimentazione, stress, posture, problemi sicurezza e rischi lavorativi, ecc.) e le azioni/investimenti prevalenti della sanità nella prevenzione, che si dividono appunto tra gli adempimenti di legge dovuti dall'igiene tradizionale e la dedizione dei clinici e delle associazioni di malati alla ricerca e trattamento medico precoce di fattori di rischio biologici, azioni non sempre dotate di adeguate prove di efficacia.

1.6.2 *Le disuguaglianze: una chiave di lettura ancora poco usata*

Si è detto che lo stato di salute di una popolazione non è una media: il ruolo delle disuguaglianze, in particolare di quelle sociali (ma anche quelle di genere, di montagna/pianura, di origine etnica, di generazione, ecc.) è preponderante nello spiegare la variazione di salute nella popolazione: è nelle maglie dell'equità nella salute che la prevenzione potrebbe ancora guadagnare i risultati più significativi di salute. Purtroppo non è facile introdurre nell'agenda pubblica questo argomento, pur avendo a disposizione buoni dati, perché sul piano della comunicazione il fatto che i poveri stiano peggio in salute è una cosiddetta "non notizia". Tuttavia la crisi e l'austerità hanno creato un clima sociale più

sensibile e disponibile alla solidarietà e quindi ad accogliere i determinanti sociali di salute tra le priorità delle politiche pubbliche.

Tra l'altro, proprio la ricerca sulle disuguaglianze di salute ha suggerito nuove priorità alla prevenzione finora sottostimate, come quelle legate ai primi mesi/anni di vita⁷. È noto che la lunga fase di sviluppo del bambino fin dall'utero rappresenta un periodo di vita tra i più vulnerabili dal punto di vista della programmazione della salute dell'adulto: in questa fase vengono codificati ed espressi i principali tratti che segnano il capitale di salute fisica (per esempio, il sistema immunitario rinforzato dall'allattamento al seno) e di capacità e competenze cognitive ed emotive (per esempio, lo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale grazie alla lettura ad alta voce e a relazioni parentali di supporto) a loro volta responsabili del successo nella carriera sociale e quindi delle disuguaglianze di salute correlate ai determinanti sociali (Blane, 2007). In tempi di crisi è crescente la preoccupazione per i persistenti tassi di povertà infantile (ISTAT, 2015) e per le loro implicazioni sullo sviluppo psicofisico e sulla salute (Costa, 2014). Dato che gli investimenti nei primi anni di vita sono i più efficaci per ridurre il divario socio economico nella salute, questo potrebbe essere un buon argomento per introdurre le disuguaglianze tra le priorità nell'agenda pubblica.

1.6.3 *La Salute in Tutte le Politiche: un approccio ancora troppo poco usato dai decisori locali*

La Salute in Tutte le Politiche mostra che non c'è settore delle politiche che sia immune da responsabilità nella generazione di fattori di rischio e di promozione per la salute. Pertanto occorrerebbe una pervasiva azione di ingaggio e acculturamento di tutti i settori su questo obiettivo con adeguate informazioni sullo specifico contributo che ogni singolo settore potrebbe dare. In Italia non c'è tradizione di integrazione intersettoriale per le politiche pubbliche e non c'è ragione di pensare che l'approccio di salute in tutte le politiche possa riuscire meglio di dove altri hanno fallito. Inoltre a livello regionale la sanità occupa già uno spazio "ingombrante" nel budget della Regione (più del 70%) e gli altri settori regionali potrebbero non essere propensi ad accettare suggerimenti su come orientare verso la salute la spesa del proprio budget. Dunque l'approccio della Salute in Tutte le Politiche può avere qualche probabilità di successo solo a condizione che venga condiviso e stabilito a livello alto e sostenuto da coerenza di mandato e comportamenti da parte di tutte le istituzioni pubbliche, cosicché anche le istituzioni sociali, le comunità locali e la società nel suo complesso possano fare la loro parte.

Infatti, l'esperienza piemontese dei Piani e Profili di Salute (PePS), pur con tutti i limiti, ha dimostrato che è possibile creare attenzione, respon-

⁷ Per approfondimenti leggere l'iniziativa *Fin da Piccoli* del Centro per la Salute del Bambino che promuove pratiche migliori per un'ottimale cura delle bambine e dei bambini, in <http://www.csbonlus.org/chi-siamo/fin-da-piccolioli-la-nostra-filosofia/> (ultimo accesso 31/07/2015).

sabilità e impegno verso il benessere e la salute da parte dei decisori locali e delle comunità, mettendo capo a progetti e iniziative originali. Dopo il lancio, però, l'esperienza è stata sostenuta con scarsa convinzione e continuità da parte delle regioni e non è stata condizionata da nessun meccanismo vincolante di *budgeting* e di rendicontazione. Il recente accordo della Regione con le associazioni dei panificatori per il contenimento della dose di sale nel pane potrebbe rappresentare un utile esempio da cui partire per un rinnovato impegno istituzionale in questo senso.

Dunque, mentre l'ispirazione concettuale di salute in tutte le politiche rimane essenziale per progettare qualsiasi iniziativa ispirata ai principi della promozione della salute, soprattutto per *setting* come quelle raccomandate dall'OMS, sarebbe difficile sostenere un rilancio pieno dei PePS solo su base volontaristica, a meno che il settore sanitario abbia la capacità di prenderne la guida con maggiore convinzione che nel passato.

1.6.4 Governance partecipativa tra settori e stewardship da parte della sanità: una sfida ancora tutta da giocare

Si è detto che è ancora debole la capacità dei vari settori di pensare ed esercitare azioni concertate tra loro. Ma se la sanità imparasse a giocare una funzione di regia di servizio (la cosiddetta *stewardship*), cioè fornisse dati, prove di efficacia e buone pratiche e facilitasse l'incontro e la collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti nella tutela e promozione del benessere e della salute della popolazione nei settori più critici per la salute, allora il passo potrebbe cambiare. È quello che suggerisce il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, che è incoraggiante in questo senso. Integrando la visione proposta dalla strategia europea *Salute 2020* di una governance partecipativa (che sarà approfondito nel prossimo capitolo), esso punta a promuovere la trasversalità degli interventi attraverso la definizione di azioni in collaborazione con diversi settori, istituzioni, servizi, fino alle organizzazioni di cittadini, formali e informali, presenti nella comunità locale. Per esercitare con autorevolezza e responsabilità sui risultati di salute questa funzione di regia e di esortazione, il sistema sanitario, sia a livello centrale sia regionale, fino alle declinazioni territoriali, deve saper mediare tra i diversi interessi degli altri attori, ancorando la progettualità e l'impegno ai risultati di salute, quale bene comune e non solo individuale.

Ma per giocare questo nuovo ruolo con autorevolezza, il settore sanitario dovrebbe dimostrare di aver imparato a fare intersectorialità al proprio interno; per esempio, nelle sue strutture dedicate alla prevenzione dovrebbe fare integrazione tra la parte del lavoro, degli alimenti, dell'ambiente, della veterinaria e della comunità, e nelle strutture dedicate all'assistenza dovrebbe aver dimostrato di organizzare i suoi percorsi assistenziali incorporando gli obiettivi di prevenzione/promozione

insieme a quelli di diagnosi e cura. Per quei servizi nati per lavorare per competenze e non per progetti e obiettivi, la strada è ancora lunga e impegnativa in questo senso.

1.6.5 *Azioni di prevenzione e promozione della salute fondate su partecipazione ed empowerment e a partire dai setting: ancora troppi interventi informativi ed educativi*

Nonostante questi limiti, nel territorio piemontese esiste un patrimonio di progetti e interventi di prevenzione e promozione della salute tendenzialmente non estemporanei, ma contraddistinti da continuità, frutto di saperi decisionali, professionali e delle comunità locali. Purtroppo tra questi vi è ancora una netta prevalenza d'interventi di tipo informativo/educativo/formativo, a discapito d'interventi partecipativi con le comunità locali e con i pazienti nei percorsi di cura e assistenza, che adottano anche azioni di tipo sociale, organizzativo e ambientale (Clerico, Zanola, 2014). Sarebbe necessario fare un salto di qualità, investendo sull'approccio per contesti di vita e lavoro (*setting*) transitando da interventi pensati per il singolo individuo ad azioni strategiche che tengano conto anche dei fattori politici, organizzativi, sociali che condizionano le scelte della singola persona dentro i propri contesti di vita. L'esempio piemontese più vicino a questo approccio è quello della Rete delle Scuole che promuovono salute aderente al network europeo SHE (School for Health in Europe).

1.6.6 *I professionisti della prevenzione e promozione della salute: invecchiano senza un ricambio?*

Si è richiamato in più punti quanto possa essere fondamentale il ruolo dei professionisti della prevenzione, ma si sono anche occasionalmente segnalate alcune criticità piemontesi in proposito. I servizi e i professionisti delle aziende sanitarie dedicati esclusivamente alla prevenzione, sono organizzati nel Dipartimento di Prevenzione e sono prevalentemente assorbiti dalle attività svolte per compiti di legge sull'igiene e sicurezza degli alimenti, del lavoro e dell'ambiente (vigilanza e autorizzazione) e su profilassi e vaccinazioni, mentre dedicano risorse marginali alle attività di promozione della salute e soprattutto al ruolo di regia, esortazione e coordinamento della promozione della salute che potrebbe essere svolto da altri soggetti del servizio sanitario (come il materno infantile, le dipendenze, la medicina generale, solo per citarne alcuni). Anche nel recente passato sono diventati sempre più deboli gli investimenti, i riconoscimenti e gli impegni aziendali nei confronti dei gruppi di lavoro o strutture, che, oltre a occuparsi di progetti e interventi, presidiavano anche gli elementi di governance della prevenzione e promozione della salute. Anche importanti atti di programmazione preventiva come il passato Piano Regionale della

Prevenzione (PRP) non sono stati capaci di ispirare una redistribuzione delle risorse all'interno dell'ASL, cosicché i progetti del PRP sono stati percepiti da molti operatori come un aumento del carico di lavoro senza un riscontro di risorse disponibili, fatto particolarmente critico in un contesto di razionamento delle risorse dedicate al ricambio del personale e all'impossibilità di comprimere le attività ordinarie di vigilanza (Clerico, Zanola, 2014). Del resto, il progressivo invecchiamento della forza lavoro nei servizi di prevenzione senza un adeguato ricambio non è un buon viatico per l'innovazione.

A questi vincoli di risorse si deve aggiungere anche una povertà di investimento sulla formazione specialistica e sulla formazione continua. Un elemento strategico per le innovazioni richieste dalla prevenzione sarebbe avere professionisti e decisori capaci di raccogliere le sfide della promozione della salute. Eppure i professionisti medici della prevenzione (con specializzazione di igiene) da molti anni si sono orientati sulla formazione e sulle carriere del *management* sanitario, che risulta professionalmente più promettente per posti di lavoro e prestigio. Le professioni sanitarie tradizionalmente a servizio della prevenzione rischiano di impoverirsi: da un lato, l'offerta formativa piemontese non diploma nuovi assistenti sanitari per assenza di domanda dal Servizio Sanitario regionale, mentre nuove figure di tecnici della prevenzione ben informate e competenti sulla promozione della salute vengono diplomate dall'università piemontese e vengono assorbite prevalentemente dalle imprese della regione e molto meno dai servizi di prevenzione.

Eppure non mancherebbero riferimenti importanti per guidare investimenti nella formazione permanente e in quella specialistica.

Il progetto CompHP⁸ (Competencies for Health Promotion – Developing competencies and professional standards for health promotion capacity building in Europe), finanziato dall'Unione Europea e condotto dall'International Union of Health Promotion and Education (IUHPE), offre un modello per sviluppare un ruolo e un profilo di competenze che si muove in questa direzione di leadership e governance partecipativa. Il progetto prevede anche un sistema di accreditamento europeo, sia per gli operatori sia per i corsi di formazione di base (università) e, in futuro, di quella permanente.

1.6.7 Il ruolo delle prove di efficacia: più valutazione e più teoria

Nella promozione della salute non sono molte le prove sperimentali di efficacia disponibili (la cosiddetta *Evidence Based Prevention*) e queste poche prove suggeriscono che in ordine di rilevanza avrebbero maggiore impatto le azioni di regolazione (per esempio prezzo del tabacco) e a discendere quelle strutturali (come le piste ciclabili) e poi quelle sui comportamenti individuali. Eppure questo ordine di importanza non

8 Per approfondimenti vedi <http://www.dors.it/pag.php?idcm=5300> (ultimo accesso il 03/09/2015)

è esattamente quello che viene seguito dalle soluzioni preventive più spesso adottate nei servizi che fanno di mestiere la prevenzione sanitaria. Del resto una buona parte degli interventi e delle politiche rilevanti per la salute nel contesto della strategia Salute in Tutte le Politiche sono troppo complessi per essere assoggettabili a un disegno sperimentale di valutazione e quindi mancano di una adeguata valutazione di efficacia. Pertanto, la scelta e la progettazione di molti interventi deve accontentarsi di valutazioni costruite sulla base di teorie esplicative (Lemma, 2013; Leone, 2012), che scelgono le azioni di prevenzione in base alla plausibilità che esse possano avere un impatto sui meccanismi noti di generazione dell'effetto sulla salute. Del resto le buone pratiche insegnano che spesso non bastano le prove scientifiche di efficacia per fare in modo che quello che è giusto ed efficace capiti davvero, ci vogliono specifiche condizioni di contesto facilitanti che la prevenzione deve saper creare. Purtroppo la scarsa attitudine alla valutazione delle politiche delle nostre amministrazioni e la prevalente tentazione dei servizi preventivi a organizzarsi per adempimenti invece che per progetti continua a opporre ostacoli a una sistematica valutazione delle attività di prevenzione e all'esigenza di una prevenzione fondata sulle prove.

2. La governance: normativa, programmazione e organizzazione

2.1. La prevenzione nella programmazione sanitaria nazionale: i Livelli Essenziali di Assistenza

L'obiettivo del paragrafo è di illustrare, in sintesi, le peculiarità collegate alla prevenzione all'interno del più generale contesto della programmazione del Servizio Sanitario Nazionale.

La prevenzione rappresenta uno dei tre Macrolivelli di Assistenza (insieme all'Assistenza distrettuale e all'Assistenza ospedaliera), che costituiscono, di fatto, le prestazioni e i servizi sanitari ai quali tutti i cittadini (e le comunità) hanno diritto, usufruendone gratuitamente o con una partecipazione alla spesa.

Il Macrolivello che include le attività di prevenzione erogate nelle ASL, recentemente declinato⁹ come "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica", comprende «le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della Comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita» e si articola in sette aree di intervento, che contemplano rispettivamente le malattie infettive, la salute in ambienti aperti, la salute in luoghi di lavoro, la salute animale, la sicurezza alimentare, la prevenzione delle malattie croniche e le attività medico legali. Le attività presenti nelle sette aree volte a perseguire specifici obiettivi di salute devono essere garantite in primis dai Dipartimenti di Prevenzione aziendale sull'intero territorio nazionale (tab. 1).

⁹ Nella recente versione 2015 dei Livelli Essenziali di Assistenza proposta a fine gennaio dal Ministero della Salute.

Tabella 1. Le attività di prevenzione all'interno dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza

a) Malattie infettive:	d) Salute animale:	f) Prevenzione malattie croniche:
1. Sorveglianza epidemiologica;	1. Concentramenti animali;	1. Programmi inter settoriali;
2. Interventi controllo diffusione;	2. Riproduzione animale;	2. Sorveglianza fattori di rischio;
3. Vaccinazioni obbligatorie;	3. Controllo aziende zootecniche;	3. Promozione salute;
4. Medicina del viaggiatore;	4. Malattie infettive animali;	4. Contrasto del tabagismo;
5. Emergenze origine infettiva.	5. Risposte emergenze epidemiche;	5. Promozione attività fisica;
	6. Uso farmaco veterinario;	5. Promozione sana alimentazione;
b) Salute ambienti aperti:	7. Lotta al randagismo;	6. Promozione allattamento seno;
1. Uso piscine pubbliche;	8. Igiene urbana veterinaria;	7. Screening oncologici;
2. Uso acque di balneazione;	9. Sorveglianza alimentazione animale;	8. Prevenzione dipendenze.
3. Strumenti pianificazione urbana;	10. Prevenzione e controllo zoonosi;	
4. Fattori rischio ambiente di vita;	11. Animali in sperimentazioni;	g) Attività medico legali:
5. Sicurezza civili abitazioni;	12. Soccorso incidenti animali.	1. Accertamenti medico legali;
6. Sicurezza stradale;		2. Pareri medico legali;
7. Sicurezza edifici scolastici;	e) Sicurezza alimentare:	3. Medicina necroscopica;
8. Sicurezza strutture sanitarie;	1. Registrazione stabilimenti;	4. Informazione/comunicazione.
9. Stabilimenti termali;	2. Sorveglianza macellazione;	
10. Tutela rischio amianto;	3. Sorveglianza stabilimenti registrati;	
11. Utilizzo gas tossici;	4. Sostanze non autorizzate;	
12. Uso radiazioni;	5. Prodotti fitosanitari;	
13. Utilizzo sostanze chimiche;	6. Attività connesse alimenti;	
14. Emergenze naturali;	7. Sorveglianza laboratori analisi;	
15. Tutela da rischio radon.	8. Sorveglianza allevamenti molluschi;	
	9. Sorveglianza sottoprodotti no consumo;	
c) Salute luoghi di lavoro:	10. Stati allerta alimenti;	
1. Rischi correlati al lavoro;	11. Materiali contatto alimenti;	
2. Programmi intersettoriali;	12. Ispettorato micologico;	
3. Sicurezza luoghi di lavoro;	13. Sorveglianza acque potabili;	
4. Malattie lavoro correlate;	14. Infezioni alimentari.	
5. Sorveglianza esposti cancerogeni.		

La nuova articolazione delle linee di intervento della prevenzione completa e integra quella precedente introdotta nel 2001, dalla quale si discosta esplicitando come filone a sé quello delle attività rivolte alla prevenzione delle patologie croniche. Ma, più importante, è il fatto che, se in precedenza le prestazioni rappresentavano semplicemente un elenco da attivare, nel provvedimento in approvazione sono inquadrati in Programmi strutturati, articolati in Componenti e Prestazioni, che specificano le principali linee di attività e le traducono in azioni o prodotti finali (comprensivi di audit, attività di comunicazione, report informativi e rendicontazioni ai cittadini, operatori e istituzioni) il cui beneficiario è rappresentato dalla collettività.

All'interno del Documento, il Programma "Prevenzione delle malattie croniche" rappresenta la novità più rilevante, dal momento che introduce tra le prestazioni esigibili attività di promozione della salute e prevede esplicitamente sinergie con soggetti esterni al settore sanitario, in questo modo consentendo di tener sotto controllo e governare il processo complessivo di erogazione delle prestazioni (tab.2).

Tabella 2. Le prestazioni comprese nel Programma Prevenzione delle Malattie Croniche

Programmi/Attività	Componenti del Programma	Prestazioni
Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale <i>Guadagnare Salute</i> .	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profilo di salute della Comunità; 2. Promozione della consapevolezza e della partecipazione; 3. Promozione di sinergie con altri soggetti; 4. Contributo tecnico scientifico alla promozione della salute. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborazione del Profilo di Salute; 2. Relazione sullo Stato di Salute; 3. Informazione e comunicazione; 4. Attivazione di processi intersettoriali per la salute in tutte le politiche; 5. Individuazione e offerta dei Programmi di Promozione della Salute più efficaci.
Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rilevazione, analisi, comunicazione e utilizzo delle informazioni; 2. Sorveglianza trend temporali e spaziali del fenomeno. 	Informazione e comunicazione alle istituzioni, a cittadini e operatori sanitari.
Prevenzione malattie croniche rilevanti e di comportamenti favorevoli alla salute.	Interventi finalizzati all'individuazione di condizioni di rischio e all'indirizzo verso adeguata presa in carico.	Programmazione, attivazione e valutazione di interventi di Sanità Pubblica.
Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcool.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmi di disassuefazione; 2. Campagne informative/educative; 3. <i>Counseling</i> di operatori sanitari; 4. Sorveglianza rispetto del divieto di fumo; 5. Promozione della guida senza alcol. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione di programmi intersettoriali 2. Informazioni sui rischi per la salute; 3. Offerta di <i>counseling</i> individuale.

Programmi/Attività	Componenti del Programma	Prestazioni
Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione idoneità pratica sportiva; 2. Programmi di incremento attività fisica; 3. Promozione dell'attività fisica; 4. <i>Counseling</i> sull'attività fisica; 5. Campagne informativo-educative; 6. Prevenzione e contrasto al doping; 7. Programmi esercizio fisico soggetti a rischio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione di programmi intersettoriali; 2. Informazione e comunicazione; 3. Offerta di <i>counseling</i> individuale; 4. Certificato idoneità alla pratica sportiva agonistica per disabili e minori; 5. Idoneità pratica sportiva non agonistica.
Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programmi finalizzati a incoraggiare l'adozione di corrette abitudini alimentari; 2. Adeguatezza nutrizionale menù; 3. Interventi sui capitolati d'appalto per migliorare la qualità nutrizionale; 4. Campagne informativo-educative rivolte a popolazione generale e/o a target; 5. <i>Counseling</i> su corretta alimentazione. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Attivazione di Programmi Intersettoriali per la Prevenzione dei fattori di rischio; 2. Informazione e comunicazione; 3. Offerta di <i>counseling</i> individuale; 4. Supporto a Enti e Istituzioni nei menu di ristorazione collettiva.
Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formazione del personale sanitario; 2. Campagne informativo/educative rivolte alle donne in gravidanza; 3. <i>Counseling</i> da parte di operatori sanitari. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Offerta di <i>counseling</i> individuale; 2. Informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori.
Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23/03/2005 e dal PNP 2014-2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Test di screening e dei percorsi di approfondimento per popolazione target; 2. Sorveglianza su estensione e adesione dei programmi e valutazioni relative; 3. Coinvolgimento gruppi a rischio; 4. Promozione partecipazione consapevole; 5. Realizzazione sistemi informativi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informazione sui benefici per la salute derivanti dall'adesione ai programmi; 2. Chiamata attiva ed esecuzione dei test di screening di primo e secondo livello; 3. Invio ad altro <i>setting</i> assistenziale per la presa in carico diagnostico-terapeutica.
Prevenzione delle dipendenze	<ol style="list-style-type: none"> 1. Campagne informative educative; 2. Sviluppo per <i>setting</i> di programmi. 	Attivazione di programmi intersettoriali per prevenzione rischio di dipendenza.

BOX 5. *Nel Patto per la Salute l'individuazione dei fondi per l'operatività del Piano Nazionale della Prevenzione*

A partire dall'anno 2000, la governance del settore sanitario viene definita all'interno delle Intese Stato Regioni¹⁰, documenti triennali definiti Patti per la Salute nei quali si definiscono le risorse finanziarie necessarie alla programmazione regionale e le regole di governo del settore con le relative modalità di verifica.

Il Patto per la Salute attualmente vigente, riferito al triennio 2014-2016, contiene le prescrizioni strategiche e prospettiche, alle quali dovranno uniformarsi le politiche sanitarie regionali del prossimo triennio.

La crucialità del provvedimento per quanto riguarda la prevenzione sta nell' articolo 17 che fa riferimento all'opportunità di attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione recentemente approvato, individuando inoltre le risorse necessarie alla sua attuazione.

2.2 Le politiche di prevenzione e promozione della salute: dall'Europa al Servizio Sanitario italiano

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, nell'ambito della programmazione sanitaria prevista dal Patto per la Salute, individua la visione, i principi, le priorità che delineano dieci macro-obiettivi di salute e benessere a livello nazionale e il modello di governance che ne dovrà supportare la realizzazione e valutazione. La principale novità di questa lista è che per la prima volta si propongono risultati di salute; unica eccezione è il decimo obiettivo ereditato dal piano nazionale alimenti per integrare i due documenti di programmazione preventiva. Ogni Regione, in coerenza con il PNP, redige su questi obiettivi un proprio Piano, approvato dal Ministero della Salute, e lo attua e monitora attraverso programmi il più possibile integrati, che in parte si realizzano attraverso Piani Locali di Prevenzione (PLP) sotto la responsabilità delle singole Aziende Sanitarie Locali. Il PNP sollecita il livello locale, ma non lo esige: la scelta piemontese della redazione e realizzazione di PLP a livello locale, nell'ambito territoriale di una ASL¹¹, in una cornice di programmazione regionale, è originale rispetto ad altre Regioni. Ed è in continuità con il precedente Piano, avendo questa impostazione dimostrato una sua validità di innovazione, nonostante le difficoltà di gestione e realizzazione evidenziate nel capitolo precedente, nel governare e nell'integrare le tante attività e la molteplicità degli interventi di prevenzione e promozione della salute (tab. 3).

¹⁰ Art 8, c. 6, della legge n. 131/03 in attuazione dell'art. 120 della Costituzione

¹¹ Nel capitolo 4 verranno presentati i Piani Locali della Prevenzione delle ASL CN1 e CN2 del triennio precedente.

Tabella 3. I 10 macro-obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018

1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili;
2. Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali;
3. Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani;
4. Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti;
5. Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti;
6. Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti;
7. Prevenire gli infortuni e le malattie professionali;
8. Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;
9. Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie;
10. Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Il PNP 2014-2018, nei suoi principi, fa riferimento alle indicazioni date da documenti di indirizzo dell'Organizzazione Mondiale della Salute della regione europea. I principali documenti di riferimento indicati nel PNP sono sul piano generale delle politiche di salute *Salute 2020, Un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere* (OMS, 2013), e sul piano specifico della prevenzione *l'Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016* (OMS, 2012).

*Salute 2020
e Piano Nazionale
della Prevenzione*

Salute 2020 pone un netto accento sul fatto che tutti i settori della società, oltre alla sanità, possano concorrere in modo sostanziale ed equo al benessere e alla salute delle persone e delle comunità locali sia nel proprio settore di competenza sia con politiche e azioni intersettoriali. Il documento OMS fa suo il modello integrato biomedico e socio-ecologico che abbiamo presentato nel primo capitolo interpretando la salute delle persone e delle comunità nella loro interezza e complessità e mettendo in gioco tutte quelle risorse e responsabilità, anche quelle non solitamente intercettabili nella sanità, che possono essere utili a mobilitare interventi per migliorare la salute per tutti, sia a livello individuale sia collettivo, e ridurre le disuguaglianze di salute.

Nel PNP questa opzione non è così chiaramente delineata, anche se sono presenti differenti spunti lungo tutto il documento. Si propone una lettura integrata¹² dei due documenti per individuare gli elementi di complementarità e quindi d'integrazione che rafforzano sia la loro interpretazione sia la loro traduzione in piani di azione, ognuno dei quali sarà discusso in dettaglio nei paragrafi successivi, per coglierne le implicazioni per il nostro rapporto. Saranno presentati in successione i paragrafi rispettivamente dedicati a: visione e principi, obiettivi strategici, ambiti prioritari e macro-obiettivi, governance partecipativa e *stewardship* (tab. 4).

¹² La tabella è stata curata da DoRS Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute Regione Piemonte quale strumento di lavoro durante il seminario *Partecipazione e empowerment, un seminario per la redazione dei Piani della Prevenzione* tenutosi ad Avigliana il 18 febbraio 2015 (link a <http://www.dors.it/pag.php?idcm=5552>).

Tabella 4. Confronto tra Salute 2020 e Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018

Salute 2020 – OMS	Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018
<p data-bbox="151 333 490 387">La salute è il principale bene e la maggior risorsa per la società</p> <ul data-bbox="151 402 516 966" style="list-style-type: none"> • Un buono stato di salute produce benefici in tutti i settori e nell'intera società, rappresenta una risorsa preziosa; • le condizioni che permettono alle società di prosperare e di svilupparsi sono le stesse che permettono anche alle persone di godere di una buona salute, le politiche che ne tengono conto hanno un impatto maggiore; • le performance sanitarie ed economiche sono interconnesse, è fondamentale che il settore sanitario migliori l'utilizzo delle proprie risorse; • negli ultimi decenni, nella Regione Europea dell'OMS, la salute è migliorata moltissimo, ma non in modo equo ovunque e per tutti; questo è inaccettabile. <p data-bbox="151 988 503 1070">Una solida base di valori: raggiungere il livello di salute più elevato possibile</p> <ul data-bbox="151 1084 486 1139" style="list-style-type: none"> • <i>Salute 2020</i> si basa sui valori sanciti nello Statuto dell'OMS. <p data-bbox="151 1161 512 1215">Una valida motivazione sociale ed economica per migliorare la salute</p> <ul data-bbox="151 1230 516 1658" style="list-style-type: none"> • La sfida che la spesa sanitaria pone ai governi non è mai stata così grande; se si adottano strategie efficaci si possono ottenere dei reali benefici per la salute a un costo sostenibile e nei margini consentiti dalle risorse disponibili; • l'utilizzo efficiente delle risorse all'interno del settore sanitario può contenere i costi; • in un mondo globalizzato, i Paesi hanno sempre più bisogno di lavorare insieme per affrontare le numerose e principali sfide per la salute. 	<p data-bbox="557 333 632 360">Vision</p> <ul data-bbox="557 374 1154 993" style="list-style-type: none"> • Affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare, in particolare alla luce delle dinamiche demografiche che la caratterizzano; • adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze; • esprimere la visione culturale nei valori, obiettivi e metodi della sanità pubblica (maturata anche attraverso le esperienze dei due precedenti PNP) di una "prevenzione, promozione e tutela della salute" che pone le popolazioni e gli individui al centro degli interventi con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile; • basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo e che siano programmati per ridurre le disuguaglianze; • accettare e gestire la sfida del costo-efficacia degli interventi, dell'innovazione, della governance; • perseguire per i professionisti, la popolazione e gli individui lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili. <p data-bbox="557 1015 645 1042">Principi</p> <ul data-bbox="557 1057 1154 1594" style="list-style-type: none"> • Il Piano 2014-2018 intende essere un "Piano" per una promozione della salute e una prevenzione attuata in un quadro strategico di quinquennio; • fissa obiettivi comuni prioritari supportati da strategie e azioni <i>evidence based</i>, in grado nel medio-lungo termine di produrre un impatto sia di salute che di sistema; • definisce un numero limitato di (macro) obiettivi di salute misurabili e intende valutare i risultati raggiunti attraverso indicatori di <i>outcome</i>; • recepisce gli obiettivi sottoscritti a livello internazionale e incorpora gli obiettivi già decisi all'interno di Piani nazionali di settore per quanto attiene alla promozione, prevenzione e tutela della salute; • garantisce la trasversalità degli interventi tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative; riconosce l'importanza fondamentale della genesi e fruizione della conoscenza e pertanto riconosce la messa a regime di registri e sorveglianze come elementi infrastrutturali indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Obiettivo strategico 1

Migliorare la salute per tutti e ridurre le disuguaglianze di salute.

I macro-obiettivi del Piano sono stati individuati in base alle seguenti priorità:

- ridurre il carico di malattia;
- rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive;
- rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili;
- considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente.

Nella definizione dei macro-obiettivi si è tenuto conto anche di criteri di valore strategico non solo pertinenti alla salute e al benessere (2), ma anche pertinenti alla governance (3) del Piano:

- rilevanza;
- coerenza;
- governance;
- *stewardship*;
- sviluppo.

Obiettivo strategico 2

Migliorare la leadership e la governance partecipativa per la salute.

Fanno parte di questo approccio strategico:

- una sistematica attenzione alla intersettorialità, ai vari livelli di sistema: di governo centrale e di coesione nazionale di programmazione regionale e di governo locale; di erogazione dei servizi a livello territoriale;
- una sistematica attenzione al miglioramento della qualità sia dei servizi sia della governance;
- una sistematica promozione, sviluppo e utilizzo di valutazioni quantitative (e quindi dei flussi informativi a ciò finalizzati).

***Accountability* dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione (*stewardship*)**

Accountability significa responsabilità. Scelte organizzative non ottimali producono l'effetto di ridurre la tutela, la promozione o la prevenzione della salute. L'attenzione ai modelli organizzativi come determinanti di interventi più efficaci e/o di maggiore qualità diventa, quindi, elemento essenziale anche della pianificazione in prevenzione sia nella funzione di erogazione dei servizi sia in quella di governance (*stewardship*).

Lavorare insieme sulle priorità comuni di politica per la salute.

In questo PNP si è scelto di individuare pochi macro-obiettivi a elevata valenza strategica, perseguibili contemporaneamente da tutte le Regioni, attraverso la messa a punto di piani e programmi che, partendo dagli specifici contesti locali, nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi.

Si riportano di seguito i 10 macro-obiettivi del PNP associati agli ambiti prioritari nel documento di policy *Salute 2020* (N.B.: alcuni macro-obiettivi possono avere più corrispondenze con gli ambiti prioritari)

Ambito prioritario 1

Investire sulla salute considerando l'intero arco della vita e mirando all'*empowerment* delle persone.

1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili;
2. promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani;
3. prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti;
4. prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti;
5. prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti;
6. prevenire gli infortuni e le malattie professionali.

Ambito prioritario 2

Affrontare le principali sfide per la salute dell'Europa: le malattie non trasmissibili e trasmissibili.

7. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili;
8. ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;
9. ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie;
10. attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Ambito prioritario 3

Rafforzare i servizi sanitari con al centro la persona, le capacità in sanità pubblica, la sorveglianza e la prontezza di risposta in caso di emergenza.

1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili;
2. prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali;
3. promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani;
4. prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti;
5. prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti;
6. prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti;
7. ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie.

Ambito prioritario 4

Creare comunità resilienti e ambienti favorevoli.

1. Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili;
2. promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani;
3. prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti;
4. prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti;
5. prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti;
6. prevenire gli infortuni e le malattie professionali;
7. ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute;
8. attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Lavorare insieme: il valore aggiunto delle partnership
Salute 2020 – un obiettivo comune e una responsabilità condivisa.

Azioni Centrali (AC)

Si definiscono AC quelle azioni il cui obiettivo è il miglioramento del sistema cui dovrebbe conseguire una più facile attuazione degli obiettivi della pianificazione a livello nazionale o regionale. Le AC tendono a migliorare la capacità del sistema sanitario di erogare e promuovere interventi di prevenzione. La loro attuazione impone quasi sempre iter complessi e lunghi da realizzare poiché spesso è richiesto il coinvolgimento di altri Dicasteri o del Parlamento.

Gli obiettivi generali delle AC sono:

- rafforzare la governance di sistema a livello nazionale e regionale;
- rafforzare/facilitare l'attuazione dei macro-obiettivi della pianificazione nazionale.

Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione (*stewardship*)

Accountability significa responsabilità. Scelte organizzative non ottimali producono l'effetto di ridurre la tutela, la promozione o la prevenzione della salute. L'attenzione ai modelli organizzativi come determinanti di interventi più efficaci e/o di maggiore qualità diventa, quindi, elemento essenziale anche della pianificazione in prevenzione sia nella funzione di erogazione dei servizi sia in quella di governance (*stewardship*).

2.2.1 Visione e principi

Nella visione e nei principi i due documenti sono ben allineati. Una buona salute in quanto bene e diritto umano fondamentale, riveste un'importanza vitale per la vita di ogni persona, per tutte le famiglie e per tutte le comunità e allo stesso tempo è essenziale per lo sviluppo sociale ed economico. Negli ultimi decenni la salute è migliorata moltissimo, ma non in modo equo. Le condizioni che permettono alle società di prosperare e svilupparsi sono le stesse che permettono anche alle persone di godere di una buona salute. Il diritto alla salute in tempi di crisi deve essere presidiato e garantito ancor più nei suoi valori guida quali l'universalità, la solidarietà e l'equità di accesso ai servizi e alle risorse presenti nelle comunità.

Il documento dell'OMS sembra più interessato a mostrare anche il contributo di queste politiche di salute alla sostenibilità economica, mentre il documento italiano si preoccupa di più di colmare con saldi principi le lacune strumentali più importanti del nostro sistema di prevenzione, cioè la scarsa consuetudine a fondare le decisioni su prove di efficacia e a misurare i fenomeni.

Al momento i governi spendono per la prevenzione collettiva, la promozione della salute e la prevenzione delle malattie solo una piccola per-

centuale del fondo sanitario (inferiore al 5% in Italia e nei paesi OCSE) e solo pochi Paesi dell'Europa insulare e scandinavi affrontano in modo sistematico le disuguaglianze, impegnando le politiche dei diversi settori. Per queste ragioni, i due documenti si impegnano a mettere al centro delle politiche la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e la prevenzione collettiva come fattori di giustizia sociale nei risultati di salute e di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare. Le condizioni sono di gestire le sfide del rapporto costo-efficacia/appropriatezza degli interventi, dell'innovazione e inclusione sociale e di una rinnovata governance più aderente ai mutati contesti sociali e organizzativi, capitalizzando le esperienze e i saperi maturati nei due precedenti PNP.

2.2.2 Obiettivi strategici

In *Salute 2020* vengono individuati due obiettivi strategici tra loro collegati: uno riguarda l'impatto su salute e benessere anche in relazione alle disuguaglianze e l'altro il processo di governance che ne garantisce il risultato. Il documento italiano raccoglie entrambi questi indirizzi, ma limita l'attenzione alle disuguaglianze solo ai gruppi fragili, un approccio che potrebbe avere minore impatto dal punto di vista dei risultati di salute.

Gli approcci più promettenti per promuovere in modo equo la salute includono: orientarsi alla resilienza della comunità, all'inclusione e alla coesione sociale; promuovere politiche e azioni per il benessere nella prima infanzia, dei giovani e degli anziani; sviluppare approcci collaborativi tra cure ospedaliere e primarie in percorsi che integrino prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; rinforzare la tutela e la promozione della salute dei lavoratori; favorire la parità tra i generi e la costruzione di competenze individuali e comunitarie che proteggano e promuovano la salute, l'attenzione ai gruppi fragili e il senso di appartenenza alla comunità locale.

Fare in modo che gli obiettivi di ogni portatore di interesse (il pubblico, gli attori economici e sociali, i professionisti, i mezzi di comunicazione) convergano, o almeno non ostacolino nella misura del possibile il percorso verso obiettivi di salute espliciti è la sfida della cosiddetta governance: serve la partecipazione di tutti gli attori, che devono poter condividere le conoscenze sui problemi di salute, le cause e le soluzioni e devono essere motivati a dar conto delle conseguenze sulla salute delle proprie decisioni. Per far questo servono una guida e un aiuto: è il ruolo che deve giocare la sanità, ma un ruolo che deve essere meritato sul campo a partire dal proprio ambito d'azione, mostrando di saper investire nella qualità e nell'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni di cura con al centro la persona; sviluppando modelli organizzativi e saperi professionali innovativi; valorizzando e condividendo le conoscenze e migliorando i sistemi di sorveglianza e valutazione per la prevenzione e promozione della salute anche a uso delle altre politiche.

2.2.3 *Ambiti prioritari e macro-obiettivi*

Salute 2020 mostra carattere nella scelta delle priorità, perché, oltre ai criteri tradizionali (priorità alle malattie più frequenti e importanti), sottolinea da un lato il ruolo cruciale delle competenze, capacità e risorse di salute che si creano nelle diverse fasi della vita, soprattutto senza trascurare quelle dei primi mesi e anni di vita per il lascito che hanno sulla salute adulta e sulle disuguaglianze. Dall'altro pone l'attenzione sulle due principali condizioni di contesto che rendono le persone più capaci di promuovere e tutelare la salute: servizi sanitari sensibili ai bisogni e capaci di buona risposta per tutti e comunità che includano, sostengano e stimolino percorsi di salute. Il PNP in verità sviluppa solo uno dei quattro ambiti prioritari, quello dell'attenzione alle malattie a maggiore frequenza e impatto, dieci raggruppamenti di malattie che diventano altrettanti macro-obiettivi. Gli altri tre ambiti fanno capolino come meccanismi esplicativi o condizioni per la soluzione funzionale a molti di questi macro-obiettivi, come risulta dalla tabella di corrispondenza sopra riportata. Illuminante il fatto che a fronte della raccomandazione OMS di rafforzare prioritariamente i sistemi sanitari, che nel nostro caso sono i servizi deputati alla prevenzione, il PNP eluda le difficoltà e i limiti dei servizi di prevenzione delle aziende sanitarie che abbiamo a più riprese richiamato nel primo capitolo (lacune di competenze, prestigio, ruolo, risorse che sono indispensabili per giocare un ruolo di leadership). Una rilettura di queste quattro priorità dell'OMS per gli scopi del presente rapporto sulla prevenzione a Cuneo potrebbe aiutare a far diventare più efficaci, innovativi e sostenibili i piani di prevenzione nella provincia, allineandoli alle migliori esperienze europee.

1. Investire sulla salute considerando l'intero arco della vita e mirando all'*empowerment* delle persone. Nella traiettoria della vita ci sono momenti in cui si creano o si perdono competenze, capacità, risorse utili per la salute: sono quelle transizioni, quelle sequenze critiche, quell'accumulazione di svantaggi che vanno conosciuti e intercettati con appropriate azioni che responsabilizzano, rafforzano, proteggono la persona dai disturbi di salute, dalle malattie, dalle limitazioni funzionali, dalla nascita alla morte. Tutti gli interventi previsti dai macro-obiettivi del PNP, catalogati in questo ambito nella tabella 4, devono imparare a interrogarsi in questa chiave delle traiettorie di vita, perché è la più promettente per garantire il cosiddetto *empowerment* della persona ai fini della salute, cosa che si realizza più facilmente integrando le azioni e le responsabilità dei diversi attori in gioco in uno stesso contesto di vita (i cosiddetti *setting*).

2. Affrontare le principali sfide per la salute dell'Europa: le malattie non trasmissibili e trasmissibili. Per entrambe le categorie di malattie è necessario associare azioni di sanità pubblica a interventi sui sistemi di assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale. La prevenzione ha solo una parte

di responsabilità e un piano di prevenzione avrebbe potuto discriminare più espressamente le priorità da mettere a tema in un così breve arco di tempo come il quadriennio 2014-2018 in corso. In effetti i dieci macro-obiettivi coprono l'intero orizzonte nosologico¹³ per non far torto a nessuno; questa scelta potrebbe risultare utile per costringere tutti i professionisti e le strutture sanitarie che già si occupano di queste voci nosologiche o dei loro fattori di rischio a focalizzare meglio le loro azioni verso obiettivi di salute specifici. Cosa che potrebbe avvenire senza cambiare significativamente l'impegno di risorse tra i settori, magari privilegiando quegli approcci integrati, trasversali e intersettoriali, propri della promozione della salute, poiché è sempre più riconosciuto l'impatto limitato delle azioni specifiche, intraprese per influenzare i singoli comportamenti individuali (per esempio quelle educative, formative, comunicative, ecc.). Ma la lista dei macro-obiettivi è una scelta che non favorisce nuovi investimenti verso fattori di rischio e/o comportamenti protettivi più promettenti per la salute, o disinvestimenti da attività poco remunerative in termini di risultati di salute.

3. Rafforzare i servizi sanitari con al centro la persona, le capacità in sanità pubblica, la sorveglianza e la prontezza di risposta in caso di emergenza. Che cosa potrebbe voler dire per la prevenzione questa enfasi sul ruolo dei servizi sanitari, quali capacità della sanità pubblica dovrebbero essere promosse per giocare quel ruolo di leadership e *stewardship* sulla promozione della salute che viene predicato dalle raccomandazioni internazionali? La loro sostenibilità dal punto di vista economico è fuori discussione, dato che assorbe risorse così modeste. La coerenza con gli scopi di salute dichiarati, centrati sulla persona e sulle comunità e basati sulle evidenze, sarebbe già un buon passo avanti, dato che le consuetudini su cui i servizi di prevenzione o si attardano o sono costretti dagli adempimenti dovuti non sono propriamente corrispondenti a obiettivi prioritari di salute della persona e delle comunità e spesso sono poco fondati sulle prove di efficacia, né sono capaci di adattarsi adeguatamente alle variazioni demografiche e sociali e ai nuovi rischi. È dunque necessario un ri-orientamento in questo senso dei servizi di prevenzione, anche in buona compagnia con il ri-orientamento che tutti i servizi sanitari stanno compiendo verso la qualità delle cure nei percorsi assistenziali tra il territorio e l'ospedale, in modo da rafforzare l'autorevolezza della sanità nel promuovere e guidare quel lavoro di collaborazione interprofessionale e intersettoriale con gli altri portatori d'interesse che abbiamo visto essere così importante per le priorità precedenti. A questa sfida non può sottrarsi il sistema di formazione universitaria e di aggiornamento permanente dei professionisti della salute. Professionisti della prevenzione più preparati e professionisti sanitari più sensibili alla promozione della salute e abituati al lavoro di équipe sono il cuore di un sistema sanitario più equo e appropriato.

13 Relativo alla nosologia, scienza che si occupa della classificazione sistematica delle malattie.

4. Creare comunità resilienti e ambienti favorevoli. Come visto nel primo capitolo, sviluppare resilienza è un fattore chiave per la tutela e la promozione della salute e del benessere a livello individuale. Le comunità resilienti reagiscono in modo proattivo a situazioni nuove o avverse, si preparano a cambiamenti economici, sociali e ambientali e affrontano meglio la crisi e le difficoltà. Le possibilità delle persone di essere in buona salute sono strettamente correlate alle condizioni di vita degli ambienti in cui esse nascono, crescono, lavorano e invecchiano. La valutazione sistematica degli effetti sulla salute legati alle condizioni dell'ambiente – particolarmente in relazione alla tecnologia, al lavoro, alla produzione energetica e all'urbanizzazione – è fondamentale e deve essere seguita da azioni capaci di garantire benefici per la salute. Il movimento delle Città Sane dell'OMS fornisce molteplici esempi su come si costruisce questo tipo di resilienza, soprattutto coinvolgendo la popolazione locale e generando un senso di appartenenza della comunità rispetto ai temi della salute, e valutazione e controllo dell'ambiente. Altre reti che partono dal livello locale forniscono esperienze simili, come le scuole o gli ambienti di lavoro che promuovono salute.

2.2.4 Governance partecipativa e stewardship: responsabilità e collaborazione

I principi e le priorità appena descritte possono tradursi in realtà se c'è una "buona amministrazione del bene pubblico", quali sono la salute e il benessere delle persone e della società. Nei documenti qui analizzati si ha un'inflazione di termini inglesi che è in parte giustificata dalla particolare capacità che essi hanno di attirare la nostra attenzione sul perché le cose che dovrebbero funzionare poi non capitano mai anche nella nostra prevenzione e promozione della salute. In effetti non basta avere una buona ricetta in mano per soddisfare l'appetito, bisogna anche che tutti quelli che partecipano alla preparazione facciano bene la loro parte, quand'anche nessuno sia titolato a comandare (la cosiddetta buona governance). Per questo scopo è meglio se c'è una leadership che guida il percorso di preparazione della ricetta, ma se nessuno ha l'autorità per comandare è necessario che ci sia qualcuno che assicura che tutti siano nelle condizioni di fare al meglio il proprio compito, cioè conoscere che cosa serve, disporre delle risorse necessarie, controllare se tutto va per il meglio. Questa è la cosiddetta attività di *stewardship*. Lo sviluppo del ruolo di *steward* nella prevenzione e nella promozione della salute da parte del settore sanitario nel raggiungimento con i portatori di interesse degli obiettivi di salute è un obiettivo prioritario del PNP 2014-2018. Nell'ambito delle politiche per la salute, la *stewardship* è l'accurata e responsabile gestione delle condizioni per il benessere della popolazione (Saltman, OMS, 2000; Novinsky, Federici, 2008). La *stewardship*, diversamente da leadership più tradizionali fondate sul

mandato istituzionale, si caratterizza per la capacità di motivare e creare senso di appartenenza e di rivestire il ruolo di collaboratore con uno stile “di essere al servizio”, esercitando responsabilità e autorevolezza, fornendo dati, prove di efficacia e buone pratiche e sostenendo e facilitando l’incontro e la collaborazione tra i diversi portatori d’interesse coinvolti nella tutela e promozione del benessere e della salute della popolazione.

Questa responsabilità dovrebbe essere rafforzata e garantita dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, come visto a inizio capitolo.

2.3 Il nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018: obiettivi, organizzazione e azioni

La Giunta regionale piemontese, nel mese di giugno 2015, ha deliberato tre atti di programmazione che indirizzano e sostengono le Aziende Sanitarie Locali nella scrittura dei Piani Locali della Prevenzione: il Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018, il Piano Regionale Integrato 2015-2018 per la Sicurezza Alimentare e l’Atto *Interventi per il riordino della rete territoriale del Servizio Sanitario Regionale*.

Il principio della Salute in Tutte le Politiche è richiamato e deve improntare le azioni del PRP al fine di mantenere un elevato livello di attenzione sul tema cruciale dell’utilità sociale nell’impiego delle risorse pubbliche. Per questo motivo, la scelta dell’Assessorato alla Sanità è stata di impegnare con un atto deliberativo tutta la Giunta regionale, e non solo l’assessorato di “competenza”. A tale fine, l’attuazione del PRP richiederà non solo un buon coordinamento tra le diverse componenti del Servizio Sanitario Regionale, ma anche la possibilità di stipulare accordi, tramite atti deliberativi della Giunta, con altri settori non prettamente sanitari. Infatti, è ricca la presenza di organismi e associazioni regionali o nazionali che operano nell’area della promozione della salute con progetti di prevenzione di rilevanza regionale o nazionale quali, per esempio, quelli inclusi nelle reti OMS degli ospedali e delle scuole che promuovono la salute.

Il PRP prevede dieci programmi, articolati in obiettivi e azioni, che il sistema della prevenzione e della promozione della salute piemontese vuole perseguire entro il 2018. Ciascun obiettivo prevede degli indicatori specifici per la misura del suo grado di raggiungimento, costruiti in linea con la programmazione europea. Il PRP è coerente con i principi e gli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione e del documento *Salute 2020*. In particolare il piano piemontese ha scelto di declinare i macro-obiettivi nazionali, di natura tematica, all’interno dei contesti (*setting*) di vita e lavoro (i primi quattro programmi) per facilitare la progettazione di azioni efficaci a partire dalla titolarità dei responsabili dei *setting* e tenendo conto dei fattori individuali, organizzativi e ambientali, propri dei contesti, che condizionano il benessere e i comportamenti di salute (tab. 5).

Tabella 5. Le azioni previste nel Piano Regionale della Prevenzione per l'anno 2015

PROGRAMMI (secondo i macro- obiettivi del PNP)	AZIONI
1. Guadagnare Salute Piemonte: Scuole che promuovono salute	1.1.1. Consolidamento dell'alleanza scuola/sanità per le Scuole che promuovono salute 1.2.1. Consolidamento e sviluppo di una formazione congiunta 1.3.1. Il catalogo: promozione e disseminazione di Buone Pratiche (BP) 1.4.1. Programmazione annuale delle azioni prioritarie in co-progettazione
2. Guadagnare Salute Piemonte: Comunità e ambienti di vita	2.1.1. Linee guida per l'adozione della <i>Carta di Toronto per la promozione dell'attività fisica</i> 2.1.2. Primi 1.000 giorni: quali azioni, quali politiche 2.1.3. Ambienti sicuri 2.2.1. Come leggere l'etichetta dei prodotti confezionati per bambini: una guida all'uso 2.2.2. Incidenti domestici: quali informazioni 2.3.1. Con meno sale la salute sale 2.4.1. Prevenzione del consumo dannoso di alcolici nel contesto del divertimento e Promozione della guida responsabile: Rete Regionale e Progetti multi-componente 2.4.2. <i>Save the date</i> 2.5.1. <i>Walking programs</i> 2.6.1. Rapporto uomo-animale: strategie d'informazione e attività di controllo
3. Guadagnare Salute Piemonte: Comunità e ambienti di lavoro	3.1.1. Dalle prove di efficacia alle buone pratiche 3.1.3. Corso FAD WHP per operatori sanitari 3.3.1. Studio di fattibilità Rete WHP Piemonte

PROGRAMMI
 (secondo i macro-
 obiettivi del PNP)

AZIONI
**4. Guadagnare
 Salute Piemonte:
 Setting sanitario**

- 4.1.1. Sostegno all'allattamento al seno
- 4.3.1. Allattamento al seno: monitoraggio dell'andamento
- 4.1.2. 0-6 anni: quali messaggi per promuovere la salute?
- 4.2.1. Sostegno/implementazione degli interventi di prevenzione/riduzione/cessazione tabagismo realizzati dalle ASL/ASO in autonomia e/o nell'ambito di progetti regionali consolidati
- 4.2.2. Implementazione dell'offerta terapeutica dei CCT e di altri servizi di disassuefazione
- 4.2.3. Progettazione e realizzazione di percorsi formativi aziendali sull'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e di interventi specifici brevi, col coordinamento del gruppo di lavoro regionale alcol
- 4.2.4. Diffusione e messa in pratica all'interno delle ASL degli interventi specifici brevi per la riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol
- 4.2.5. Consolidamento delle modalità operative del MET (modello operativo di esercizio-terapia) e ampliamento delle integrazioni con i Servizi specialistici per le MCNT
- 4.1.3. Inserimento della tematica dell'esercizio fisico a scopo terapeutico nei percorsi educativi dedicati agli stili di vita per pazienti con patologie croniche e per operatori dei relativi servizi
- 4.1.4. Ricognizione dei percorsi educativo-terapeutici attivati localmente nelle strutture diabetologi che, nell'ambito del PDTA-DM
- 4.1.5. Definizione delle caratteristiche minime necessarie per percorsi educativo-terapeutici efficaci nell'ambito dell'alimentazione e del corretto utilizzo dell'attività fisica a scopo terapeutico e preventivo, da svolgersi nelle strutture diabetologiche regionali
- 4.1.6. Sperimentazione di un modello di lavoro ospedale-territorio con interventi di promozione di corretti stili di vita per pazienti ricoverati
- 4.4.1. Utilizzo di tecniche partecipate per verifica di efficacia e fattibilità di interventi rivolti all'"utenza fragile"
- 4.1.7. Testare la trasferibilità nei D.S.M. del metodo del "Dialogo Aperto" per il trattamento dei sintomi di esordio in pazienti con crisi psichiatrica
- 4.3.2. Stesura e validazione delle linee di indirizzo regionali in tema di accertamento ai sensi degli articoli 186, 186bis, 187 C.d.S.
- 4.3.3. Definizione di indicazioni procedurali per la strutturazione di corsi info-educativi per la prevenzione e la riduzione dell'incidentalità stradale correlata all'uso di sostanze psicoattive
- 4.3.4. Monitoraggio dell'andamento del fenomeno "incidenti domestici" attraverso la raccolta ed elaborazione dati di ricorso al PS per incidente domestico
- 4.3.5. Formazione sugli incidenti domestici
- 4.3.6. Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico
- 4.2.6. Farmacia di comunità
- 4.1.8. Monitoraggio e implementazione degli interventi di prevenzione e *counselling* nutrizionale in soggetti a rischio

PROGRAMMI (secondo i macro- obiettivi del PNP)	AZIONI
5. Screening di popolazione	5.1.1. Piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico 5.1.2. Screening mammografico 5.3.1. Screening colon-rettale 5.3.2. Attività FOBT 5.2.1. Introduzione del test HPV-DNA 5.4.1. Estensione e rafforzamento degli interventi per le donne straniere 5.4.2. Qualità dei programmi di screening 5.9.1. Interventi rivolti alle donne con rischio ereditario per tumore alla mammella 5.11.1. Riconoscimento screening neonatali 5.13.1. Monitoraggio del TSH neonatale 5.10.1. Screening malattie croniche non trasmissibili: valutazione del contesto e della letteratura scientifica
6. Lavoro e salute	6.1.1. Consolidare l'utilizzo dei sistemi informativi già in uso (Flussi INAIL-Regioni, Informo, SPRESALWeb, comunicazioni dei medici competenti ex art. 40, DLgs 81/08) nell'ambito della programmazione regionale e locale 6.1.2. Predispone un sistema di archiviazione informatizzato dei Registri di esposizione ad agenti cancerogeni 6.2.1. Avviare iniziative atte al miglioramento qualitativo e quantitativo delle segnalazioni di malattia professionale 6.2.2. Consolidare e implementare i sistemi di registrazione dei tumori professionali 6.3.1. Svolgere attività di supporto a RLS/RLST 6.4.1. Fornire indicazioni operative per la formazione in materia di igiene e sicurezza del lavoro 6.4.2. Promuovere iniziative di formazione e assistenza alle imprese e ai soggetti della prevenzione 6.5.1. Promuovere iniziative in materia di stress lavoro-correlato 6.6.1. Interventi formativi rivolti al mondo della scuola 6.7.1. Promuovere il coordinamento della attività di vigilanza fra Enti 6.7.2. Applicazione del piano mirato di sicurezza in edilizia 6.7.3. Applicazione del piano mirato di sicurezza in agricoltura 6.8.1. Definizione di linee di indirizzo operativo e <i>check list</i> per l'attività di vigilanza

PROGRAMMI (secondo i macro- obiettivi del PNP)	AZIONI
7. Ambiente e salute	<p>7.1.1. Costituire e promuovere l'operatività di un gruppo di lavoro regionale di coordinamento Ambiente-Salute</p> <p>7.1.2. Sostenere la Rete territoriale dei referenti del progetto Ambiente e Salute di cui alla DD n. 37 del 15/3/2007</p> <p>7.2.1. Predisporre un programma di monitoraggio degli inquinanti ambientali a cui è esposta la popolazione del Piemonte</p> <p>7.2.2. Predisporre un piano pluriennale di sorveglianza epidemiologica delle patologie correlate a esposizioni ambientali</p> <p>7.3.1. Adottare documenti di indirizzo per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali</p> <p>7.4.1. Definire un percorso per lo sviluppo di un modello per la valutazione integrata degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti</p> <p>7.5.1 Definire un piano di formazione per gli operatori sanitari e dell'ambiente</p> <p>7.7.1. Attuare programmi di controllo in materia di REACH/CLP con individuazione di un sistema di indicatori per il monitoraggio delle situazioni di non conformità</p> <p>7.9.1. Definire e approvare il nuovo Piano Regionale Amianto</p> <p>7.11.1. Promuovere buone pratiche per la tutela della salute in ambiente <i>indoor</i>, e mappare il rischio radon</p> <p>7.13.1. Prevenire i rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV attraverso la vigilanza e l'informazione</p>
8. Prevenzione delle malattie trasmissibili	<p>8.1.1. Sviluppo e integrazione dei sistemi di sorveglianza e potenziamento sistemi informativi</p> <p>8.5.1. Definizione di programmi regionali di prevenzione e controllo</p> <p>8.5.2. Azioni di comunicazione</p>
9. Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	<p>9.1.1. Costituire e promuovere l'operatività di un Gruppo di lavoro regionale per la valutazione del rischio nel campo della sicurezza alimentare a supporto del Settore Regionale Prevenzione Veterinaria</p> <p>9.1.2. Migliorare il livello di coordinamento tra Autorità Competente e Organi di Controllo</p> <p>9.1.3. Potenziare il sistema di sorveglianza e gestione MTA</p> <p>9.4.1. Completare i sistemi anagrafici delle imprese alimentari e del settore dei mangimi</p> <p>9.5.1. Gestire le emergenze in medicina veterinaria</p> <p>9.6.1. Prevenzione malattie infettive della fauna selvatica</p> <p>9.8.1. Migliorare la qualità nutrizionale e la sicurezza dell'offerta alimentare</p> <p>9.9.1. Formazione del personale delle Autorità competenti</p> <p>9.10.1. Audit sulle Autorità competenti</p>

PROGRAMMI (secondo i macro- obiettivi del PNP)	AZIONI
10. Governance	10.1.1. Censimento fonti informative ed eventuale revisione/adattamento dei flussi 10.1.2. Sorveglianze di popolazione 10.1.3. Monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze 10.2.1. Laboratorio della prevenzione 10.3.1. Proposta revisione organizzativa 10.3.2. Implementazione audit del Piano di prevenzione 10.4.1. Realizzazione eventi informativi e formativi a livello regionale e locale 10.5.1. Comunicazione e partecipazione a sostegno delle politiche per la salute

Inoltre, il Piano Regionale Integrato 2015-2018 sulla sicurezza alimentare allinea la pianificazione regionale alle indicazioni del Piano Nazionale e punta ad assicurare un elevato standard dei controlli medici e veterinari a tutela dei consumatori dalla produzione primaria al consumo dei prodotti, puntando sul coordinamento degli organi di vigilanza e sulla semplificazione dei controlli.

Infine, la delibera sulla rete di assistenza territoriale (Interventi per il riordino della rete territoriale del Servizio Sanitario Regionale) pone l'accento sulla valorizzazione del ruolo dei Distretti, come articolazione operativa fondamentale delle ASL per il governo della rete territoriale, e su un più compiuto disegno del sistema dell'assistenza primaria, compresa la continuità assistenziale. In questo ambito particolare, l'attenzione è posta all'identificazione e sperimentazione di forme più avanzate di integrazione tra le strutture organizzative distrettuali e quelle della prevenzione, in particolare negli ambiti di erogazione delle prestazioni di prevenzione rivolte alle persone.

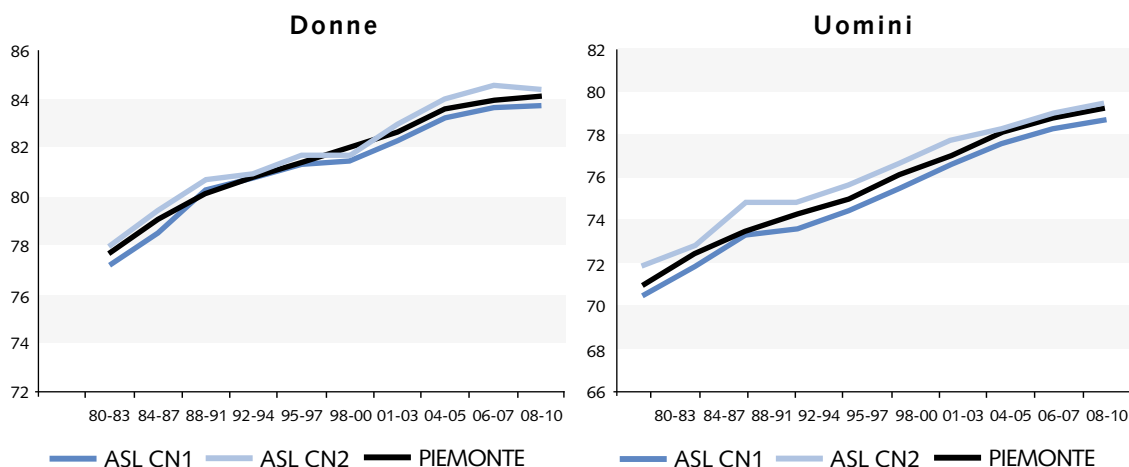
Con questi tre atti di programmazione la Regione indirizza e sostiene le Aziende Sanitarie Locali nella scrittura, realizzazione e valutazione dei Piani Locali della Prevenzione, che dovranno essere approvati entro la fine del 2015.

3. Lo stato di salute della popolazione in provincia di Cuneo

3.1 Le condizioni di vita e salute

In questi ultimi 20 anni il Piemonte, come il resto dell'Italia e dell'Europa, ha visto un ulteriore incremento dell'aspettativa di vita, recuperando quasi 5 anni per le donne e poco meno di 6 anni di speranza di vita alla nascita per gli uomini. Il Piemonte negli ultimi anni si conferma – come del resto l'Italia *in toto* – costantemente sopra la media della classifica europea della speranza di vita alla nascita, facendo per gli uomini meglio di Paesi come Germania, Francia e Spagna (Clerico, 2014)(fig. 3).

Figura 3. Speranza di vita alla nascita: confronto ASL CN1, ASL CN2, Piemonte (trend medie triennali 1980 - 2010)



Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3, *La mortalità in Piemonte negli anni 2008 – 2010*¹⁴

Anche in provincia di Cuneo continua il netto incremento della speranza di vita (SdV) alla nascita, con un trend allineato a quello piemontese e un leggero costante vantaggio dell'ASL CN2 rispetto all'ASL CN1, dove è più forte la presenza di aree montane, caratterizzate da tassi di mortalità più elevati rispetto alle aree di pianura e metropolitana. Dal 1980-83 al 2008-10 la SdV nelle donne passa rispettivamente dai 77,2 anni dell'ASL CN1 e i 77,9 anni dell'ASL CN2 agli 83,8 anni dell'ASL CN1 agli 84,4 dell'ASL CN2, dato questo superiore alla SdV

¹⁴ Cfr. http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/mortalita_08_10/index.htm

media piemontese (84,2). Andamento simile è osservabile fra gli uomini, con la conferma dello svantaggio di SdV rispetto alle donne, svantaggio che in questi anni si è leggermente ridotto.

Un contributo importante all'incremento della speranza di vita è attribuibile al miglioramento delle condizioni di vita e di assistenza sanitaria e agli interventi di prevenzione primaria e di diagnosi precoce. Infatti, la mortalità evitabile¹⁵ negli ultimi trent'anni in entrambi i sessi, in provincia di Cuneo, così come in Piemonte, cala più sensibilmente della mortalità generale.

Negli uomini il tasso standardizzato di mortalità evitabile, fra il 1980-83 e il 2008-10, è sceso di oltre il 58% nelle due ASL cuneesi (60% in Piemonte), mentre nello stesso periodo la riduzione della mortalità per tutte le cause è calata oltre il 46% a Cuneo e del 48% in Piemonte. Stesso scarto fra la riduzione dei tassi standardizzati di mortalità evitabile e mortalità generale riguarda le donne, anche se con tassi di mortalità in entrambi i casi più bassi rispetto a quelli degli uomini (tab. 6).

Tabella 6. Variazione percentuale del tasso standardizzato di mortalità evitabile (confronto 1980-83 e 2008-10)

Area Geografica	Uomini		Donne	
	Evitabili	Tutte le cause	Evitabili	Tutte le cause
ASL CN1	- 58,7	- 46,5	- 54,5	- 46,0
ASL CN2	- 58,2	- 46,2	- 52,7	- 45,9
Piemonte	- 59,9	- 48,3	- 55,6	- 45,4

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3, *La mortalità in Piemonte negli anni 2008 – 2010*¹⁶.

All'interno della provincia, le due comunità fotografate dai confini delle due ASL hanno profili di mortalità un po' diversi: quella di Alba-Bra mantiene un discreto vantaggio rispetto a quella di Cuneo. Gran parte di questo vantaggio è spiegato dalla maggiore concentrazione di aree interne di montagna nel territorio della ASL di Cuneo. È noto lo svantaggio di mortalità soprattutto maschile sull'arco alpino piemontese rispetto agli altri distretti del Piemonte, uno svantaggio che è leggermente diminuito negli ultimi decenni, ma che rimane ancora significativo, con la sola eccezione del distretto molto sviluppato della Valle di Susa (Clerico, 2014).

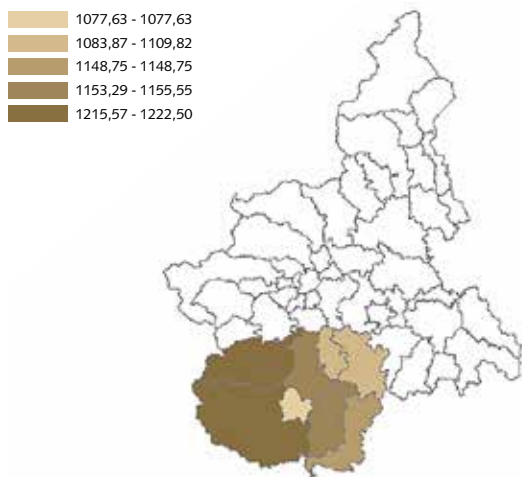
¹⁵ La mortalità evitabile si riferisce a quelle cause di morte che sono più sensibili di altre alla qualità ed efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, alla qualità delle condizioni igieniche e dei servizi sanitari. Per approfondimenti e verifica dell'elenco delle patologie considerate per il calcolo dell'indicatore vedere Appendice 3. Cause di morte per evitabili e relativi codici ICD 10. Cfr. http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/mortalita_08_10/pdf/appendice3.pdf (28/5/2015).

¹⁶ Cfr. http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/mortalita_08_10/index.htm

Lo svantaggio del profilo di salute delle aree montane è confermato dalla geografia dei tassi di mortalità, standardizzati per sesso ed età, nei diversi Distretti Sanitari della provincia di Cuneo: nel triennio 2009-2011 i distretti di Saluzzo e Borgo San Dalmazzo presentano infatti i tassi più elevati di tutta la provincia, mentre il distretto di Cuneo è quello con i tassi di mortalità generale più bassi (fig. 4).

Negli anni scorsi il PePS (Profilo e Piano di Salute) del distretto di Saluzzo (Conferenza PePS, Saluzzo, 2010) aveva già approfondito questa situazione, mostrando in particolare lo svantaggio negli indicatori di mortalità e morbosità dei residenti nelle due valli alpine Po e Varaita: lo svantaggio interessava condizioni di salute direttamente o indirettamente correlabili ai problemi dell'ambiente e del contesto montano, quali l'isolamento sociale, le difficoltà di sviluppo economico, le difficoltà di accesso ai servizi, i problemi di sicurezza nel lavoro e nelle strade.

Figura 4. Tassi di mortalità generale, standardizzati per sesso ed età, per distretti della provincia di Cuneo (2009-2011)



Fonte: MADE Smart, Elaborazioni Servizio Epidemiologia ASL TO3

Se consideriamo la mortalità per Distretti per grandi gruppi di cause di morte (dati non presentati), dal confronto fra i due periodi considerati (inizio anni Ottanta e fine anni Duemila) si osserva che:

- per le malattie cardiovascolari i tassi si riducono in tutti i distretti e, nei casi dei distretti di Borgo San Dalmazzo e Mondovi, tali riduzioni raggiungono la significatività statistica;
- per i tumori la situazione non presenta variazioni significative: in alcuni casi si registrano lievi incrementi dei tassi, con differenze che non raggiungono mai la significatività statistica;

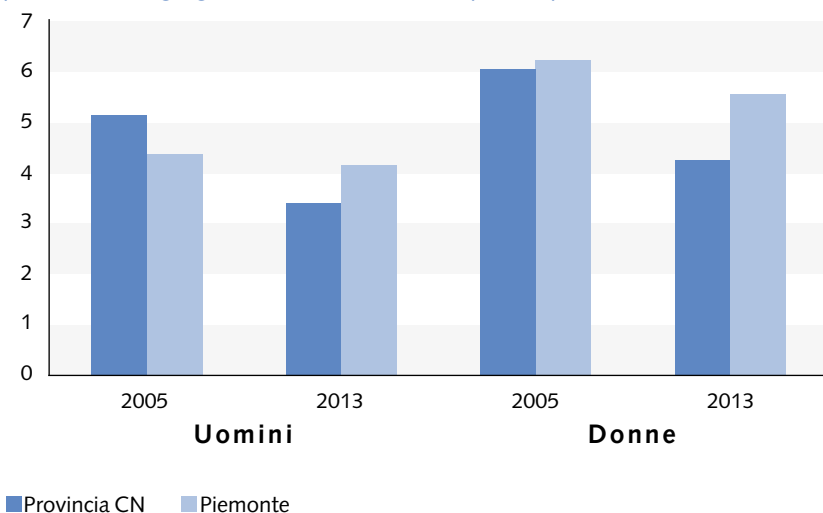
- per le malattie respiratorie i tassi restano stabili negli uomini, mentre presentano un lieve peggioramento nelle donne, con una condizione di protezione del distretto di Ceva, in entrambi i periodi, rispetto al resto della provincia;
- per le cause traumatiche (esempi incidenti sul lavoro e da mezzi di trasporto) si registra una netta riduzione dei tassi di mortalità, con differenze che raggiungono la significatività statistica fra i due periodi considerati, fatta eccezione per il distretto di Ceva.

3.2 La salute percepita

Con l'evolversi del concetto di salute da un approccio biomedico a uno multidimensionale, maturato in particolare nell'ambito della promozione della salute e divulgato attraverso le iniziative internazionali dell'OMS, sempre di più lo studio dello stato di salute di una comunità ingloba aspetti di qualità della vita, di benessere psicologico e sociale (Istituto Mario Negri, 2009) o di limitazioni nei funzionamenti della persona legate alla salute (Solipaca, 2009).

In Piemonte, e in modo particolare in provincia di Cuneo, nel periodo compreso fra le due ultime rilevazioni dell'indagine ISTAT sulla salute, la percentuale di persone che dichiara un cattivo stato di salute percepito scende in modo importante in entrambi i sessi. Dal 2005 al 2013 fra gli uomini la percentuale di chi ha dichiarato un cattivo stato di salute è scesa del 6,3% in Piemonte e ben del 32,9% in provincia di Cuneo; stesso trend anche per le donne dove le stesse percentuali sono scese rispettivamente del 11,6% in Piemonte e del 29,7% nella provincia di Cuneo (fig. 5).

Figura 5. Persone di 14 anni e più che hanno dichiarato di stare "male o molto male", per sesso e area geografica – tassi standardizzati per 100 persone (2005, 2013)



Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari (2012-2013)*

Queste indagini permettono anche di misurare attraverso scale validate il grado di salute fisica, psicologica e mentale degli intervistati. Per tutti e tre gli indici, in entrambi i sessi, il Piemonte rimane in discreto vantaggio rispetto al resto dell'Italia (Migliardi, 2015):

- l'indice di stato fisico migliora leggermente in entrambi i sessi: in Italia da 50,6 a 51,5 degli uomini e da 49,2 a 50 delle donne; in Piemonte da 51,1 a 52,1 degli uomini e da 49,9 a 50,6 delle donne;
- l'indice di stato psicologico peggiora leggermente in entrambi i sessi, con variazioni che non raggiungono mai l'unità e più intense nella media italiana rispetto al Piemonte: in Italia dal 50,8 al 50,0 degli uomini e dal 48,4 al 47,9 delle donne; in Piemonte dal 50,6 al 50,1 degli uomini e dal 48,1 al 47,8 delle donne;
- l'indice di salute mentale, pur con valori assoluti di partenza più elevati, peggiora in modo più significativo, in particolare fra gli uomini, sia a livello nazionale sia regionale, con variazioni negative che, in entrambi i sessi, superano un punto: in Italia da 74,2 a 72,3 degli uomini e da 69,5 a 68,3 delle donne; in Piemonte da 74,3 a 72,6 degli uomini e da 69,1 a 67,9 delle donne.

Dunque, due sono i risultati principali: gli indici di salute fisica migliorano sensibilmente nel tempo e il Piemonte mantiene il suo vantaggio sul resto d'Italia. Questo miglioramento è prevalentemente dovuto al progressivo ingresso nelle fasce di età più suscettibili per la malattia (dopo i 50 anni) delle generazioni che hanno condiviso esperienze di vita più favorevoli (i cosiddetti *baby boomers*) rispetto alle generazioni precedenti; ci si può attendere che questo miglioramento prosegua nel tempo ancora per diversi anni, comprimendo la morbosità sempre più avanti negli anni e compensando così l'impatto dell'invecchiamento sul fabbisogno sanitario.

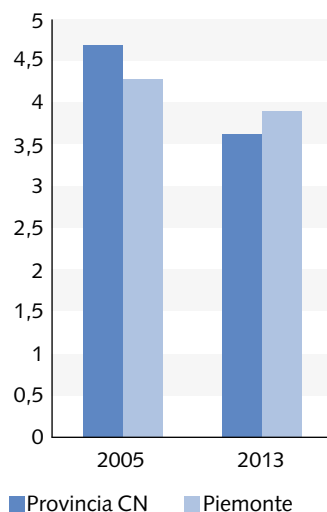
Il secondo commento riguarda gli effetti sulla salute della crisi economico-finanziaria: essendo i dati della salute soggettiva, soprattutto di quella psicologica e mentale, molto più sensibili ai fattori stressanti di tipo congiunturale di quanto non siano la speranza di vita o la mortalità o la salute fisica, che invece reagiscono solo dopo una certa latenza, i risultati dell'indagine ISTAT sulla salute permettono di osservare i primi effetti della crisi sulla salute che cominciano a manifestarsi negli indici di salute psicologica e mentale, che sono particolarmente sensibili a eventi stressanti e dolorosi, quali le difficoltà economiche o la perdita del lavoro.

3.3 Le limitazioni funzionali

In Italia circa il 5,5% della popolazione di 6 anni e oltre presenta un qualche tipo di limitazione funzionale: il Piemonte presenta una condizione di protezione rispetto al dato nazionale in tutti i diversi tipi di limitazioni funzionali descritti dagli indicatori ISTAT, con differenze più marcate (di oltre un punto percentuale) anche nella dimensione più grave di deficit funzionale che è la condizione di confinamento (1,5% del Piemonte rispetto al 2,4% dell'Italia) (Migliardi, 2014). Occorre tuttavia considerare che l'indagine ISTAT intervista solo la popolazione residente in famiglia e non quella istituzionalizzata; siccome in Italia le regioni del centro-nord tendono a istituzionalizzare molto più spesso gli anziani disabili di quanto non accada nel Mezzogiorno, una parte di questa protezione del Piemonte (come del resto delle regioni del nord) rispetto alla media italiana potrebbe essere dovuta a questa selezione della popolazione bersaglio dell'indagine.

La provincia di Cuneo, che partiva da una situazione di leggero svantaggio nei confronti del dato piemontese (nel 2005, 4,9% a Cuneo rispetto al 4,5% del Piemonte), con una riduzione del 21% di persone disabili, si colloca oggi (2013) al di sotto della media regionale (3,9% a Cuneo rispetto al 4,1% del Piemonte) (fig. 6).

Figura 6. *Persone di 6 anni e più con almeno una limitazione funzionale, per area geografica – prevalenze standardizzate per 100 persone¹⁷ (2005-2013)*



Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari* (2012-2013)

17 Il dato non è stato stratificato per sesso per problemi di scarsa numerosità campionaria.

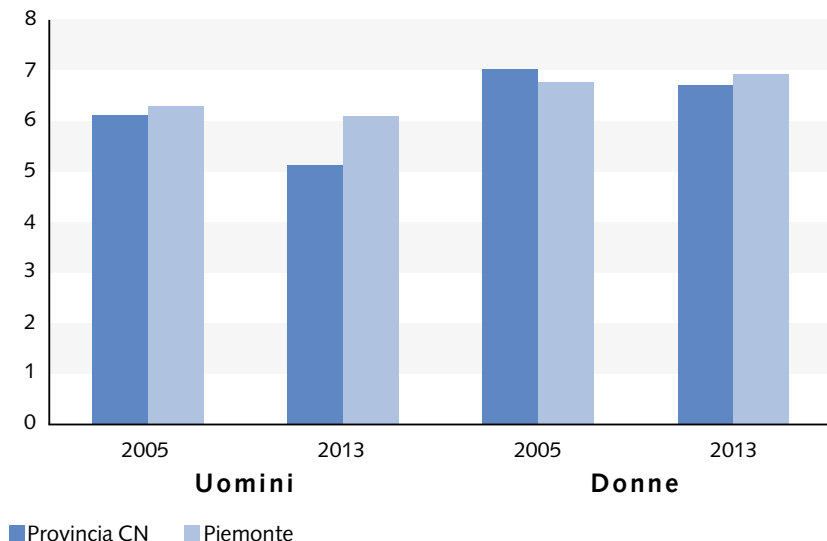
3.3.1 L'Indice di cronicità

Per le ultime due indagini multiscopo sulla salute degli italiani, l'ISTAT ha ricalcolato un indice di cronicità confrontabile tra salute 2005 e salute 2013, che prende in considerazione la presenza delle principali malattie croniche diagnostiche da un medico o causa di una condizione di invalidità¹⁸, correlate al fatto di aver dichiarato una condizione di salute percepita negativa (male, molto male). Valori più alti dell'indice indicano un peggior stato di salute percepito, legato alla presenza di malattie croniche o invalidità.

Si tratta quindi di un indicatore di carico di malattia interessante che coniuga un dato oggettivo, anche se auto riferito, a una valutazione soggettiva di salute percepita.

In provincia di Cuneo l'indice si riduce in entrambi i sessi. Per quanto riguarda gli uomini dal 2005 al 2013 la provincia di Cuneo, che partiva allineata all'indice piemontese (6,4 a Cuneo rispetto a 6,5 in Piemonte) aumenta il suo vantaggio (5,3 a Cuneo rispetto a 6,3 in Piemonte). Nelle donne, che partivano in condizione di leggero svantaggio (7,2 a Cuneo rispetto a 7 in Piemonte) l'indice raggiunge un valore leggermente inferiore a quello piemontese (7 a Cuneo rispetto a 7,1 in Piemonte) (fig. 7).

Figura 7. *Indice sintetico di cronicità di tutta la popolazione in Piemonte e provincia di Cuneo (2005-2013)*



Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari (2012-2013)*

¹⁸Le malattie croniche considerate dall'indice sono: Asma, Allergia, Cirrosi, Bronchite cronica, Iperensione, Angina pectoris, Altre malattie del cuore, Artrosi, Artrite, Tumore, Emicrania, Diabete, Infarto, Ictus, Osteoporosi, Alzheimer, Parkinson, Depressione o Ansia, Malattia mentale. Le invalidità considerate dall'indice sono: Cecità, Sordomutismo, Sordità, Insufficienza mentale, Invalidità motoria.

3.4 La salute mentale e le dipendenze (alcol)

Un problema di salute trascurato dai sistemi informativi statistici e sanitari è la salute mentale. I disturbi mentali sono il secondo principale fattore che contribuisce al carico di malattia (misurato utilizzando il DALYs) nella Regione Europea (19%) e rappresentano la principale causa di disabilità. Secondo queste fonti l'invecchiamento della popolazione porterebbe a un aumento della prevalenza della demenza. I disturbi mentali più comuni (depressione e ansia) colpirebbero circa una persona su quattro nella comunità ogni anno. Tuttavia, circa il 50% delle persone con disturbi mentali non riceverebbe alcun tipo di assistenza. Sono pochi gli indicatori di salute mentale monitorati in Piemonte: suicidio e abuso di alcol e sostanze (Clerico, 2014).

In Piemonte la mortalità per suicidio, di cui la patologia mentale è uno dei principali determinanti, è, nel periodo 1980-2010, in diminuzione sia nei maschi sia nelle femmine (Regione Piemonte, 2011), con rischi più alti in montagna, così come accade per l'abuso di alcol. I tassi di morte per suicidio del Piemonte sono tra i più alti nel 2011 tra le regioni italiane: al quinto posto tra i maschi e al secondo tra le donne (Clerico, 2014).

Il consumo di alcol pro-capite e la mortalità alcol-attribuibile dell'Italia sono tra i più bassi a livello europeo. L'assunzione di bevande alcoliche, elemento storico della cultura italiana e piemontese, pur essendo in diminuzione, continua a interessare la maggioranza degli adulti (nel 2013 in Piemonte il 55% della popolazione tra 18 e 69 anni) (Regione Piemonte, 2014). In Piemonte i bevitori a maggior rischio¹⁹ risultano complessivamente il 18% della popolazione tra 18 e 69 anni.

Tra le ASL del Piemonte si osservano differenze significative riguardo la prevalenza di bevitori a maggior rischio: il range va dal 15% dell'ASL CN2 al 25% delle ASL NO e VCO, che si differenziano dalle altre per una maggiore prevalenza di bevitori prevalentemente fuori pasto e "binge"²⁰. Va sottolineato che tra i 18 e 24 anni (PASSI, 2010-2013) si stima che i bevitori a maggior rischio salgano al 50% tra gli uomini e al 33% tra le donne.

Una nota positiva per le azioni di prevenzione effettuate in questo ambito viene dall'osservazione che, tra il 2008 e il 2013, in Piemonte come nel resto del Nord Italia, si registra un calo delle persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol (nel 2013 poco meno di 1 persona su 10 in età adulta) (Regione Piemonte, 2014).

19 Consumo fuori pasto e/o consumo *binge* (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti (Fonte: PASSI 2012 – Regione Piemonte – Consumo di alcol).

20 Consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di almeno 5 (per gli uomini) o almeno 4 (per le donne) Unità Alcoliche in una singola occasione.

3.5 I determinanti della salute

3.5.1 I fattori che spiegano di più la variazione di salute nella popolazione

Le disuguaglianze sociali in Italia spiegano quasi il 30% della mortalità maschile e intorno al 15% di quella femminile. Non c'è nessun singolo determinante capace di spiegare una così grande variazione della salute nella popolazione come mostrato dal libro bianco su *Equità in salute, in Italia* recentemente pubblicato (Costa, 2014).

A titolo di esempio, si possono citare le disuguaglianze di mortalità per titolo di studio: a parità di età i rischi di mortalità²¹ generale in Italia sono significativamente più elevati tra le persone con istruzione primaria o inferiore (con il 79% e il 63% in eccesso, rispettivamente tra gli uomini e le donne). I rischi di mortalità sembrano aumentare regolarmente con la diminuzione dei livelli di istruzione, con un significativo andamento lineare tra gli uomini (Marinacci, 2013). Il rapporto citato dimostra che queste disuguaglianze si riproducono in modo simile per direzione e intensità per tutti gli indicatori di salute, tutti gli indicatori di posizione sociale e in tutte le aree del Paese, seppur con intensità meno pronunciata al Nord che al Sud. La correlazione particolarmente forte che esiste fra salute e livello di istruzione è un ulteriore stimolo ad affrontare nell'ambito della promozione della salute il tema della *health literacy*, ossia la competenza nel saper leggere, decodificare ed elaborare informazioni relative alla propria salute (tab. 7).

Tabella 7. Mortalità in Italia per titolo di studio. Rischi Relativi – RR aggiustati per età, area geografica, 25-74 anni (2000-2007)

Livello istruzione	Uomini			Donne		
	RR	IC* inf. 95%	IC sup. 95%	RR	IC inf. 95%	IC sup. 95%
Laurea	1			1		
Maturità	1,16	0,88	1,54	1,12	0,70	1,80
Media inferiore	1,46	1,12	1,91	1,22	0,77	1,94
Licenza elementare o meno	1,79	1,39	2,32	1,63	1,05	2,54

Fonte: Marinacci et al. (2013)

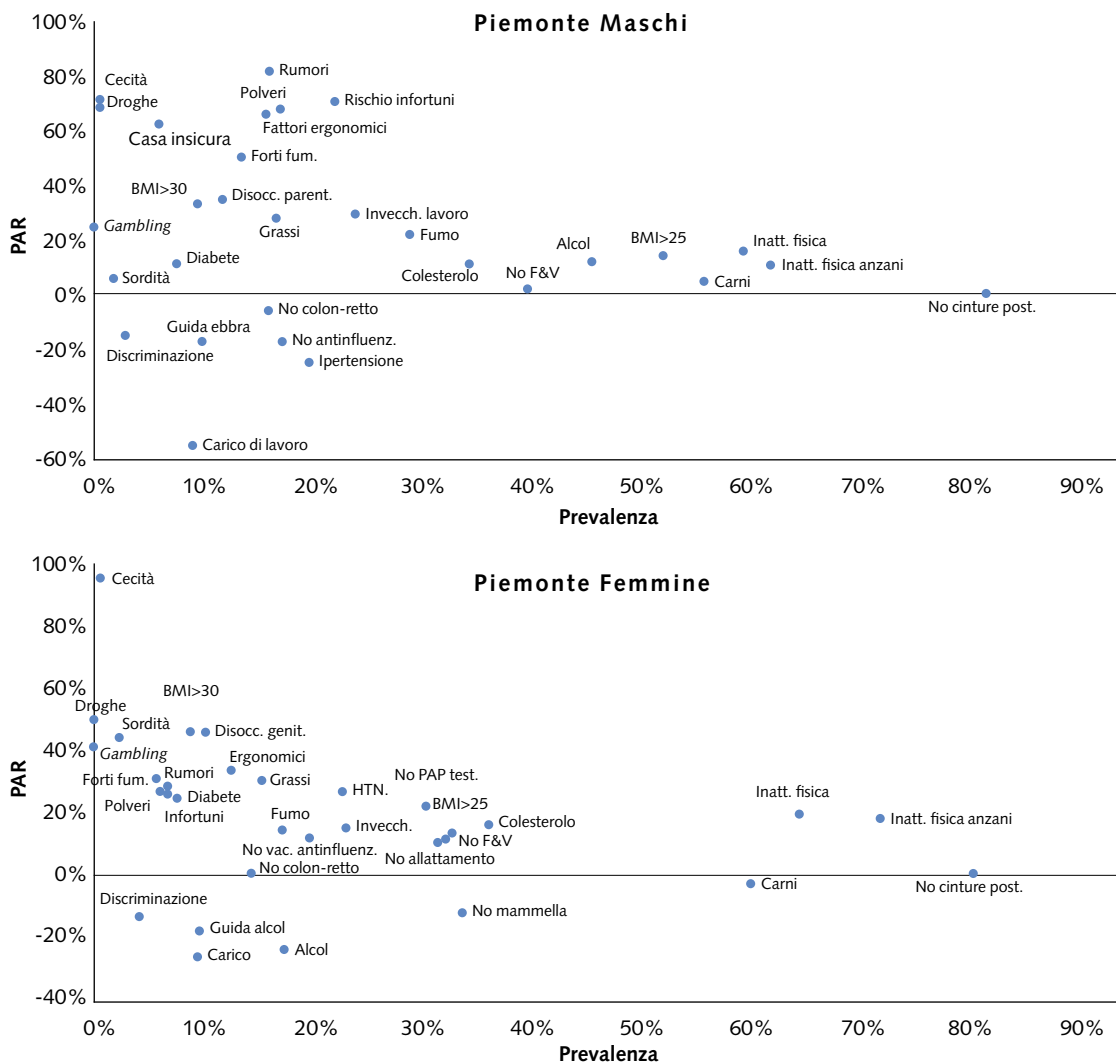
* IC= Intervallo di Confidenza

21 Il rischio relativo standardizzato esprime il rapporto tra il numero di eventi osservato in una popolazione e il numero di eventi atteso nella stessa popolazione se su questa agissero gli stessi tassi (o percentuali) specifici per età che agiscono su di una popolazione assunta come riferimento. Nel caso specifico la popolazione di riferimento è quella con la laurea, con RR =1 (Fonte: Servizio Epidemiologia ASL TO3, cfr. <http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/ricoveri2011/riepilogo/introduzione.pdf>) (ultimo accesso il 22/07/2015).

L'impatto delle disuguaglianze sociali sulla salute agisce attraverso una complessa concatenazione di fattori, che hanno a che vedere con le disuguaglianze nel grado di controllo che le persone hanno sulla propria vita in termini di risorse materiali, potere e legami di aiuto e che si esprime nello svantaggio nelle circostanze di vita, da quelle fisiche (ambienti di vita e di lavoro) a quelle sociali (rete sociale, inclusione, partecipazione sociale), ai livelli di *health literacy*, agli stili di vita individuali (attività fisica, alimentazione, fumo e altre dipendenze) e all'accesso e uso appropriato dei servizi.

Pertanto, nell'analisi dei rischi e dei bisogni di prevenzione è utile prendere in considerazione non solo l'importanza relativa dei singoli fattori di rischio/protezione della salute, ma anche la loro distribuzione sociale. Nella seguente figura viene descritta, separatamente nei due sessi, la distribuzione della prevalenza di esposizione dei piemontesi ai principali fattori di rischio, che sono bersaglio del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, e contemporaneamente la quota di tale prevalenza che sarebbe evitabile se si eliminassero le differenze sociali nell'esposizione a tali fattori di rischio (Marra, 2015). I grafici servono a identificare in orizzontale i fattori di rischio che sono più frequenti nella popolazione e in verticale quelli che sono più suscettibili alle disuguaglianze sociali. I grafici mostrano che i fattori prioritari per frequenza sono tutti gli stili di vita che sono correlati con la prevenzione delle malattie croniche (con particolare evidenza per la sedentarietà e il sovrappeso), mentre i fattori di rischio correlati al lavoro sono quelli che spiegano maggiormente le disuguaglianze sociali nella salute. Seguono in ordine di prevalenza i fattori di rischio legati alla sicurezza domestica e stradale. I fattori di rischio più tradizionalmente legati alla prevenzione sanitaria (come diagnosi precoce e vaccinazioni) sembrano ben coperti dall'attuale attività di prevenzione (fig. 8).

Figura 8. Esposizione dei piemontesi ai principali fattori di rischio bersaglio del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 e quota di tale prevalenza che sarebbe evitabile se si eliminassero le differenze sociali nell'esposizione

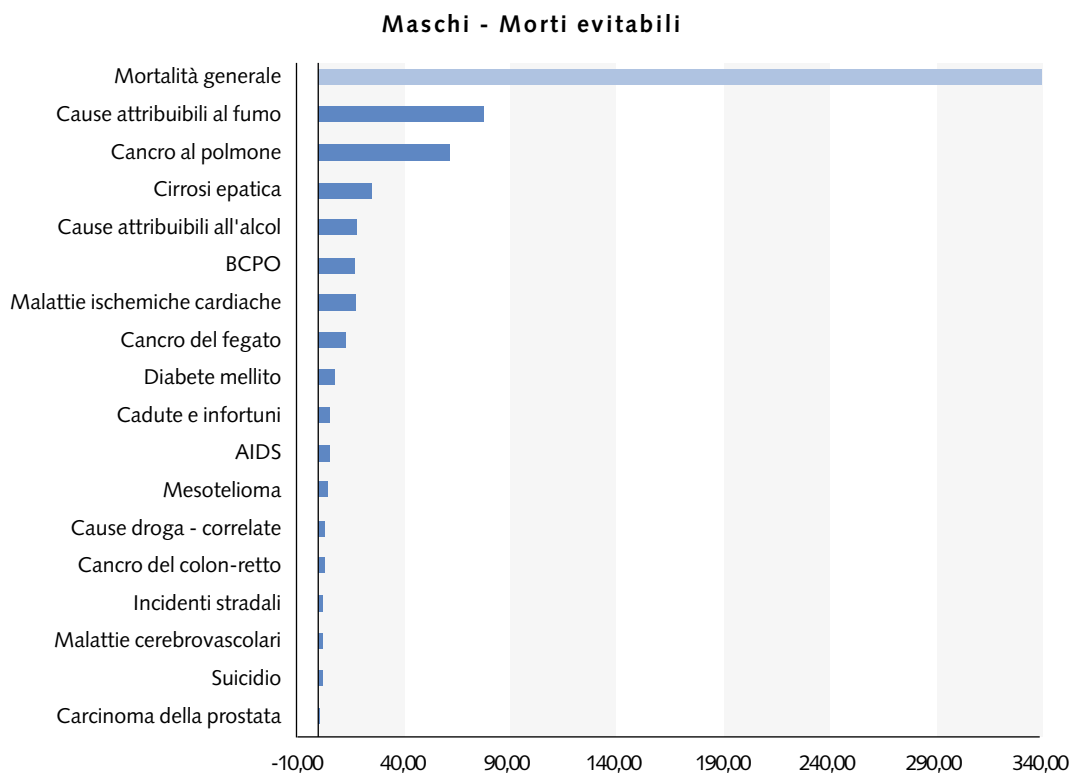


Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari* (2012-2013); elaborazioni Servizio Epidemiologia ASL TO3

Occorre considerare che questo ordinamento di priorità nella frequenza di esposizione ai fattori di rischio non corrisponde esattamente alla priorità in termini di impatto sulla salute, in quanto i diversi fattori aumentano il rischio di malattie diverse che possono essere di diversa gravità e frequenza; pertanto fattori di rischio poco frequenti possono avere

conseguenze sulla salute più importanti di quanto non sia per fattori più frequenti. La figura seguente fa intuire, in termini di disuguaglianze di mortalità per le diverse cause di morte, l'importanza relativa dei diversi fattori di rischio, usando l'esempio dello studio longitudinale torinese per gli anni Duemila: la figura illustra quanti casi di mortalità potrebbero essere evitati tra gli uomini a Torino eliminando le disuguaglianze sociali di mortalità per ogni causa correlata ai diversi fattori di rischio del Piano Nazionale di Prevenzione. Questa immagine spiega inoltre come gli stili di vita insalubri siano i fattori di rischio la cui disuguale distribuzione ha il maggior impatto sulla mortalità. Sulla base di queste premesse, è prioritario sottolineare nel profilo di salute cuneese per la prevenzione il ruolo delle seguenti categorie di fattori di rischio: i determinanti contestuali, sociali e lavorativi, i fattori di rischio legati agli stili di vita e di seguito anche quelli che hanno minore impatto (fig. 9).

Figura 9. Mortalità evitabile eliminando le disuguaglianze sociali di mortalità per ogni causa correlata ai diversi fattori di rischio del Piano Nazionale di Prevenzione

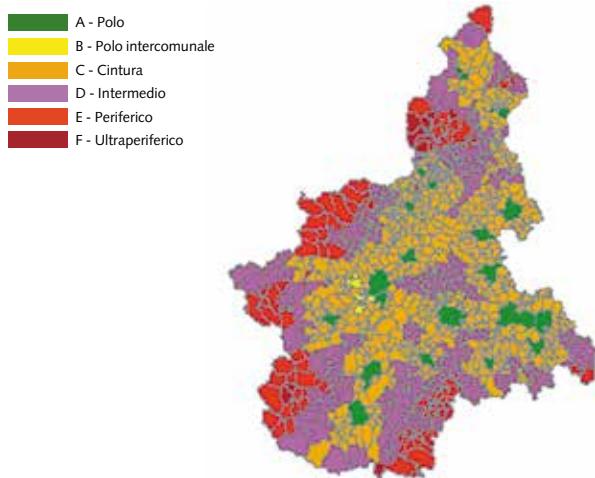


Fonte: Studio Longitudinale Torinese; elaborazione Servizio Epidemiologia ASL TO3

3.5.2 I determinanti di contesto: le Aree Interne

Il lavoro interministeriale sulla classificazione dei comuni italiani per Aree Interne²², a uso del nuovo ciclo di programmazione dei Fondi Strutturali europei (Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica, 2014), dimostra la particolare vulnerabilità cuneese legata alla difficoltà di accesso ai trasporti, alla scuola e alla sanità: i comuni cuneesi e la loro popolazione residente sono per una parte significativa classificabili in Aree Interne, in particolare quelli della ASL CN1, con le conseguenze già viste sull'eccesso di mortalità e morbosità per problemi di salute legati al disagio, alla sicurezza del lavoro e ambientale e all'accesso alle cure (fig. 10).

Figura 10. Distribuzione dei comuni piemontesi per aree interne



Fonte: Strategia Aree Interne, Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica²³

3.6 I fattori di rischio individuali

3.6.1 Fumo di tabacco

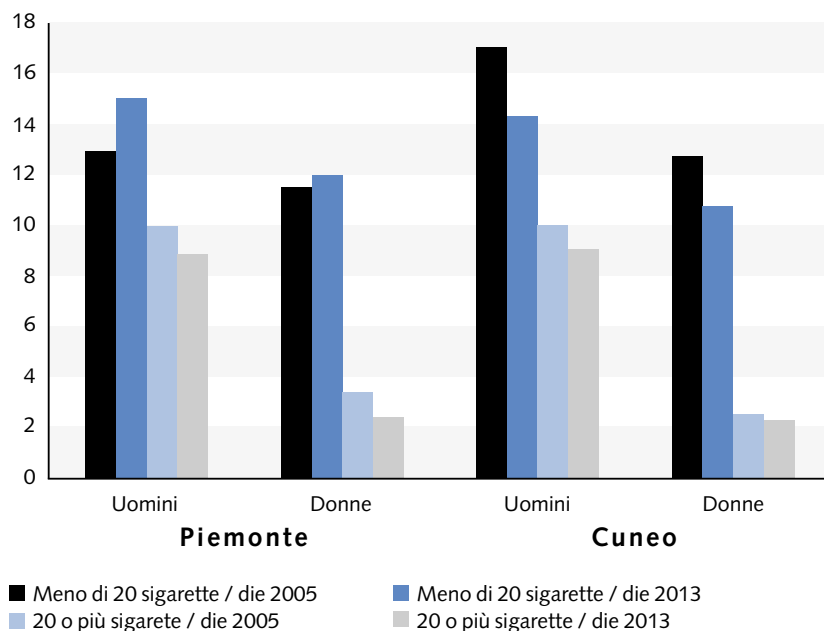
La frequenza di fumo abituale nella popolazione italiana e piemontese è relativamente stazionaria a poco più del 20% della popolazione, ancora molto lontano dai valori raggiunti in Paesi europei del nord, che si sono dati obiettivi espliciti di controllo del fumo con azioni coordinate su costi delle sigarette e interventi di promozione di ambienti liberi dal fumo nei

22 L'individuazione delle Aree Interne del Paese parte da una lettura policentrica del territorio italiano, un territorio caratterizzato da una rete di comuni o aggregazioni di comuni (*centri di offerta di servizi*) attorno ai quali gravitano aree caratterizzate da diversi livelli di perifericità spaziale. Il carattere di "centro di offerta di servizi" è riservato solo ed esclusivamente a quei comuni, o aggregati di comuni confinanti, in grado di offrire simultaneamente tutta l'offerta scolastica secondaria, ospedali sedi di DEA di I livello e stazioni ferroviarie Platinum, Gold o Silver.

23 Cfr. <http://www.dps.gov.it/arint/>

luoghi di vita, studio e lavoro (Migliardi, 2014). La provincia di Cuneo, che era nel 2005 in una posizione di leggero svantaggio rispetto al Piemonte in particolare negli uomini, riduce al 2013 le prevalenze di fumatori in entrambe le tipologie: solo le donne che fumano più di 20 sigarette al giorno sembrano mantenere prevalenze stabili, allineandosi al dato piemontese (2,6 nel 2005 e 2,4 nel 2013). La frequenza è maggiore tra gli uomini rispetto alle donne e tra gli uomini è soprattutto a carico delle persone meno istruite e più povere, mentre tra le donne al contrario è ancora appannaggio delle donne più istruite e ricche (fig. 11).

Figura 11. Persone di 14 anni e oltre che fumano, Piemonte e provincia di Cuneo – prevalenze x 100 residenti di 14 anni e oltre, standardizzate per età (2005-2013)



Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari* (2012-2013)

3.6.2 Attività fisica

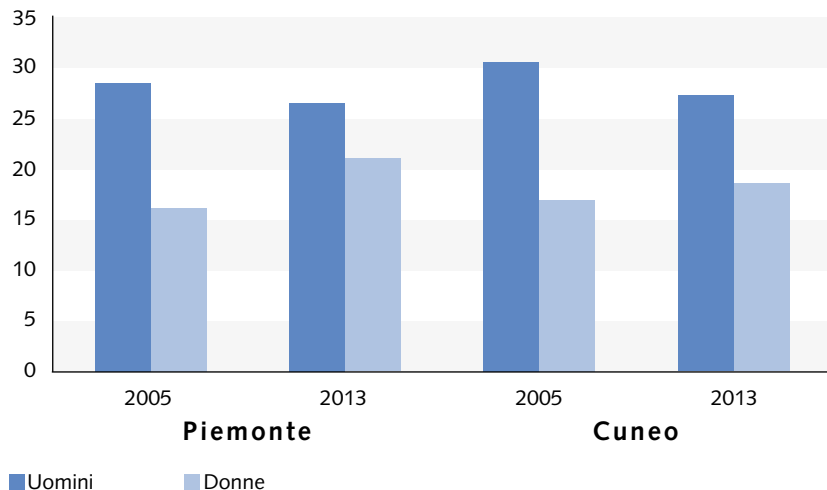
La pratica di un'attività fisica costante²⁴ nel nostro Paese interessa ancora una minoranza della popolazione: circa un quinto degli italiani di 5 anni e oltre. Si tratta di un'abitudine più diffusa fra gli uomini (25%) che fra le donne (16%). Il Nord-Ovest presenta delle prevalenze leggermente più favorevoli rispetto al dato nazionale in entrambi i sessi: 29% degli uomini e 18% delle donne.

²⁴ Secondo le raccomandazioni dell'OMS per 'attività fisica costante' si intende: almeno 150 minuti di attività-fisico sportiva moderata a settimana; oppure almeno 75 minuti di attività fisico-sportiva intensiva e moderata, nei diversi ambiti della vita quotidiana: tempo libero, lavoro e attività domestiche (OMS, 2010).

La provincia di Cuneo presenta una situazione più virtuosa della media regionale in entrambi i periodi e in entrambi i sessi. Fra il 2005 e il 2013, mentre negli uomini cala la prevalenza di chi pratica attività fisica costante in entrambe le aree (Piemonte -7,5% e Cuneo -7,7%), nelle donne si registra un incremento delle prevalenze, in particolare in provincia di Cuneo (Piemonte +0,1% e Cuneo +8,3%).

Ma, data l'importanza dell'indicatore per il suo impatto sulla salute circolatoria, muscolo scheletrica e mentale, per non citare che le principali, ci sono ancora importanti traguardi da raggiungere, soprattutto in termini di riduzione delle disuguaglianze sociali, in particolare tra gli anziani (fig. 12).

Figura 12. Persone di 6 anni e più che praticano attività fisica secondo i livelli raccomandati dall'OMS, in Piemonte e provincia di Cuneo, per sesso e area geografica (2005–2013)



Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari (2012-2013)*

3.6.3 Peso corporeo

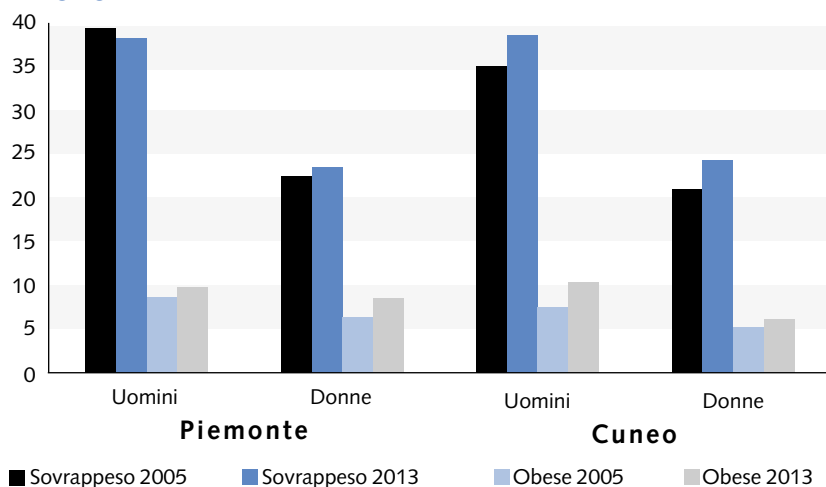
In Italia l'eccesso ponderale (essere in sovrappeso od obeso) interessa circa il 44% della popolazione di 18 anni e oltre. Il fenomeno dell'obesità e del sovrappeso interessa in particolare gli uomini (42% in sovrappeso e 12% di obesi), mentre fra le donne il dato è nettamente inferiore, in particolare per quel che riguarda le persone in sovrappeso (26% in sovrappeso e 10% di obese) (Migliardi, 2014).

Anche in Piemonte la diffusione del sovrappeso mostra importanti differenze per età, genere e scolarità; quelle dell'obesità non sono particolarmente diverse per genere mentre triplicano passando dai 18-34 anni ai 50-69 anni, diventano maggiori passando dai laureati alle persone con scolarità elementare e raddoppiano tra coloro che non hanno difficoltà economiche e chi ne ha molte (Regione Piemonte, 2014).

Sovrappeso e obesità sono in costante crescita in Italia, in Piemonte e in provincia di Cuneo, in entrambi i generi. Confrontando le prevalenze dei due periodi considerati, si può rilevare che negli uomini in provincia di Cuneo, fra il 2005 e il 2013, si vada perdendo la condizione di vantaggio, allineandosi ai valori piemontesi per quel che riguarda le persone in sovrappeso (nel 2013 39% a Cuneo rispetto al 39,1% in Piemonte), superando leggermente il dato piemontese per quel che riguarda gli obesi (nel 2013 11% a Cuneo rispetto al 10,4% in Piemonte). Nelle donne invece si mantiene il vantaggio per la prevalenza di persone obese (nel 2013 6,7% a Cuneo rispetto al 8,8% in Piemonte), mentre, per le persone in sovrappeso il dato cuneese nel 2013 supera leggermente quello piemontese (25% a Cuneo rispetto al 24% in Piemonte) (fig. 13).

In ogni caso, si tratta di un fattore di rischio dove le disuguaglianze sociali sono ancora molto pronunciate in entrambi i sessi.

Figura 13. Persone di 18 anni e più secondo Indice di Massa Corporea, per sesso e area geografica (2005-2013)



Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari (2012-2013)*

Su sovrappeso e obesità agisce, com'è noto, un altro importante fattore di rischio che è la cattiva alimentazione.

Un corretto regime alimentare ricco di frutta e verdura rappresenta un fattore di protezione verso la comparsa di alcune malattie tumorali e cardiovascolari. Si stima che tra i 18 e i 69 anni solo poco più di una persona su 10 (11%) assuma le cinque porzioni di frutta e/o verdura consigliate dagli standard internazionali raccomandati dall'OMS, mentre quelle che ne assumono tre o più arrivano a essere più di uno su due (54%). Questa prevalenza, superiore a quella osservata a livello nazionale, cambia soprattutto in relazione al genere (è minore tra gli uomini) e all'età (18-34 anni: 45%; 50-69 anni: 64%) (Regione Piemonte, 2014).

Le disuguaglianze sociali in questo caso sembrano agire in particolare su alcuni stili alimentari non corretti, quali l'abuso di grassi animali, con una quota attribuibile alla maggiore esposizione al rischio delle fasce più svantaggiate di circa il 30% in entrambi i sessi. Una quota importante dell'eccesso di alimenti ricchi di grassi e zuccheri fra le fasce di popolazione più vulnerabile è legata in particolare all'utilizzo nella dieta del cosiddetto cibo 'spazzatura' (hamburger, hot dog, patatine fritte). A questo riguardo, va sottolineata l'influenza che la crisi economica può avere sulle abitudini alimentari. Nei Paesi occidentali infatti «le crisi economiche risultano spesso associate a un peggioramento della dieta, muovendosi verso il consumo di cibo spazzatura e a buon mercato» (Callipo, 2014).

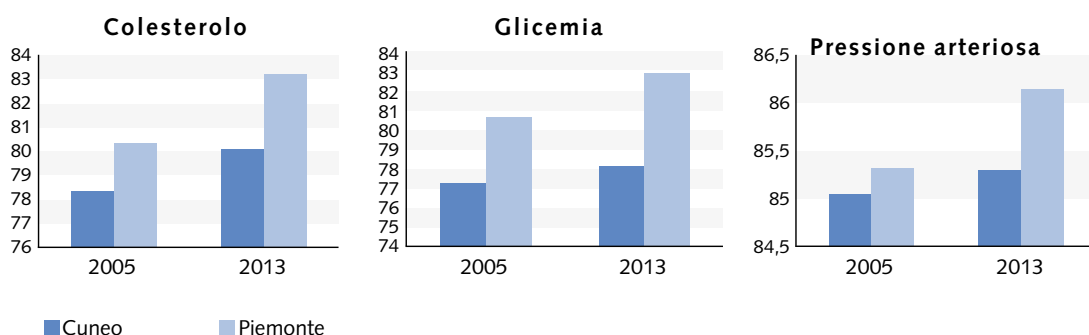
3.7 L'attenzione alla prevenzione

3.7.1 Controllo di colesterolo, glicemia e pressione arteriosa

Oltre l'80% degli italiani ricorre periodicamente al controllo della pressione arteriosa, della glicemia e del colesterolo. Aumenta la percentuale di persone che effettua questi tipi di controlli. Il Piemonte presenta dei dati di adesione allineati a quelli nazionali per quel che riguarda il controllo della pressione, ma leggermente inferiori per i controlli di glicemia e colesterolo (Migliardi, 2014).

In provincia di Cuneo si registra una minor propensione a effettuare questi tipi di controlli, anche se l'andamento è in crescita, ma con variazioni percentuali, in tutti e tre i casi, leggermente inferiori all'incremento medio piemontese (fig. 14).

Figura 14. Persone di 18 anni e più che non si sono mai sottoposte a controlli di colesterolo, glicemia e pressione arteriosa, per area geografica – tassi standardizzati per 100 persone (2005-2013)



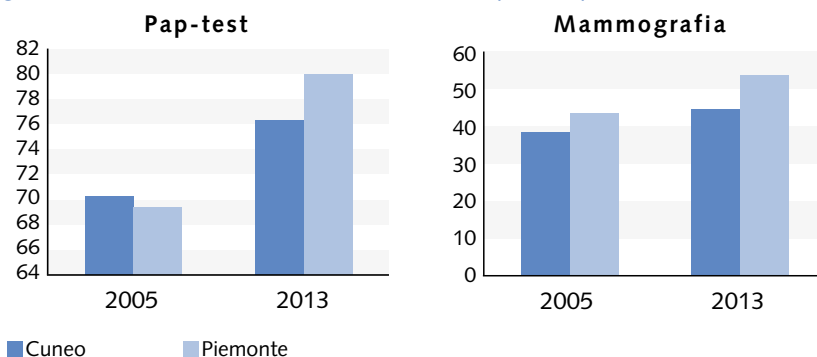
Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari* (2012-2013)

3.7.2 Prevenzione dei tumori femminili

Cresce la percentuale di donne che aderisce ai programmi di screening. Si conferma la situazione di vantaggio del Nord-Ovest rispetto al dato italiano sulle percentuali di adesione a entrambi i programmi di screening (Migliardi, 2014).

Anche nella provincia di Cuneo si rileva un importante incremento dell'adesione al pap-test e alla mammografia fra il 2005 e il 2013, ma con variazioni percentuali, in entrambi i casi, inferiori alla media regionale (pap-test: +8,2% a Cuneo rispetto al +14,7% in Piemonte; mammografia +14% a Cuneo rispetto al +18,8% in Piemonte) (fig. 15).

Figura 15. Donne di 25 anni o più che hanno eseguito un pap-test o una mammografia in assenza di disturbi – tassi standardizzati per 100 persone



Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT *Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari (2012-2013)*

3.7.3 Il contributo degli operatori sanitari

Il sistema di sorveglianza PASSI²⁵ permette di valutare in che misura gli interventi di prevenzione sugli stili di vita siano diffusi nella nostra regione. La propensione dei medici di famiglia e, più in generale, degli operatori sanitari a fare *counseling* sugli stili di vita ai loro pazienti è ancora piuttosto limitata.

Meno della metà degli operatori sanitari ha chiesto ai propri pazienti se fumavano, dato questo in calo fra il 2007 e il 2012; in calo nello stesso periodo anche il numero di operatori che consiglia di smettere di fumare (dal 62% del 2007 al 50% del 2012) e la percentuale di soggetti che dichiara di aver "tentato di smettere di fumare" nell'ultimo anno (dal 45% del 2007 al 40% del 2011) (Clerico, 2014).

²⁵La sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), avviata nel 2006, si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni), sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione. Cfr. <http://www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/infoGen.asp>

Rispetto all'abitudine all'alcol, nel 2012 soltanto il 17% degli intervistati ha dichiarato di essere stato indagato dagli operatori sanitari circa le abitudini nel consumo di bevande alcoliche; ma, cosa ancor più grave, soltanto il 4% dei consumatori a rischio di alcol ha ricevuto dei consigli da parte di operatori sanitari sulla necessità di ridurne il consumo (Clerico, 2014).

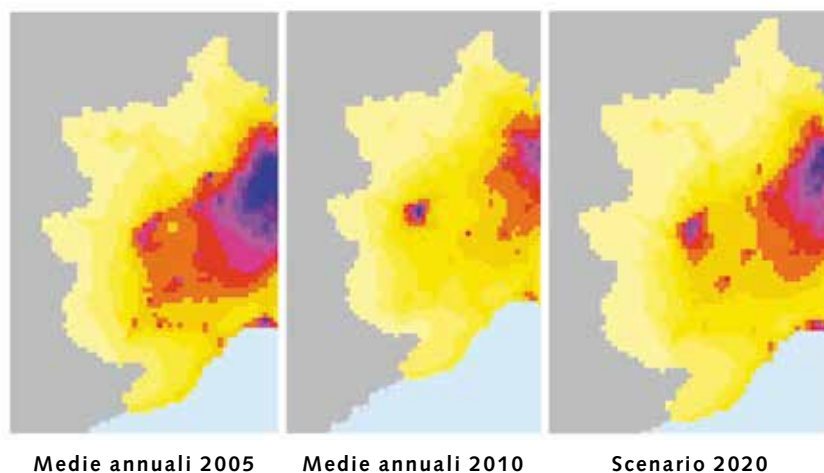
3.8 La qualità dell'ambiente²⁶

3.8.1 Aria

Dal 2005 in poi il livello medio regionale di alcuni inquinanti è progressivamente sceso e le previsioni per il 2020 sono favorevoli, in particolare per la provincia di Cuneo. Il particolato fine è responsabile di una quota di mortalità regionale per le cause naturali stimata tra il 7% e il 9%, con una stima media dell'8% (cioè di circa 2.800 decessi annui).

Si tratta del fattore di rischio ambientale con il maggiore impatto sulla salute della nostra regione (fig. 16).

Figura 16. Medie annuali PM 2.5 – Regione Piemonte



3.8.2 Radon

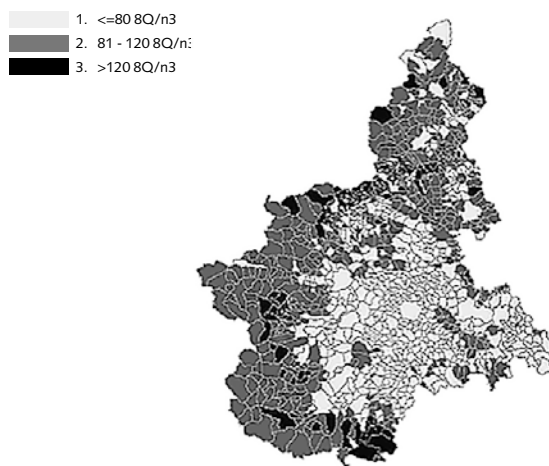
Il radon (elemento radioattivo) presente nell'aria, generato dalle emissioni provenienti dal sottosuolo, viene inalato e in gran parte espirato. I prodotti di decadimento del radon, invece, si concentrano nel particolato atmosferico presente negli ambienti chiusi, che viene trattenuto a livello bronchiale.

²⁶I dati e i commenti che seguono sono ripresi dal testo del Piano di Prevenzione Regionale 2014-2018, con alcuni riferimenti a livello provinciale, dove disponibili.

Il radon e i suoi “prodotti di decadimento” possono quindi determinare un danno al DNA dei tessuti polmonari a causa dell’energia rilasciata dalle particelle alfa emesse nel decadimento durante la permanenza del particolato nel tessuto polmonare.

Anche ampie aree del territorio cuneese sono esposte a questo tipo di inquinante anche se a valori modesti e con un impatto atteso poco significativo sui suoi organi bersaglio, tumore del polmone in particolare (fig. 17).

Figura 17. Distribuzione del radon medio in regione Piemonte (3 classi)



3.8.3 Rifiuti

L’impatto sulla salute della gestione dei rifiuti è un tema nella letteratura scientifica su cui non vi è accordo. I risultati complessivi accumulati, soprattutto per le patologie tumorali, sono contrastanti e il livello di evidenza per una relazione tra la residenza in prossimità degli impianti ed effetti sulla salute è spesso limitato o inadeguato.

Il Dipartimento di Epidemiologia e Salute Ambientale di ARPA Piemonte ha preso parte tra il 2010 e il 2013 al progetto SESPIR – Sorveglianza epidemiologica sullo stato di salute della popolazione residente intorno agli impianti di trattamento rifiuti (fig. 18).

Figura 18. Mappa degli impianti di trattamento rifiuti in Piemonte (2013, progetto SESPIR)

Regione Piemonte



In rosso: inceneritori

In blu: discariche

MBT: Trattamento Meccanico Biologico

Presupponendo l'esistenza effettiva di alcune associazioni, sono stati stimati gli impatti sulle popolazioni residenti intorno a discariche e inceneritori. L'impatto sanitario maggiore è dato dagli effetti sulla gravidanza e dal fastidio associato alle emissioni odorigene degli impianti. La riduzione maggiore dell'impatto si ottiene con una politica virtuosa di riduzione della produzione di rifiuti e un aumento importante della raccolta e gestione della raccolta differenziata.

3.8.4 Rumore

Alcuni effetti del rumore sulla salute sono ben documentati (ipertensione, infarto del miocardio, depressione, ansia e disturbi respiratori a essa correlati) per l'esposizione a rumore notturno.

In alcune aree (comune di Torino, provincia di Torino area sud) è stata effettuata una mappatura acustica dettagliata della situazione esistente; a livello regionale tale mappatura, utile a individuare i punti maggiormente critici su cui pianificare interventi e controlli, non è ancora disponibile.

3.9. La sicurezza alimentare

In Piemonte sono presenti oltre 30.000 imprese di produzione primaria, con 1.400 aziende ortofrutticole e circa 29.000 allevamenti, più di 8.500 aziende di trasformazione degli alimenti (tra cui i macelli, le aziende di confezionamento e distribuzione all'ingrosso, ecc.), 27.000 imprese di ristorazione pubblica (bar, ristoranti, agriturismi) e quasi 6.000 imprese di ristorazione collettiva (ospedaliera, assistenziale, scolastica, aziendale), cui si aggiungono le 1.954 reti di distribuzione dell'acqua potabile e i 15 stabilimenti di imbottigliamento delle acque minerali.

La percentuale di aziende piemontesi di produzione primaria controllate nel 2011 sfiorava il 96%. Anche nelle aziende di trasformazione degli alimenti (macelli, caseifici, laboratori, aziende di confezionamento e distribuzione all'ingrosso, ecc.) la frequenza dei controlli è molto alta: nel 2011 ha riguardato circa il 90% delle aziende e ha evidenziato l'11% di non conformità.

Nelle aziende che operano al dettaglio la frequenza dei controlli è minore, proprio perché i controlli a tappeto effettuati nei passaggi a monte della filiera produttiva garantiscono la qualità degli alimenti immessi in commercio. In ogni caso anche queste aziende sono tutte controllate almeno una volta nell'arco di circa 3 anni e, se necessario, ricontrollate.

Queste considerazioni valgono in particolare per la provincia di Cuneo, in cui si registra la maggior concentrazione di aziende di produzione primaria.

3.10 La prevenzione delle malattie infettive

Il rapporto SeREMI 2012²⁷ sintetizza così la situazione dell'offerta vaccinale in Piemonte:

- le vaccinazioni prioritarie raggiungono, in Piemonte, coperture in genere elevate che collocano la regione in buona posizione nel panorama nazionale;
- l'andamento delle coperture nell'ultimo quinquennio manifesta una lieve flessione che assume rilievo più accentuato in alcune zone;
- appare limitato il fenomeno del rifiuto vaccinale che si mantiene a livelli inferiori alla media nazionale, anche se occorre approfondire le ragioni del peggioramento registrato in numerose aree, rispetto allo scorso anno;
- ancora problematica risulta la copertura vaccinale per Morbillo-Parotite-Rosolia, complessivamente sotto soglia sia per la prima sia per la seconda dose e con differenze territoriali significative;
- difficoltà anche per l'offerta della vaccinazione per il papilloma virus, responsabile dei tumori del collo dell'utero, che raggiunge risultati ancora sotto standard, ma con segnali di miglioramento in molte aree, indicati dal confronto 2011-2012;

27 Regione Piemonte – ASL AL – SeREMI – Le vaccinazioni in Piemonte anno 2012. Cfr. <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms/prevenzione-e-promozione-della-salute/vaccinazioni.html> (01/06/2015).

- la campagna di vaccinazione antinfluenzale 2012-2013, pur confermando la tendenza alla diminuzione delle coperture vaccinali, ha conseguito lo scorso anno risultati soddisfacenti, se confrontati con quelli delle altre regioni (tab. 8).

Tabella 8. Copertura vaccinale in Piemonte nel 2012, calcolata sulla coorte di nascita 2010, per sede dei Servizi Vaccinali riferiti alle ex ASL – valori percentuali sul totale dei nati 2010

	POLIO	DT	DTP	HBV	MPR 1a dose	MPR 2a dose	Hib
Torino	95,6%	95,6%	95,6%	95,3%	90,7%	81,5%	95,1%
Rivoli	96,5%	96,7%	96,6%	96,9%	89,2%	88,6%	96,5%
Pinerolo	96,7%	96,7%	96,1%	96,1%	87,8%	84,7%	95,4%
Ciriè	97,7%	97,7%	97,6%	97,7%	90,8%	90,3%	97,7%
Chivasso	97,1%	97,1%	96,4%	96,9%	92,8%	90,2%	95,8%
Ivrea	96,7%	97,2%	96,6%	96,3%	88,6%	84,0%	95,9%
Chieri	96,2%	96,2%	96,2%	95,6%	91,8%	84,5%	95,3%
Vercelli	98,5%	98,3%	98,3%	98,2%	93,4%	91,2%	97,7%
Biella	96,9%	97,3%	96,8%	96,6%	92,2%	89,0%	96,7%
Novara	97,1%	97,1%	97,1%	97,1%	94,9%	92,0%	97,1%
Verbania	96,9%	97,0%	97,0%	96,8%	95,6%	92,9%	96,9%
Cuneo	97,1%	97,3%	96,8%	96,5%	93,1%	92,0%	96,5%
Mondovì	96,1%	96,8%	96,1%	96,1%	89,8%	86,9%	96,1%
Saluzzo	96,5%	96,5%	96,4%	96,4%	92,6%	89,7%	96,4%
Alba	96,9%	97,3%	97,2%	96,6%	94,2%	92,8%	96,6%
Asti	98,0%	98,1%	98,0%	97,8%	96,2%	92,8%	97,8%
Alessandria	95,2%	95,1%	95,0%	95,0%	92,4%	87,4%	94,3%
Casale M.	93,3%	93,3%	93,3%	93,3%	88,8%	87,1%	93,3%
Novi L.	97,3%	97,3%	97,2%	97,3%	90,2%	88,0%	97,1%
REGIONE	96,5%	96,6%	96,5%	96,3%	91,8%	87,8%	96,1%

Fonte: Regione Piemonte – ASL AL – SeREMI (2012)

Per quel che riguarda la provincia di Cuneo da notare la situazione di leggero vantaggio dell'area 'metropolitana' cuneese rispetto alla media regionale e alle aree periferiche della provincia (ex ASL di Saluzzo e Mondovì).

3.11 Gli infortuni sul lavoro

Il trend degli infortuni sul lavoro a livello nazionale è in continuo calo, con tassi regionali piemontesi stabilmente al di sotto di quelli nazionali. Nel 2012, il più recente anno disponibile nei flussi INAIL-Regioni, il tasso di infortuni gravi è del 14% inferiore rispetto al nazionale (3,78 rispetto a 4,41 infortuni per 1.000 addetti). In Piemonte anche il tasso di infortuni calcolato nel comparto costruzioni è più basso (-17%) di quello nazionale (6,26 rispetto a 7,62 infortuni per 1.000 addetti) e anche la quota di infortuni gravi sul totale di quelli accaduti in agricoltura è inferiore rispetto a quella italiana. Su questa riduzione potrebbe aver influito anche il fattore crisi economica e il conseguente minor numero di ore lavorate in tutte le attività economiche.

Nel settore artigianato-industria della provincia di Cuneo sia il tasso di infortuni nel complesso, sia il tasso di infortuni gravi sono lievemente superiori al tasso del Piemonte, ma inferiori rispetto ai tassi nazionali. La situazione è analoga anche per i tassi di infortuni, nel complesso e gravi, dei comparti metalmeccanica e costruzioni. Peraltro, in provincia di Cuneo la proporzione di infortuni gravi rispetto al totale degli infortuni è inferiore in tutti i comparti compresa l'agricoltura, a indicare una minor propensione alla sotto-notifica degli infortuni. La vocazione agricola della provincia di Cuneo è confermata purtroppo anche dal numero di infortuni: rispetto all'intero Piemonte poco meno della metà degli infortuni, nel complesso e gravi, accade nel territorio cuneese.

Restano le forti disuguaglianze sociali per questi fattori di rischio professionale: esposizioni a polveri, rumori, cattive posizioni ergonomiche e rischio di infortuni sono maggiormente a carico dei lavoratori manuali che solitamente sono meno istruiti (70% di rischio attribuibile alle disuguaglianze sociali).

4. Prevenzione e promozione della salute in provincia di Cuneo: attività e risorse dedicate

Le attività relative alla prevenzione e alla promozione della salute, caratterizzate da intersettorialità e multidisciplinarietà degli interventi, sono trasversali a tutti i servizi territoriali e ospedalieri delle ASL e promuovono scelte favorevoli alla salute nelle politiche degli altri settori della società, anche se a oggi mancano le informazioni che consentano di leggere tale trasversalità. Pertanto, l'analisi delle attività di prevenzione e promozione della salute effettuate nelle due ASL CN1 e CN2 verrà svolta, in questo contesto, illustrando principalmente le attività a carico delle istituzioni sanitarie e quindi del bilancio delle due ASL, evidenziando, ove possibile, le alleanze costruite e/o in costruzione con gli altri soggetti interni e/o esterni alle ASL.

Nello svolgimento del lavoro si seguiranno più linee direttrici:

- si tenterà innanzitutto una presentazione preliminare della tipologia di attività di prevenzione e promozione della salute erogate nelle ASL, all'interno di un contesto, nazionale e regionale, che fatica a individuare una nomenclatura comune;
- si continuerà con un'analisi delle risorse a queste dedicate, attraverso l'utilizzo dei documenti di programmazione regionale più recenti;
- il lavoro proseguirà con un taglio più micro, addentrandosi nell'organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione, l'articolazione organizzativa deputata allo svolgimento delle attività di prevenzione, nelle ASL CN1 e CN2;
- infine, la valutazione della performance delle due ASL, attraverso uno sguardo d'insieme di alcuni indicatori relativi alle attività erogate, tenterà un primo bilancio della "copertura di prevenzione" per i cittadini della provincia di Cuneo, esplorando con l'aiuto dei flussi informativi esistenti²⁸:
 - le principali attività istituzionali: vaccinazioni, screening, vigilanza e sorveglianza;

²⁸ I dati relativi alle risorse finanziarie sono tratti dai documenti dell'ultima delibera annuale di riparto.

I dati relativi al personale utili per condurre l'analisi organizzativa sono stati acquisiti dalle due ASL CN1 e CN2.

I dati utilizzati per la valutazione della performance dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL CN1 e CN2 sono desunti:

- dai documenti di rendicontazione delle due ASL, che contengono indicatori di valutazione delle attività previste dal Piano Regionale di Prevenzione e recepite nel Piano Locale di Prevenzione;
- dalla banca dati regionale Pro.Sa, predisposta come archivio dei Progetti di Promozione della Salute attivati a livello regionale e in fase di implementazione;
- dai flussi informativi regionali delle attività veterinarie;
- dai flussi informativi regionali relativi alle attività di vaccinazione;
- dai flussi informativi regionali relativi alle attività di screening.

- le attività dei Dipartimenti di Prevenzione in ottemperanza al Piano Regionale di Prevenzione. Nel paragrafo sono contenute valutazioni circa le alleanze costruite con i servizi territoriali e ospedalieri delle ASL piemontesi e con altri settori della società e dell'economia della provincia di Cuneo e del Piemonte;
- i Progetti di Promozione della Salute così come contenuti nella Banca dati regionale Pro.Sa (Promozione della Salute).

L'analisi, in particolare quella delle attività, verrà condotta sull'ultimo anno disponibile, generalmente il 2013, e, quando le informazioni lo consentono, sull'arco dell'ultimo quadriennio, per dar conto dell'aspetto processuale ed evolutivo delle attività in corso.

4.1 Le attività di prevenzione e promozione della salute: un perimetro delineabile sulla base delle indicazioni normative

In base alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza e ai sensi della normativa vigente²⁹, i Dipartimenti di Prevenzione garantiscono le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, prevedendo strutture organizzative specificamente dedicate:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici;
- sanità pubblica veterinaria;
- tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- tutela della salute nelle attività sportive.

Il Dipartimento di Prevenzione, che è stato definito come “hub” di percorsi di prevenzione interni ed esterni all'Azienda Sanitaria³⁰, contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative, in collaborazione con gli altri Servizi e Dipartimenti Aziendali.

4.2 Le risorse dedicate alla prevenzione in Piemonte e in provincia di Cuneo

Dalla definizione data nel precedente paragrafo, emerge come il Dipartimento di Prevenzione non si possa considerare rappresentativo di tutte le attività di prevenzione e promozione della salute erogate nelle ASL: le risorse a questo destinate servono in ogni caso a farci un'idea del peso delle attività di prevenzione; si consideri che anche il Ministero della Salute, nel Monitoraggio dei Livelli di Assistenza erogati ai cittadini, utilizza l'indica-

²⁹ D.lgs. 229/99 del 19.06.99, Art. 7-ter.

³⁰ Società Italiana di Igiene – Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SITI), *Linee Guida per il Dipartimento di Prevenzione*.

tore relativo alla spesa sostenuta per il Dipartimento di Prevenzione come proxy delle risorse destinate alla prevenzione nelle diverse regioni italiane.

Il Piemonte nel 2014 ha speso per i Dipartimenti di Prevenzione³¹ 385 milioni di euro, sui circa 8 miliardi complessivi destinati all'erogazione di beni e servizi sanitari. Tale cifra rappresenta il 4,79% della spesa complessiva, 73,23 euro per ogni piemontese.

Nello stesso anno le due ASL della provincia di Cuneo hanno speso rispettivamente, per le attività di Dipartimenti di Prevenzione, 53 e 14 milioni di euro, 12,33% e 5,57% della spesa sanitaria complessiva in ciascuna delle due ASL. Di questa quota, il 60% è stato speso nell'ASL CN1 per l'assistenza veterinaria (37% nell'ASL CN2). Nell'ASL CN1 le Unità Bovine Equivalenti³² rappresentavano nel 2014 il 118% dei residenti (497.112 a fronte di 420.692), nell'ASL CN2 il 36% (61.211 a fronte di 171.808), a livello regionale il 22% (981.165 a fronte di 4.436.798) (tab. 9).

Tabella 9. La prevenzione nel riparto del Fondo Sanitario Regionale³³ – Piemonte e ASL CN1 e CN2

	ASL CN1	ASL CN2	ASL CN1 + CN2	Piemonte
Totale finanziamento	€ 672.300.000,00	€ 259.400.000,00	€ 931.700.000,00	€ 8.038.100.000,00
Finanziamento Dipartimento di Prevenzione	€ 52.881.124,00	€ 14.440.448,00	€ 67.321.572,00	€ 384.638.761,00
Percentuale prevenzione su totale finanziamento	12,33%	5,57%	7,23%	4,79%
Finanziamento pro capite prevenzione	€ 125,70	€ 84,05	€ 113,62	€ 73,23
Finanziamento assistenza veterinaria	€ 31.731.981,00	€ 5.334.238,00	€ 37.066.219,00	€ 105.514.114,00
Percentuale veterinaria su totale prevenzione	60,00%	36,90%	55,10%	27,40%
Finanziamento prevenzione al netto di prevenzione veterinaria	€ 21.149.143,00	€ 9.106.210,00	€ 30.255.353,00	€ 279.124.647,00
Finanziamento pro capite prevenzione al netto di prevenzione veterinaria	€ 50,30	€ 53,00	€ 51,10	€ 53,10

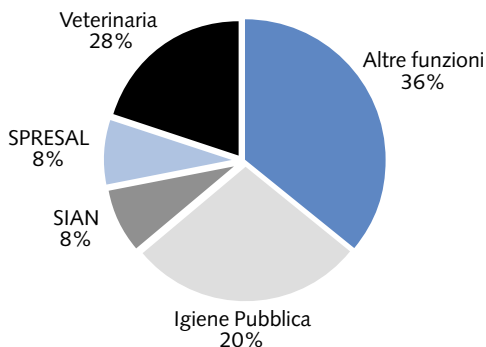
31 Attività dei Dipartimenti di Prevenzione e della quota di competenza delle Direzioni Integrate della Prevenzione.

32 UBE, unità di misura degli animali controllati dal Servizio Veterinario.

33 DGR. n. 38-812 del 22/12/2014 *Presa d'atto delle disponibilità finanziarie di parte corrente del Ssr relative all'esercizio 2014 e determinazione delle risorse da assegnare agli Enti del Ssr ai fini degli obiettivi economico-finanziari per l'anno 2014*

In Piemonte la quota di finanziamento della voce Prevenzione si ripartisce tra le diverse funzioni (fig. 19).

Figura 19. Quota di finanziamento per le varie voci del Macrolivello Prevenzione (riparto 2014)



Il finanziamento destinato alle attività del Dipartimento Prevenzione, nelle due ASL CN1 e CN2, si articola secondo le modalità indicate nella tabella che segue, che fa rilevare percentuali differenziate per le due ASL, con il prevalere della spesa per l'assistenza veterinaria (60% della quota destinata alla prevenzione nell'ASL CN1)³⁴, ma detraendo dal totale la spesa sostenuta per l'assistenza veterinaria, i valori pro capite e percentuali delle diverse componenti della spesa per la prevenzione cambiano e si allineano tra le due ASL (tab. 10; fig. 20).

Tabella 10. Finanziamento per le attività del Dipartimento Prevenzione ASL CN1 e CN2³⁵

Quota di finanziamento	ASL CN1			ASL CN2		
	valori assoluti €	% su totale prevenzione	spesa pro capite €	valori assoluti €	% su totale prevenzione	spesa pro capite €
Igiene Pubblica	7.265.248	13,74	17,27	2.967.082	20,55	17,27
SPRESAL	2.927.830	5,54	6,96	1.335.902	9,25	7,78
SIAN	3.241.161	6,13	7,70	1.348.548	9,34	7,85
Veterinaria *	31.731.980	60,01	75,43	5.333.698	36,94	31,04
Altre funzioni **	7.714.905	14,59	18,34	3.455.216	23,93	20,11
TOTALE PREVENZIONE ***	52.881.124	100,00	125,70	14.440.446	100,00	84,05

* Unità bovine equivalenti: nell'ASL CN1 497.112, nell'ASL CN2 61.211

** Rispetto alla DGR di riparto il finanziamento SEPI è stato suddiviso in quota parte tra le due ASL

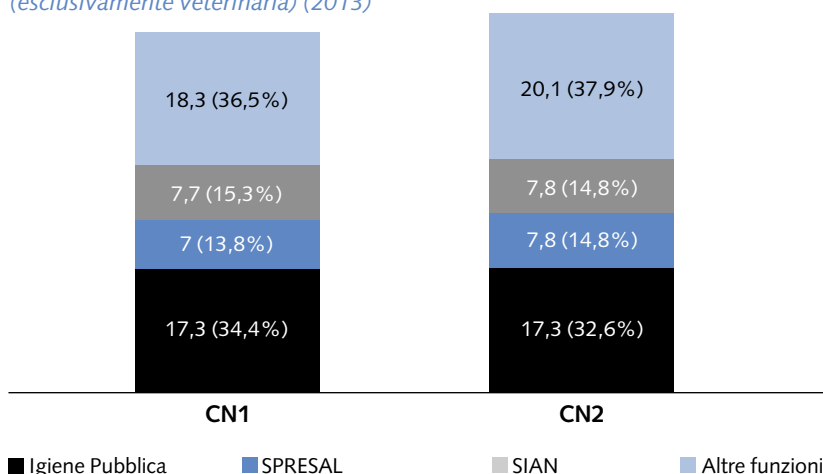
*** Mancano le spese dirette regionali

34 A questi fondi si aggiungono 264 mila euro per l'ASL CN1 e 10 mila euro per l'ASL CN2 di fondi finalizzati, rispettivamente:

- per l'ASL CN1 procedure legate alla gestione di emergenze veterinarie, disposizioni di prevenzione della cecità e Progetti di Promozione della Salute (alimentazione);
- per l'ASL CN 2 Progetti di Promozione della Salute (Benessere adolescenti).

35 SIAN = Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione; SPRESAL = Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro.

Figura 20. Spesa per componenti della prevenzione – pro capite e percentuali (esclusivamente veterinaria) (2013)



Su un totale di spesa pro capite per la prevenzione (al netto della spesa per l'Assistenza Veterinaria) di 50,3 euro per l'ASL CN1 e 53 euro per l'ASL CN2, le diverse componenti si distribuiscono secondo le modalità illustrate nella figura in alto.

4.3 L'organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL CN1 e CN2

Per tener conto della trasversalità e multidisciplinarietà delle attività di prevenzione e promozione della salute, il Piano Regionale di Prevenzione a oggi vigente (PRP 2010-12, prorogato fino al 2014) prevedeva in Piemonte, per la loro governance, la costituzione, a livello locale, di Direzioni Integrate della Prevenzione, aventi lo scopo di integrare, coordinare e armonizzare tra di loro le molteplici attività di prevenzione svolte dall'ASL e da altri settori del territorio in cui sono inserite, collaborando con tutte le strutture, sanitarie e non, di riferimento e avvalendosi delle funzioni locali di Epidemiologia e Prevenzione della Salute, contribuendo a promuovere Piani, progetti e azioni di promozione della salute, supportando gli amministratori locali. Tale organizzazione non è stata applicata in tutte le ASL piemontesi: nelle due ASL della provincia di Cuneo la Direzione Integrate della Prevenzione è stata attivata nell'ASL CN1, con raccordo all'ASL CN2.

I Dipartimenti di Prevenzione istituiti in ogni ASL devono garantire le funzioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza. Le attività vengono erogate dagli addetti, rilevati nel presente contesto dai dati direttamente forniti dai Dipartimenti di Prevenzione delle due ASL e misurati in "Addetti in full time equivalent" (FTE)³⁶: gli addetti FTE alla Prevenzione delle due ASL CN1 e CN2, se si eccettuano gli addetti al Servizio Veterinario, sono

³⁶ Un addetto a tempo pieno = 1: per gli addetti a tempo parziale valore in proporzione.

prevalentemente dedicati ai Servizi Igiene Pubblica, Igiene Alimenti e Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro (tab. 11).

Tabella 11. Percentuale addetti ai servizi del Dipartimento Prevenzione nelle ASL CN1 e CN2 (2015)³⁷

	ASL CN1		ASL CN2	
	valori assoluti	%	valori assoluti	%
Dir. integrata	3	0,83		0,00
Direzione Dip.	7,7	2,14	0,1	0,12
Epidemiologia	2	0,55	3,6	4,46
Promozione Salute		0,00	1	1,24
Informatica Prevenzione	4	1,11		0,00
Vigilanza	6,5	1,80		0,00
Medicina Sportiva	6	1,66	2,75	3,41
SIAN	32,2	8,93	10,2	12,63
SISP	50,3	13,95	22,3	27,62
SPRESAL	36,5	10,12	12,3	15,23
Veterinario	212,3	58,89	28,5	35,29
TOTALE ADDETTI PREVENZIONE FTE	360,5	100,00	80,75	100,00

Fonte: Dipartimenti di Prevenzione delle ASL CN1 e CN2

4.4 Analisi della performance dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL CN1 e CN2

Le attività erogate dai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL CN1 e CN2 per rispondere alle domande che emergono dall'analisi epidemiologica sono state suddivise, ai fini della presente analisi, nelle seguenti tipologie:

- le principali attività istituzionali: vaccinazioni, screening, vigilanza, sorveglianza;
- le attività dei Dipartimenti di Prevenzione in ottemperanza al Piano Regionale di Prevenzione. Il paragrafo contiene valutazioni circa le alleanze costruite con i servizi territoriali e ospedalieri delle ASL piemontesi e con altri settori della società e dell'economia della provincia di Cuneo e del Piemonte;
- i progetti di Promozione della Salute così come contenuti nella Banca dati regionale Pro.Sa.

³⁷SIAN = Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione, SISP = Servizio Igiene Sanità Pubblica, SPRESAL = Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro.

4.4.1 Le attività istituzionali

Le vaccinazioni³⁸

La lotta alle malattie infettive, trasversali a tutte le attività sanitarie, che richiede di coordinare gli interventi svolti sulla popolazione nel suo complesso con quelli svolti direttamente sugli individui per le attività di diagnosi e cura, viene svolta, all'interno del Dipartimento di Prevenzione, nei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), all'interno dei quali gli operatori svolgono attività di sorveglianza, di indagine epidemiologica e di controllo delle malattie infettive. Nello svolgimento delle sue attività, il servizio si relaziona con le direzioni ospedaliere, con i reparti di infettivologia, i centri per le infezioni sessualmente trasmissibili, i centri di medicina dei viaggiatori, la rete degli operatori dedicati alle malattie trasmesse dagli alimenti, i servizi veterinari. La struttura che garantisce, in Piemonte, l'integrazione, il monitoraggio e il coordinamento di tutte queste attività è il SEREMI, Il Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL di Alessandria. Dai Rapporti annuali che il SEREMI predispone è possibile ottenere una sintesi dell'attività vaccinale nelle due ASL CN1 e CN2 (tab. 12).

L'analisi dell'attività vaccinale condotta nel 2013³⁹ evidenzia come:

- le vaccinazioni indicate come prioritarie dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale raggiungano coperture elevate, in media con i valori regionali e superiori ai valori nazionali;
- risultati limitato e comunque gestito il fenomeno del rifiuto vaccinale.

Tabella 12. Coperture delle vaccinazioni prioritarie in Piemonte nel 2013 (nati nel 2011)

	Polio	Difterite-Tetano	Difterite-Tetano-Pertosse	Anti epatite B	Haemophilus Influentiae B	Antimorbillo-Parotite-Rosolia 1° e 2° dose	
Cuneo	96,5%	97,4%	96,5%	95,9%	95,9%	93,0%	92,4%
Mondovì	95,8%	96,4%	95,8%	95,8%	95,5%	90,2%	89,2%
Savigliano	96,4%	96,6%	96,3%	96,2%	95,9%	92,0%	91,9%
Alba-Bra	95,3%	95,6%	95,4%	95,1%	95,1%	92,5%	89,9%
Piemonte	96,7%	96,8%	96,6%	96,5%	96,2%	92,1%	90,1%
Italia	95,4%	95,3%	95,4%	95,3%	94,5%	88,1%	88,1%

Fonte: SEREMI – ASL AL – Le vaccinazioni in Piemonte (2013)

³⁸Fonte: SEREMI – ASL AL – Le vaccinazioni in Piemonte (2013).

³⁹L'ASL CN1 viene suddivisa nelle tre Aree Cuneo, Mondovì e Savigliano, l'ASL CN2 viene considerata nel suo complesso.

Gli screening⁴⁰

Secondo le indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità, gli screening rappresentano, insieme all'adozione di stili di vita sani, la strategia principale per combattere i tumori: diagnosticare la malattia il più precocemente possibile, prima che si manifesti a livello clinico, consente di individuare in fase iniziale la malattia in persone asintomatiche. I programmi di screening organizzati, riferiti alle patologie tumorali di grande rilevanza epidemiologica, consistono nell'invitare direttamente l'intera fascia di popolazione ritenuta a rischio, offrendo gratuitamente il test e eventuali approfondimenti. L'adesione al programma è volontaria. In particolare, i programmi di screening si sono dimostrati efficaci nel cambiare la storia naturale dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto.

In Piemonte il Report annuale *Prevenzione Serena. Risultati, ricerca, qualità*, presenta i risultati delle attività svolte nell'anno precedente nell'ambito del programma piemontese di screening dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto. Nell'analisi più recente condotta dal CPO sul 2012 le ASL CN1 e CN2 sono analizzate insieme nel Dipartimento 7.

Per gli screening mammografico e cervicale gli indicatori relativi alla copertura del programma, indicatore di efficacia delle azioni di reclutamento dei programmi di screening e all'adesione al programma (l'analisi dell'adesione per classi di età, operata per lo screening mammografico, non evidenzia differenze significative tra i gruppi), fanno rilevare percentuali più elevate rispetto ai valori medi regionali.

La situazione si capovolge per quanto riguarda lo screening colon-rettale.

Tabella 13. Percentuale di adesione agli screening nelle ASL CN1 e CN2 e in Piemonte (2012)

	Screening mammografico		Screening cervicale		Screening colon rettale	
	CN1 e CN2	Piemonte	CN1 e CN2	Piemonte	CN1 e CN2	Piemonte
Coperture da invito	81,4 %	74,0 %	90,4 %	90,4 %	79,9 %	88,8 %
Percentuale aderenti all'invito:	67,6 %	64,9 %	52,1 %	49,5 %	32,8 %	34,7 %
50-54 anni	69,8 %	65,3 %				
55-59 anni	70,4 %	65,9 %				
60-64 anni	67,6 %	65,6 %				
65-69 anni	62,3 %	62,4 %				

⁴⁰Fonte CPO – Prevenzione Serena – Report 2013.

L'attività di assistenza veterinaria⁴¹

Le Unità Bovine Equivalenti⁴² in Piemonte sono 981.165; di queste 497.112 (il 50,7 % del totale, più della metà del patrimonio bovino presente in Piemonte) e 61.211 (il 6,2 % del totale) sono presenti rispettivamente nelle ASL CN1 e CN2.

Per questo motivo, alle attività di controllo e tutela della salute della sanità animale vengono destinate ingenti risorse nella provincia di Cuneo, che si traducono, come evidenzia la tabella che segue – che riporta gli indicatori utilizzati dal Ministero per controllare le attività veterinarie per la provincia di Cuneo – in attività di controllo a tutela della nostra salute, di fatto presidiate nella provincia di Cuneo (tab. 15).

Tabella 14. Gli indicatori LEA per l'Assistenza Veterinaria (2011)

Indicatori	ASL CN1	ASI CN2	Piemonte
% Aziende controllate per TBC bovina	101,0	100,0	91,5
% Aziende controllate per brucellosi bovina	116,2	101,0	123,1*
% Aziende controllate per brucellosi Ovi-Caprina	147,6*	131,7*	132,1*

* > 100 per chiusura allevamenti controllati

Fonte: Relazione sull'attività svolta dai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL del Piemonte.

4.4.2 Le attività locali in ottemperanza al Piano Regionale di Prevenzione 2010-12

In Piemonte, dal 2007, il Piano Regionale di Prevenzione, nei suoi successivi aggiornamenti, delinea la "rotta" per le attività di prevenzione della ASL, come già indicato nel capitolo 2.

A partire dal 2010, le ASL riprendono e sviluppano annualmente, all'interno dei Piani Locali di Prevenzione, le indicazioni contenute nel Piano Regionale, verificando a fine anno il loro conseguimento in un documento di rendicontazione⁴³ che riporta la valutazione, *ex post*, degli obiettivi regionali con un pacchetto di indicatori individuato a livello di ASL e riportato qui di seguito per le due ASL in esame.

Gli indicatori di verifica sono riferiti alle seguenti dieci linee di attività, articolate omogeneamente tra ASL regionali e negli anni, in ottemperanza all'articolazione delle Aree del Piano Regionale di Prevenzione:

- prevenzione degli incidenti stradali;
- prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro;
- prevenzione dei rischi in ambienti domestici;
- prevenzione delle malattie trasmissibili;
- prevenzione dei rischi in ambienti di vita;

⁴¹ Fonte: Relazione sull'attività svolta dai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL del Piemonte.

⁴² Numero di capi animali presenti rapportati a un bovino adulto (che vale 1).

⁴³ Relazione Conclusiva al Piano Locale di Prevenzione 2013.

- sicurezza alimentare;
- stili di vita;
- percorsi di prevenzione nel *setting* sanitario;
- screening oncologici;
- implementazione e monitoraggio della gestione integrata del diabete.

Gli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione e gli indicatori individuati nelle ASL

Le pagine che seguono contengono una descrizione delle attività erogate all'interno dei filoni elencati sopra, valutate con gli indicatori riportati nelle tabelle allegate. Nelle tabelle, il simbolo \checkmark indica il conseguimento dello standard posto dall'indicatore, il simbolo \bullet il conseguimento parziale (70-80%) e il simbolo \times il mancato conseguimento (< 50%). Come si vedrà, il livello di conseguimento dichiarato degli indicatori è quasi sempre vicino al 100% ed è quindi quasi sempre evidenziato con il simbolo \checkmark nella casella relativa, ma pare importante in questo contesto evidenziare quali indicatori sono stati individuati dalle due ASL per "monitorare" le attività e gli obiettivi posti a livello regionale.

Gli indicatori evidenziati in azzurro sono anche progetti di Promozione della Salute sostenuti a livello regionale. Il simbolo $+$ nella casella relativa al conseguimento indica la compresenza del progetto nel documento di rendicontazione dell'ASL e nella banca dati regionale contenente i progetti di Prevenzione (banca dati Pro.Sa), che verrà descritta di seguito: si è voluto in questo modo documentare una sinergia importante tra momenti diversi di promozione delle attività di prevenzione a livello locale.

Nel complesso i paragrafi che seguono evidenziano, all'interno della cornice programmatica delineata a livello regionale, una forte autonomia delle due ASL della provincia di Cuneo nella selezione dei progetti e dei filoni da attivare e sviluppare: un'attività di promozione della salute che delinea risultati e tempistiche, nell'autonomia dei processi.

Le attività di prevenzione degli incidenti stradali prioritarie in provincia di Cuneo, perseguite soprattutto con sistemi di sorveglianza e interventi di contrasto

La rilevanza degli interventi in questo contesto, al di là dell'impatto numerico consistente, risiede nella possibilità, attraverso la promozione di scelte sociali e comportamenti individuali, di ridurre drasticamente l'impatto delle cause incidentali. A questo proposito gli obiettivi posti dal Piano Regionale di Prevenzione riguardano lo sviluppo di un sistema di sorveglianza integrato, la promozione di comportamenti di guida responsabile e lo sviluppo di interventi di contrasto all'uso di sostanze psicoattive, supportati dall'attività di documentazione e disseminazione.

Tutti gli indicatori individuati per la valutazione di tali attività, che si inseriscono prevalentemente nel filone della promozione della guida responsabile, hanno fatto rilevare una performance positiva nel corso del 2013 nelle due ASL della Provincia di Cuneo (tab. 15).

Tabella 15. Attività di prevenzione degli incidenti stradali, in ambienti di lavoro e domestici

ASL CN1		ASL CN2	
Indicatori	Conseguito	Indicatori	Conseguito
Prevenzione degli incidenti stradali			
Promozione responsabile - Scostamento positivo rispetto a 2012	✓	Progetto "Pronti Partenza e via" - Almeno 30 classi aderenti	✓ +
Coinvolgimento > 3 soggetti istituzionali extra sanità	✓	Progetto "Sicuri per scelta" - Almeno 1500 kit consegnati	✓
	✓	Rispetto Protocollo SerD/CML - < 10%	✓
Prevenzione dei rischi in ambienti lavoro (I= Infortuni - MP= Malattie Professionali)			
I - Applicazione Protocolli Intervento	✓	I - Ispezioni in Cantieri	✓
I - Ispezioni in Cantieri	✓	I - Controlli in Aziende	✓
I - Controlli in Aziende	✓	MP - Gestione Prot. Intervento	✓
MP - Utilizzo Prot. Intervento concord. Procura	✓	Incontro con i medici competenti	✓
Utilizzo dati e aggiorn. registri cancerogeni	✓		
Organizzazione tirocini studenti	✓		
Progettazione corsi	✓		
Utilizzo Applicativo SPRESALWeb	✓		
Prevenzione dei rischi in ambienti domestici			
		Progetto "Affy Fiuta Pericolo" - 40% scuole	✓
		Materiale divulgativo / counselling	✓
		Sicurezza domestica - Schede 80% sopralluoghi	✓

Vigilanza e protocolli di intervento per la prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro

Le patologie da lavoro classiche riguardano le ipoacusie, i tumori professionali, le dermatopatie, accanto alle quali sono emerse negli ultimi anni le patologie correlate al lavoro, quali le patologie da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori e i disturbi riguardanti la sfera psichica e comportamentale, correlate ai rischi psico-sociali e organizzativi, quali mobbing e

stress. Per incrementare l'efficacia delle attività di prevenzione rivolte a tali patologie è necessaria una conoscenza approfondita dei rischi presenti sul territorio, insieme con il monitoraggio dei risultati degli interventi attuati, con il coinvolgimento dei soggetti coinvolti a vario titolo ai processi di prevenzione e con la realizzazione di iniziative di sensibilizzazione.

Gli obiettivi posti dal Piano Regionale di Prevenzione in questo contesto si suddividono nei due ambiti relativi alla prevenzione degli infortuni in ambiente di lavoro e alla prevenzione delle malattie professionali.

In entrambi i casi, gli obiettivi posti dal Piano Regionale di Prevenzione riguardano aspetti processuali, quali l'applicazione di Protocolli di Intervento e l'utilizzo di Schede di rilevazione e di applicativi web.

Gli indicatori, riferiti ai risultati delle attività effettuate nelle due ASL, evidenziano il perseguimento degli obiettivi, nonché l'enfasi posta, nella rendicontazione delle attività di entrambe le ASL, per le attività di vigilanza.

La promozione della salute per la prevenzione dei rischi in ambienti domestici

Secondo il Censis, gli incidenti domestici dipendono da tre principali fattori: la qualità del sistema abitativo, le caratteristiche dei prodotti che entrano in casa e i comportamenti individuali che possono mettere a rischio anche terze persone, cui si aggiungono i pericoli legati alla mancata manutenzione di impianti presenti in casa, quelli connessi all'esposizione a rischi chimici, fisici, biologici o relativi ad animali. Le donne sono coinvolte in oltre il 70% di tutti gli incidenti domestici.

La prevenzione dei rischi in ambienti domestici, per la quale il Piano Regionale di Prevenzione ha posto obiettivi prevalentemente legati ad attività di formazione e informazione, alla popolazione e agli insegnanti, è stata rendicontata, nell'ASL CN2, attraverso indicatori che rilevano la predisposizione di materiali informativi e l'effettuazione dei progetti di promozione della salute relativi.

La prevenzione delle malattie trasmissibili: promozione delle vaccinazioni e attività di comunicazione

Gli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione suddividono le malattie trasmissibili in quelle prevenibili con vaccino⁴⁴ e in quelle per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni, e prevedono attività di sorveglianza, promozione delle vaccinazioni basate su invito attivo, programmi regionali coordinati e attività di comunicazione.

Gli indicatori individuati, che, per le attività per le quali non sono disponibili vaccini, si riferiscono prevalentemente a indagini e attività di sorveglianza, fanno rilevare un livello di conseguimento degli obiettivi sempre vicino al 100% (tab. 16).

44 Delle quali già si è riferito nel paragrafo precedente.

Tabella 16. Attività di prevenzione delle malattie trasmissibili

ASL CN1		ASL CN2	
Indicatori	Conseguito	Indicatori	Conseguito
Prevenzione delle malattie trasmissibili (Presenza vaccini = SI - Assenza vaccini = NO - Infezioni correlate all'assistenza = INF)			
SI - Copertura 100% a 24 mesi per antipolio	✓	SI - Conferma laboratorio nel 100% casi segnalati di morbillo parotite rosolia	✓
SI - Inchieste epidemiologiche per morbillo e rosolia - 100% casi notificati	✓	SI- Inchieste epidemiologiche - 100% dei casi segnalati pneumococco morbillo rosolia	✓
SI - Formazione RAV unico e incontro con équipe pediatriche (almeno uno annuo)	✓	SI - Partec. RAVI 100% corsi prep. Nascita - Sorveglianza effetti avversi	✓
SI - Invio via mail a Pls dei rifiuti vaccinali	✓	SI - Sorveglianza mal. infettive - Cont. 70% pls	✓
NO - Uso software SIMI nel 100% dei casi	✓	SI - Convocazione 100% dei minori candidati	✓
NO - Indagini attivate nel 100% dei casi notificati di TB	✓	SI - Gestione 100% dei casi di rifiuto vaccinale - Offerta vaccinazione anti-epatite A	✓
NO - Interventi presso scuole su MST e HIV - Almeno livello 2012	•	NO - <i>Counselling</i> ed educazione del viaggiatore internazionale	✓
NO - Accessi a sito e consulenze on line - Incremento richieste rispetto a 2012	✓	NO - Attuazione dei percorsi previsti dal Piano regionale TB	✓
NO - Indagini epidemiologiche e segnalazioni: capylobactere e salmonellosi tifoidee	✓	NO - Effettuazione IDT su allevamenti bovini da riproduzione presenti	✓
NO - Intossicazioni da funghi - N. interventi	✓	NO - Osservazione morsicature segnalate	✓
NO - HIV - Mantenimento sistemi di esecuzione test in atto	•	NO - Indagine su 100% segnalazioni di contaminazione da legionella	✓
NO - Prevenzione HIV - Progetto <i>Che ne s' AIDS</i>	✓ +	NO - Monit. 5 impianti idrico-sanitari vita coll.	✓
INF - Studio prevalenza ICA in RSA	✓		
INF - Sorveglianza protesi d'anca - Prot. INFOSS	✓	Si fa riferimento a documento trasmissione indicatori per Programma 2013 di Prevenzione del rischio infettivo	
INF - Sorveglianza infezioni da legionella 100% dei casi sospetti	✓		

La prevenzione dei rischi in ambienti di vita

Secondo l'OMS⁴⁵ circa un quarto delle malattie mondiali è dovuto all'esposizione a fattori ambientali, evitabile attraverso interventi mirati; anche nell'Area Europea e in Italia fino al 20% delle morti totali è attribuibile all'ambiente: inquinamento atmosferico, rumore, radon, cambiamenti climatici, contaminazioni chimiche alimentari.

Questi effetti si possono prevenire adottando un approccio attivo e multidisciplinare in grado di fornire risposte efficaci: gli obiettivi posti dal Piano Regionale di Prevenzione e ripresi nei Piani Locali delle ASL, con riferimento ai rischi negli ambienti di vita, riguardano la costituzione di sistemi informativi, attività di monitoraggio e valutazioni di impatto relativi ad ambienti di vita.

Gli indicatori individuati, riferiti per la maggioranza ad attività di vigilanza, fanno rilevare una percentuale di conseguimento vicina al 100%, in entrambe le ASL.

La sicurezza alimentare

I programmi di sicurezza alimentare rappresentano, a livello europeo, uno strumento di responsabilizzazione per i produttori, di garanzia per i consumatori e di mantenimento della fiducia nel sistema degli approvvigionamenti alimentari.

Gli obiettivi posti dal Piano Regionale di Prevenzione e ripresi dai Piani Locali delle ASL in questo contesto riguardano l'attività di sorveglianza su malattie alimentari trasmissibili e la gestione del rischio nelle filiere alimentari e nella ristorazione scolastica e assistenziale, corredate da attività di informazione/comunicazione.

Gli indicatori individuati, relativi ad attività di vigilanza e di audit, fanno rilevare percentuali di conseguimento del 100% nell'ASL CN2 e comunque soddisfacenti nell'ASL CN1; gli indicatori di attività relativi sono generalmente perseguiti nelle due ASL della provincia di Cuneo (tab. 17).

45 OMS, *Prevenire le malattie grazie a un ambiente migliore*.

Tabella 17. Attività di prevenzione dei rischi in ambienti di vita

ASL CN1		ASL CN2	
Indicatori	Conseguito	Indicatori	Conseguito
Prevenzione dei rischi in ambienti di vita			
Vigilanza su 100% apparecchiature generanti UV come da indicazioni regionali	✓	Conferma referenti REPEX locale ed effettuazione interventi allerta	✓
Vigilanza su cosmetici e pigmenti per tatuaggio come da indicazioni regionali	✓	Programma annuale vigilanza e controllo su attività cura del corpo	✓
Organizzazione corso regionale su rischi apparecchiature centri estetici	•	Partecipazione al Tavolo del Comune di Alba su lotta e contraffazione prodotti	✓
Partecipazione agli eventi formativi regionali di una percentuale consistente di operatori	✓	Attività di vigilanza e controllo negli ambienti di vita comunitaria a rischio	✓
		Protocollo reg. esposti coperture cemento armato	✓
Sicurezza alimentare			
Vigilanza Integrata in discount e supermarket	•	100% interventi effettuati / programmati	✓
Audit integrati in GDO	•	Evento formativo coerente con Progr. regionale	✓
Attività di controllo su ristorazione collettiva	✓		
Incontro con associazioni di categoria	✓		
Stesura di nuove procedure operative integrate	•		

Stili di vita salutarì nelle comunità di vita e nelle scuole della provincia di Cuneo

Gli stili di vita ricoprono un ruolo fondamentale nello sviluppo delle malattie croniche e incidono sul loro sviluppo nel corso del tempo.

Gli obiettivi posti dal Piano Regionale di Prevenzione su questo versante e recepiti nei Piani Locali delle due ASL si suddividono tra la promozione di vita salutarì nelle comunità di vita e di lavoro e la promozione di stili di vita salutarì nel *setting* scuola.

In entrambi i *setting* gli obiettivi si riferiscono ad attività fisica, alimentazione sana e promozione del benessere.

Gli indicatori individuati riguardanti corsi, campagne ed eventi, evidenziano livelli di conseguimento del 100% (tab. 18).

Tabella 18. Stili di vita salutari nelle comunità di vita e nelle scuole della provincia di Cuneo

ASL CN1		ASL CN2	
Indicatori	Conseguito	Indicatori	Conseguito
Stili di vita salutari nelle Comunità di vita e lavoro (Co) e nel setting Scuola (S)			
Co - Attivazione almeno 2 cantieri laboratorio PePS	✓	Co - Corso di attività motoria per dipendenti ASL	✓
Co - Almeno 3 corsi formazione genitorialità	✓	Co - Corso operatori mense scuola	✓
Co - Realizzazione campagna <i>Stili di vita sani</i>	✓	Co - Effettuazione di almeno 100 sopralluoghi	✓
Co - Progetti <i>Veri Buoni e Star Bene a Tavola</i>	✓	Co - Progetto <i>Sono quel che mangio</i>	✓ +
Co - <i>Teatro e Salute</i> : forum e progetto CRC	✓ +	Co - Benessere organizzativo	✓
S - Incontri con scuole per i tre territori	✓	Co - Progetto sulla genitorialità	✓
S - Schede informative	✓	S - Progetti finalizzati a stili di vita corretti	✓
S - Eventi di comunicazione	✓	S - Miglioramento qualità offerta alimentare	✓
S - Procedure per migliorare accessibilità scuole	✓		✓
S - Educazione affettività e sessualità	•		✓
S - Numero di accessi su siti consultori e giovani	✓		✓
Screening oncologici			
Copertura donne screening mammografico	•	Copertura donne screening mammografico	•
Copertura donne screening cervico-vaginale	✓	Copertura donne screening cervico-vaginale	✓
Copertura screening colon-rettale	x	Copertura screening colon-rettale	✓
Implementazione e monitoraggio della gestione Integrata del diabete			
Attivazione 100% corsi		Almeno 30% pazienti in gestione integrata	✓
Formazione a farmacisti		Mortalità coorte diabetici < 2012	✓
		Ricoveri diabetici < 2012	✓

Gli screening oncologici

Gli obiettivi posti si riferiscono all'attività di screening in tre contesti: screening mammografico, screening per il carcinoma cervico-vaginale e screening per il carcinoma colon-rettale.

Gli indicatori individuati fanno rilevare una copertura del 98% e del 97%, per il carcinoma cervico-vaginale, del 60%, per lo screening mammografico e del 25% nell'ASL CN1 e del 90% nell'ASL CN2 per lo screening per il carcinoma colon-rettale.

Implementazione e monitoraggio della gestione integrata del diabete: un modello innovativo di prevenzione che coinvolge più servizi nelle ASL

Un modello innovativo di management sanitario, utilizzabile come possibile riferimento per la gestione delle patologie croniche, di cui il diabete rappresenta un esempio paradigmatico, è rappresentato dalla gestione integrata dei pazienti, da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti di area.

Gli obiettivi posti dalle due ASL nel documento di rendicontazione riguardano la valutazione dell'appropriatezza della gestione integrata, l'integrazione del Registro regionale diabete e l'implementazione del sistema informativo e del monitoraggio dell'attività, fondamentale per consentire e condividere lo sviluppo della attività di gestione integrata.

Gli indicatori individuati fanno rilevare un livello di conseguimento ottimale di tutte le attività in entrambe le ASL.

4.4.3 La sorveglianza di popolazione

Oltre alle iniziative specifiche, un'importante cornice sullo stato di salute generale della popolazione è rappresentato dalle sorveglianze di popolazione. Esse, raccogliendo e mettendo a disposizione informazioni, rispondono a domande quali: quanto sono diffusi i fattori di rischio – modificabili – per l'insorgenza delle patologie croniche (fumo di sigaretta, inattività fisica, ipertensione, consumo di alcol, scarso consumo di frutta e verdura, eccesso ponderale, ipercolesterolemia, mancata effettuazione di screening oncologici)? Come stanno cambiando gli stili di vita della popolazione? Quanto sono estesi e come vengono percepiti gli interventi di prevenzione messi in atto per contrastarli? Nell'attuazione delle attività di sorveglianza gli operatori delle ASL coinvolgono direttamente i cittadini di tutte le classi di età, attraverso interviste o questionari, raccogliendo, elaborando dati e restituendo i risultati.

Sono quattro i sistemi di sorveglianza attualmente in vigore, ciascuno incentrato su una specifica fascia di età:

- PASSI (fascia di età 18-69 anni): è un sistema che interroga direttamente i cittadini adulti sulle loro percezioni riguardo alla salute, sugli stili di vita e sugli interventi di prevenzione;
- PASSI d'Argento (fascia di età maggiori di 64 anni): interroga direttamente la popolazione di questa fascia di età circa lo stato di salute, gli stili di vita e gli interventi di prevenzione e assistenza ricevuti;
- OKkio alla salute (fascia di età 6-10 anni): sistema di sorveglianza sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica dei bambini;
- HBSC (fascia di età 11-15 anni): si tratta di un'indagine sui comportamenti di salute degli adolescenti piemontesi, in vari ambiti di vita, dal contesto familiare alle abitudini alimentari, fino ai comportamenti a rischio, finalizzata a indirizzare le politiche di educazione e promozione della salute nella fascia di età adolescenziale.

Gli indicatori individuati nei documenti di rendicontazione delle due ASL riferiti alle sorveglianze, riguardanti l'effettuazione delle interviste e la pubblicazione dei risultati sul sito, fanno rilevare livelli di conseguimento del 100% (tab. 19).

Tabella 19. Prospetto dei sistemi di sorveglianza in vigore

ASL CN1		ASL CN2	
Indicatori	Conseguito	Indicatori	Conseguito
Effettuazione 100% interviste PASSI	✓	Realizzazione interviste 2013	✓
Risultati 2012 OKkio e PASSI sul sito	✓	Redazione Report PASSI 2008-2011	✓
		Redazione scheda tematica	✓
		Redazione Report OKkio 2012	✓

4.4.4 Alleanze e sinergie interne ed esterne alle ASL CN1 e CN2

Si è accennato alla caratteristica del Dipartimento di Prevenzione come "hub" di percorsi di prevenzione interni ed esterni all'Azienda Sanitaria.

A questo proposito, per ciascuna delle linee di intervento individuate nei documenti di Rendicontazione e descritte nel paragrafo precedente, i Dipartimenti di Prevenzione delle due ASL CN1 e CN2 documentano la presenza di numerose e articolate sinergie con soggetti interni e esterni all'ASL.

Tutte le "Risorse e Alleanze" individuate dalle ASL vengono riportate in specifiche tabelle nell'Appendice al presente capitolo; nelle quattro tabelle che seguono, si riportano i principali "alleati", che intervengono in modo meno episodico (sono quelli indicati su tre o più linee di intervento dalle due ASL), interni ed esterni alle due ASL.

Per quanto riguarda le alleanze interne, si rileva la buona sinergia, oltre che all'interno del Dipartimento di Prevenzione, con le articolazioni territoriali dell'ASL, ma anche con l'Ospedale; un po' defilati, come attori della Prevenzione, attori quali i medici di medicina generale (tabb. 20-21).

Per quanto riguarda le alleanze esterne, si rileva la "buona posizione" di scuole e amministrazioni pubbliche (Regione, Provincia e Comuni) (tabb. 22-23).

Tabella 20. Risorse e alleanze interne all'ASL CN1: attori che intervengono su tre o più linee intervento

SOGGETTI	ATTIVITÀ									TOT
	Incidenti stradali	Rischi ambienti lavoro	Rischi ambienti domestici	Malattie trasmissibili	Rischi ambienti di vita	Sicurezza alimentare	Sorveglianze popolazione	Stili di vita	Gestione Integrata diabete	
Servizi Dipartimento Prevenzione	✓	✓	✓		✓	✓		✓		6
Direzione Integrata Prevenzione	✓		✓			✓		✓	✓	5
Epidemiologia					✓	✓			✓	3
Distretti			✓					✓	✓	3
Ufficio Stampa Aziendale	✓					✓		✓		3

Tabella 21. Risorse e alleanze interne all'ASL CN2: attori che intervengono su tre o più linee intervento

SOGGETTI	ATTIVITÀ									TOT
	Incidenti stradali	Rischi ambienti lavoro	Rischi ambienti domestici	Malattie trasmissibili	Rischi ambienti di vita	Sicurezza alimentare	Sorveglianze popolazione	Stili di vita	Gestione Integrata diabete	
Servizi Dipartimento Prevenzione	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		8
Mmg e Pls			✓	✓			✓	✓	✓	5
Distretti					✓		✓	✓	✓	4
Epidemiologia		✓					✓	✓		3
Dipartimento Materno Infantile	✓			✓				✓		3

Tabella 22. Risorse e alleanze esterne all'ASL CN1: attori che intervengono su tre o più linee intervento

SOGGETTI	ATTIVITÀ									TOT
	Incidenti stradali	Rischi ambienti lavoro	Rischi ambienti domestici	Malattie trasmissibili	Rischi ambienti di vita	Sicurezza alimentare	Sorveglianze popolazione	Stili di vita	Gestione Integrata diabete	
Comuni	✓		✓		✓	✓	✓	✓		6
Scuole	✓		✓				✓	✓		4
Provincia	✓				✓		✓			3
Enti Gestori SA	✓					✓		✓		3
Associazioni di Categoria	✓					✓		✓		3

Tabella 23. Risorse e alleanze esterne all'ASL CN2: attori che intervengono su tre o più linee intervento

SOGGETTI	ATTIVITÀ									TOT
	Incidenti stradali	Rischi ambienti lavoro	Rischi ambienti domestici	Malattie trasmissibili	Rischi ambienti di vita	Sicurezza alimentare	Sorveglianze popolazione	Stili di vita	Gestione Integrata diabete	
Regione	✓		✓		✓	✓	✓	✓		6
Scuole	✓		✓				✓	✓		4
ARPA		✓		✓	✓	✓				4
Comuni					✓		✓	✓		3

4.4.5 I progetti di Promozione della Salute

Una banca dati regionale (Sistema Informativo Pro.Sa – Prevenzione e Promozione della Salute), disponibile on line (www.retepromozionesalute.it) offre alle ASL l'opportunità di inserire i propri progetti, consentendo in tal modo di ottenere un quadro abbastanza completo dei progetti e degli interventi realizzati in Piemonte in ambito di prevenzione e promozione della salute: nel quadriennio 2010-13 sono stati inseriti in Piemonte 349 progetti di Prevenzione e Promozione della Salute, dei quali è possibile distinguere informazioni su:

- durata;
- i comuni della provincia di Cuneo coinvolti;
- i cittadini coinvolti;
- i temi di salute coinvolti;
- i destinatari finali dei progetti;
- i contesti di vita e di lavoro in cui si sviluppano gli interventi;
- gli operatori coinvolti.

I progetti di Promozione della Salute attualmente inseriti nella banca dati regionale Pro.Sa dalle due ASL provinciali sono riferibili alle 11 Linee di Intervento con le quali si articola la Rendicontazione 2013 del Piano Locale di Prevenzione (PLP). Il tentativo di raccordo tra le due fonti informative vede corrispondere solo tre progetti inseriti in Pro.Sa:

- un progetto della banca dati Pro.Sa – *Che ne s' AIDS* – inserito nella *Linea di Intervento Prevenzione delle Malattie Trasmissibili* nel documento di rendicontazione nell'ASL CN1;
- un secondo progetto – *Pronti Partenza e Via* – inserito nella *Linea di Intervento Prevenzione degli Incidenti Stradali* nel documento di rendicontazione nell'ASL CN1;
- un terzo progetto – *Sono quel che mangio* – inserito nella *Linea di Intervento Stili di vita* nel documento di rendicontazione nell'ASL CN2.

Tutti gli altri progetti della banca dati Pro.Sa, dei 23 nell'ASL CN1 e dei 14 nell'ASL CN2, riferibili alla *Linea di Intervento Stili di vita*, sono esclusi dai documenti di rendicontazione delle due ASL.

I progetti della banca regionale Pro.Sa evidenziano come, all'interno di linee di attività comuni (attività di vigilanza, sorveglianza, comunicazione), i temi selezionati consentano di "aggredire" meglio i problemi posti dalle due realtà locali per quanto riguarda la promozione della salute, privilegiando comunque in entrambi i casi il *setting* "scuola" e il target "giovani" (tab. 24).

Tabella 24. Progetti banca dati Pro.Sa nelle ASL CN1 e CN2

ASL CN1		ASL CN2	
Titolo del progetto		Titolo del progetto	
1	CHE NE S' AIDS*	1	Pronti Partenza e via
2	"Teatro e Salute" nel territorio cuneese: Il gioco delle parti - Le parti in gioco*	2	Sono quel che mangio*
3	Convivenza uomo-animale: interazione, comunicazione, prevenzione	3	IO MI VOGLIO BENE
4	Diario della Salute. Percorsi di promozione del benessere tra i pre-adolescenti	4	PERCHÉ TU POSSA VIVERE... - Guida alla scelta consapevole donazione organi
5	Dipendenze e Dintorni "A tuo rischio e piacere"	5	A casa tutto bene?
6	Dislessia: migliorare l'attività visiva	6	C'è un ranocchio dentro di te... liberalo!
7	Eclissi totale	7	Ci racconti come si fanno i bambini?
8	Educazione al ben-essere - Prevenzione e sensibilizzazione - Salute mentale (istituti superiori)	8	Muoviamoci insieme!
9	FEEL GOOD! Educazione alla salute mediante approfondimento di tematiche etico-ambientali	9	Più la butti giù... più ti... (parte seconda)

ASL CN1		ASL CN2	
Titolo del progetto		Titolo del progetto	
10	GIOCS - GIOvani Cittadini per la Salute	10	Porgi una mano qualcuno ha bisogno di te
11	I POMERIGGI DEL THE - Riflessioni condivisione e discussione sui disturbi dell'apprendimento	11	Prosit! Bacco tabacco e salute vanno a braccetto?
12	I pre-requisiti per l'apprendimento della letto-scrittura: dalla teoria all'esperienza	12	RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE (RCP)
13	IL GIOCO ALIMENTARE	13	A scuola tira una nuova aria! - Scuole libere dal fumo
14	Il teatro che mangio: attività teatrali - promozione della salute alimentare nelle scuole	14	Un serpente... brrr che paura!
15	Incontri educativi per l'orientamento all'uso dei servizi consultoriali (3° medie)		
16	MANGIOCANDO		
17	Porgi una mano qualcuno ha bisogno di te: promuovere donazione di sangue, midollo osseo		
18	S.O.S. Sviluppiamo Opportunità di Salute		
19	SP.INT.A. Spazio INTERattivo Azione informativa		
20	TUTTI X 1...DIRITTI PER TUTTI		
21	UN BIKE PARK A SCUOLA		
22	Un giro in consultorio		
23	Unplugged - Un programma efficace per la prevenzione all'uso di tabacco, alcol e droghe		

Interessante è l'analisi dei progetti dal punto di vista delle risorse dedicate⁴⁶. Per quanto riguarda gli operatori, si rileva un numero di ore impiegate nel 2013 che nell'ASL CN2 è più del doppio rispetto agli operatori impegnati nell'ASL CN1 (tab. 25).

46 Si ringraziano Claudio Tortone e Massimo Marighella del Dors per aver messo a disposizione i dati gestionali presenti nella banca dati Pro.Sa.

Tabella 25. Gli operatori dedicati ai progetti della banca dati Pro.Sa – ASL CN1 e CN2

	ASL CN1		ASL CN2	
	Numero operatori	Numero ore	Numero operatori	Numero ore
Medico	2	15	20	2.124
Educatore professionale	9	304		
Ostetrica	1	11		
Assistente sociale	3	114		
Psicologo	5	408		
Infermiere/Ass. sanitario	4	68	6	203
Dietista	1	3		
Altra figura o professione	23	184	5	256
TOTALE	48	1.107	31	2.583

BOX 6. Profili e Piani di Salute (PePS) in provincia di Cuneo

La Salute in Tutte le Politiche, ovvero la valutazione di tutte le decisioni sulla base dell'impatto che possono avere sul benessere della comunità locale, responsabilizzandone tutti gli attori (cittadini, amministratori locali, operatori dei servizi socio sanitari): è questo il contesto in cui si muovono i Profili e Piani di Salute in Piemonte, in un'ottica di programmazione partecipata. Le due ASL della provincia di Cuneo rappresentano un'esperienza pilota virtuosa, nella quale tutti i Distretti delle due ASL hanno concertato e seguito un approccio metodologico comune.

Il Gruppo di lavoro, costituito dal comitato dei sindaci e dai referenti di alcuni servizi sanitari delle due ASL, ha adottato un approccio partecipato, che ha dato una forte importanza all'ascolto attraverso il metodo dei focus group, coinvolgendo gruppi di sindaci oltre che di "cittadini competenti"; da questi sono scaturite le percezioni e le rappresentazioni in merito al concetto di salute e ai problemi che incidono negativamente. L'utilizzo di queste percezioni, insieme alla ricognizione dei principali dati disponibili per completare il quadro conoscitivo da parte del gruppo tecnico, ha portato all'elaborazione di indicatori relativi ai determinanti di salute (fattori socio economici, ambientali, stili di vita, accesso ai servizi), permettendo di costruire i *Profili di Salute* e individuare le priorità di salute. Successivamente si è proceduto all'organizzazione di momenti di confronto tra amministratori, operatori e cittadini competenti all'interno i Tavoli Tematici, che hanno rappresentato una prima sperimentazione di Programmazione Partecipata. I materiali prodotti

dai Tavoli sono andati a comporre i *Piani di Salute*, questi ultimi suddivisi in Politiche e Azioni per la Salute.

Tra le priorità di salute individuate, ricordiamo: interventi sui giovani per produrre cambiamenti negli stili di vita e azioni verso l'ambiente come determinante della salute, verso la mobilità e verso altri gruppi target come gli anziani e gli immigrati.

Tra le molteplici proposte di azione emerse dai Tavoli tematici sembra utile sottolineare le tre considerate di maggior rilievo, che ruotano attorno al concetto di partecipazione:

- aumentare la partecipazione dei cittadini attraverso l'inclusione e la coesione sociale;
- migliorare l'informazione dei cittadini sui rischi e sulle opportunità;
- valorizzare il capitale sociale attraverso l'utilizzo della partecipazione.

I PePS hanno fornito un contributo essenziale in provincia di Cuneo per orientare e ri-orientare la programmazione delle politiche di prevenzione, attivando tecniche di partecipazione attiva che guardano ai destinatari degli interventi come a soggetti attivi e sono in grado di collocare le azioni dei diversi soggetti (pubblico, privato e privato sociale) in una strategia coerente di promozione della salute: l'esperienza, capitalizzata nei servizi delle due ASL (pur nella difficoltà di "mantenere in vita" il metodo), consente oggi di lavorare focalizzati sugli obiettivi e non solo sulle singole prestazioni che la normativa impone di erogare. Negli ultimi anni, dopo un periodo di latenza a rinnovata attenzione regionale a tale forma di condivisione delle politiche di prevenzione e promozione della salute, rappresenta sicuramente uno stimolo e un'opportunità per la prosecuzione e il rafforzamento dell'esperienza dei PePS.

5. La Salute in Tutte le Politiche: un'indagine in provincia di Cuneo

5.1 Obiettivi e metodi

È noto da tempo come, tra i determinanti della salute, i servizi sanitari siano quelli che hanno l'impatto più limitato, intorno al 10-15%, mentre i fattori socio economici e gli stili di vita possono da soli spiegare dal 40% al 50% dello stato di salute di una comunità, ben più dell'eredità genetica che, al pari delle condizioni ambientali, incide per il 20-30% (OMS, 2008). Negli anni recenti il discorso sui determinanti di salute si è ampliato e arricchito, mettendo in evidenza i limiti della crescita economica nell'innalzare la qualità di vita e il ruolo primario delle disuguaglianze sociali nella diffusione di molte patologie che affliggono le società contemporanee come, per esempio, dipendenze, obesità, disagio psichico (Wilkinson, Pickett, 2009). Nell'ambito di questo dibattito internazionale, in Italia è nato il progetto BES⁴⁷, finalizzato a misurare il "Benessere Equo e Sostenibile", che ha individuato dodici dimensioni del benessere: salute, istruzione e formazione, lavoro e conciliazione dei tempi di vita, benessere economico, relazioni sociali, politica e istituzioni, sicurezza, benessere soggettivo, paesaggio e patrimonio culturale, ambiente, ricerca e innovazione, qualità dei servizi (CNEL, ISTAT, 2014).

Tenendo conto della complessità inerente i determinanti e le dimensioni della salute, il documento *Salute 2020* dell'OMS propone un nuovo modello di politica per la salute, evidenziando la necessità di sviluppare risorse e resilienza all'interno delle comunità, di potenziare l'*empowerment* delle persone e di creare ambienti – sociali e fisici – che promuovano salute. Questo modello chiama in causa tutti i livelli e settori del governo e della società e presuppone la creazione o il rafforzamento di partnership tra i diversi attori istituzionali del territorio e la collaborazione della società civile.

Alla luce di queste indicazioni, che chiamano in causa tutti gli attori sociali definendo una strategia per la salute ampia e integrata che riguarda tutte le politiche locali e richiede il lavoro di rete, è stata esplorata la diffusione sul territorio provinciale di iniziative avviate da comuni ed Enti gestori dei servizi socio assistenziali che possiedono le caratteristiche citate e, direttamente o indirettamente, possono accrescere la salute dei cittadini.

A questo scopo sono state svolte tre indagini con metodi complementari, di seguito descritte.

47 Cfr. <http://www.misuredelbenessere.it/>

1.

Un questionario, prevalentemente a risposta chiusa, ma con la possibilità di aggiungere commenti e specifiche, rivolto a tutti i comuni della provincia di Cuneo. In generale, il tasso di risposta è stato limitato (42 comuni su 250); in particolare quello dei comuni più piccoli: infatti, ben cinque dei sette comuni più popolosi (le sette Sorelle) sono rappresentati nel campione e costituiscono il 77,16% della popolazione dei 42 comuni coinvolti nell'indagine, mentre i piccoli comuni coprono una quota di molto inferiore, pur rappresentando una realtà importante in provincia di Cuneo. Va detto che si tratta di una rilevazione a carattere sperimentale, che ha richiesto alle amministrazioni lo sforzo di fare il punto su un ampio spettro di iniziative e politiche che hanno un potenziale effetto sulla salute della cittadinanza. È possibile dunque che i comuni più piccoli abbiano avuto difficoltà, da un lato, a organizzarsi per la compilazione, data la minore disponibilità di personale a supporto del sindaco e degli assessori; dall'altro lato, a ricondurre alla propria esperienza le voci richieste dal questionario. A questo proposito, è significativa la risposta giunta da un comune di 77 abitanti, che non ha compilato il questionario:

Si informa che il comune di X non ha partecipato a nessuna iniziativa. Si informa che il comune è una piccola entità con 77 residenti (...). Gli uffici comunali, essendoci solo una dipendente part-time, sono aperti in orari ridotti, ma con la massima flessibilità della dipendente che per le urgenze viene contattata telefonicamente. La comunità parrocchiale è molto attiva ed unita e le attività vengono svolte dai residenti nell'ambito del comune, tramite una piccola associazione parrocchiale e la Pro Loco di X.

La prevenzione e promozione della Salute viene realizzata dal medico, dai Carabinieri, dal Consorzio X e dagli Amministratori. Si informa che l'Amministrazione Comunale non percepisce nessun rimborso spese e che il paese vive grazie agli abitanti di X.

Sono stati individuati sei ambiti principali che corrispondono ai principali determinanti di salute (stili di vita, qualità dei servizi, politiche del lavoro e dello sviluppo, cultura, contrasto delle disuguaglianze, ambiente e mobilità) e, per ognuno di questi, un elenco aperto di iniziative possibili. La compilazione del questionario proposto può essere dunque stata utile di per sé ad accrescere la consapevolezza sulla Salute in Tutte le Politiche. Tenuto conto delle difficoltà oggettive legate alla compilazione – dovute *in primis* all'intersectorialità e al fatto che molte amministrazioni si fossero appena insediate – i risultati in termini di adesione sono soddisfacenti (tab. 26).

Hanno compilato il questionario 42 comuni⁴⁸ (di cui 31 appartengono all'area territoriale dell'ASL CN1, mentre i restanti 11 a quella dell'ASL CN2). La popolazione complessiva del campione è pari a 230.041 persone (ISTAT, 2014), cioè rappresenta il 38,8% della popolazione totale residente in provincia di Cuneo. Nel campione sono sovra-rappresentati i comuni con più di 20.000 abitanti, in quanto cinque dei sette comuni della provincia con più di 20.000 abitanti (Alba, Bra, Cuneo, Mondovì e Saluzzo) coprono da soli il 71% della popolazione rappresentata dai rispondenti. A compilare i questionari sono stati soprattutto i sindaci (27), ma tra i compilatori compaiono anche segretari comunali (3), dirigenti (2), funzionari e altro personale amministrativo (7), legali rappresentanti (1), vice-sindaci (1), assessori (1).

Tabella 26. Tasso di copertura del campione rispetto alle dimensioni demografiche dei comuni

	Provincia di Cuneo		Comuni che hanno aderito alla rilevazione		Tasso di copertura della pop. (%)
	N. Comuni	Pop. (a)	N. Comuni	Pop. (b)	(% b/a) ³
Totale	250	592.365	42	230.041	38,83
7 Sorelle	7	202.845	5	156.719	77,26
> 5.000 ab.	17	127.798	4	27.063	21,18
da 2.500 a 4.999 ab.	32	111.244	7	24.296	21,84
da 1.000 a 2.499 ab.	56	96.137	8	13.606	14,15
da 500 a 999 ab.	47	33.532	8	5.655	16,86
da 250 a 499 ab.	38	13.685	5	1.933	14,12
< 250 ab.	53	7.124	5	769	10,79

Fonte: GeoDemo ISTAT (31 gennaio 2014)

2.

Un questionario, con domande a risposta chiusa e aperta, rivolto a tutti gli Enti gestori dei servizi sociali della provincia di Cuneo. Alcuni temi proposti ai gestori sono uguali a quelli utilizzati nella rilevazione sui comuni, tuttavia l'impostazione dell'indagine è diversa, perché ai consorzi è stato chiesto di indicare progetti o servizi (da loro promossi o che li hanno coinvolti, al di fuori dell'attività ordinaria) che secondo loro costituiscono un'esperienza innovativa e rientrano nell'ottica della "nuova strategia integrata per la salute" così come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

48 Alba, Arguello, Bastia Mondovì, Beinette, Benevello, Bernezzo, Bossolasco, Bra, Caramagna Piemonte, Castelmagno, Castiglione Falletto, Ceresole d'Alba, Cervere, Ceva, Cherasco, Cuneo, Igliano, Lesegno, Lisio, Manta, Mombarcaro, Monchiero, Mondovì, Montà, Montelupo Albese, Nucetto, Pezzolo Valle Uzzone, Piobesi d'Alba, Piozzo, Priocca, Saliceto, Salmour, Saluzzo, Sanfront, Scagnello, Sommariva Perno, Valdieri, Vernante, Verzuolo, Vignolo, Villanova Mondovì, Viola.

Hanno risposto al questionario otto su nove Enti gestori dei servizi socio assistenziali della provincia di Cuneo:

- Servizi Sociali del Distretto di Bra - ASL CN2;
- Comunità Montana Alta Langa;
- Comunità Montana Alpi del mare;
- Consorzio Monviso Solidale;
- Consorzio per i Servizi Socio Assistenziali del Monregalese C.S.S.M.;
- Consorzio per i Servizi Socio Assistenziali delle Valli Grana e Maira;
- Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero;
- Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese;

Gli Enti gestori elencati coprono la quasi totalità del territorio, escluso solo il cebaro.

3.

A integrazione dei dati raccolti attraverso i questionari, sono stati organizzati due focus group che si sono svolti ad Alba e Cuneo nel mese di marzo 2015, coinvolgendo in numero bilanciato alcuni rappresentanti (in tutto 16) delle ASL, degli Enti gestori e dei Comuni. In particolare, tramite il confronto diretto tra i partecipanti, si è voluto tracciare lo stato del dibattito in tema di promozione della salute a livello locale, indagando attraverso una traccia semi-strutturata: gli attori sul territorio e il loro livello di coinvolgimento, il livello di consapevolezza rispetto all'impatto delle politiche sulla salute, il grado di condivisione di significati e orientamenti, le potenzialità e le criticità percepite della governance partecipata.

Al fine di permettere la massima libertà di espressione, le interviste di gruppo sono state registrate e trascritte, ma ai partecipanti è stato garantito l'anonimato. Per ridurre al minimo le possibilità di riconoscimento nella tabella seguente sono elencati i ruoli delle persone coinvolte, senza esplicitare il territorio di riferimento, così come nel testo che segue le posizioni espresse dai partecipanti sono attribuite agli enti come macro-categoria, senza ulteriori specifiche (tab. 27).

Tabella 27. Partecipanti ai focus group sulla prevenzione

ASL (CN1 e CN2)	Direttore Dip. Prevenzione (1) Direttore di Distretto (1) Direttore Servizi per le Dipendenze (1) Responsabile S.S. Educazione Sanitaria (1)
Comuni	Comuni grandi dimensioni (> 20.000 ab.): Consiglieri (2) Assessori (1) Comuni piccole dimensioni (< 20.000 ab.): Sindaci (2) Assessori (1)
Enti gestori	Direttore (1) Responsabili territoriali (2) Membri dei consorzi (1)
Enti strumentali	Dirigente ARPA (1)
Scuola	Dirigenti scolastici (1)

Il materiale è stato analizzato dal punto di vista del contenuto e della costruzione collettiva del discorso, tenendo in considerazione non solo le risposte dirette, ma anche quelle indirette, non solo le opinioni dei singoli, ma anche il livello di consenso generale.

5.2 La salute nelle politiche dei comuni

5.2.1 Ambiti di intervento

Rilevazioni sui rischi e sulle percezioni di salute

Le politiche e le iniziative locali, così come quelle ad altri livelli, dovrebbero in linea di principio rispondere a bisogni esistenti e seguire criteri di priorità. Dal punto di vista di un amministratore, un problema non deve essere necessariamente oggettivo per essere prioritario: se qualche aspetto preoccupa la cittadinanza in modo particolare, impatta sul suo benessere ed è necessario fornire una risposta o informare per “correggere” le percezioni distorte.

Tuttavia, entrambi i tipi di rilevazione – sui rischi e sulle percezioni – risultano essere sporadiche, dato che solo sette tra i comuni rispondenti (circa uno su cinque) hanno segnalato esperienze relative agli ultimi cinque anni. In particolare, tra le valutazioni sono state citate: una valutazione della sicurezza alimentare nelle scuole (Caramagna), una Valutazione Ambientale Strategica (VAS) relativa al Piano di regolazione acustica (Cuneo); quattro valutazioni della qualità dell'aria condotte dall'ARPA (Ceresole d'Alba, Lesegno, Montà, Pezzolo Valle Uzzone); una Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) in una zona industriale (Cervere); un piano di adattamento ai cambiamenti climatici (Alba, nell'ambito del progett-

to europeo *Adaptation Strategies for European Cities*); una valutazione di impatto ambientale per l'autorizzazione di un motodromo (Salmour). Sono ancora più rare le rilevazioni che hanno indagato opinioni e bisogni dei cittadini coinvolgendoli direttamente, come quelle svolte nell'ambito dei PePS (Piani e Profili di Salute), segnalate da due comuni, e un questionario sulla sicurezza percepita dai cittadini (Piozzo).

Posto che le rilevazioni *ad hoc* risultano scarse, è stato chiesto ai rappresentanti dei comuni di indicare quali sono i problemi che secondo loro preoccupano maggiormente i cittadini del loro territorio. Lavoro e sicurezza sono le uniche voci che sono state indicate dalla metà o la maggior parte dei comuni (tab. 28).

Tabella 28. Problemi maggiormente percepiti dai cittadini secondo i comuni

Lavoro	35	Immigrazione	6
Sicurezza e microcriminalità	20	Disagio psicologico	2
Invecchiamento della popolazione	15	Istruzione e formazione	2
Nuove povertà	14	Conflittualità familiare	1
Abitazione	11	Altro (dissesto idrogeologico)	1
Costo dei servizi pubblici	10	Violenza contro le donne	0
Accesso alle cure sanitarie	8		

Stili di vita

Vi è ormai un ampio consenso sul fatto che sedentarietà e alimentazione scorretta rappresentino i principali fattori di rischio legati alle malattie croniche non trasmissibili (per esempio cancro, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie), che oggi rappresentano la principale causa di decesso e un elevato costo sanitario (OMS, 2015). L'efficacia delle politiche volte a ridurre l'obesità e le diete povere dipende dalla loro capacità di integrare aspetti diversi, tra cui anche il miglioramento delle relazioni sociali.

Nove comuni hanno segnalato di avere realizzato iniziative di informazione sulla salute. Si tratta di iniziative rivolte ai bisogni di categorie specifiche – come il progetto *Invecchiamento Attivo* rivolto agli over 65 proposto dal Comune di Salmour in collaborazione con la casa di riposo – o a tutti i cittadini, come lo *Sportello del cittadino* di Caramagna, co-gestito dalle associazioni, o gli incontri sui temi della salute organizzati dal comune di Cuneo e da quello di Beinette insieme con l'associazione Attivamente.

In dodici comuni, cioè più di uno su quattro, si è attivato il servizio di pedibus, che si pone l'obiettivo di favorire il tragitto casa-scuola a piedi, attraverso la realizzazione di percorsi pedonali o ciclabili e/o la presenza di personale volontario che accompagna gli scolari e regola gli attraversamenti pedonali. Questa esperienza riguarda, oltre a quasi tutti i comuni maggiori (Alba, Bra, Cuneo, Saluzzo), anche molti di piccole dimensioni (Bernezzo, Caramagna, Ceresole d'Alba, Ceva, Piozzo, Villanova Mondovì). L'iniziati-

Informazione
sulla salute

Pedibus

va coinvolge quasi sempre gli alunni della scuola primaria (in un caso anche quelli della scuola secondaria) e viene realizzata in collaborazione con volontari (per esempio, protezione civile e carabinieri in pensione).

I nonni vigili o altre iniziative che coinvolgono i pensionati come cittadini attivi a servizio della comunità (servizio civile volontario degli anziani, nonni civici, ecc.) sono presenti in quasi la metà dei comuni che hanno aderito alla rilevazione (20) e in quasi tutti i comuni più grandi. I volontari sono impegnati prevalentemente per la sorveglianza durante i momenti di ingresso e uscita dalle scuole (primarie e secondarie di primo grado), ma anche nella gestione di eventi culturali. Questo tipo di servizio coinvolge amministrazioni locali, scuole e associazioni di volontariato o singoli volontari (nel caso di Valdieri, una casa di riposo).

Dieci comuni promuovono l'esperienza degli orti comuni (urbani o sociali), luoghi per coltivare, ma anche per socializzare. Si tratta di specifiche aree di proprietà comunale assegnate ai cittadini gratuitamente. Vengono detti anche "solidali" quando c'è un impegno reciproco tra i soci co-produttori che si incaricano di coprire i costi di gestione dell'orto. A Salmour questa iniziativa è gestita da Slow Food e, come a Sanfront, è rivolta agli scolari. A Caramagna la cura degli orti è affidata a cittadini disoccupati o sottoccupati, quale buon esempio di azione trasversale, che coniuga insieme obiettivi legati all'alimentazione, al verde pubblico e all'integrazione sociale e lavorativa. Ad Alba vi sono due aree comunali destinate alla coltivazione di ortaggi, una dedicata a cittadini anziani, l'altra anche a giovani e associazioni. Negli altri casi sono aperte a tutti i cittadini che intendano partecipare, anche grazie all'impiego di volontari.

Sono attivi dei gruppi di cammino in otto comuni, quasi tutti di piccole dimensioni (Caramagna, Igliaio, Lesegno, Piobesi d'Alba, Piozzo, Vernante, Verzuolo) e solo in uno tra le Sette Sorelle (Cuneo). Il gruppo di cammino è composto da persone che si trovano due/tre volte a settimana per camminare insieme partendo da un luogo definito. La durata dell'attività è di circa un'ora e il percorso in genere si svolge in luoghi del territorio comunale sicuri e gradevoli. Perlopiù i gruppi di cammino coinvolgono cittadini adulti e anziani e sono promossi e sostenuti, oltre che dalle amministrazioni, anche dalle associazioni locali, come Lesegno Vive, che propone bicicletate nei boschi. A Vernante le passeggiate di gruppo sono promosse invece dalla Pro Loco e coinvolgono anche i turisti.

Ventinueve dei comuni che hanno compilato il questionario, cioè più di due su tre, hanno messo a disposizione dei cittadini – o di alcuni target specifici – dei luoghi di aggregazione. Si tratta generalmente di spazi dedicati a fasce specifiche: gli anziani e i giovani sono quelli più citati e hanno totalizzato entrambi 10 segnalazioni. Tra gli spazi dedicati a tutta la cittadinanza sono stati annoverati, oltre a specifici centri di aggregazione variamente denominati (circolo sociale, centro incontro, ecc.), spazi dedicati alla cultura, come la biblioteca civica (Lisio), e spazi adatti all'at-

Nonni vigili

Orti comuni

Gruppi di cammino

Luoghi di aggregazione

Partecipazione giovanile

tività fisica e al gioco, come un parco pubblico (Salmour), una bocciofila (Priocca) o gli impianti sportivi (Cervere). I luoghi di aggregazione sono gestiti direttamente dai comuni o affidati a soggetti terzi. Tra questi sono citati gli Enti gestori dei servizi socio assistenziali, cooperative e soprattutto associazioni di varia matrice: culturale, religiosa, sindacale, sportiva. Solo in pochi casi gli spazi dedicati ai giovani sono gestiti direttamente da loro attraverso le associazioni giovanili, come nel caso dell'Associazione Giari 'ntussia di Manta. Nei piccoli comuni come Piobesi d'Alba o Beinette, la funzione aggregativa è demandata alle parrocchie e agli oratori parrocchiali. I comuni maggiori hanno la possibilità di offrire servizi più ampi e variegati. Per esempio, il Comune di Alba dal 2006 si è dotato di un Centro Giovani denominato *H ZONE*, uno spazio educativo/ricreativo che, così come i quattro Centri Anziani, organizza corsi, incontri, eventi, in collaborazione con diversi servizi e associazioni del territorio.

Quasi altrettanto numerosi (27) sono i comuni che hanno segnalato l'esistenza di iniziative o progetti finalizzati a sostenere la partecipazione giovanile. Tuttavia, la compilazione di alcuni questionari sembra celare una non piena comprensione del significato del termine, in quanto la presenza di luoghi di aggregazione o di servizi dedicati (per esempio, Estate Ragazzi) non è indice di per sé di reale "partecipazione", con cui si intende indicare un processo destinato a promuovere un ruolo attivo dei giovani nella presa di decisioni che li riguardano o che più in generale riguardano la vita della comunità. Sono poche le esperienze che rispondono a questa accezione, per esempio il Forum Giovani del Comune di Alba: un organo consultivo che vede la partecipazione dei rappresentanti di istituto delle scuole superiori, di associazioni e gruppi informali, la Consulta Giovanile di Ceva e la Commissione Giovani di Ceresole d'Alba. Questo dato non desta stupore, ma è in linea con il progressivo indebolimento del ruolo sociale dei giovani e la parallela disaffezione giovanile per la partecipazione politica. Forse anche per questo motivo i comuni sembrano più orientati a sostenere progetti che promuovono la partecipazione su diversi fronti e attraverso metodi specifici. È il caso del progetto *YEPP*, che riguarda cinque territori del cuneese (Langhe, valli del Monviso, Valle Stura, Cebano, Garesio/Ormea) e promuove la cittadinanza attiva dei giovani, delle manifestazioni *WEY CUP* (Saluzzo) e del Festival Emergente (Beinette), iniziative pensate e realizzate dai giovani per i giovani, o dei percorsi *PePS* a Saluzzo e *GIOCS* a Cuneo attivati in collaborazione con l'ASL CN1, finalizzati ad attivare un confronto intergenerazionale e con gli amministratori sullo stato di salute dei giovani e sulle politiche che, secondo i giovani stessi, possono migliorarlo.

Tra le altre iniziative finalizzate a migliorare gli stili di vita dei cittadini, sono state segnalate esperienze rivolte alle scuole e ai giovani – come una ludoteca (Salmour), il progetto *Un Posto per parlare - Una opportunità per crescere* (Piobesi d'Alba), la Rete Diversabili (Lisio) – agli anziani, come la Banca del Tempo (Nucetto), i soggiorni invernali/estivi e termali

(Cuneo, Alba, Caramagna), ad anziani e giovani, come il Freebus, realizzato a Bra grazie alle fondazioni bancarie, o a tutti i cittadini. Tra queste ultime sono da segnalare le Olimpiadi delle Città Gemelle e la manifestazione *Sport in piazza* ad Alba, il Gruppo Cure Primarie di Montà, il progetto *Palestra di vita* del Comune di Cuneo.

Qualità dei servizi

Secondo il BES (CNEL, ISTAT, 2014) l'accesso diffuso a servizi pubblici di qualità rappresenta uno standard minimo di benessere e pari opportunità, «uno degli strumenti fondamentali di redistribuzione e di superamento delle disuguaglianze». Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione rappresentano oggi un potenziale da sfruttare per rendere l'accesso ai servizi più flessibile, facendo attenzione però a non riprodurre le disuguaglianze, rischio che può essere evitato con la creazione di servizi *ad hoc* per le fasce deboli.

Quasi due comuni su tre (28) hanno sviluppato una qualche forma di comunicazione interattiva con il cittadino. Nella maggior parte dei casi (10) si tratta del sito web del comune, mentre sono ancora pochi (6) i comuni che utilizzano i social network: quelli citati sono Facebook e, in un caso, Twitter. Ancora meno sono i comuni che hanno attivato un servizio di newsletter (Bastia Mondovì, Castiglione Falletto, Piobesi d'Alba), che, nel caso di Ceresole d'Alba, grazie anche alle associazioni di volontariato, si accompagna a un servizio SMS. Sempre con l'aiuto di volontari, a Caramagna, è stato creato uno Sportello del cittadino.

Diciannove comuni – cioè un po' meno della metà del campione – negli ultimi tre anni hanno reso più flessibili gli orari di apertura dei servizi comunali, in particolare degli uffici municipali, per esempio introducendo un giorno a orario continuato (Alba). In un paio di casi il prolungamento riguarda l'assistenza ai tributi come TASI e IMU (Vernante e Montà), in un caso la biblioteca civica e la palestra (Priocca). Va segnalato, però, che a seguito della riduzione del personale disponibile vi sono anche dei casi in cui, rispetto al 2012, gli orari degli uffici hanno subito una riduzione. Il Comune di Saluzzo ha invece introdotto un vero e proprio Piano di coordinamento degli orari, finalizzato a conciliare meglio i tempi di lavoro e di svago dei cittadini, che ha coinvolto istituzioni diverse: oltre al Comune, le scuole, agenzia entrate, l'INPS e l'INAIL.

Altrettanti (19) sono i comuni che hanno attivato servizi/iniziative dedicati a target specifici della popolazione. Si tratta in prevalenza (11) di servizi per cittadini immigrati da altri Paesi, per esempio corsi di alfabetizzazione e di lingua italiana dedicati ad alunni, ma più spesso ad adulti (Saliceto, Manta, Mondovì). Nel caso di comuni di dimensioni più grandi (Alba, Bra, Cuneo, Mondovì e Saluzzo) sono presenti sportelli comunali specifici, a Ceva sono presenti servizi di mediazione culturale. L'altro target citato sono le persone diversamente abili: le iniziative segnalate (6) vanno dall'e-

Servizi dedicati
a target specifici

Sportello unico socio sanitario

ducazione alla disabilità (Ceresole d'Alba), al sostegno degli alunni (Viola) o degli anziani (Villanova Mondovi), oppure riguardano i trasporti (Saluzzo). Oltre ai comuni sono coinvolti in questo genere di servizi e iniziative associazioni, cooperative, scuole, servizi socio sanitari, Caritas e parrocchie.

Solo nove dei comuni rispondenti – poco più di uno su cinque – risulta avere attivato il cosiddetto sportello unico socio sanitario, lo strumento previsto dalla *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali* (328/2000) per semplificare l'accesso dei cittadini con bisogni di tipo sia sociale sia sanitario attraverso un unico punto di accesso. Questo servizio è frutto naturalmente della collaborazione tra Enti gestori e ASL. A Montà d'Alba è stato recuperato un edificio apposito e poi denominato Casa della Salute, che oggi ospita insieme medici di base, pediatri, servizio infermieristico e amministrativo e assistenza sociale, e in cui convergono gli abitanti di comuni limitrofi. Nel monregalese (Viola, Mondovi) lo sportello unico prende il nome di P.A.S.S.

Sicurezza ai cittadini

Coerentemente con la graduatoria dei problemi maggiormente percepiti, sono invece molti (32) i comuni che hanno dichiarato di avere introdotto dei servizi per la sicurezza dei cittadini. Circa la metà (16) ha citato a questo proposito i sistemi di videosorveglianza (telecamere) in centro o nelle aree pubbliche. Nel monregalese, così come nel fossanese, si è creato un servizio di polizia intercomunale. Sono rare invece esperienze dall'approccio più ampio e integrato: va segnalata quella di Alba, che ha aderito al Forum Europeo per la sicurezza urbana e coinvolge diversi enti oltre al Comune (Carabinieri, centri anziani, scuole, Associazione dei commercianti albesi) e lavora anche sulla sicurezza percepita.

Sicurezza sul lavoro

Complessivamente sono soltanto sei i comuni che hanno promosso iniziative sul tema della sicurezza sul lavoro. I Comuni di Vernante e Cuneo hanno organizzato corsi di formazione che hanno coinvolto i dipendenti comunali, mentre a Priocca la formazione, organizzata in collaborazione con le associazioni di categoria, ha coinvolto imprese e artigiani. Il Comune di Alba, in collaborazione con l'Associazione dei commercianti albesi, i volontari della protezione civile e il quartiere centro storico, ha promosso un'iniziativa denominata *Sicuri al mercato*.

Tra le altre iniziative finalizzate a migliorare la qualità dei servizi sono da segnalare: il servizio di manutenzione dei sentieri, promosso dall'associazione *Rampignado Team* a Bernezzo, e destinato ai cittadini e ai turisti; un ambulatorio con servizio di volontariato infermieristico, a Montelupo d'Alba; *Città Viva* (Ceva) per anziani in collaborazione con l'Istituto comprensivo, la Regione e la Comunità montana. Un'ultima iniziativa, interessante perché ha coinvolto anche aziende private, è stata quella denominata *Sicuri sulla strada*, promossa dal Comune di Alba in collaborazione con ASL, ACA, Ente Fiera, Ferrero Spa, Reale Mutua Assicurazioni e Bigstore, volta a sensibilizzare i cittadini sul tema della guida sicura.

Politiche del lavoro e dello sviluppo

I determinanti socio economici, dopo l'età, sono il fattore più importante delle differenze di salute in una popolazione, perché influenzano la distribuzione dei principali fattori di rischio per la salute (materiali, ambientali, sociali) e in molti casi anche l'accesso alle cure appropriate. Tra questi, lo stato occupazionale rappresenta oggi più che mai un fattore centrale, perché la mancanza di lavoro, come è stato sottolineato (Caritas, 2014), crea una spirale di problemi che investe, oltre i beni materiali (per prima la casa) anche le relazioni familiari e la salute mentale.

Meno della metà dei comuni rispondenti (19) ha attivato negli ultimi tre anni i più tipici strumenti di politica attiva del lavoro quali tirocini, borse lavoro e voucher. Il target principale di queste iniziative sono i giovani disoccupati. Diversi comuni (Alba, Mondovì, Saluzzo) hanno citato il progetto *Bottega Scuola Giovani*, promosso dalla Provincia di Cuneo in collaborazione con i Comuni di Bra e Alba, cofinanziato dalla Regione Piemonte, dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Gioventù e dalla Camera di Commercio di Cuneo, che prevede l'attivazione di tirocini di inserimento lavorativo per giovani disoccupati in aziende locali di piccole dimensioni. Vi sono anche diverse iniziative rivolte agli studenti come i tirocini scuola-lavoro (Ceva), i programmi di tirocini estivi, come il *Summer Job* di Bra e il progetto *Estate Lavoro* di Alba, che ha dieci anni e viene realizzato anche a Ceresole d'Alba, Montà e Piobesi d'Alba. I cosiddetti "cantieri di lavoro" – attività temporanee per l'impiego di adulti disoccupati in lavori di pubblica utilità diretti al miglioramento dell'ambiente e degli spazi urbani – sono stati citati da Beinette, Saluzzo e Villanova Mondovì. Il comune di Castiglione Falletto ha menzionato un progetto di "terapia occupazionale" per soggetti in difficoltà lavorativa gestito dal Consorzio Socio Assistenziale Alba-Bra-Langhe e Roero. A Cherasco, è la Caritas ad attivare borse lavoro per cittadini che si trovano in stato di disagio lavorativo e sociale. Solo Caramagna e Beinette hanno citato lo strumento dei voucher per i disoccupati. Gli enti che insieme ai Comuni sostengono e gestiscono queste iniziative sono *in primis* la Provincia (attraverso i Centri per l'Impiego) e gli Enti gestori, ma anche l'ASL, le scuole e, in qualche caso minoritario, le associazioni.

Iniziative di orientamento al lavoro sono state segnalate da 10 comuni. Tutti i comuni più grandi hanno un servizio dedicato alle informazioni sulle opportunità di lavoro e di formazione, denominati Informalavoro o Informagiovani, in qualche caso, come a Mondovì, gestiti in collaborazione con CPI e cooperative. Ma ci sono anche dei comuni di dimensioni minori che hanno avviato un servizio di questo tipo, come lo sportello lavoro del comune di Ceresole d'Alba, dedicato ai disoccupati e gestito in collaborazione con le associazioni del territorio. Oltre a queste, sono poche le iniziative specifiche promosse dai comuni, tra le quali vanno segnalate il Salone dell'orientamento per le scuole medie e quello per le

Tirocini, borse lavoro, voucher

Orientamento al lavoro

scuole superiori organizzati ad Alba nell'ambito del progetto *Io libero di scegliere*, realizzato in collaborazione con le scuole del territorio e il CPI, la Fondazione CRC e le scuole del territorio. A Saluzzo, in collaborazione con il CPI, è stato organizzato un corso di orientamento per i giovani sull'imprenditoria. Anche alcuni dei comuni più piccoli tuttavia hanno realizzato qualche iniziativa mirata, come il progetto *Net@work*, realizzato a Beinette in collaborazione con la Provincia e rivolto a giovani senza occupazione, e un percorso di orientamento realizzato a Manta per agricoltori e giovani e realizzato da un'agenzia formativa.

Se molti dei comuni si sono attrezzati per l'orientamento dei cittadini in cerca d'impiego, andando così a rinforzare i servizi provinciali preposti (CPI), nessuno sembra invece avere promosso o partecipato a iniziative o progetti finalizzati all'incontro tra domanda e offerta di lavoro e cioè rivolti anche alle imprese. Infatti, sono solo cinque i comuni che hanno risposto affermativamente all'item corrispondente, e la compilazione per lo più incompleta o incongrua delle voci specifiche lascia supporre che non siano presenti esperienze significative.

Promozione dell'imprenditoria

Solo sette comuni (meno di uno su cinque) hanno segnalato iniziative finalizzate a promuovere l'imprenditoria e in diversi casi si tratta di iniziative di informazione come manifestazioni atte a fare conoscere le attività locali (Montelupo Albese) o newsletter per le imprese (Bastia Mondovi). Oltre a quelli offerti dai CPI non vi sono dunque servizi specifici o iniziative orientate che valorizzino la vocazione imprenditoriale del territorio. Un'esperienza interessante è stata segnalata dal Comune di Lisio, nata nell'ambito del progetto *Il lavoro come fattore di crescita del territorio*, che ha l'obiettivo di creare posti di lavoro nell'ambito agro alimentare e ha visto nascere l'Associazione Terreno Fertile, costituita da un gruppo di giovani laureati che promuovono l'imprenditoria giovanile.

Valorizzazione turistica del territorio

Tra le politiche che possono avere un impatto diretto o indiretto sulle opportunità di lavoro a livello locale, le più diffuse sono quelle di valorizzazione turistica del territorio che coinvolgono quasi due comuni su tre (in tutto 29). In molti hanno segnalato manifestazioni specifiche atte ad attrarre turismo, come *Sapori di neve* (Vernante) – che coinvolge oltre al Comune, la Pro Loco, la consulta giovanile, l'associazione dei commercianti e alcuni privati – o *Manta da scoprire*, realizzata grazie all'apporto di varie associazioni del territorio. Le Pro Loco, ma anche i volontari (Protezione Civile, Alpini, associazioni varie) e le parrocchie partecipano nei comuni di piccole dimensioni all'organizzazione di varie manifestazioni. I Comuni di Nucetto e Mombarcaro hanno aderito al progetto *Paesi e Paesaggi* che ha previsto la mappatura dei luoghi di particolare interesse paesaggistico e architettonico della provincia di Cuneo, sostenuto dalla Fondazione CRC. Ci sono poi iniziative che prevedono la manutenzione e la pubblicizzazione (con mappe e dépliant) di percorsi a piedi o in bicicletta, come il *Sentiero del lupo* (Montelupo Albese), i percorsi della Ceva Storica, o iniziative ana-

loghe realizzate a Benevello e Villanova Mondovì, e la valorizzazione del Parco Fluviale Gesso e Stura, che coinvolge, oltre al Comune di Cuneo, tutti quelli che si trovano sul territorio del parco (Borgo San Dalmazzo, Castello Stura, Centallo, Cervasca, Montanera, Roccasparvera, Roccavione, Sant'Albano Stura, Vignolo). Le amministrazioni che operano su territori montani, come quella di Viola, investono invece sugli impianti sciistici. I comuni dell'Unione del Fossanese e del territorio delle Langhe e Roero partecipano al funzionamento di servizi per il turismo comuni, mentre quelli più grandi, che possono contare su maggiori risorse, hanno messo in rete diversi soggetti per sostenere il turismo, come il *Sistema urbano di valorizzazione integrata del patrimonio culturale* della Città di Mondovì, che coinvolge associazioni, scuole, operatori di settore ed enti culturali. Saluzzo e Alba hanno promosso iniziative di valorizzazione del territorio e del turismo anche grazie alla partecipazione a progetti e bandi europei.

Tra le altre iniziative finalizzate a migliorare le condizioni di lavoro vanno segnalati il *Piano di azioni positive*, promosso dal Comune di Cuneo per una migliore conciliazione dei tempi di lavoro e di vita dei dipendenti e l'esperienza di *co-working* (cioè di condivisione di spazi di lavoro) promossa dal Comune di Alba a favore di cittadini, enti e associazioni che lavorano nell'ambito dell'attività sportiva. Tra le esperienze volte a sostenere l'occupazione, il Comune di Ceva ha segnalato l'utilizzo dei contratti di solidarietà: uno strumento che mira a mantenere l'occupazione in caso di crisi aziendale e quindi evitare la riduzione del personale, e che ha coinvolto anche il Comune di Gressio.

Cultura

A livello individuale la cultura non solo ha un impatto sulle aspettative di vita, ma è il terzo fattore (dopo l'assenza di malattia e il guadagno) che contribuisce maggiormente a determinare il benessere personale (Grossi et al., 2010). Intesa come patrimonio individuale e collettivo, la cultura è un fattore determinante della qualità di vita, in quanto contribuisce alla costruzione del capitale sociale, aumenta la coesione sociale, promuove la tolleranza e il dialogo e sostiene l'*empowerment* (De Biase, 2014).

Complessivamente più dei tre quarti dei comuni rispondenti ha partecipato o sostenuto delle attività relative alle biblioteche civiche (32). Si tratta soprattutto d'iniziative rivolte ai bambini, come *Nati per Leggere*, progetto dedicato ai bimbi dai sei mesi ai sei anni sostenuto dalla Regione Piemonte e dalla Compagnia di San Paolo (Cuneo, Mondovì, Montà, Piozzo e Villanova Mondovì), letture animate, laboratori didattici e spettacoli. A Manta si segnala l'iniziativa *La biblioteca va a scuola*, che coinvolge gli alunni delle scuole materna e primaria. Ma sono citate anche esperienze dedicate agli adulti, come cene letterarie (Caramagna), presentazioni di libri e incontri con gli scrittori. La manifestazione più ampia è *Scrittori in Città*, che ogni anno durante l'arco di una settimana offre a Cuneo un fitto

Biblioteche

Iniziative teatrali,
cinematografiche,
musicali

calendario di incontri e dibattiti. Va segnalato che in diversi comuni sono i volontari a garantire i servizi bibliotecari: a Monchiero per esempio i volontari sono i giovani del gruppo YEPP. Sempre a favore della lettura sono state segnalate la *Notte Bianca delle Librerie* (Alba) e il Premio letterario nazionale di libri di racconti "Montà d'Alba-Cocito", giunto alla XXVIII edizione.

Più della metà dei comuni (23) hanno segnalato iniziative teatrali, cinematografiche e/o musicali. Le attività di teatro vanno dalle singole rappresentazioni organizzate dalle compagnie locali (come a Montà d'Alba) fino alle rassegne stagionali proposte dai teatri dei comuni maggiori che spesso hanno un significativo sostegno delle fondazioni. Va detto però che anche i comuni minori possono avere teatri attivi, soprattutto grazie ad associazioni e volontari, come nel caso di Villanova Mondovì, dove la rassegna teatrale è curata dalla Pro Loco. Analogamente le iniziative in ambito musicale vanno dalle bande musicali (segnalate soprattutto nell'Albese) e le serate musicali organizzate dai piccoli paesi magari in occasione delle feste patronali (come nel caso di Castiglione Falletto), a rassegne annuali che prevedono più appuntamenti concertistici, come i *Salotti di Nonsolomusica* di Saluzzo e Manta (che prendono il nome dall'associazione che li promuove) o la stagione *Musica da Camera* di Alba, giunta alla sua 37a edizione. Vi sono anche iniziative rivolte ai giovani che vedono la collaborazione delle scuole, come il *Festival Teatro studentesco* di Busca e la stagione *Teatro Scuola e per Ragazzi* di Cuneo. Le rassegne cinematografiche, come *Cinema Estate* di Busca e *Cherasco Movie*, risultano meno diffuse di quelle teatrali.

Mostre,
esposizioni,
musei

Quasi la totalità dei comuni (30) ha dichiarato di avere promosso mostre, esposizioni o altre attività museali. Si tratta prevalentemente di mostre di pittura – che in alcuni casi coinvolgono gli artisti locali (Arguello, Mondovì) – ma anche di mostre archeologiche (Alba, Valdieri), fotografiche (Arguello), di ceramiche (Mondovì, Villanova Mondovì), di murali a cielo aperto (Montelupo), di ex-voto (Monchiero). A Bossolasco è giunta alla seconda edizione la mostra *Forme e Colori*, un'iniziativa intimamente legata al territorio, con l'intento di rinnovare la tradizione artistica del paese grazie a un allestimento originale e "diffuso" (nelle case abbandonate e sfitte del centro storico) che trasforma l'intero paese in un'unica grande galleria d'arte. Sono state organizzate anche mostre di prodotti tipici locali, come il tartufo (Montà), d'interesse locale e naturalistico (per esempio *I tesori del Tanaro* ad Alba), o che valorizzano il patrimonio architettonico (per esempio i castelli di Vernante e Saliceto). Solo il Comune di Montà d'Alba ha citato l'esistenza di un ecomuseo, e un solo comune (Alba) ha citato attività didattiche per le scuole svolte nei musei civici. Ad Alba c'è infine la rassegna *Primavera della Cultura del Gusto e del Vino* che prevede ogni anno da marzo a giugno una serie di appuntamenti culturali, eventi e mostre.

Circa la metà dei comuni (16) ha organizzato delle conferenze, su temi storici, artistici o di attualità. Alcune sono destinate alla terza età, come *Il tempo ritrovato*, rassegna promossa dal Comune di Saluzzo con l'intento di integrare i corsi dell'Università degli adulti con le attività di formazione promosse dalle associazioni culturali del territorio (informatica, psicologia, musica, ecc.). Sono 15 i comuni tra quelli rispondenti in cui è presente l'Università della Terza Età, anche grazie al sostegno di associazioni quali l'ARCI e l'AUSER (Bra, Manta). Altrettanti comuni (15) hanno segnalato interventi di formazione in ambito artistico e culturale. In alcuni piccoli comuni sono presenti anche dei volontari per l'arte (Bastia, Beinette) e ci sono corsi destinati a formare guide turistiche locali (Manta e Caramagna).

Conferenze,
Unitre,
formazione
artistico culturale

Infine, più della metà dei comuni (24) negli ultimi tre anni ha sostenuto il restauro o la valorizzazione dei beni culturali: in particolare di chiese, altri beni sacri e palazzi d'epoca. Va segnalata inoltre la riqualificazione del fabbricato dell'ex peso pubblico destinato alla distribuzione di acqua potabile nel comune di Piobesi d'Alba. Vi sono anche esperienze particolari, come il restauro e la schedatura di materiale d'archivio e del Museo della Stampa (Mondovì), il restauro di un antico mulino (Bernezzo) e quello di abiti della tradizione locale (Cuneo). A Sanfront nel 2012, grazie al bando *Province Giovani*, è stato realizzato il progetto *Terra Amata: giovani ieri, oggi e domani*, che si è posto l'obiettivo di salvaguardare il patrimonio orale, linguistico e sociale della cultura locale attraverso la trasmissione dagli anziani ai giovani e di creare opportunità lavorative per i giovani legate al recupero del patrimonio storico artistico e culturale. Le attività citate sono state sostenute, oltre che dai comuni, da fondazioni, parrocchie, associazioni, dalla CEI (Conferenza Episcopale Italiana), dalla Provincia di Cuneo, dalla Regione Piemonte e dall'Unione Europea.

Valorizzazione
dei beni culturali

Politiche sociali di contrasto alle disuguaglianze

Le disuguaglianze sociali sono il determinante che riesce a spiegare in misura maggiore le variazioni di salute nella popolazione. Infatti, secondo la legge del gradiente sociale, le persone in condizioni di svantaggio sociale tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, a essere meno soddisfatte della propria salute e a morire prima. Le politiche sociali sono dunque uno strumento cruciale per migliorare la posizione sociale dei cittadini, influenzando così le loro probabilità di esposizione ai principali fattori di salute fisica e mentale (Costa et al. 2014).

Circa tre comuni su cinque (25) dal 2012 a oggi hanno introdotto qualche tipo di contributo economico, perlopiù in forma di tariffe agevolate, destinati ai cittadini in difficoltà. Diverse amministrazioni hanno applicato una riduzione delle rette per le mense scolastiche o per l'utilizzo dei mezzi di trasporto alle famiglie di alunni e studenti (Bastia Mondovì, Bernezzo, Piobesi d'Alba, Viola). In qualche caso i contributi sono stati destinati anche alle spese sanitarie (Bernezzo) o funerarie (Montà), mentre

Contributo
economico

Contrasto alla povertà

a Igliano è stato introdotto un bonus bebè. Saliceto è l'unico comune ad avere segnalato un contributo a favore delle associazioni.

Quasi la metà dei comuni (20) ha attivato altre misure di contrasto alla povertà che riguardano in primo luogo il sostegno alimentare. L'esperienza più diffusa è il cosiddetto banco alimentare, che consiste nel recupero delle eccedenze della produzione nei punti di vendita e la loro redistribuzione attraverso vari enti e associazioni: la Caritas è il soggetto più citato (Bastia Mondovì, Caramagna, Mondovì, Montà, Sommariva Perno), ma anche la protezione civile (Piobesi d'Alba) o la parrocchia (Monchiero) ricoprono questo ruolo. Un'altra misura diffusa è la mensa sociale, cioè l'erogazione di pasti ai cittadini bisognosi, sempre grazie al contributo di associazioni (per esempio a Bra, Bernezzo e Manta,) o della Caritas (Cuneo, Mondovì). A Castiglione Falletto la raccolta e la redistribuzione riguardano gli abiti usati, che avviene attraverso la CRI. Altre esperienze riguardano i servizi sanitari: sono stati segnalati un servizio infermieristico volontario (Montelupo) e un ambulatorio medico per le frazioni montane (Valdieri).

Emergenza abitativa

Ventidue comuni hanno cercato di rispondere all'emergenza abitativa causata dalla crisi economica. I contributi per l'affitto sono la misura più citata (13), grazie anche al sostegno della Regione Piemonte. Alba, Cuneo e Saluzzo hanno inoltre aderito al progetto *Emergenza Casa* sostenuto dalla Fondazione CRC (giunto nel 2015 alla 4ª edizione) che prevede: l'erogazione di contributi una tantum a prevenzione degli sfratti, la ristrutturazione di immobili per la gestione delle emergenze e il sostegno alla locazione per giovani con meno di 30 anni. Sia a Cuneo che ad Alba anche la Caritas ha contribuito a sostenere questo tipo di iniziative. La creazione di un fondo sociale o di locazione è stato segnalato dai Comuni di Bernezzo e Villanova Mondovì. A Bra è stata istituita un'Agenzia sociale per la locazione, uno strumento volto a favorire l'incontro tra domanda e offerta di alloggi in locazione tra privati, promuovendo l'applicazione dei contratti a canone concordato e svolgendo un ruolo di mediazione. Sono pochi i comuni che hanno citato l'assegnazione di alloggi. Ad Alba nel 2012 sono stati realizzati due studi di fattibilità per edilizia sociale ed è stato allestito un Centro di accoglienza temporanea per famiglie, inoltre è stata stipulata una convenzione per interventi di *housing* sociale che nel 2014 ha visto la disponibilità di 38 alloggi.

Sostegno a persone non autosufficienti

Altrettanti comuni (22) hanno implementato negli ultimi anni servizi a sostegno di famiglie con persone non autosufficienti a carico. Oltre ai servizi territoriali che fanno capo all'ASL e agli Enti gestori, sono stati segnalati progetti specifici volti a favorire la domiciliarità con l'aiuto di volontari, come *Veniamo a Trovarvi* (Bernezzo) o il progetto *Care at home* (Bra), volto ad aiutare gli ultrasessantacinquenni autosufficienti ma temporaneamente in difficoltà. Spesso, come a Sommariva Perno, è la Caritas a erogare servizi di questo tipo. Il Comune di Beinette prevede per i nuclei con persone non autosufficienti a carico aiuti economici e sgravi contributivi. Per quanto riguar-

da le persone disabili, oltre ai servizi previsti dalla legge, come il sostegno scolastico o i buoni taxi, è stato segnalato il progetto *Vivomeglia* realizzato a Ceresole d'Alba in collaborazione con le associazioni del territorio.

Sono invece meno della metà (18) i comuni che negli ultimi anni hanno adottato misure per sostenere o rafforzare i servizi per l'infanzia. Alcuni comuni hanno attivato il contenimento delle rette delle scuole d'infanzia (Bernezzo, Vernante) o concesso rette agevolate e buoni pasto alle famiglie rispondenti a determinati requisiti (Alba, Mondovì, Montà, Saliceto, Villanova Mondovì). A Ceva il contenimento delle rette ha toccato anche i baby parking. In diversi comuni è stata ampliata l'offerta dei servizi con la creazione o il convenzionamento di micronidi, nidi privati e scuole dell'infanzia paritarie (Alba, Bra, Caramagna, Lesegno, Mondovì, Piobesi d'Alba). Questi interventi sono stati sostenuti in alcuni casi da contributi della Regione Piemonte (Lesegno, Sanfront), cooperative o soggetti privati (come Ferrero spa) che hanno siglato le convenzioni.

Undici comuni infine hanno avviato iniziative di educazione interculturale. A Caramagna, per esempio, si sono organizzati corsi di cucina multiculturale, mentre a Bra c'è la Scuola di Pace, gestita dal Comune insieme alle associazioni, che promuove incontri su temi diversi, tra i quali l'integrazione delle culture ha un ruolo centrale. Anche l'educativa territoriale, presente in diversi territori, svolge un ruolo importante su questo fronte, come succede a Villanova Mondovì attraverso il progetto *La Panchina*. Ad Alba con il contributo della Fondazione CRC sono stati realizzati diversi progetti specifici (*Macramè*, *Integrazione d'accordo*, *IN DIVENIRE*) gestiti dall'Associazione Temporanea di Scopo, composta da due cooperative sociali del territorio.

Ambiente e mobilità

L'ambiente impatta sulla salute attraverso l'esposizione a fattori di rischio fisici, chimici e biologici e attraverso i cambiamenti comportamentali conseguenti a questi fattori. Secondo le evidenze scientifiche, i fattori ambientali giocano un ruolo in più dell'80% delle malattie e, a livello globale, quasi un quarto della mortalità e della morbosità totale sono attribuibili all'ambiente, un terzo nel caso della popolazione infantile (OMS, 2006). Gli interventi volti a ridurre l'inquinamento e migliorare la qualità ambientale rappresentano un'opportunità di sviluppo e di integrazione tra gli obiettivi di salute e la *green economy*.

Più della metà dei comuni (25) ha investito negli ultimi tre anni nelle fonti di energia rinnovabili, anche introducendo uno specifico Piano di Azione per le Energie Sostenibili – PAES (Bra e comuni limitrofi, Lisio, Nucetto, Priocca, Saluzzo). Alba, oltre ad avere introdotto il PAES, ha aderito al Patto dei Sindaci promosso dall'Unione Europea sulle politiche energetiche sostenibili. Sono stati realizzati diversi interventi di riqualificazione energetica, che hanno riguardato principalmente le sedi comunali, le scuole o altri edifici pubblici (11). Nell'ambito delle riqualificazioni sono stati adottati in prevalenza

Servizi
per l'infanzia

Educazione
interculturale

Fonti di energia
rinnovabili
e riduzioni
delle emissioni

gli impianti fotovoltaici (14), mentre solo in due casi (Lesegno, Nucetto) si è optato per i pannelli solari. Va segnalato l'unico caso in cui c'è stato il sostegno di un'azienda privata, la Italcementi, che a Valdieri ha contribuito alla riqualificazione energetica della scuola elementare. Le iniziative volte a ridurre le emissioni sono 14: per esempio, il comune di Alba ha stipulato una convenzione con le officine meccaniche per favorire la diffusione degli impianti GPL, mentre a Bra è stato adottato il teleriscaldamento.

Verde pubblico

Circa la metà dei comuni (21) ha promosso negli ultimi tre anni il verde pubblico, attraverso la creazione (o la riqualificazione) e la manutenzione di aree verdi e giardini, spesso abbinati a parchi gioco o vicini a campi sportivi. Ma sono citati anche i boschi (Caramagna) e i parchi (per esempio il parco avventura di Valdieri e il parco delle rose rare e antiche di Bossolasco). A Priocca il comune e la scuola hanno organizzato la messa a dimora di nuove piante in occasione della festa dell'albero.

Percorsi pedonali

Diciassette comuni hanno sostenuto l'apertura e la manutenzione di percorsi pedonali, per esempio attraverso l'ampliamento dei marciapiedi (Alba, Manta, Mondovì, Montà, Saluzzo), l'individuazione di percorsi da riservare ai pedoni (Manta) o la realizzazione di piste ciclopedonali (Beinette). Per quanto riguarda le aree al di fuori dei centri abitati, diversi comuni hanno predisposto sentieri naturalistici, gestiti spesso con il contributo dei volontari delle associazioni locali.

Piste ciclabili

Oltre alla realizzazione di piste ciclabili, che ha coinvolto negli ultimi tre anni 16 dei comuni rispondenti, sono state segnalate una pista ciclo educativa per bambini (Saliceto), una pista per mountain bike (il Sentiero del lupo di Montelupo d'Alba) e una pista ciclo naturalistica (Valdieri-Roaschia-Entraque).

Modifiche alla viabilità

Tra le modifiche alla viabilità (16) sono citate l'introduzione di Zone 30 (Ceresole d'Alba, Mombarcaro, Montà, Saluzzo) e a Traffico Limitato (Mondovì), la chiusura al traffico di aree pubbliche prospicienti le scuole (Villanova Mondovì) e la posa di dossi (Caramagna, Montà). Salmour ha adottato recentemente una nuova toponomastica. A Cuneo è stato introdotto il Piano Urbano della Mobilità Sostenibile.

5.2.2 Coinvolgimento della cittadinanza e programmazione partecipata

Gli ambiti in cui vi è stato un maggior coinvolgimento della cittadinanza – che avviene soprattutto attraverso le associazioni – sono quelli delle iniziative culturali e degli stili di vita (circa due comuni su tre). Per quanto riguarda le iniziative relative agli altri ambiti, meno della metà dei comuni ha coinvolto i cittadini nella programmazione. Il dato più basso riguarda le politiche ambientali, che è anche l'unico settore in cui sembra che il coinvolgimento sia avvenuto più attraverso singoli cittadini che associazioni. La partecipazione risulta dunque ancora limitata, considerato anche che il coinvolgimento avviene più in fase di realizzazione delle iniziative che in fase

di progettazione e che, anche in questo ultimo caso, avviene in forma di consultazione più che attraverso vere e proprie analisi dei bisogni (tab. 29).

Tabella 29. Esperienze di programmazione partecipata

Denominazione del processo	N° segnalazioni	Enti coinvolti
Piano Locale Giovani – PLG	16	Provincia, Comuni, associazioni, Enti gestori
Consulta del Volontariato	12	Comuni, associazioni, Caritas, parrocchie, Enti gestori
Piani e Profili di salute – PePS	11	Comuni, ASL (in particolare: distretti e relativi Comitati dei Sindaci), Enti gestori, terzo settore (associazioni)
Piani di Zona – PdZ	11	Comuni, ASL, Enti gestori, terzo settore (associazioni e cooperative sociali), scuole, CPI
Consiglio Comunale dei Bambini	10	Comuni, Scuole
Piano Locale Dipendenze – PLD	6	ASL, Comuni, Prefettura, Polizia Locale
Bilancio Sociale	5	Comuni, Associazioni
Consulta degli Anziani	4	Comuni, case di riposo, centri pensionati
Borghi della felicità	1	Comuni, cittadini, associazioni, operatori economici

Altre iniziative a carattere partecipato che sono state segnalate a Saluzzo dove è stato promosso il progetto pilota *Borghi della Felicità*, che consiste in un percorso di governance partecipata che coinvolge cittadini, associazioni e operatori economici in laboratori finalizzati a individuare una gerarchia condivisa di bisogni e a introdurre nuove modalità di co-progettazione e co-conduzione dei progetti di sviluppo del territorio improntati sulla centralità della persona. Ciò è avvenuto con la creazione di un gruppo interdisciplinare denominato *Comunità in cambiamento*. Sempre a Saluzzo è stata inaugurata la *Casa della Partecipazione*, che non è solo un luogo (ex caserma) in cui si possono riunire giovani e associazioni del territorio, ma anche un percorso di formazione comune volto a sostenere la co-progettazione sul territorio. Sorprende che solo Alba abbia segnalato tra le esperienze di programmazione partecipata la Consulta delle Pari Opportunità, che qui coinvolge, oltre al comune, le associazioni, i gruppi politici, le associazioni di categoria e gli organi di stampa.

Di seguito sono riportati i punti di forza e di debolezza che, secondo i rispondenti, hanno caratterizzato le esperienze di programmazione partecipata. Va segnalato che gli aspetti positivi sono stati indicati più frequentemente rispetto alle criticità e che il vantaggio indicato dal numero maggiore di rispondenti (19) è una migliore comprensione dei problemi. Viceversa, il limite più frequentemente riscontrato è una limitata partecipazione dei cittadini (10), anche se sono più numerosi i comuni che, al contrario, hanno riscontrato una buona partecipazione (13). Anche le reti rappresentano al tempo stesso un punto di forza e di debolezza: se diversi comuni hanno

segnalato difficoltà nella gestione della rete (8), altri sostengono che questo tipo di esperienza porta a un rafforzamento dei rapporti (9) (tab. 30).

Tabella 30. *Punti di forza e di debolezza delle esperienze di programmazione partecipata*

Punti di forza		Punti di debolezza	
Miglioramento nella comprensione dei problemi (visione allargata)	19	Limitata partecipazione dei cittadini	10
Buona partecipazione dei cittadini	13	Difficoltà di gestione delle reti istituzionali	8
Miglioramenti delle relazioni tra comuni e cittadini	11	Dilatazione dei tempi decisionali	6
Rafforzamento della rete inter-istituzionale	9	Ritardo nella realizzazione delle iniziative	4
Maggiore efficacia delle soluzioni	8	Estemporaneità (iniziative rare e spot)	3
Approccio sistemico ai problemi	6	Asimmetria di potere nei processi decisionali	3
Individuazione di soluzioni condivise	5	Limitata realizzazione delle iniziative	3
Composizione dei conflitti	2	Non chiara attribuzione delle responsabilità	2

5.2.3 Costi e fonti di finanziamento

Una buona parte delle iniziative citate non comporta per le amministrazioni nessun costo o costi limitati (inferiori a 10.000 euro) grazie al fondamentale contributo dei volontari. Questo vale soprattutto nell'ambito tematico degli stili di vita (come pedibus, gruppi di cammino e orti sociali), ma anche per alcuni interventi di innovazione dei servizi (modifiche degli orari, comunicazione interattiva). Nei paesi di piccole dimensioni anche le iniziative culturali sono spesso promosse dalle associazioni di volontari e non rappresentano un costo per le amministrazioni, tuttavia nel settore cultura la forbice di spesa tra comuni grandi e piccoli è notevole. Le altre iniziative su cui sembrano concentrarsi maggiormente gli investimenti delle amministrazioni sono quelle che riguardano l'ambiente e la mobilità (per esempio fonti di energia rinnovabili, percorsi pedonali e ciclabili) e la sicurezza dei cittadini.

Le spese sostenute dai comuni per iniziative sociali a favore di cittadini/famiglie risultano più contenute, a eccezione dei servizi per l'infanzia dove il range di costi è piuttosto ampio. Anche le spese destinate alle politiche attive del lavoro (tirocini, orientamento, ecc.) sono limitate, nonostante i problemi legati al lavoro siano percepiti tra i più urgenti. I comuni, però, spendono cifre considerevoli per la valorizzazione turistica, che può portare a un incremento della domanda di lavoro sul territorio.

Fonti di finanziamento

Se l'impegno dei comuni a favore di iniziative che hanno un impatto sulla salute non è irrilevante, bisogna tenere conto che una pluralità di altri soggetti pubblici contribuisce alla loro realizzazione. I più citati sono nell'ordine la Regione, i cui fondi sono destinati ad azioni come il recupero di parchi gioco e la ristrutturazione di scuole, la Provincia (a favore di progetti per i giovani) e il Ministero (quelli citati sono il ministero delle infrastrutture e quello della famiglia). Sono 13 i comuni che hanno indicato questo tipo di contributo. Il budget più alto segnalato è di 1 milione di euro, ottenuto da Montà d'Alba per la realizzazione del Museo del Tartufo.

Dall'Unione Europea provengono invece i finanziamenti più ingenti, anche se numericamente limitati. Tra i fondi europei che hanno contribuito a realizzare sul territorio iniziative finalizzate a promuovere la salute e il benessere, il più citato è il FESR – Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (4). Grazie a esso sono state realizzate importanti opere di ristrutturazione (Palazzo Salmatoris a Cherasco e Castiglia a Saluzzo), di costruzione (piscina di Montà) e di riqualificazione energetica (Palazzo comunale, Salmour e Montà). Nel periodo di programmazione 2007-2013 il range dei contributi ottenuti per singolo progetto dai comuni varia dai 150.000 ai 2.660.000 euro, somme che richiedono capacità di progettazione e gestione non facilmente compatibili con le risorse dei comuni minori.

Il programma comunitario di cooperazione transfrontaliera *ALCOTRA* (Alpi Latine COoperazione TRAnsfrontaliera) ha finanziato altri due importanti progetti del territorio: *Star Bene*, promosso dal Consorzio Monviso Solidale e realizzato in collaborazione con l'ASL CN1 – che aveva tra gli obiettivi quello di sperimentare azioni di promozione della salute e ha portato al territorio circa 800.000 euro – e *Reseau Turismo 2.0*, presentato dal Comune di Saluzzo, che intende promuovere nuove forme di turismo che implicano un ruolo attivo dei soggetti locali e la valorizzazione delle nuove tecnologie, per un budget di 1 milione di euro.

Due comuni hanno dichiarato di avere ottenuto, attraverso la Provincia di Cuneo, dei fondi dal programma Gioventù in Azione (Ceresole d'Alba, Bra).

Grazie al Programma Attuativo Regionale Fondo Sviluppo e Coesione - PAR FSC 2007-2010 - è stato realizzato il programma territoriale integrato Alba Bra Langhe Roero, che ha coinvolto 13 comuni del territorio. Il finanziamento, pari a 1.918.659 euro, ha permesso ai singoli comuni di finanziare diverse iniziative, l'unica che ci è stata segnalata è la realizzazione del Centro Outdoor di Montà d'Alba, con pista e scuola dedicati alle mountain bike e palestra all'aperto.

Tra le fonti di finanziamento private le più citate sono le fondazioni (18), tra cui la Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo e quelle della Cassa di Risparmio di Torino, di Fossano e di Saluzzo. Il range dei budget citati, che vanno dai 7.000 ai 2 milioni di euro, mostra un impegno che spazia dalle micro iniziative a quelle macro, includendo: ristrutturazioni

Finanziamenti
europei

ALCOTRA

Fondazioni

(scuole, piazze, casa protetta, ecc.), attività sociali e culturali, interventi di riqualificazione energetica, azioni di prevenzione, gestione di emergenze sociali (per esempio abitativa), interventi di promozione del territorio. I finanziamenti sono stati spesi dai comuni in collaborazione con ASL, Enti gestori, cooperative sociali. Sono sette i comuni che hanno ottenuto contributi dalle banche, diretti esclusivamente ad attività sociali e culturali. Le voci di impiego sono le stesse citate per le fondazioni e l'unico importo riportato è pari a 20.000 euro.

Altri finanziamenti

Altri soggetti attivi a livello locale sono le parrocchie e la Conferenza Episcopale Italiana (CEI). Solo nove comuni, cioè circa uno su cinque, hanno ottenuto fondi da imprese private locali. I fondi sono stati destinati ad attività e manifestazioni culturali, dotazioni scolastiche, manutenzione delle aree verdi. I contributi indicati sono molto bassi (l'importo massimo citato è 10.000 euro), a volte consistono semplicemente nella sponsorizzazione di eventi e la messa a disposizione di alcun prodotti premio. Lo stesso si può dire a proposito delle associazioni di categoria (5).

Per quanto riguarda le forme di finanziamento più innovative, l'unica iniziativa che ci è stata segnalata è quella del Comune di Manta, dove le associazioni hanno organizzato una raccolta fondi per il sostegno di progetti comunali.

Per quanto riguarda il Programma di Sviluppo Rurale (PSR) – che ha avuto una rilevanza notevole per la provincia di Cuneo – può essere curioso notare che è stato citato solo a proposito della realizzazione di sentieri, come quello che a Ceresole d'Alba porta al santuario della Madonna della Rosa. Per un importo complessivo di quasi 400.000 euro sono stati finanziati anche due progetti denominati *Rocche a 360°* che hanno portato alla creazione di un'unica rete di sentieri nel Roero e la costruzione di aree di sosta.

5.2.4 In sintesi

Per concludere, la tabella seguente sintetizza i principali risultati dell'indagine rivolta ai comuni per area tematica (tab. 31).

Tabella 31. La salute nelle politiche locali: graduatoria delle azioni più segnalate e sintesi dei risultati

<p>Stili di vita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luoghi di aggregazione (29) • Partecipazione giovanile (27) • Nonni vigili (20) • Pedibus (12) • Orti comuni (10) • Iniziative di informazione sulla salute (9) • Gruppi di cammino (8) 	<p>Ampio range di iniziative seppur frammentarie, perlopiù a costo zero o limitato grazie al contributo di volontari. Interessanti le iniziative che coniugano obiettivi di salute con quelli sociali (orti sociali). Nell'ambito delle attività informative, demandate in larga parte al volontariato, prevalgono quelle di tipo frontale mentre sono poche le iniziative che vedono il cittadino quale protagonista attivo anche in fase di progettazione.</p>
<p>Qualità dei servizi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sicurezza dei cittadini (32) • Comunicazione interattiva con il cittadino (28) • Orari di apertura dei servizi comunali (19) • Servizi/iniziative dedicati a target specifici (19) • Sportello unico socio sanitario (9) • Sicurezza sul lavoro (6) 	<p>Ottimi esempi di integrazione socio sanitaria, sebbene scarsi numericamente. Investimenti limitati da parte dei comuni (grazie all'intervento del volontariato) tranne che in tema di sicurezza, tema percepito tra i più rilevanti, ma affrontato prevalentemente con l'adozione di sistemi di sorveglianza; sono rari gli interventi più articolati e integrati. Scarso il coinvolgimento attivo dei cittadini attraverso l'opportunità fornita oggi dai social network.</p>
<p>Politiche attive del lavoro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorizzazione turistica del territorio (29) • Tirocini, borse lavoro e voucher (19) • Orientamento (10) • Imprenditoria (7) • Incontro tra domanda e offerta di lavoro (5) 	<p>Diverse iniziative rivolte ai cittadini ma frammentarie e limitato il ricorso agli strumenti tipici delle politiche attive del lavoro. Scarso coinvolgimento delle imprese e poche iniziative di promozione dell'imprenditoria legate alle specificità del territorio o alle nuove modalità di organizzazione del lavoro. Investimenti limitati da parte dei comuni su un tema che è in cima alla lista dei problemi, ma significativi quelli volti alla valorizzazione turistica, a cui contribuiscono diversi soggetti e che contengono un elevato potenziale.</p>
<p>Cultura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biblioteche (32) • Mostre, esposizioni o altre attività museali (30) • Restauro o valorizzazione dei beni culturali (24) • Iniziative teatrali, cinematografiche e musicali (23) • Conferenze (16) • Università della Terza Età (15) • Formazione in ambito artistico e culturale (15) 	<p>Ampia forbice di investimento tra comuni grandi e quelli di piccole dimensioni, dove le iniziative culturali sono a cura dei volontari. Ampio il ventaglio di offerta, ma rivolto soprattutto a un pubblico adulto, mentre sono poche le iniziative pensate dai giovani per i giovani. Buon potenziale delle biblioteche, che ampliano le proprie attività e vedono una collaborazione attiva tra comune e associazioni. Scarse invece le attività didattiche legate ai musei civici.</p>

Politiche sociali e contrasto alle disuguaglianze

- Contributi economici (25)
- Emergenza abitativa (22)
- Sostegno a famiglie con persone non autosufficienti (22)
- Contrasto alle povertà (20)
- Servizi per l'infanzia (18)
- Educazione interculturale (11)

Investimenti limitati da parte dei comuni e soprattutto in forma di contributi economici (rimborsi per tasse scolastiche e trasporti, ecc.). Fondamentale il contributo di associazioni e enti religiosi nel contrasto alle nuove povertà, con iniziative volte a fronteggiare i bisogni primari. Sul fronte casa si interviene principalmente con contributi affitto, mentre sono ancora poche le esperienze di *housing* sociale.

Ambiente e mobilità

- Fonti di energia rinnovabili (25)
- Verde pubblico (21)
- Percorsi pedonali (17)
- Piste ciclabili (16)
- Modifiche alla viabilità (16)
- Riduzione delle emissioni (14)

Significativi investimenti da parte dei comuni, soprattutto in tema di energia rinnovabile. Diverse iniziative a favore della mobilità sostenibile. Interessanti le iniziative che coniugano la valorizzazione dell'ambiente con la promozione dell'attività fisica e del turismo, quali i sentieri naturalistici pedonali o ciclabili. È il settore in cui risulta più basso il coinvolgimento della cittadinanza.

5.3 La salute nelle politiche degli Enti gestori

5.3.1 I progetti

Come già specificato nel paragrafo relativo al metodo, agli Enti gestori è stato chiesto di indicare i progetti o i servizi che esulano dall'attività ordinaria e che secondo loro costituiscono un'esperienza innovativa rispetto ai criteri fondanti la "nuova strategia integrata per la salute" descritta nel documento *Salute 2020* (tab. 32).

Categorie fragili

La maggior parte dei progetti ha per destinatari le persone anziane e gli adulti disabili o, più in generale, "fragili". In quest'ultima categoria rientrano tutte quelle persone che non hanno una disabilità certificata, o hanno un grado di disabilità riconosciuto "sotto soglia", cioè non sufficiente per accedere alle prestazioni assistenziali ordinarie. Possono essere, per esempio, persone compromesse per avere fatto uso di sostanze psicoattive in passato, o con limitate capacità intellettive, che pur non avendo una disabilità conclamata non sono abbastanza competitivi per un mercato del lavoro sempre più escludente, e spesso non hanno una rete sociale di sostegno. È un target che rende evidente che le tradizionali classificazioni dell'utenza dei servizi sociali non sono più sufficienti per rispondere ai bisogni sociali che sono sempre più complessi e diversificati. Gli adulti fragili rappresentano di fatto un'area di bisogno che l'attività ordinaria lascia scoperta e per la quale i progetti diventano di cruciale importanza. Quasi tutti i progetti citati hanno un target specifico; solo uno, il progetto transalpino *Star Bene*, promosso dal Consorzio Monviso Solidale, si rivolge alla comunità intera. I progetti europei offrono l'opportunità agli Enti gestori di potenziare l'approccio

di comunità, difficilmente applicabile nel lavoro ordinario che dipende da fondi vincolati a target e problemi specifici.

Molte delle iniziative descritte dagli Enti gestori, in tutti i territori, hanno tra gli obiettivi principali quello di sviluppare forme di sostegno che prevedono il coinvolgimento di volontari. Attraverso queste forme di collaborazione tra enti pubblici e cittadinanza, si intende favorire la domiciliarità e aiutare le famiglie con persone non-autosufficienti a carico. Da questo punto di vista i progetti segnalati sembrano essere in linea con il nuovo modello di politica europea per la salute, perché orientati a sviluppare risorse e resilienza nell'ambito della comunità. Parimenti, molti dei progetti dedicati alle famiglie e ai giovani si pongono *in primis* l'obiettivo di creare spazi sociali che promuovano solidarietà e salute. Guardando agli enti coinvolti si può desumere una certa consuetudine alla co-progettazione, in primo luogo tra Enti gestori e terzo settore (associazioni e cooperative). Anche l'ASL è spesso presente, a conferma che si sta lavorando per l'integrazione socio sanitaria, così come le scuole e le parrocchie. Anche le fondazioni sono citate frequentemente. Meno citati invece sono i comuni, forse perché, essendo gli Enti gestori un ente strumentale delle amministrazioni, spesso la collaborazione delle amministrazioni viene data per scontata, anche se l'assegnazione di un mandato non presuppone la collaborazione, così come le competenze e i ruoli delle due istituzioni restano distinti.

Sono una minoranza tuttavia i progetti che oltre ai soggetti citati includono altre istituzioni del territorio, quali le organizzazioni di categoria (Coldiretti, Confesercenti) e gli ordini professionali, ancor più rari quelli che vedono la presenza attiva del settore privato (aziende, commercianti).

In conclusione, sebbene il tipo di materiale non permetta un'analisi approfondita dei progetti, si può dedurre che i progetti ritenuti più significativi dagli Enti gestori rispondano in qualche misura ai criteri che definiscono la nuova strategia di prevenzione e promozione della salute così come definita dalle agenzie internazionali: intersectorialità e partecipazione. Si possono però dedurre un paio di criticità:

- il coinvolgimento della cittadinanza avviene prevalentemente attraverso le associazioni di volontariato, mentre c'è un potenziale di cittadinanza da attivare che esula da questo tipo di affiliazione;
- l'intersectorialità è ancora limitata prevalentemente a enti pubblici e privato sociale, mentre sono deboli i rapporti con il settore privato e professionale che esula dai servizi socio sanitari.

Obiettivi e soggetti

Tabella 32. Principali obiettivi ed enti coinvolti nei progetti segnalati dagli Enti gestori

Target	Obiettivi	Altri enti coinvolti
Adulti (fragili/ disabili) (12)	<ul style="list-style-type: none"> coinvolgere volontari per favorire l'autonomia e domiciliarità (+) dare sollievo famiglie inserimento lavorativo e integrazione sociale sensibilizzazione della cittadinanza offrire attività terapeutiche sperimentali creare rete stimolare attività fisica coinvolgimento in attività di produzione agricola e trasformazione prodotti 	<p>ASL, associazioni di volontariato, cooperative, comuni, privati, strutture residenziali (+)</p> <p>Aziende, autorità giudiziaria, Coldiretti, CPI, fondazioni, INPS, MMG, scuole</p>
Anziani (7)	<ul style="list-style-type: none"> sviluppare forme di sostegno domiciliare attraverso il reclutamento volontari (tra i cittadini e in particolare pop. anziana attiva) (+) prevenire non-autosufficienza ridurre inserimenti impropri in struttura ridurre liste di attesa per inserimento in RSA avvicinare strutture al territorio aumentare la collaborazione tra EEPP e privato sociale 	<p>ASL, associazioni di volontariato, cooperative, comuni, strutture residenziali (+)</p> <p>Fondazioni, MMG, CRI, parrocchie, scuole, Coldiretti</p>
Famiglie (6)	<ul style="list-style-type: none"> sostegno al ruolo genitoriale favorire integrazione/agggregazione tra famiglie offrire spazi dedicati 	<p>Associazioni, parrocchie, scuole, tribunale</p>
Giovani/ adolescenti (4)	<ul style="list-style-type: none"> offrire spazi/occasioni di incontro a valenza educativa (+) offrire occasioni di formazione/inserimento lavorativo a Neet aumentare partecipazione e protagonismo 	<p>Associazioni culturali e sportive, ASL, comuni, comitati di quartiere, scuole, parrocchie</p>
Minori svantaggiati/ disabili (4)	<ul style="list-style-type: none"> integrazione sociale sollievo famiglie (+) sviluppare nuove forme di solidarietà fra cittadini creazione di una rete tra servizi 	<p>Associazioni di volontariato, ASL, cooperative sociali, scuole (+)</p> <p>Comuni, banche, fondazioni, diocesi, società sportive</p>
Donne (maltrattate/ in difficoltà) (4)	<ul style="list-style-type: none"> costruzione rete (+) sostegno contrasto della tratta favorire autonomia tramite tirocini lavorativi 	<p>Associazioni, ASL, carabinieri, comuni, Procura della Repubblica (+)</p> <p>Ordine degli avvocati, Provincia, Centro per l'Impiego, Camera di commercio</p>

Target	Obiettivi	Altri enti coinvolti
Stranieri (3)	<ul style="list-style-type: none"> • integrazione sociale • formazione • mediazione culturale • rete istituzionale 	Associazioni, cooperative, (+) salesiani
Persone in difficoltà economica (3)	<ul style="list-style-type: none"> • raccolta alimenti e distribuzione generi alimentari • offrire soluzioni abitative temporanee 	Associazioni di volontariato, Caritas, commercianti, Confcommercio, comuni (+) case di riposo, istituto musicale, ospedale
Comunità (1)	<ul style="list-style-type: none"> • sviluppo di comunità • sperimentare forme di promozione del benessere fisico e sociale congiunto 	Associazioni, ASL, cooperative, famiglie

Problemi prioritari

Gli obiettivi più ricorrenti dei progetti segnalati – favorire la domiciliarità degli anziani e l'integrazione sociale delle persone fragili fornendo occasioni di tirocinio e lavoro – corrispondono in buona misura ai problemi ritenuti prioritari. Al primo posto, analogamente a quanto indicato dai comuni (tab. 28), c'è infatti il lavoro, ma qui sale in graduatoria il problema dell'invecchiamento della popolazione, che si trova a pari merito con le nuove povertà e l'emergenza abitativa. Secondo i professionisti dei servizi sociali il problema della sicurezza, fortemente percepito dai cittadini (nella graduatoria dei comuni si trovava al secondo posto), non rientra invece tra quelli principali (tab. 33).

Tabella 33. Problemi prioritari secondo gli Enti gestori

Lavoro	7	Costo dei servizi pubblici	1
Invecchiamento della popolazione	4	Violenza contro le donne	1
Nuove povertà	4	Conflittualità familiare	1
Abitazione	4	Istruzione e formazione	0
Immigrazione	2	Sicurezza e microcriminalità	0
Conflittualità familiare	2	Disagio psicologico	0
Accesso alle cure sanitarie	1	Altro (dissesto idrogeologico)	0

5.3.2 Esperienze di programmazione partecipata

Tutti gli Enti gestori che hanno partecipato alla ricerca sono stati coinvolti nella costruzione dei Piani e Profili di Salute e dei Piani di Zona; soprattutto per quanto riguarda i PePS si tratta però in molti casi di esperienze passate che non si sono rinnovate negli ultimi due-tre anni. La metà dei rispondenti è stata coinvolta nei Piani Locali Dipendenze (gestiti dai servizi per le dipendenze delle ASL) e meno della metà nei Piani Locali Giovani, che sembrano essere tuttora attivi. Altre forme di programmazione partecipata, come il Bilancio Sociale e la Consulta del Volontariato, riguardano solo un ente su quattro, mentre un solo ente (CSAC) ha segnalato altre forme di co-programmazione su temi e target specifici, per esempio la rete antiviolenza (tab. 34).

Tabella 34. Esperienze di programmazione partecipata

Denominazione del processo	N. EEGG coinvolti	Altri soggetti coinvolti
Piani e Profili di salute - PePS	8/8	ASL, Associazioni, Centro per l'Impiego, Comuni, Cooperative, Distretti sanitari, Istituzioni locali, Scuole, Testimoni privilegiati
Piani di Zona - PdZ	8/8	Associazioni, ATC, Caritas, Centro per l'impiego, Cittadinanza, Comuni, Consorzi di cooperative, Cooperative, Distretti sanitari, Fondazioni, Imprese, Istituzioni, Provincia, Regione Piemonte, Scuole, Sindacati
Piano Locale Dipendenze - PLD	4/8	ASL, Associazioni, Comuni, Cooperative
Piano Locale Giovani - PLG	3/8	Ass. volontari, Ass. genitori, ASL, Comuni, Imprese, Scuole
Bilancio Sociale	2/8	ASL, Associazioni di volontariato, Comuni, Cooperative sociali, Cittadini
Consulta del volontariato	2/8	Associazioni, Comuni, ASL, Cooperative sociali, Scuole
Altro	1/8	Consulta anziani, Coordinamento famiglie, Rete Antiviolenza, Rete Diversabili

Come per i comuni, anche nel caso degli Enti gestori sono stati segnalati più punti di forza in merito alle esperienze di programmazione partecipata che punti di debolezza.

Tra i primi quelli su cui converge il maggior numero di risposte sono il rafforzamento della rete inter-istituzionale, una migliore comprensione dei problemi e l'individuazione di soluzioni condivise. In cima alla graduatoria delle criticità troviamo la stessa voce che compariva nella classifica risultante dai questionari somministrati ai comuni, cioè la limitata partecipazione dei cittadini. Quasi la metà dei

Punti di forza e criticità

servizi sociali ha poi segnalato il problema dell'estemporaneità di queste iniziative, legate anche all'avvicendamento delle amministrazioni locali e all'altalenarsi delle indicazioni a livello regionale (tab. 35).

Tabella 35. Punti di forza e di debolezza della programmazione partecipata

Punti di forza		Punti di debolezza	
Rafforzamento della rete inter-istituzionale	8	Limitata partecipazione dei cittadini	7
Miglioramento nella comprensione dei problemi (visione allargata)	6	Estemporaneità (iniziative rare e spot)	3
Individuazione di soluzioni condivise	6	Dilatazione dei tempi decisionali	2
Miglioramento delle relazioni tra comuni e cittadini	1	Ritardo nella realizzazione delle iniziative	1
Maggiore efficacia delle soluzioni	1	Asimmetria di potere nei processi decisionali	1
Approccio sistemico ai problemi	1	Difficoltà di gestione delle reti istituzionali	1
Composizione dei conflitti	0	Non chiara attribuzione delle responsabilità	1
Buona partecipazione dei cittadini	0	Limitata realizzazione delle iniziative	0
		Altro: scarso coinvolgimento politico e periodico cambiamento degli amministratori locali	1

5.3.3 Fonti di finanziamento

Come noto, le attività ordinarie degli Enti gestori è finanziata da contributi statali e regionali e, a causa dei vincoli di bilancio, in misura sempre maggiore dalle risorse dei comuni. I fondi europei possono rappresentare una grossa opportunità per le esperienze innovative, ma per ora le esperienze di progettazione europea risultano limitate: solo la metà di questi ha presentato una richiesta di finanziamento per attingere ai fondi europei strutturali o a gestione diretta sulla programmazione 2007-2013. Ancora meno, cioè uno su quattro, ha ottenuto un contributo: il più significativo (pari a circa 800.000 euro) è quello conseguito dal Consorzio Monviso Solidale con il già citato progetto *ALCOTRA Star Bene*, che ha permesso agli operatori socio sanitari del territorio di sperimentare nuove forme di prevenzione integrata per il benessere fisico e sociale. Il CSSM di Mondovì ha ottenuto invece un piccolo contributo (meno di 5.000 euro) dal Fondo Europeo per gli Investimenti (FEI) per sviluppare il progetto *IN DIVENIRE* volto ad attivare percorsi di integrazione per giovani immigrati. Questo progetto ha coinvolto oltre al CSSM, altri due Enti gestori, due comuni, la Provincia di Cuneo e una cooperativa sociale.

Tra le altre fonti di finanziamento che hanno contribuito a realizzare progetti volti ad aumentare la salute e il benessere dei cittadini le più citate sono le fondazioni (6/8), in particolare quelle bancarie (Fondazione CRC, Fondazione CRT, Compagnia di San Paolo, Banca Alpi Marittime) che hanno finanziato molti progetti volti a favorire l'integrazione sociale

(giovani, disabili, famiglie) e la domiciliarità e a prevenire il disagio giovanile. Sono stati citati 20 progetti per un totale di circa mezzo milione di euro. Va detto anche che molti tra i progetti citati sono tra quelli segnalati dagli Enti gestori come modelli da disseminare in quanto rispondenti ai criteri di una strategia integrata per la prevenzione, in quanto vedono la collaborazione di diversi enti pubblici e privati del territorio. Tra i fondi pubblici citati troviamo l'INPS, che ha sostenuto il progetto *Home Care Premium* (interventi a favore di soggetti fragili) nel cuneese e nel monregalese, e la Regione Piemonte, che attraverso il Fondo indistinto ha finanziato un progetto volto a sostenere la domiciliarità attraverso forme di volontariato. Piccoli contributi, perlopiù volti a sostenere eventi locali, sono pervenuti anche da associazioni private, tra le quali la più citata è il Lyons club.

5.4 Gli attori a confronto: risultati dei focus group

In generale, i partecipanti ai focus group condividono il principio che la salute passi attraverso tutte le politiche. Esiste una diffusa consapevolezza che i problemi di salute possano derivare da situazioni di malessere generale, che per esempio oggi si esprimono anche con la paura e l'insicurezza della vita quotidiana («i genitori hanno paura delle devianze dei ragazzi, i cittadini hanno paura degli stranieri e dei furti»). Tutti i partecipanti condividono quindi il principio che, al di là del mandato istituzionale, la prevenzione non possa essere delegata solo alla sanità, ma debba coinvolgere famiglie, gruppi informali, privato sociale, forze dell'ordine, associazioni di categoria e, in più in generale, la comunità intera. Tuttavia, per ciascuno degli enti coinvolti nei focus group, i partecipanti hanno evidenziato diverse criticità che limitano la capacità dei diversi soggetti di svolgere pienamente il loro ruolo di attori nell'ambito della prevenzione.

Il ruolo dei comuni

I partecipanti sono consapevoli del ruolo che le amministrazioni possono avere per promuovere il benessere dei cittadini, come spiega il consigliere di un comune di grandi dimensioni: «i comuni possono fare tanto per promuovere dei modelli, degli stili di vita [...], favorire gli impianti sportivi, le infrastrutture [...] che permettono di dare una valenza concreta alle indicazioni mediche». Tuttavia, qualcuno ridimensiona in una certa misura il ruolo dei comuni, alla luce del fatto che l'assenza di competenze specifiche nelle amministrazioni comunali fa sì che la prevenzione sia demandata a Enti gestori e associazioni di volontariato. L'assessore di un comune di piccole dimensioni sostiene a questo proposito: «il comune prende atto che gli anziani hanno bisogno di qualcuno che li indirizzi nei percorsi sanitari [...] ma poi sono i volontari che si attivano». Nei comuni piccoli, la delega al volontariato è quasi totale: dalla conferenza su tematiche di salute, al servizio infermieristico, allo spazio incontri per giovani.

Le politiche degli
amministratori

Questa visione trascura in qualche modo l'impatto che le politiche in sé possono avere sulla salute, indipendentemente da chi gestisce direttamente i servizi o promuove le iniziative, perché sono gli amministratori a decidere come impiegare le risorse economiche. Se la mancanza di risorse è un tema che ricorre spesso a giustificazione di una riduzione degli investimenti sulla prevenzione, va segnalato che ci sono dei comuni che anche negli ultimi anni hanno deciso di non ridurre in bilancio le spese per il sociale, o addirittura di incrementarle. Sono scelte difficili soprattutto su un territorio fortemente frammentato, dove i cittadini rischiano di vedere a pochi metri di distanza un'amministrazione che attribuisce priorità all'asfaltatura delle strade e l'altra alle politiche sociali.

La prevenzione implica però una prospettiva non sempre attraente per gli amministratori comunali, che devono cercare di mediare tra interessi diversi e urgenti e che dal punto di vista politico – come risultato spendibile a livello elettorale – hanno bisogno di risultati tangibili e immediati. I cambiamenti culturali sono difficilmente misurabili e soprattutto non danno risultati a breve termine, ma richiedono una visione di lungo periodo. Gli amministratori che decidono di dare priorità alle scelte di salute corrono dunque il rischio di essere impopolari, o anche solo di non essere compresi. Un esempio particolarmente calzante è quello del rilascio delle autorizzazioni per opere di urbanizzazione primaria: i sindaci ricevono spesso pressioni per estendere le aree edificabili, per esempio vicino alle aree industriali, poi insieme all'ARPA si trovano a dover gestire i problemi che ne derivano, come quelli di inquinamento acustico. Come ha detto il sindaco di un paese di piccole dimensioni: «quando sento parlare di PEC [Piano Esecutivo Convenzionato] mi si drizzano i capelli, perché so che dell'altro territorio sarà aggredito, distrutto». Secondo l'ARPA, nonostante si registrino molti miglioramenti nella qualità dell'ambiente, ancora oggi i comuni trascurano i rischi ambientali. In genere, secondo i partecipanti, la consapevolezza che quelle ambientali sono politiche per la salute non è molto diffusa tra i sindaci: il problema più urgente è il dissesto idrogeologico, che è «sotto gli occhi di tutti» anche se in pochi sembrano consci dei rischi. D'altra parte i comitati a tutela dell'ambiente non sempre sono in grado di instaurare un dialogo costruttivo con le parti in causa, anzi a volte fomentano i conflitti veicolando informazioni scorrette che suscitano l'allarme dei cittadini: questo è quanto capitato secondo un sindaco a seguito della decisione di un'azienda locale di convertire l'alimentazione di un altoforno da gas naturale a *pet coke*.

L'*impasse* in cui i singoli amministratori si possono trovare nel mediare interessi conflittuali, potrebbe essere superato se si stipulassero accordi di programma su aree territoriali più ampie, concordando strategie di sistema. Stupisce dunque il fatto che organismi formali quali la Conferenza dei Sindaci – organo consultivo dell'ASL che potrebbe svolgere un ruolo politico forte nel concordare le priorità in tema di promozione

Difficoltà

della salute e nello stabilire un approccio più ampio alla prevenzione – e il Comitato dei Sindaci di distretto, altro organo rappresentativo dei comuni nell'ambito sanitario, indicato dalla D.G.R. 5 novembre 2008 quale soggetto principale per l'attuazione dei PePS, siano pressoché assenti nella discussione di gruppo. In realtà la Conferenza è stata citata dal rappresentante di un comune quale contesto in cui è emersa un'accesa discussione in tema di vaccinazioni che ha visto opporsi il punto di vista della sanità – preoccupata del calo dell'adesione ai programmi di vaccinazione a seguito di una campagna mediatica che ha creato confusione nei cittadini – e alcuni sindaci che hanno spostato il dibattito sul piano della complessità della scelta. Lo scontro tra scienza e coscienza, in una sede istituzionale quale la Conferenza dei Sindaci, non è stato tuttavia vissuto come occasione meritevole di approfondimento e per promuovere un lavoro comune tra politica e professionisti della sanità.

Va segnalato come alcuni comuni (Bra) abbiano iniziato a cambiare le modalità di progettazione coinvolgendo attivamente il privato sociale e gli stakeholder del territorio, sia a livello di lettura dei bisogni (per evitare progettazioni costruite sugli obiettivi dei bandi e non sulle esigenze del territorio) sia a livello di progettazione. Una strada complessa, ma sicuramente positiva.

Il ruolo degli Enti gestori

Anche gli Enti gestori tendono in parte a ridimensionare il proprio ruolo, sostenendo che, a seguito della riduzione costante delle risorse a disposizione, gli operatori sociali sono sempre più costretti a concentrarsi sui casi più gravi, mentre molte funzioni, che possono rientrare nell'alveo della prevenzione, sono gestite dal mondo del volontariato. Se gli altri soggetti tendono ad accomunare le attività sociali erogate dai professionisti del sociale e dai volontari tralasciando le differenze che intercorrono tra questi attori sociali, dai discorsi dei tecnici emergono tutte le criticità che questo modo di operare comporta. Come ha spiegato un responsabile dell'area territoriale, nell'attività domiciliare svolta da figure professionali specifiche era compreso un lavoro che andava oltre l'assistenza, per esempio di sostegno al ruolo genitoriale, che nel caso di famiglie fortemente disagiate o fragili può prevenire possibili ulteriori problemi. In questo senso – anche se l'importanza del ruolo dei cittadini, delle famiglie e delle associazioni è spesso citato e riconosciuto dagli Enti gestori – per un direttore di consorzio l'ambito territoriale «è ancora troppo in mano al volontariato». L'approccio più sistemico, basato su interventi sui gruppi o sulla comunità, è fortemente penalizzato dagli stessi meccanismi di finanziamento: i trasferimenti economici sono infatti calcolati sugli interventi individuali e, quindi, il lavoro di prevenzione non si traduce in quote di budget.

Gli operatori e i dirigenti dei servizi sociali territoriali evidenziano come siano ormai i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) a dettare le priorità e che proprio gli interventi di prevenzione che non sono previsti dai LEA siano i

primi a essere penalizzati dai tagli. Ma ciò che nel breve tempo può essere considerato un risparmio non lo sarà nel medio e lungo termine, in quanto gli interventi di cura e di assistenza aumenteranno, generando costi per la collettività significativamente maggiori rispetto a quanto risparmiato. Per esempio, in città a forte concentrazione di immigrati già oggi si vedono aumentare gli inserimenti in comunità di ragazzi stranieri che vivono situazioni di disagio in famiglia, determinate dallo scontro culturale che sperimentano a livello personale. Situazioni che con un capillare lavoro di educativa di strada e di supporto alla genitorialità molto probabilmente si potrebbero evitare, riducendo i costi a carico della collettività.

Il ruolo delle ASL

Se fare prevenzione risulta difficile alle amministrazioni comunali e agli Enti gestori, bisogna tenere presente che è poco affine allo stesso comparto sanitario. Il fatto è che nella sua accezione più ampia e complessa di promozione della salute, la prevenzione richiede l'adozione di un paradigma diverso dalle attività di prevenzione tradizionalmente intese – tipiche per esempio dei servizi di igiene e di screening – che richiede metodi più flessibili e meno codificabili e competenze diverse, oltre che trasversali. In questo senso, se il nuovo modello di politica europea per la salute chiama in causa tutti i livelli e settori del governo e della società e presuppone la creazione o il rafforzamento di partnership tra i diversi attori istituzionali del territorio e la collaborazione della società civile (*Salute 2020*), è evidente che il gap da colmare prima di raggiungere questo obiettivo è ancora ampio.

Da un lato ci sono i servizi di educazione sanitaria, che da tempo lavorano sul territorio per intrecciare reti e costruire azioni di sistema. Un esempio è fornito dall'ormai consolidata collaborazione instaurata con la scuola, un soggetto che, oltre all'insegnamento delle materie curricolari, ha il mandato di formare i cittadini di domani, di accompagnarli nella crescita individuale e collettiva. Esiste un Piano Collaborativo che ogni anno prevede l'offerta alle scuole di un catalogo di progetti per la promozione della salute tra i giovani. Sul territorio questa collaborazione ha portato le scuole del territorio ad aderire alla rete SHE Piemonte - Rete regionale delle Scuole che promuovono salute. È forse anche grazie a queste numerose occasioni offerte dalla scuola e dall'ASL che, come hanno notato i partecipanti a uno dei due focus group, i giovani mostrano di essere piuttosto consapevoli rispetto ai comportamenti a rischio e sensibili ai temi della prevenzione, in certi casi, come in tema di guida in stato di ebbrezza, anche più degli adulti. Anche l'esperienza di Steadycam è un tentativo di innovazione che ha avuto successo. Il servizio di documentazione e ricerca audiovisiva, nato sotto l'egida del Servizio delle dipendenze dell'ASL CN2, oggi finanziato dalla Regione Piemonte, che propone corsi di *media education* a insegnanti e altre

Educazione
sanitaria

Ambiti sanitari tradizionali

figure educative, adotta un approccio multidisciplinare, partendo dal presupposto che i cambiamenti introdotti dalle nuove tecnologie vadano affrontati dagli adulti sulla base di una conoscenza diretta e di un utilizzo critico e consapevole.

Dall'altro lato, ci sono ambiti sanitari che sono ancora legati a schemi di lavoro tradizionali e distanti dal concetto di prevenzione più innovativo, a partire dalla medicina di base, spesso citata quale soggetto che potrebbe avere un ruolo importante, ma risulta difficile da coinvolgere, sia per ragioni di tipo organizzativo sia per mancanza di una formazione specifica, come ha affermato il direttore di un Dipartimento di Prevenzione. Va detto però che sono in corso esperienze interessanti da questo punto di vista: nel distretto di Alba, dal 2014 la promozione dell'attività fisica per la prevenzione di malattie croniche degenerative (come il diabete o l'osteoporosi) o per migliorare la salute dei pazienti è entrata a far parte degli obiettivi dei MMG. Il medico, sulla base delle condizioni del paziente, definisce l'adesione a un obiettivo con la prescrizione di un certo tipo di esercizio, proprio come se fosse un farmaco, e poi si monitorano e misurano gli effetti con indicatori ematici, o altri indicatori di salute (tono muscolare, ecc.). Attraverso la sorveglianza PASSI, sarà inoltre possibile monitorare eventuali cambiamenti nella diffusione della attività fisica a livello di popolazione dell'ASL CN2.

Il lungo percorso dell'integrazione

È opinione comune che la volontà di integrazione da parte degli attori sociali non manchi, così come non mancano le esperienze concrete di integrazione, per esempio le unità di valutazione composte da tecnici dei distretti e dei servizi sociali (UVG e UVD), o i progetti realizzati grazie alla collaborazione tra servizi dell'ASL e scuole. D'altra parte, è evidente che una condivisione reale di obiettivi e metodi è difficile, così che l'integrazione rischia di essere un obiettivo più enunciato che praticato. Non a caso sono i professionisti del sociale a sollevare maggiori dubbi sull'integrazione dei servizi per la prevenzione, e non i soggetti istituzionalmente e tradizionalmente titolati a questo scopo: sono quelli che scontano la fatica di vedere riconosciuto il valore delle attività sociali e culturali in termini di impatto sulla salute, ma anche dal punto di vista organizzativo interno.

A questo proposito alcuni sottolineano che i tagli subiti dalle attività di prevenzione sono originati da un problema culturale più che economico, perché rispetto alle attività sanitarie, le attività sociali «facciamo forse più fatica a misurarle e nominarle come attività di prevenzione». Emergono da queste parole la distanza che ancora separa culturalmente il mondo sanitario da quello sociale e la difficoltà di adottare davvero una prospettiva comune, perché mirare al cambiamento culturale significa innanzitutto lavorare sul lungo periodo e avere risultati poco misurabili in termini di causa/effetto. A proposito di cambiamenti di lungo periodo, l'esempio che porta

La distanza tra mondo sanitario e sociale

la scuola è quello delle competenze latenti, che possono essere stimolate nei minori attraverso la *peer education* o l'educativa di strada e che possono emergere in qualsiasi momento della vita dell'adolescente o del giovane, non necessariamente in concomitanza con le attività che le promuovono.

A causa della distanza culturale che permane tra attività sociali e sanitarie, specchio dell'assenza di un paradigma di riferimento unico, tra i partecipanti serpeggia la sensazione che i punti di accesso unici ai servizi socio sanitari da un punto di vista sostanziale e organizzativo non siano ancora riusciti a operare una reale unificazione: «facciamo fatica a condividere, è inutile! Le organizzazioni non sono ancora così pronte, ci sono paure, meccanismi di difesa. Credo che qui più di altre zone il lavoro integrato si faccia, ma si potrebbe fare ancora meglio».

Tuttavia l'esperienza dello sportello socio sanitario unico o punto unico di accesso è un esempio di come un finanziamento dedicato possa trasformarsi, dopo un periodo di sperimentazione, in un'attività di sistema, pur con tutti gli elementi di criticità evidenziati.

Lo stesso esito hanno a volte i progetti innovativi: a Mondovì si segnala come la Commissione mista nata sulla spinta della Fondazione CRC per l'emergenza casa sia diventata un gruppo di lavoro utilizzato al di là degli obiettivi originali. Inoltre, le esperienze e i tavoli di collaborazione segnalati dai partecipanti sono numerosi, dalla rete antiviolenza ai tavoli sull'emergenza profughi.

Le diverse prospettive sul tema di programmazione partecipata

I processi partecipati, che rappresentano il requisito imprescindibile per la costruzione di una strategia integrata per la salute che punti all'*empowerment* della comunità, sono molto distanti dai metodi e i criteri che dominano negli ambienti tecnico-scientifici. Questa distanza è emersa chiaramente nel corso della discussione, quando un dirigente dell'ARPA ha espresso la sua difficoltà a confrontarsi sul tema della partecipazione, così come applicata nella costruzione dei Piani di Zona o dei Profili e Piani di Salute: «perché le VIS appartengono a un altro mondo. Dal mio punto di vista le esperienze di programmazione partecipata funzionano se sono prescritte e autorizzate e se sono codificate e non lasciano spazio alla soggettività». In quest'ottica la responsabilità decisionale spetta alle amministrazioni e non deve esserci confusione di ruoli. L'alternativa a questa visione, espressa nel focus group da un dirigente scolastico, è che il pluralismo costituisca uno strumento per ridurre il rischio di soggettività. Piuttosto consapevoli dell'importanza delle esperienze di programmazione partecipata sono anche i politici (come nota un assessore: «nel caso della VIS ci sono molte implicazioni politiche, sicuramente però la voce dei cittadini competenti è necessaria»), così come i soggetti che li hanno promossi (ConSORZI e ASL), sebbene i pareri siano a volte discordanti anche all'interno dello stesso comparto, sia sociale sia sanitario.

Alcuni sottolineano il rischio che le esperienze di programmazione partecipata, come PePS, PdZ e Piani Locali delle Dipendenze (questi i più citati), si trasformino in ulteriori adempimenti che facilmente «si arenano sul protocollo economico» e finiscono per essere del tutto inefficaci se c'è uno scollamento tra livello tecnico e livello politico: «quando tu porti delle proposte e non ti dicono niente. Il niente è troppo rispetto a tutte le parole che abbiamo fatto ai tavoli». È fortemente richiesta una garanzia di efficacia decisionale tra tavolo tecnico e piano politico. Certamente la discontinuità delle linee di indirizzo regionali è, secondo gli intervistati, il motivo principale che ha ostacolato il pieno sviluppo di queste esperienze, che, senza mandato istituzionale, finiscono per essere accantonate a favore dell'attività ordinaria e degli obiettivi aziendali. Tuttavia, come ha affermato il referente del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL: «i PePS hanno smosso rapporti, idee, competenze latenti» che compongono, di fatto, un processo ancora in corso. Anche i Piani di Zona in alcune aree sono ancora attivi, attraverso l'operatività dell'Ufficio di Piano, nonostante per anni sia mancato il supporto regionale, che senza averli aboliti ne ha cancellato l'obbligatorietà e anche i finanziamenti. Rispetto all'impatto dei PdZ, è interessante la testimonianza dei rappresentanti dei consorzi che a oggi, solo a distanza di anni, affermano di vederne i risultati.

Decisamente positivo in merito allo strumento dei Profili di Salute a Scuola è, infine, il rappresentante della scuola, secondo cui «il pluralismo delle soggettività consente di raggiungere soluzioni migliori», così come è avvenuto in un istituto superiore, dove studenti, insegnanti e personale ATA e genitori, attraverso l'utilizzo di strumenti e metodi elaborati da un gruppo di lavoro inter-istituzionale (scuola e sanità) hanno condiviso e individuato i problemi prioritari e le policy specifiche con cui affrontarli.

6. Buone prassi

6.1 Dove cercare le soluzioni che servono per la prevenzione e la promozione della salute

A questo punto dell'indagine, una volta che si siano rintracciati i modelli teorici e metodologici di riferimento (capp. 1 e 2), una volta identificati i problemi che contano (cap. 3) e fatti i conti con l'attuale funzionamento della prevenzione nelle azioni e nell'organizzazione delle istituzioni e della società (capp. 4 e 5), si proverà a stabilire priorità, destinatari e obiettivi. L'unica incognita importante che resta in quest'ultima tappa sarebbe quella di scegliere le migliori azioni che vanno incontro alle priorità e ai destinatari stabiliti, perché sulla loro efficacia attesa si possano tarare gli obiettivi e la progettazione conseguente. Questo capitolo, intitolato *Buone prassi*, si preoccupa di valutare dove e come rintracciare criteri, referenze ed esempi che aiutino in questa ricerca e scelta delle soluzioni.

Il criterio principale che dovrebbe essere utilizzato per la scelta delle soluzioni è quello della loro "efficacia attesa" sul campo, cioè quanto si potrebbe attendere che accada in un dato contesto, avendo come riferimento un altro che ha già prodotto un risultato positivo. La documentazione in proposito è rintracciabile nella letteratura della cosiddetta *Evidence Based Prevention*, o prevenzione "basata sulle prove", o al più nei cataloghi delle cosiddette buone pratiche, con livelli di adeguatezza delle prove di efficacia molto variabili anche in funzione della complessità della soluzione e del suo contesto di applicazione. Infatti, le soluzioni da ricercare possono spaziare dal dominio, macro-organizzativo, delle politiche a quello, micro-organizzativo, degli interventi su specifici fattori di rischio.

Sul piano delle politiche, la strategia la Salute in Tutte le Politiche (già illustrata nei capitoli 1 e 2) ha mostrato, da un lato, che non c'è settore delle politiche (a ogni livello internazionale nazionale, regionale o locale) che sia immune da responsabilità nella generazione di fattori di rischio e protezione, e, dall'altro, che un impatto significativo si raccoglie solo a condizione di una coerenza di mandato e comportamenti da parte di tutte le istituzioni pubbliche e sociali e da parte delle popolazioni locali e della società. Questo significa che le azioni più efficaci dovrebbero essere quelle più complesse, che fanno in modo che in ogni contesto si realizzi il concorso di condizioni e interventi capaci di favorire il risultato. Questo fa sì che la valutazione di efficacia delle politiche sia un terreno molto complesso, che difficilmente può essere disciplinato secondo i canoni sperimentali della prevenzione "basata sulle prove" – (che richiede adeguate

L'efficacia attesa
come criterio

Valutazione
dell'efficacia

sperimentazioni con un gruppo di intervento e un gruppo di controllo, e con attribuzione casuale dell'intervento o con adeguata confrontabilità a priori dei due gruppi. A volte l'efficacia è documentabile attraverso lo studio di esperimenti naturali delle politiche: è il caso fortunato di quando una decisione politica crea una discontinuità temporale nella fruizione della misura e i beneficiari possono essere confrontati con i non beneficiari a parità di tutte le altre condizioni che hanno influenza sui risultati di salute. Più spesso è solo un'adeguata documentazione del disegno della politica, dei contesti e dei processi che ne hanno accompagnato la realizzazione, che permettono una valutazione della plausibilità che il risultato di salute sia attribuibile all'azione della politica. È esattamente la conoscenza che i cataloghi certificati delle buone pratiche cercano di disciplinare e documentare.

Relativamente più facile è la scelta della soluzione nel caso dei progetti su uno specifico fattore di rischio. In questi casi può essere più facilmente disponibile una buona letteratura scientifica che abbia studiato con metodi sperimentali, o quasi sperimentali, l'efficacia di singoli interventi (per esempio per la cessazione del fumo o la promozione dell'esercizio fisico o il miglioramento di sicurezza di una macchina o di una strada). Tuttavia, anche in questo caso la dimostrazione di efficacia teorica, rintracciabile nella letteratura della prevenzione "basata sulle prove", può non essere sufficiente dato che non sempre bastano le prove di efficacia per fare in modo che quello che è giusto ed efficace capiti davvero: ci vogliono le giuste condizioni di contesto, abilitanti, che la prevenzione deve saper creare. Anche in questo caso la documentazione e la certificazione delle buone pratiche serve per capire quali condizioni hanno reso possibile il risultato in altre esperienze.

Infine, può capitare che, sia nel caso delle politiche, sia nel caso degli interventi, non siano disponibili adeguate prove di efficacia: in tali casi si può confidare solo su valutazioni di plausibilità, costruite sulla base di teorie esplicative dei meccanismi di azione, dell'impatto atteso e delle condizioni che favoriscono il cambiamento. Questo dovrebbe essere il livello minimo di evidenza scientifica che deve essere richiesto a giustificazione di un'azione.

In conclusione, le soluzioni scelte devono dimostrare di essere plausibilmente utili e adeguate a raggiungere l'obiettivo di prevenzione, devono tener conto delle prove di efficacia, ove disponibili, e devono avere un disegno di intervento e valutazione valido dal punto di vista metodologico. Per venire incontro alle esigenze di chi progetta la prevenzione in un'ottica di promozione della salute sono stati sviluppati sistemi di documentazione che facilitano la ricerca delle informazioni che servono a scegliere azioni di provata, o almeno di plausibile, efficacia. Il principale riferimento per la prevenzione basata sulle prove è la rete italiana del Centro di Controllo delle Malattie (CCM) delle Regioni e del Ministero sulla *evidence based*

Documentazione
e certificazione
delle buone
pratiche

prevention: il Network Italiano per l'Evidence Based Prevention (NIEBP⁴⁹).

Per quanto riguarda la documentazione e certificazione delle buone pratiche, il sistema informativo e la banca dati Pro.Sa⁵⁰, oltre a raccogliere e a documentare interventi di prevenzione e promozione della salute realizzati su base locale, offre la possibilità di selezionare buone pratiche⁵¹ che rispondono ai criteri precedentemente descritti, nella misura in cui essi sono disponibili: orientate da una teoria, basate sulle prove di efficacia disponibili e metodologicamente ben documentate. Le buone pratiche sono state certificate in base alla documentazione prodotta dagli autori dei progetti e validate secondo i precedenti criteri contenuti all'interno di una griglia nazionale del programma *Guadagnare Salute*. La finalità di una buona pratica non è solo quella di descrivere un intervento, ma anche di renderlo trasferibile, adattandolo in altri contesti. Bisogna riconoscere che la maggior parte degli interventi, pur essendo ispirati a questi criteri, non presenta sempre una documentazione coerente ed esaustiva.

Con questi due riferimenti per la ricerca delle soluzioni il capitolo potrebbe chiudersi a questo punto. Come supplemento dimostrativo nelle parti che seguono viene presentata al lettore una selezione di politiche e interventi utili per gli scopi del documento che si possono considerare esempi interessanti, innovativi e promettenti sia sul versante delle politiche sia su quello degli interventi; dove possibile è stata selezionata una buona pratica certificata.

6.2 Il livello macro-organizzativo delle politiche

Un buon esempio macro-organizzativo è quello delle nuove politiche sanitarie di medicina di iniziativa, con gestione integrata dei percorsi di cura che derivano dalle prescrizioni contenute (tab. 36):

- a livello internazionale, nei documenti prodotti dalla programmazione europea *Salute 2020*;
- a livello nazionale, nel Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018;
- a livello regionale, nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 e dalla delibera recentemente approvata dalla Regione Piemonte relativa al riordino della rete territoriale del Servizio Sanitario Regionale piemontese.

49 Le attività del NIEBP sono consultabili al seguente indirizzo web: <http://niebp.agenas.it/>, in particolare la matrice di accesso ordinata secondo due elementi: il fattore di rischio (in riga) e il tipo di popolazione (in colonna). Ogni cella individuata da queste due caratteristiche contiene una scheda di sintesi delle prove di efficacia e i collegamenti ai materiali accessori disponibili.

50 Vedi www.retepromozionesalute.it

51 Vedi www.retepromozionesalute.it/bd2_elbp.php

Tabella 36. I livelli organizzativi delle politiche

Livello/Documento	Prescrizioni
Salute 2020 - OMS	Le gestione integrata dei percorsi di cura e le pratiche di medicina d'iniziativa fanno parte di <i>Vision e Principi dell'Action Plan Salute 2020</i> e attraversano in modo trasversale tutti gli ambiti prioritari
Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018	Fa riferimento ad alcune tipologie di interventi valutati costo efficaci: screening e gestione integrata del diabete
Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018	Prevede programmi organizzativi integrati per la gestione dei pazienti
DGR di riordino della rete territoriale	Prevede la presa in carico dei pazienti cronici attraverso la Medicina di Iniziativa

Patologie croniche

La risposta “tempestiva” ai bisogni dei pazienti cronici (i 18 milioni di italiani con patologie croniche – il 30% della popolazione nazionale – consumano circa il 70% delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale), la cui presa in carico prevede un approccio proattivo che non si limiti a “riparare” i pazienti quando la malattia si presenta in modo conclamato, ma sia in grado, per contro, di intercettare i bisogni individuando fattori di rischio e inducendo stili di vita sani, rappresenta di fatto la priorità all'interno delle prescrizioni contenute nei documenti di programmazione analizzati.

Un modello innovativo di management sanitario, utilizzabile come possibile riferimento per la gestione delle patologie croniche, è rappresentato dalla gestione integrata dei pazienti. Tale modalità organizzativa è stata avviata in Piemonte per i pazienti diabetici sin dal 2005 e successivamente è stata sancita da accordo con la medicina generale nel 2008.

6.2.1 I percorsi dei pazienti cronici: la gestione integrata dei pazienti diabetici

Secondo il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-18, il diabete è destinato a diventare la causa maggiore di disabilità e di mortalità nei prossimi venti anni: l'OMS lo ha quindi inserito tra le patologie su cui maggiormente investire.

Diffusione del diabete

Poiché il numero di persone affette da diabete è in costante crescita in tutto il mondo, i costi per la cura di questa malattia rappresentano una quota costantemente in aumento nei budget di tutti i Paesi, cui si aggiungono i costi provocati dalle gravi complicanze che esso provoca. Attualmente, in Italia, vivono almeno 3 milioni di persone con diabete (5% della popolazione), cui si aggiunge una quota di persone, stimabile in circa un milione, che, pur avendo la malattia, non ne è a conoscenza.

Gestione integrata del diabete

L'adesione – volontaria – alla gestione integrata da parte di tutti gli attori coinvolti (il paziente, il medico di famiglia e gli specialisti disciplinari) prevede che il paziente, una volta arruolato dal suo medico di famiglia, venga inviato al centro specialistico per una valutazione complessiva del caso, per l'impostazione terapeutica e l'educazione strutturata alla gestione della terapia; il successivo follow-up condiviso tra medici di famiglia e specialisti prevede controlli clinici e laboratoristici presso lo studio del medico di famiglia (in genere trimestrali) e visite di controllo (in genere annuali od ogni 18 mesi) presso il centro specialistico.

In caso di malattie intercorrenti o peggioramento dei parametri laboratoristici, se il medico di famiglia lo ritiene necessario, può richiedere una consulenza al centro specialistico, usando codici di priorità concordati.

I tre obiettivi posti in Piemonte dall'avvio della gestione integrata dei pazienti, che sono ridurre i casi misconosciuti, avviare un efficace follow-up dei pazienti e migliorare la performance, vengono perseguiti attraverso il monitoraggio costante di indicatori, di processo e di esito intermedio.

Altro esempio di introduzione di *setting* di cura multidisciplinari, che consentano la presa in carico congiunta di soggetti fragili, in Piemonte, è rappresentato dalla previsione del lavoro congiunto degli psicologi nell'ambito delle forme organizzative delle Cure Primarie presenti nei Distretti delle ASL piemontesi.

6.2.2 Un esempio di innovazione organizzativa: *l'assistenza psicologica nelle Cure Primarie*

La Regione Piemonte ha recentemente approvato, con delibera regionale⁵², un percorso diagnostico terapeutico relativo all'assistenza psicologica nelle Cure Primarie, che si propone l'obiettivo di diffondere un modello innovativo di gestione delle patologie croniche – la medicina di iniziativa, anche relativamente al disagio psicologico e alle sue manifestazioni più frequenti, quali ansia e depressione. Secondo i dati diffusi dall'OMS e riportati in allegato al provvedimento citato, le problematiche di tipo psicologico, sia primarie sia conseguenti a stati di cronicità o invalidità (malattie cardiovascolari, tumori, malattie croniche, diabete e depressione) sono presenti nel 21-26% dei pazienti che afferiscono ai servizi della medicina generale.

Il collegamento e il coordinamento tra soggetti e strutture deputati alla cura del disagio mentale⁵³ e i soggetti delle Cure Primarie (precipuamente i medici di famiglia), rappresenta un modello di integrazione che consente di

Coordinamento tra soggetti

52 Dgr. n. 15 del 4 febbraio 2014 - recepimento delle Linee di Indirizzo, raccomandazioni e PDTA su: assistenza psicologica agli adolescenti, assistenza psicologica nelle cure primarie, nella rete sanitaria territoriale del Piemonte, diagnosi precoce delle demenze, nelle patologie a elevato carico emotivo (ECE).

53 La prevenzione e la cura di ansia e depressione attraversano trasversalmente più articolazioni organizzative delle ASL deputate a erogare i Livelli Essenziali di Assistenza. Di fatto la struttura organizzativa deputata alla cura è rappresentata dai Dipartimenti di Salute Mentale, dei quali fanno parte i Servizi di psicologia nella generalità delle ASL piemontesi. I Dipartimenti di salute mentale sono peraltro concepiti e organizzati, in termini strutturali e funzionali, per dare risposte soprattutto ai pazienti affetti da disturbi psicotici.

Esperienze di integrazione

prevenire stadi più gravi e prevede il coordinamento e la collaborazione di diversi servizi e diverse figure professionali nel processo di assistenza, organizzati in team multi-professionali, di cui fanno parte il medico di famiglia, lo psichiatra, lo psicologo, un infermiere o un educatore esperto o formato sulla depressione, che valuta i sintomi e svolge interventi educativi su di essi.

A partire dal 2009, in alcune ASL piemontesi (ASL TO1, ASL TO2, ASL TO3 – Borgaretto, ASL TO5 – La Loggia) sono state avviate sperimentazioni di integrazione tra psicologi e Cure Primarie nell'ambito dei Distretti, nel contesto di ambulatori di medicina di gruppo. Nelle diverse sperimentazioni i gruppi di lavoro hanno messo in atto strategie condivise, che hanno prodotto un buon grado di integrazione finalizzato alla cura delle persone. Il lavoro psicologico nell'ambito delle Cure Primarie ha utilizzato gli strumenti della consulenza, della valutazione psicodiagnostica, del sostegno e della psicoterapia breve-focale.

I risultati di queste sperimentazioni, ancora in fase di elaborazione, evidenziano come l'integrazione tra psicologi e Cure Primarie migliori l'appropriatezza dell'invio ad altri specialisti o servizi, riduca la prescrizione di farmaci e di esami diagnostici, migliori la qualità di vita percepita e riduca i sintomi, consentendo una presa in carico globale dei pazienti.

6.3 Il livello micro progettuale: gli interventi specifici

In questa seconda parte vengono passati in rassegna 15 interventi che si configurano come progetti che, seppur con gradi diversi di documentazione delle proprie attività e dei risultati (facendo riferimento a prove di efficacia), possono essere considerati interventi interessanti, innovativi e promettenti. Tra questi vi sono: un intervento (*Unplugged*) che è il risultato di un progetto di ricerca multicentrico europeo che ha dimostrato, con una sperimentazione controllata, la sua efficacia nel prevenire l'uso di tabacco e cannabis e gli episodi di ubriachezza nei ragazzi di 12-14 anni e attualmente è applicato nelle scuole di molti Paesi europei e di molte regioni italiane: esso rappresenta il modello di una soluzione dotata di adeguate prove di efficacia; un progetto (*Giovani = strade sicure*) che è stato certificato come buona pratica secondo il sistema di selezione nazionale e può essere considerato un esempio di qualità secondo i criteri citati in questo capitolo; tre interventi innovativi che sono stati sviluppati secondo la strategia del marketing sociale per la promozione della salute. Nella parte conclusiva sono riportati i riferimenti a una serie di progetti europei sulla salute mentale nei luoghi di lavoro e sulla rete degli ospedali e dei servizi sanitari che promuovono salute, anch'essi dotati di gradi diversi di prove di efficacia.

La selezione è stata effettuata cercando di proporre un quadro diversificato di esempi per i temi affrontati, i *setting*, i destinatari, le modalità di realizzazione del progetto e le varie tipologie di capofila e partner coinvolti (sanitari e non). In particolare, si è cercato di individuare almeno un

Selezione dei progetti

progetto per ogni fase del ciclo di vita. Nella scelta dei progetti la priorità è stata data al contesto nazionale, con l'obiettivo di offrire esempi italiani, quindi culturalmente più vicini, interessanti per la finalità di questa ricerca.

Come si può osservare tutti i progetti sono selezionati in relazione alla fase del ciclo di vita. Se un progetto coinvolge più di una fase del ciclo di vita esso viene riportato più volte. Inoltre per ogni progetto è stata predisposta una scheda di presentazione più dettagliata e un link al web per gli approfondimenti. Le schede sono disponibili nell'Allegato 2 (tab. 37).

Tabella 37. Schede di buone prassi con indicazione del setting e dell'oggetto prevalente dell'intervento

Fase del ciclo di vita	Progetto	Setting	Oggetto prevalente dell'intervento	Territorio
Primi 1.000 giorni	Tutte le mamme del mondo	Comunità e Servizi territoriali	Percorso nascita e genitorialità	Pinerolese
	Nati per leggere	Famiglia	Sviluppo cognitivo e emozionale	Italia
	Nati per la musica	Famiglia	Sviluppo cognitivo e emozionale	Italia
Età prescolare	Obiettivo Spuntino	Scuola	Sovrappeso e obesità, inattività e sedentarietà	Comuni della provincia di Torino
	Obiettivo Spuntino	Scuola	Sovrappeso e obesità, inattività e sedentarietà	Comuni della provincia di Torino (ASL TO3)
Età scolare	Pro.Muovi Saperi e Sapori	Scuola	Alimentazione, attività fisica	Comuni della provincia di Torino (ASL TO4)
	Giovani = strade sicure	Scuola	Sicurezza stradale	Provincia di Alessandria
	Unplugged	Scuola	Prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e sostanze	Italia
Adolescenti/giovani	Think! (Marketing sociale)	Mobilità, Media	Sicurezza stradale	Regno Unito
	Truth (Marketing sociale)	Media	Disassuefazione dal fumo	Stati Uniti
	FAN - Famiglia, Attività fisica, Nutrizione (Marketing sociale)	Media, Famiglia	Attività fisica, nutrizione	Canton Ticino – Svizzera

Fase del ciclo di vita	Progetto	Setting	Oggetto prevalente dell'intervento	Territorio
Adulti	Piani mirati di prevenzione (per esempio, l'uso sicuro dei carrelli elevatori)	Lavoro	Sicurezza sul lavoro	Provincia di Monza e Brianza
	Montagne di salute	Montagna	Attività fisica	Provincia di Modena e Reggio Emilia
	Promozione della salute mentale nei luoghi di lavoro	Lavoro	Sicurezza e benessere organizzativo sul lavoro	Alcuni Paesi europei
	Think! (Marketing sociale)	Mobilità, Media	Sicurezza stradale	Regno Unito
	Distribuzione automatica di alimenti e promozione della salute (Marketing sociale)	Università, imprese	Alimentazione	Provincia di Modena
Anziani	Montagne di salute	Montagna	Attività fisica	Provincia di Modena e Reggio Emilia
Tutte le fasce di età	Guadagnare Salute a Podenzano	Comunità	Politiche per la Salute	Podenzano (PC)
	Pane meno sale	Comunità	Alimentazione	Reggio Emilia
	Lasciamo il segno	Comunità	Attività fisica	Provincia di Treviso
	Rete OMS Ospedali che promuovono salute	Sanità	Promozione della salute in ospedale	Italia

7. Considerazioni finali

7.1 Prevenire e promuovere

La Costituzione della Repubblica Italiana dà valore alla salute e la tutela come fondamentale bene individuale e interesse collettivo (art. 32, parte I).

Anche in concreto adempimento di questi principi, il miglioramento continuo dello stato di salute della popolazione negli ultimi decenni è stato dato dal buon successo di una medicina distribuita in modo universalistico e dal miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro delle generazioni che si sono succedute.

Su questi risultati ha influito positivamente anche il rafforzamento delle attività di prevenzione, cioè quel continuum di azioni volte a evitare o ritardare transizioni sfavorevoli nella storia della malattia, che consentono di guadagnare salute sia intervenendo sui fattori di rischio (prevenzione primaria), sia riconoscendo tempestivamente i segni precoci di malattia per curarla meglio (prevenzione secondaria), sia prendendo in carico le sue conseguenze per moderare le limitazioni funzionali (prevenzione terziaria).

Prevenzione, dunque, sia individuale, orientata cioè al beneficio del malato che chiede aiuto al medico nel contratto clinico, sia collettiva, finalizzata a massimizzare il beneficio a livello di comunità.

Così, in questi ultimi anni la salute degli italiani si è mostrata capace di assorbire gli stress della recente crisi e le restrizioni dell'austerità, con indici di salute fisica che hanno continuato a migliorare. Tuttavia, merita sottolineare che gli indici di salute psicologica e mentale dei maschi adulti e giovani hanno cominciato a flettere verso il basso.

Si rileva peraltro che le persone in condizioni di svantaggio sociale tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, a essere meno soddisfatte della propria salute e a morire prima.

A fare la differenza sono soprattutto le disuguaglianze nelle risorse individuali (titolo di studio, posizione professionale e relativo prestigio, reddito e beni accumulati). In particolare, il titolo di studio conseguito è quello che a parità di età spiega maggiormente le variazioni di salute. Per esempio, negli anni Duemila si osservano più di cinque anni di svantaggio nella speranza di vita tra gli uomini in una posizione di operaio non qualificato rispetto a quelli in una posizione di dirigente, con un'aspettativa di vita progressivamente crescente lungo la scala sociale. Il rischio di morire cresce con l'abbassarsi del titolo di studio; tra gli uomini, posto uguale a uno il rischio di un laureato, la mortalità cresce del 16% nel caso della maturità, del 46% nel caso di licenza media e del 78% nel caso di licenza elementare. Questo fenomeno si ripete

Attività
di prevenzione

Svantaggio
sociale e risorse
individuali

Health literacy

anche tra le donne e riguarda tutti gli indicatori di salute: ammalarsi, restare a lungo con la malattia e con le sue conseguenze, morire a causa della malattia.

Questo rilievo mette al centro della prevenzione e della promozione della salute il tema della cosiddetta *health literacy*, ossia le competenze per la salute. A livello individuale, per esercitare i propri diritti e doveri in tema di salute, sono fondamentali le competenze e le abilità nel comprendere ed elaborare informazioni relative alla propria salute, quali per esempio il saper leggere un referto medico, l'orientarsi all'interno dei servizi sanitari e, più in generale, compiere scelte consapevoli a favore del proprio benessere e della propria salute, sapendo cogliere opportunità e affrontare difficoltà.

Queste abilità fanno parte delle più generali competenze di *literacy* che sono considerate un importante precursore e predittore dei livelli di partecipazione, di occupazione lavorativa e di stato di salute. In una recente indagine europea del 2009-2012 (Pelikan, 2012), quasi la metà della popolazione europea mostrava una *health literacy* limitata, con poca o nessuna consapevolezza delle sue conseguenze sul benessere e sulla salute, soprattutto tra i gruppi più svantaggiati: 80% tra i meno istruiti, 75% tra i malati, 70% nella bassa classe sociale, 60% degli ultrasessantenni, il 50% dei disoccupati.

Risorse collettive e di contesto

Non meno rilevanti sono anche le disuguaglianze nelle risorse collettive e di contesto, come l'organizzazione e l'ambiente fisico e sociale di vita e di lavoro e, in particolare, il capitale sociale, ovvero il livello di coesione sociale all'interno delle comunità.

Se questi sono i principali determinanti delle variazioni di salute, allora le responsabilità chiamate in causa per la prevenzione sono numerose: da quella del soggetto, a quella dei professionisti sanitari, a quella di tutti gli altri attori che possono influenzare questi determinanti.

La progressiva consapevolezza del ruolo dei determinanti sociali e ambientali nella genesi e quindi nella tutela della salute ha messo a confronto due approcci interpretativi del rapporto salute/malattia: il modello biomedico, fondato sulla patogenesi, e quello socio-ecologico, che tiene conto dei processi di salutogenesi integrandoli nella storia del modello biomedico.

Così le diverse "risorse" che la persona acquisisce nel suo ciclo di vita – sostenute o meno dal contesto – diventano fattori su cui la prevenzione può investire per guadagnare salute e per evitare fattori di rischio e comportamenti insalubri. In effetti, la letteratura scientifica dimostra ampiamente come benessere, felicità e qualità della vita siano direttamente funzionali allo sviluppo della salute fisica e psichica.

Le azioni di promozione della salute

Dunque, le azioni di promozione della salute, autonomamente intraprese dalle persone o dalle comunità oppure sostenute da operatori e decisori locali (non necessariamente sanitari), devono comprendere non solo quelle volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui, ma anche quelle volte a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche, in modo da attenuare il loro impatto sul benessere e sulla salute del singolo e della collettività.

In questa logica, si passa da un concetto di prevenzione in senso specifico a un concetto più ampio di *promozione della Salute in Tutte le Politiche* in cui sono fondamentali la partecipazione e la soggettività non solo degli operatori sanitari ma anche delle Istituzioni, del sistema produttivo, delle comunità, delle famiglie e dei cittadini.

In tale prospettiva sono necessarie politiche sanitarie che siano capaci di favorire collaborazioni tra servizi di diversa natura, sia ospedalieri sia territoriali, aperti alle risorse e alla disponibilità della comunità locale. L'obiettivo è di aumentare l'autonomia del paziente (*empowerment*) l'efficacia della cura, la sostenibilità e la responsabilità sociale della gestione dei servizi.

Le politiche dei diversi settori delle amministrazioni locali (sociale, mobilità sostenibile, urbanistica, culturale, ecc.) possono raggiungere gli obiettivi dei propri mandati istituzionali attraverso processi partecipativi con la comunità locale e, allo stesso tempo, effettuare scelte politiche che tengono conto degli impatti sulla qualità della vita, sul benessere individuale e collettivo, sulla salute e sulla malattia, creando senso di appartenenza e comunità e ri-generando legami, capitale e coesione sociale attorno a più beni comuni.

Questi risultati incontrano e si scontrano anche con tante resistenze al cambiamento, di tipo culturale, politico e professionale, che si traducono in timori rispetto ai propri interessi, sfiducia e talora anche conflitti: tutti aspetti che devono essere presi in carico tramite strategie che permettano di ri-costruire fiducia e incontro, di liberare risorse con soluzioni creative e sostenibili, di fare progettazione partecipata, costruendo nuovi legami sociali tra i diversi soggetti della comunità locale, ripensando e riprogettando i contesti di vita e lavoro che la compongono.

Così, l'OMS raccomanda strategie attivate per contesti (*setting*) che prevedono la titolarità dei responsabili del *setting* stesso nell'intraprendere le azioni di cambiamento, la partecipazione, dei destinatari che vivono nei contesti, sin dalla fase di progettazione, e la collaborazione con altre organizzazioni ed enti della comunità locale.

L'OMS in tal senso ha incoraggiato questa strada promuovendo delle reti internazionali, molte delle quali presenti anche in Italia:

- la Rete delle Città sane
- la Rete delle Scuole che promuovono salute
- la Rete dei Luoghi di lavoro che promuovono salute
- la Rete degli Ospedali e dei servizi sanitari che promuovono salute
- la Rete delle Carceri che promuovono salute.

Ma una prevenzione orientata ai determinanti di salute deve fare i conti con le numerose barriere che ancora ostacolano la sua affermazione nell'agenda delle politiche pubbliche: l'assenza di una domanda sociale di prevenzione, la scarsa propensione delle politiche pubbliche a misurarsi sui risultati di tutela della salute e quindi sugli indicatori di salute e di

Strategie
per il *setting*

disuguaglianze di salute, i limiti dell'organizzazione a compartimenti stagni e per adempimenti delle politiche pubbliche che ostacola l'intersectorialità e l'integrazione delle molteplici responsabilità, la resistenza a misurarsi con la dimostrazione di efficacia delle azioni di prevenzione che si compiono.

Queste nuove sfide della prevenzione sono raccolte adeguatamente dalle raccomandazioni degli organismi internazionali e dai documenti di programmazione sanitaria italiana:

- il documento *Salute 2020* dell'OMS pone un netto accento sul fatto che tutti i settori della società, oltre alla sanità, possono concorrere in modo sostanziale ed equo al benessere e alla salute delle persone e delle comunità locali sia nel proprio settore di competenza sia con politiche e azioni intersectoriali;
- il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, nell'ambito della programmazione sanitaria prevista dal Patto per la Salute, individua la visione, i principi, le priorità che delineano i 10 macro-obiettivi di salute e benessere e il modello di governance che ne supporta la realizzazione e valutazione.

Nella visione e nei principi i due documenti sono ben allineati: una buona salute riveste un'importanza vitale, poiché bene e diritto umano fondamentale per la vita di ogni persona, per tutte le famiglie e per tutte le comunità. La buona salute è inoltre richiamata come essenziale per lo sviluppo sociale ed economico ed entrambi i documenti si impegnano a mettere al centro delle politiche la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e la prevenzione collettiva come fattori di giustizia sociale nei risultati di salute e di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare.

In *Salute 2020* sono individuati due obiettivi strategici tra loro collegati: uno riguarda l'impatto su salute e benessere anche in relazione alle disuguaglianze e l'altro il processo di governance che garantisce il raggiungimento del primo obiettivo. Il documento italiano raccoglie entrambi questi indirizzi, ma limita l'attenzione alle disuguaglianze solo ai gruppi fragili, un approccio di minore impatto sulla salute.

Salute 2020

Salute 2020 mostra determinazione nella scelta delle priorità, perché oltre ai criteri tradizionali (priorità alle malattie più frequenti e importanti, ben delineate nel PNP) sottolinea, da un lato, il ruolo cruciale delle competenze, capacità e risorse di salute (*empowerment*) e, dall'altro, le due principali condizioni di contesto che rendono le persone più capaci di promuovere e tutelare la salute: servizi sanitari sensibili ai bisogni e capaci di buona risposta per tutti, comunità resilienti che includono, sostengono e stimolano percorsi di salute.

Leadership e stewardship

Per raggiungere gli obiettivi e soddisfare le priorità previste bisogna che tutti quelli che partecipano facciano bene la loro parte, quand'anche nessuno sia titolato a comandare: è necessaria la cosiddetta buona governance. Per questo scopo è meglio se c'è una leadership che guidi il percorso di realizzazione, ma in

assenza di un'autorità materiale e immateriale, è necessario che ci sia qualcuno che assicura che tutti siano nelle condizioni di fare al meglio il proprio compito, cioè conoscere cosa serve, disporre delle risorse necessarie, controllare se tutto va per il meglio: è necessaria la cosiddetta attività di *stewardship*.

Lo sviluppo del ruolo di *steward* nella prevenzione e nella promozione della salute da parte del settore sanitario nel raggiungimento con i portatori di interesse degli obiettivi di salute è un obiettivo prioritario del PNP 2014-2018.

Il principio cruciale della Salute in Tutte le Politiche è richiamato e deve improntare le azioni dei Piani Regionali della Prevenzione (PRP) al fine di mantenere un elevato livello di attenzione sul tema cruciale dell'utilità sociale nell'impiego delle risorse pubbliche.

Per questo motivo la scelta dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte è stata di impegnare con un atto deliberativo tutta la Giunta regionale, e non solo l'Assessorato di competenza, «nella definizione del PRP che prevede dieci programmi da perseguire entro il 2018, declinati in obiettivi, azioni e relativi indicatori per la valutazione costruiti secondo il modello europeo».

In particolare, il piano piemontese ha scelto di declinare i macro-obiettivi nazionali – di natura tematica – all'interno dei contesti (*setting*) di vita e lavoro (i primi quattro programmi) per facilitare la progettazione di azioni efficaci a partire dalla titolarità dei responsabili dei *setting* e tenendo conto dai fattori individuali, organizzativi e ambientali, propri dei contesti, che condizionano il benessere e i comportamenti di salute. La Regione indirizza e sostiene le Aziende Sanitarie Locali nella stesura, realizzazione e valutazione dei Piani Locali della Prevenzione, che sono stati approvati a inizio autunno 2015 e che costituiscono un riferimento fondamentale per tutte le politiche e gli investimenti in questo campo.

Si tratta di politiche e investimenti preventivi sulle priorità di salute che hanno bisogno di utilizzare soluzioni efficaci, che cioè abbiano maggiore probabilità di funzionare nel ridurre il carico di malattia e sofferenza nella popolazione.

A questo proposito, la letteratura sulla prevenzione basata sulle prove di efficacia sta incominciando a costruire fonti informative utili per scegliere le soluzioni di prevenzione dotate di adeguate prove di efficacia.

Tuttavia, gli interventi di prevenzione hanno una loro complessità intrinseca che non sempre è disciplinabile secondo le regole della prevenzione basata sulle prove, pertanto occorre utilizzare altri metodi per garantire che la scelta delle soluzioni sia plausibilmente orientata in modo da ottenere i migliori risultati di salute possibili.

I requisiti valutativi dei progetti di prevenzione e promozione della salute devono esigere che le soluzioni proposte corrispondano ai migliori standard di efficacia attesa documentabili: in questo senso sono ormai numerosi gli esempi catalogati in appositi sistemi informativi e banche dati – per esempio le buone pratiche – tali da coprire tutte le fasi del ciclo di vita, dai primi mille giorni fino alla terza età.

Piani Regionali
della Prevenzione

In questa situazione, oltre alle politiche del Servizio Sanitario Nazionale, è interessante rilevare il contributo dato da alcuni movimenti “dal basso” che cercano di presidiare e tutelare il diritto “salute”. Questo rinnovato attivismo per la salute può concorrere a una maggiore partecipazione e responsabilizzazione individuale e collettiva, rafforzando le capacità di difesa del diritto alla salute e di scelte salutari e promuovendo ambienti favorevoli al benessere e alla qualità della vita.

7.2 In provincia di Cuneo

Sullo sfondo di questo contesto culturale e programmatico, l'analisi delle condizioni e delle aspettative di vita e della salute percepita in provincia di Cuneo evidenzia che:

- migliora la speranza di vita in entrambi i sessi e gli uomini recuperano in parte lo svantaggio rispetto alle donne;
- la mortalità trattabile con gli interventi di prevenzione e di sanità è quella che migliora più in fretta;
- la distribuzione geografica della mortalità generale e per grandi gruppi di cause è a svantaggio delle aree periferiche (valli alpine) e rimane invariata nel tempo;
- in montagna si muore di più che nel resto della provincia, in particolare per malattie correlate ad alcol e fumo, per malattie respiratorie croniche, cadute e infortuni, incidenti stradali, suicidi e per cause legate alle difficoltà di uso dell'assistenza sanitaria primaria;
- migliorano gli indicatori di salute fisica e di cronicità e salute percepita in seguito all'arrivo in età anziana delle nuove generazioni che hanno condiviso condizioni di vita più favorevoli, peggiorano però gli indici di salute psicologica e mentale, come probabile risposta agli stress della crisi;
- il 4,1% della popolazione piemontese presenta un qualche tipo di limitazione funzionale, in posizione di relativa protezione rispetto al dato nazionale; questa percentuale di persone con disabilità si è ridotta, in modo più accentuato nella provincia di Cuneo rispetto al Piemonte.

Per quanto concerne i determinanti sociali di salute, non sono ancora disponibili dati sistematici sulle disuguaglianze sociali in provincia di Cuneo, ma i dati su scala nazionale spiegano quasi il 30% della mortalità maschile e intorno al 15% di quella femminile e riguardano tutti gli indicatori di salute: nella progettazione di interventi di prevenzione, per scegliere priorità, è opportuno tenere in considerazione, oltre all'impatto di ogni singolo fattore di rischio sulla salute, anche l'impatto della sua distribuzione sociale.

Considerando i fattori di rischio individuale connessi agli stili di vita, si nota che:

Fattori di rischio individuale

- rimane alta la prevalenza di fumatori, ma è in discesa sia nella quota di forti fumatori, sia in quella di coloro che fumano meno di 20 sigarette al giorno;
- la pratica costante di attività fisica in Italia interessa ancora una minoranza della popolazione, ma in provincia di Cuneo è più frequente, in particolare fra le donne;
- l'alta frequenza di eccesso ponderale, soprattutto tra gli uomini, è in leggera crescita, anche se in provincia di Cuneo il dato è relativamente meno pronunciato della media regionale.

In merito alle attività di prevenzione in senso specifico, si osserva che:

- la propensione al controllo della pressione arteriosa, della glicemia e del colesterolo è molto elevata e frequente in provincia di Cuneo ed è in crescita;
- cresce la percentuale di donne che aderisce ai programmi di screening (mammella e collo dell'utero), anche se rimane più bassa della media regionale;
- meno della metà degli operatori sanitari ha chiesto ai propri pazienti se fumavano e meno di un terzo ha indagato le abitudini nel consumo di bevande alcoliche.

Riassumendo:

- la salute fisica dei cuneesi migliora costantemente anche grazie al contributo di un buon sistema sanitario a impianto universalistico e al miglioramento delle condizioni di vita delle generazioni che si succedono;
- la salute fisica dei cuneesi potrebbe migliorare più in fretta se ci si concentrasse sui principali determinanti di salute a maggiore impatto:
 - *in primis* i determinanti sociali attraverso il concorso di tutte le politiche che possono contribuire a migliorare le condizioni di vita delle persone, soprattutto includendo i gruppi più svantaggiati;
 - gli stili di vita insalubri a maggiore impatto, ovvero sovrappeso, fumo e alcol;
 - i rischi da lavoro per la sicurezza e la salute;
- la salute psicologica e mentale è minacciata dagli stress della crisi e delle misure di austerità e va inclusa tra i target della prevenzione e promozione della salute;
- le aree interne di montagna continuano a essere il principale bersaglio dei problemi di salute prioritari sopra menzionati.

Passando a esaminare le risorse dedicate alla prevenzione dal sistema sanitario nel cuneese, si riscontra che nel 2014 le due ASL CN1 e CN2 della provincia, per le attività erogate dal Dipartimento di Prevenzione,

Risorse per la prevenzione

Attività dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL cuneesi

hanno speso rispettivamente 53 milioni di euro e 14 milioni di euro, pari rispettivamente al 12,3% e 5,6% della spesa sanitaria complessiva di ciascuna delle due ASL.

Della quota complessivamente spesa per la prevenzione, il 60% è stato speso nell'ASL CN1 per l'assistenza veterinaria (37% nell'ASL CN2), in funzione della particolare concentrazione in quel territorio del patrimonio zootecnico provinciale.

Al netto della prevenzione veterinaria, la spesa pro capite nel cuneese si aggira sui 53 euro, in linea con il dato regionale.

Queste risorse economiche consentono, nel 2014, l'attività di circa 440 addetti ai servizi del Dipartimento di Prevenzione nelle ASL CN1 e CN2, dei quali 240 impegnati nella prevenzione veterinaria, 72 nel SISP (Servizio Igiene e Sanità Pubblica), 49 nello SPRESAL (Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro) e 42 nel SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione).

Le principali attività istituzionali dei Dipartimenti di Prevenzione erogate con le risorse provenienti dal livello regionale (vaccinazioni, screening, vigilanza, sorveglianza) evidenziano una buona copertura e un'adesione soddisfacente della popolazione nelle due ASL della provincia.

Per esempio, per gli screening mammografico e cervicale gli indicatori relativi alla copertura del programma (indicatore di efficacia delle azioni di reclutamento dei programmi di screening) e all'adesione al programma (analisi dell'adesione per classi di età, operata per lo screening mammografico) fanno rilevare percentuali più elevate rispetto ai valori medi regionali: 81% in provincia di Cuneo contro il 74% della media regionale per il primo indicatore e 68% contro il 65% per quanto riguarda il secondo.

I progetti locali erogati in ottemperanza al Piano Regionale di Prevenzione, all'interno della comune cornice programmatica delineata a livello regionale, evidenziano una forte autonomia delle due ASL della provincia di Cuneo nella selezione dei progetti e dei filoni da attivare e sviluppare. Anche la ricognizione dei Progetti di Promozione della Salute contenuti nella banca dati regionale Pro.Sa evidenzia, peraltro, un'evidente difformità nelle tematiche perseguite.

Di rilievo il percorso compiuto nelle due ASL – tuttora in corso – per portare la salute in tutte le politiche attraverso i Profili e Piani di Salute.

Ricordando la caratteristica dei Dipartimenti di Prevenzione come "hub" di percorsi di prevenzione interni ed esterni all'Azienda Sanitaria, si evidenzia che quelli delle due ASL CN1 e CN2 documentano la presenza di numerose e articolate sinergie con soggetti interni ed esterni all'ASL.

Per quanto concerne le alleanze interne si rileva la buona sinergia, oltre che all'interno del Dipartimento di Prevenzione, anche con le articolazioni territoriali dell'ASL e con l'Ospedale. Appaiono un po' defilati come soggetti della Prevenzione attori quali i medici di medicina generale mentre nelle alleanze esterne si rileva la "buona posizione" di scuole e amministrazioni pubbliche (Regione, Provincia e Comuni).

Per quanto riguarda la strategia della salute in tutte le politiche e del relativo impegno e della consapevolezza degli enti locali e degli Enti gestori dei servizi sociali, emerge un quadro vivace ma frammentario, che mostra elementi di originalità e innovatività, ma al tempo stesso evidenzia elementi di criticità che invitano amministratori locali, decisori ed esperti a una riflessione congiunta.

La presenza di numerose iniziative in tutti gli ambiti che corrispondono ai determinanti di salute (cultura, ambiente, ecc.) indica che le politiche locali stanno andando nella giusta direzione, tuttavia il ventaglio delle esperienze è molto ampio e vi sono ambiti più scoperti rispetto ad altri, seppure riguardino temi prioritari, come il lavoro. Su questo tema le esperienze sono infatti poche e frammentarie a livello locale, nonostante vi sia un'ampia convergenza di opinioni sul fatto che l'assenza o la precarietà del lavoro siano tra fattori di rischio principali per la salute.

Nei piccoli paesi, inoltre, molte iniziative vengono demandate esclusivamente al volontariato, con il rischio di una de-professionalizzazione dell'erogazione dei servizi. Tra le attività delegate vi sono anche quelle di informazione e prevenzione sulla salute, perlopiù erogate con metodi tradizionali, come le conferenze, che secondo la letteratura sono poco efficaci per il basso livello di coinvolgimento degli uditori.

In effetti, le capacità progettuali dei comuni di piccole dimensioni sono minori (basti pensare alla capacità di attingere ai fondi europei) e, ciononostante, si fa scarso ricorso ad azioni e progettazioni sinergiche, che potrebbero passare attraverso organismi formali quali la Conferenza dei Sindaci e il Comitato dei Sindaci di Distretto Sanitario, a oggi sedi sottoutilizzate per la concertazione di politiche per la salute sovracomunali.

La partecipazione dei cittadini è ancora limitata e avviene soprattutto attraverso le associazioni, e più in fase di realizzazione o gestione dei progetti che non in fase di progettazione. A questo proposito bisogna ricordare che le analisi dei bisogni e dei rischi svolte negli ultimi anni sono state poche e quasi tutte di tipo tecnico, e che non vi sono esperienze di consultazione o di coinvolgimento dei cittadini che sfruttino anche le potenzialità delle nuove tecnologie, per esempio i social network.

Gli attori percepiscono sul territorio la mancanza di una cultura della prevenzione diffusa e condivisa, principalmente perché:

- sebbene vi sia una certa consapevolezza dell'impatto delle politiche per il lavoro e sociali sulla salute, le misure messe in atto restano frammentarie e l'allocazione delle risorse non corrisponde alle priorità dei problemi percepiti;
- si fatica ancora a intendere le attività sociali e culturali come attività di prevenzione e promozione della salute, anche per la difficoltà ad adottare paradigmi e sistemi di valutazione comuni, di difficile applicazione sia nell'ambito delle amministrazioni locali che in molti servizi delle aziende sanitarie;
- i rischi ambientali sono ampiamente sottovalutati.

La strategia della salute in tutte le politiche

Difficoltà di progettazione e intervento

Partecipazione dei cittadini

La progressiva riduzione degli investimenti a favore degli interventi di prevenzione e promozione della salute, la delega al volontariato di buona parte dell'attività sociale e l'intermittente sostegno istituzionale da parte del livello politico regionale sono le conseguenze più visibili di questa mancanza di una cultura condivisa.

Tutte le esperienze e i progetti più innovativi che tentano di rispondere ai bisogni complessi con un approccio sistemico dipendono oggi dalle fondazioni o da finanziamenti europei, dunque non sono interventi continuativi messi a sistema. Vi è un ampio riconoscimento del ruolo sussidiario svolto dalle fondazioni bancarie, che in questi ultimi anni hanno spesso permesso la copertura di aree di intervento nell'ambito della promozione della salute che altrimenti avrebbero corso il rischio di essere cancellate dalla programmazione. Tuttavia, la progettualità a breve termine incide sulla qualità degli interventi, sulla motivazione e sulla preparazione del personale, e non garantisce gli effetti a lungo termine che assicurerebbero un risparmio per la spesa pubblica, come ampiamente documentato dalla letteratura.

7.3 Indicazioni di policy

La prevenzione in provincia di Cuneo è sulla strada giusta, ma ci sono importanti riserve di salute ancora da guadagnare in favore del benessere e delle potenzialità di sviluppo della società cuneese. Queste riserve sono attribuibili:

- sia a comportamenti individuali (stili di vita per esempio), modificabili sotto la responsabilità individuale – ma non solo – che deve essere irrobustita con interventi sulle capacità delle persone in relazione alle opportunità dei contesti di vita e lavoro;
- sia a fattori di rischio biologici individuali (per esempio pressione arteriosa, colesterolo, glicemia, ecc.) che sono suscettibili di riconoscimento e trattamento precoce;
- sia a condizioni di vita e di lavoro rischiose per la salute e suscettibili di miglioramento con interventi non solo di controllo, ma soprattutto di promozione di ambienti fisici e sociali favorevoli alla salute.

I dati epidemiologici aiutano a identificare i problemi per i quali la frazione prevenibile è più rilevante e che quindi permettono di guadagnare più salute tramite interventi efficaci (sedentarietà e sovrappeso, alimentazione, fumo, alcol, stress, rischi per la sicurezza, controllo delle condizioni individuali di rischio) e i *setting* più promettenti (scuola, sanità, lavoro con una particolare attenzione allo sviluppo economico, comunità locali), con le disuguaglianze di salute (sociali, etniche e di montagna) che indicano la strada per la scelta dei target prioritari.

Alla maggior parte di queste priorità sono dedicate solo una quota

minoritaria delle risorse dedicate alla prevenzione nella provincia, una quota tra l'altro gestita da molti soggetti sparsi senza regia. Il rimanente 95% delle risorse va alla realizzazione di adempimenti preventivi (cioè controllo e vigilanza) non necessariamente giustificati epidemiologicamente, ma robustamente codificati dalle regole e consuetudini, e gestiti dal soggetto più titolato, formalmente, a fare prevenzione (il Dipartimento di Prevenzione), che però si trova in crisi di autorevolezza e reputazione ed è sotto finanziato anche in ragione dell'austerità.

Sarebbe quindi auspicabile ricalibrare le azioni di prevenzione e promozione della salute:

- su risultati di salute: in tempi di austerità restituirebbe un criterio per stabilire quello che è importante rispetto a quello che lo è di meno;
- sotto la responsabilità di tutte le politiche: da quelle di regolazione (provinciali, comunali, ecc.) a quelle di contesto (scuola, sanità, lavoro, ecc.) a quelle sulle pratiche operative;
- sotto la responsabilità di tutti gli attori: istituzionali, sociali, professionali (clinici e non), fino ai cittadini organizzati (volontariato e terzo settore) e singoli (cittadini competenti), ai quali richiedere coerenza di comportamenti e pratiche;
- su priorità selezionate: poche, basate su prove e fattibili;
- sotto la guida di un sistema di governance fatto per progetti e non per strutture, stimolato dagli obiettivi per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie (ASL e ASO) e degli Enti locali, con risorse idonee, con obbligo di dar conto dei risultati, con attenzione alla comunicazione;
- sotto la guida di una sanità "autorevole" che con il nuovo Piano Regionale di Prevenzione dimostri di saper guidare la prevenzione con una leadership di servizio (*stewardship*).

Alla luce di queste conclusioni si potrebbero suggerire agli investitori interessati alla prevenzione tre importanti sfide da raccogliere e sostenere con gli investimenti che si rendessero disponibili per l'innovazione.

Tre sfide nella prevenzione

1. Sul versante della prevenzione e dell'igiene tradizionale, a carico dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, occorre investire per ammodernare le risorse disponibili in direzione di una maggiore efficacia operativa sulla strada di quella prevenzione che è perseguibile con il controllo delle condizioni e degli ambienti di vita, della produzione e distribuzione e del lavoro. Questo può avvenire attraverso innovazioni organizzative, accompagnate da una specifica formazione del personale, che riescano a mitigare i limiti di sostenibilità imposti dall'austerità (cioè che siano realizzabili senza un aggravio di spesa) e chiamare in causa tutti gli attori interessati sul campo a rendere la società e l'ambiente della provincia più sano e competitivo. Questo significa sperimentare nuove formule di prevenzione collettiva che sappiano muoversi parallelamente e in modo coordinato su due binari tra loro complementari:

- una vigilanza dei luoghi di produzione e distribuzione e di vita che sia più snella ed efficace, che mostri una forte capacità investigativa basata su competenze tecniche più evolute e concentrate sulle priorità di maggiore rischio, invece che disperse in tanti rivoli;
- una assistenza vicina alle imprese che sappia facilitare una responsabile adozione di comportamenti sicuri e salubri da parte degli attori della realtà produttiva e delle istituzioni, svincolati gli uni dai doveri di polizia giudiziaria e gli altri dalla paura dell'autodenuncia, e motivati unicamente dal rendere il territorio della provincia un luogo più sano per le generazioni presenti e future.

2. Sul versante delle nuove sfide imposte dai rischi prioritari per il carico delle malattie croniche, occorre mobilitare la società – con tutti i soggetti sociali che hanno titolo e responsabilità a livello locale – intorno a obiettivi prioritari di promozione della salute che sono alla portata di azioni efficaci, nelle quali coinvolgere tutti i soggetti responsabili di quei comportamenti, e impegnare le politiche che sono cruciali nei principali settori dello sviluppo economico, del lavoro, della sanità, del territorio. In questo secondo ambito lo sforzo richiederebbe:

- impegno per innovazione metodologica con:
 - costruzione partecipata di profili di benessere e salute di comunità, rinnovando quindi le esperienze passate (PePS e Piani di Zona) e valorizzando gli organismi sovracomunali già esistenti (ASL, Enti gestori dei servizi socio assistenziali, Comitati dei Sindaci di Distretto, ecc.) quali sedi di programmazione partecipata;
 - lavoro per obiettivi e progetti su cui di volta in volta si definiscono responsabilità, alleanze, risorse, obiettivi, azioni, indicatori, rendicontazione, comunicazione;
 - progetti che devono essere oggetto di commissione e impegno da parte di diversi centri di responsabilità delle politiche pubbliche e dei relativi finanziamenti, guidati da nuove formule di investimento vincolate ai risparmi perseguibili con i risultati di salute attesi dalle azioni di provata efficacia che sono state realizzate per esempio sul modello delle formule innovative di remunerazione calibrate sul raggiungimento dei risultati attesi quali le esperienze relative alle nuove molecole per l'Epatite C);
- il tutto concentrato su progetti pilota che intercettino priorità importanti per le sfide del futuro, quali:
 - Aree Interne (asse prioritario dei Fondi strutturali): interventi per ridurre le disuguaglianze di salute nella montagna;
 - età evolutiva: interventi per la promozione della salute nei primi mesi e anni di vita nei soggetti vulnerabili;
 - luoghi di lavoro, ospedali e servizi sanitari, scuole e città sane,

per valorizzare il contesto (*setting*) come luogo dove la comunità diventa capace di progettare il cambiamento degli stili di vita e degli stessi contesti attraverso processi di progettazione e valutazione partecipata e inclusiva sotto la guida dei diretti responsabili così come raccomandato dalle reti dei *setting* promosse dall'OMS.

3. Entrambe le linee di innovazione si avvantaggerebbero di un'iniziativa di sistema, come un laboratorio pilota che:

- sappia guidare questi processi di innovazione e partecipazione secondo criteri e metodi basati sulle evidenze: analisi dei bisogni, dei rischi e delle risorse, selezione delle priorità; scelta delle soluzioni di provata efficacia e guidate da teorie; valutazione di processo e risultato, con un'attenzione agli impatti economici e sociali;
- sappia favorire le condizioni di governance più appropriate per gli scopi dell'intersectorialità, dell'*empowerment*, della partecipazione e della comunicazione grazie a un'appropriata *stewardship*;
- sappia concorrere alla formazione delle capacità dei soggetti con adeguati investimenti sulla formazione, sui sistemi informativi, sulla valutazione e sulla comunicazione.

Alla luce della ricognizione svolta, per affrontare – in modo sistematico e nella prospettiva della promozione della salute in tutte le politiche – le problematiche rilevate dall'indagine, si possono sintetizzare nei seguenti ambiti le principali indicazioni operative che, a nostro avviso, emergono dalla ricerca, pur nella consapevolezza dei rischi di una eccessiva semplificazione:

- favorire una maggiore integrazione tra il livello tecnico e quello politico, con e tra enti locali, con e tra Enti gestori dei servizi socio assistenziali, con e tra ospedali e servizi sanitari territoriali, coinvolgendo, oltre agli enti istituzionali, anche il settore privato, il volontariato e il terzo settore;
- diffondere la cultura della promozione della salute adottando una strategia di comunicazione integrata e condivisa, innovativa (social media, arti e teatro, ecc.) e sostenuta da professionalità specifiche;
- migliorare le informazioni ai cittadini e alle associazioni adottando un approccio partecipato nelle fasi di programmazione, realizzazione e valutazione di interventi e servizi, anche sfruttando le potenzialità del web e delle forme culturali e performative innovative;
- rilanciare, con elementi di innovazione sociale, l'esperienza dei PePS e dei Piani di Zona sovra comunali e sfruttare gli organismi sovracomunali già esistenti quali sedi di programmazione condivisa e di valutazione degli impatti (anche economici) sulla salute e sul benessere sulle singole politiche settoriali degli Enti locali;
- partecipare attivamente alle reti dei *setting* italiane e internazionali attive nell'ambito della promozione della salute (per esempio, Rete delle Città Sane, Rete delle Scuole che promuovono salute, Rete

degli Ospedali che promuovono salute, ecc.) ispirandosi alle loro raccomandazioni e standard, sistematizzando e modellizzando le esperienze locali affinché siano comunicate e valorizzate all'interno e tra le reti stesse in un'ottica di *benchmarking*;

- dare continuità alle rilevazioni sui fattori di rischio e di protezione, con particolare attenzione ai rischi ambientali e sui luoghi di lavoro, e sulle percezioni di benessere e salute dei cittadini sia nella fase di analisi dei bisogni che nella fase di monitoraggio e valutazione di impatto ed efficacia degli interventi di prevenzione e promozione della salute;
- riorganizzare i budget a disposizione dei servizi (sanità, sociale, scuola, ecc.) e degli enti locali prevedendo risorse specifiche per la prevenzione e promozione della salute;
- selezionare e supportare l'accesso a fondi esterni, in particolare ai bandi europei;
- riconoscere e valorizzare il ruolo dei professionisti del settore socio sanitario e degli enti locali:
- con un maggiore coordinamento fra il settore sanitario, quello sociale e gli enti locali;
- con una formazione e un aggiornamento specifici per gli operatori e con una collaborazione più stretta con l'università, che valorizzi gli studenti e i dottorandi e che compensi il ridotto ricambio generazionale;
- con la valorizzazione del ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nelle funzioni di prevenzione e promozione della salute;
- mettere a sistema le esperienze locali più significative, in termini di innovazione e sostenibilità, in particolare in tema di lavoro, nuove povertà e innovazione sociale nella scuola e nella sanità;
- valorizzare i sistemi di documentazione e comunicazione che possono rendere trasferibili e sostenibili le esperienze più significative in nuovi contesti territoriali.

Allegato 1 – Questionari inviati ai Comuni e agli Enti Gestori dei servizi socio assistenziali

Prevenzione e promozione della salute in provincia di Cuneo: quali priorità?

Un'indagine esplorativa nei comuni del Cuneese

"Un buono stato di salute produce benefici in tutti i settori e nell'intera società – rappresenta una risorsa preziosa. Anche i sindaci e le autorità locali giocano un ruolo sempre più importante nella promozione della salute e del benessere."

(OMS, Salute 2020).

Questa indagine è promossa dalla Fondazione CRC di Cuneo in collaborazione con l'Istituto di ricerca Eclectica. Il questionario può essere compilato da più persone (sindaco, segreteria, assessori, funzionari) a seconda del proprio ambito di competenza, ma vi chiediamo di lasciare i riferimenti di una persona che possa essere contattata successivamente per eventuali chiarimenti o integrazioni informative. Il questionario va restituito entro il 10 dicembre all'indirizzo centro.studi@fondazionecrc.it

Per informazioni e chiarimenti:

Sara Rolando

Eclectica - Istituto di ricerca e formazione

Tel. 0114361505

rolando@eclectica.it

DATI PERSONALI DEL COMPILATORE

Nominativo

Comune

Ruolo

Telefono

Indirizzo e-mail

1. Negli ultimi 5 anni, sono state condotte sul Suo territorio rilevazioni sui rischi e/o sulle percezioni di salute (ad es. valutazioni di impatto ambientale, consultazioni dei cittadini...)?

1.1 Se sì, quali?

.....

1.2 Se sì, quando?

.....

2. Il Suo comune ha avviato o partecipato dal 2012 a oggi a iniziative/progetti finalizzati a migliorare gli stili di vita?

				Costo (scegliere tra:)
Si/no	Titolo	Destinatari	Enti coinvolti (quali)	A. costo zero B. < €10.000 C. €10.000- €30.000 D. €30.001- €50.000 E. €50.001- €100.000 F. > €100.000 G. informazione non disponibile
	Campagne informative per la salute			
	<i>Pedibus</i>			
	Nonni vigili			
	Orti sociali			
	Gruppi di cammino			
	Luoghi di aggregazione			
	Partecipazione giovanile			
	Altro (<i>specificare</i>)			

2.1 Nella programmazione degli interventi di miglioramento degli stili di vita, c'è stato il coinvolgimento della cittadinanza?

no

sì, attraverso (*possibili più risposte*):

singoli cittadini gruppi informali associazioni famiglie

2.2 Se sì, in quale fase di lavoro? (*possibili più risposte*)

Analisi fabbisogni

Realizzazione

Consultazione

Gestione

Processo decisionale

Altro (*specificare*):

Progettazione

3. Il Suo comune ha avviato o partecipato dal 2012 a oggi iniziative/progetti finalizzati a migliorare la qualità dei servizi?

Sì/no	Titolo	Destinatari	Enti coinvolti (quali)	Costo (scegliere tra:) A. costo zero B. < €10.000 C. €10.000- €30.000 D. €30.001- €50.000 E. €50.001- €100.000 F. > €100.000 G. informazione non disponibile
-------	--------	-------------	------------------------	---

Flessibilità orari di apertura dei servizi comunali

Comunicazione interattiva con il cittadino

Promozione della sicurezza dei cittadini (telecamere, vigili di prossimità, ecc.)

Apertura di servizi dedicati a target specifici (stranieri, disabili, ecc.)

Sportello unico sociosanitario

Altro (*specificare*)

3.1 Nella programmazione degli interventi di miglioramento della qualità dei servizi, c'è stato coinvolgimento della cittadinanza?

- no
- sì, attraverso (*possibili più risposte*):
 - singoli cittadini
 - gruppi informali
 - associazioni
 - famiglie

3.2 Se sì, in quale fase di lavoro? (*possibili più risposte*)

- Analisi fabbisogni
- Consultazione
- Processo decisionale
- Progettazione
- Realizzazione
- Gestione
- Altro (*specificare*):

4. Il Suo comune ha avviato o partecipato dal 2012 a oggi a iniziative/progetti di politica attiva del lavoro o finalizzati a migliorare le condizioni di lavoro?

Si/no	Titolo	Destinatari	Enti coinvolti (quali)	Costo (scegliere tra: A. costo zero B. < €10.000 C. €10.000- €30.000 D. €30.001- €50.000 E. €50.001- €100.000 F. > €100.000 G. informazione non disponibile
	Tirocini, borse lavoro, voucher			
	Promozione imprenditoria			
	Orientamento formativo e al lavoro			
	Sistemi di incontro domanda/ offerta			
	Sicurezza sul lavoro			
	Conciliazione dei tempi di vita e lavoro			
	Condivisione di spazi di lavoro (co-working)			
	Valorizzazione turistica del territorio			
	Altro (<i>specificare</i>)			

4.1 Nella programmazione degli interventi di miglioramento delle condizioni di lavoro, c'è stato coinvolgimento della cittadinanza?

- no
 sì, attraverso (*possibili più risposte*):
 singoli cittadini gruppi informali associazioni famiglie

4.2 Se sì, in quale fase di lavoro? (*possibili più risposte*)

- Analisi fabbisogni Realizzazione
 Consultazione Gestione
 Processo decisionale Altro (*specificare*):
 Progettazione

5. Il Suo comune ha avviato o partecipato dal 2012 a oggi a iniziative/ progetti culturali?

Sì/no	Titolo	Destinatari	Enti coinvolti (quali)	Costo (scegliere tra:) A. costo zero B. < €10.000 C. €10.000- €30.000 D. €30.001- €50.000 E. €50.001- €100.000 F. > €100.000 G. informazione non disponibile
	Biblioteche			
	Stagioni ed eventi teatrali/ cinematografici/ musicali			
	Mostre/ esposizioni/ musei			
	Conferenze			
	Università della Terza Età			
	Interventi di formazione in campo artistico e culturale			
	Valorizzazione/ restauro beni culturali			
	Conferenze			
	Altro (specificare)			

5.1 Nella programmazione degli interventi culturali, c'è stato coinvolgimento della cittadinanza?

- no
- sì, attraverso (possibili più risposte):
 - singoli cittadini
 - gruppi informali
 - associazioni
 - famiglie

5.2 Se sì, in quale fase di lavoro? (possibili più risposte)

- Analisi fabbisogni
- Consultazione
- Processo decisionale
- Progettazione
- Realizzazione
- Gestione
- Altro (specificare):

6. Il Suo comune ha avviato o partecipato dal 2012 a oggi a iniziative/progetti di politica sociale finalizzati a prevenire e contrastare le disuguaglianze?

Costo (scegliere tra:)	Sì/no	Titolo	Destinatari	Enti coinvolti (quali)
A. costo zero				
B. < €10.000				
C. €10.000- €30.000				
D. €30.001 - €50.000				
E. €50.001 - €100.000				
F. > €100.000				
G. informazione non disponibile				
		Asilo nido e scuole di infanzia (micronidi, contenimento rette e costi, ecc.)		
		Contributi economici		
		Emergenza abitativa (co-housing, housing sociale, ecc.)		
		Contrasto alle nuove povertà (mensa sociale, ambulatori medici gratuiti, banco alimentare, ecc.)		
		Educazione interculturale		
		Sostegno a famiglie con anziani, disabili, non autosufficienti		
		Altro		

6.1 Nella programmazione degli interventi di politica sociale, c'è stato coinvolgimento della cittadinanza?

- no
- sì, attraverso (possibili più risposte):
 - singoli cittadini
 - gruppi informali
 - associazioni
 - famiglie

6.2 Se sì, in quale fase di lavoro? (possibili più risposte)

- Analisi fabbisogni
- Realizzazione
- Consultazione
- Gestione
- Processo decisionale
- Altro (specificare):
- Progettazione

7. Il Suo comune ha avviato o partecipato dal 2012 a oggi a iniziative/progetti finalizzati a migliorare l'ambiente e/o la mobilità che potrebbero avere un impatto sulla salute dei cittadini?

					Costo (scegliere tra:)
					A. costo zero
					B. < €10.000
					C. €10.000- €30.000
					D. €30.001 - €50.000
					E. €50.001- €100.000
					F. > €100.000
					G. informazione non disponibile
Si/no	Titolo	Destinatari	Enti coinvolti (quali)		
	Piste ciclabili				
	Percorsi pedonali				
	Modifica viabilità				
	Verde pubblico				
	Riduzione emissioni				
	Fonti di energia rinnovabili				
	Altro				

7.1 Nella programmazione degli interventi di miglioramento dell'ambiente, c'è stato coinvolgimento della cittadinanza?

- no
- sì, attraverso (*possibili più risposte*):
 - singoli cittadini
 - gruppi informali
 - associazioni
 - famiglie

7.2 Se sì, in quale fase di lavoro? (*possibili più risposte*)

- Analisi fabbisogni
- Consultazione
- Processo decisionale
- Progettazione
- Realizzazione
- Gestione
- Altro (*specificare*):.....

8. Negli ultimi 5 anni, il Suo comune ha promosso/è stato coinvolto in esperienze di programmazione partecipata che avessero come scopo anche la promozione della salute?

Si/no	Titolo	Destinatari	Enti coinvolti (quali)	Costo (scegliere tra:) A. costo zero B. < €10.000 C. €10.000- €30.000 D. €30.001- €50.000 E. €50.001- €100.000 F. > €100.000 G. informazione non disponibile
	PePS			
	Piani di Zona			
	Piano Locale Giovani			
	Piano Locale Dipendenze			
	Bilancio Sociale			
	Consiglio comunale bambini			
	Consulta anziani			
	Consulta volontariato			
	Altro			

8.1 In generale quali punti di forza ha evidenziato:

- Miglioramento nella comprensione dei problemi (visione allargata)
- Miglioramento delle relazioni tra comuni e cittadini
- Composizione dei conflitti
- Approccio sistemico ai problemi
- Maggiore efficacia delle soluzioni
- Individuazione di soluzioni condivise
- Buona partecipazione dei cittadini
- Rafforzamento della rete inter-istituzionale
- Altro (*specificare*):

8.2 In generale quali punti di debolezza ha evidenziato:

- Limitata realizzazione delle iniziative concordate
- Aumento della conflittualità
- Limitata partecipazione dei cittadini
- Asimmetria di potere nei processi decisionali
- Difficoltà di gestione delle reti istituzionali
- Non chiara attribuzione delle responsabilità
- Dilatazione dei tempi decisionali
- Estemporaneità (esperienze rare e spot)

- Ritardo nella realizzazione delle iniziative
- Altro (*specificare*):

9. Il Suo Ente si è attivato per ottenere finanziamenti da fondi strutturali europei (FESR, FSE, ecc.) o finanziamenti a gestione diretta (Gioventù in Azione, INTERREG, ecc.) sulla programmazione 2007-20013 per iniziative finalizzate a promuovere la salute e il benessere dei cittadini?

Fondi europei	Titolo	Enti coinvolti (quali)	Budget

10. Il Suo Ente si è attivato per ottenere altre fonti di finanziamento locali per iniziative finalizzate a promuovere la salute e il benessere dei cittadini?

Altri fondi	Sì/no	Tipo di intervento	Enti coinvolti (quali)	Budget
Fondazioni				
Imprese				
Banche				
Associazioni di categoria				
Fondi pubblici (statali, regionali, provinciali)				
Altro (<i>specificare</i>)				

11. Attualmente quali sono secondo Lei i problemi percepiti come più urgenti dai cittadini del Suo territorio? (*scegliere al massimo 3 risposte*)

- Istruzione e formazione
- Disagio psicologico
- Lavoro
- Sicurezza personale e microcriminalità
- Abitazione
- Forme di discriminazione sociale
- Nuove povertà
- Conflittualità familiare
- Immigrazione
- Violenza contro le donne
- Costo dei servizi pubblici
- Invecchiamento della popolazione
- Accesso alle cure sanitarie
- Altro (*specificare*):

12. Segnalare eventuali esperienze, realizzate in altri territori, nazionali o esteri, che secondo Lei sarebbe utile realizzare sul suo territorio per migliorare la salute dei cittadini. (Indicare *nome, soggetto/i promotore/i e area geografica interessata*)
-
-
-

**Prevenzione e promozione della salute in provincia di Cuneo:
quali priorità?
Un'indagine esplorativa presso gli Enti gestori
delle funzioni socio assistenziali**

Questa indagine è promossa dalla Fondazione CRC di Cuneo in collaborazione con l'Istituto di ricerca Eclectica. Vi chiediamo di lasciare i riferimenti di una persona che possa essere contattata successivamente per eventuali chiarimenti o integrazioni informative. Il questionario va restituito entro il 2 marzo 2015 all'indirizzo centro.studi@fondazionecrc.it

Per informazioni e chiarimenti:

Sara Rolando

Eclectica - Istituto di ricerca e formazione

Tel. 0114361505

rolando@eclectica.it

DATI PERSONALI DEL COMPILATORE

Nominativo

Comune

Ruolo

Telefono

Indirizzo e-mail

Nel documento *Salute 2020*, 53 Paesi tra cui l'Italia hanno approvato un nuovo modello di politica europea per la salute che evidenzia la necessità di sviluppare risorse e resilienza all'interno delle comunità, di potenziare l'empowerment delle persone e di creare ambienti – sociali e fisici – che promuovono salute. Questo modello chiama in causa tutti i livelli e settori del governo e della società, e presuppone la creazione o il rafforzamento di partnership tra i diversi attori istituzionali del territorio e la collaborazione della società civile.

1. Alla luce di queste indicazioni, che chiamano in causa tutti gli attori sociali, definendo una strategia per la salute ampia e integrata che riguarda tutte le politiche locali e richiede il lavoro di rete, al di là delle attività ordinaria, quali progetti e servizi promossi dal suo Ente, o che lo hanno coinvolto, rappresentano un'esperienza positiva e costituiscono un modello da disseminare? (*Riferimento temporale: ultimi 5 anni*)

Titolo	Obiettivi	Destinatari	Altri enti coinvolti	Coinvolgimento della cittadinanza (se sì, come)
--------	-----------	-------------	----------------------	---

2. Negli ultimi 5 anni, sono state condotte sul Suo territorio rilevazioni sul benessere e sui bisogni di salute che hanno coinvolto direttamente i cittadini?

Titolo	Soggetto promotore e altri enti realizzatori	Anno	Popolazione coinvolta
--------	--	------	-----------------------

3. Negli ultimi 5 anni, il suo Ente ha promosso/è stato coinvolto in esperienze di programmazione partecipata che avessero come scopo anche la promozione della salute?

	Si/no	Enti coinvolti (quali)	Anno
PePS			
Piani di Zona			
Piano Locale Giovani			
Piano Locale Dipendenze			
Bilancio Sociale			
Consiglio comunale bambini			
Consulta anziani			
Consulta volontariato			
Altro (<i>specificare</i>)			

3.1 Per le esperienze di programmazione partecipata quali punti di forza ha evidenziato:

- Miglioramento nella comprensione dei problemi
- Miglioramento delle relazioni tra comuni e cittadini (*visione allargata*)
- Composizione dei conflitti
- Approccio sistemico ai problemi
- Maggiore efficacia delle soluzioni
- Rafforzamento della rete inter-istituzionale
- Buona partecipazione dei cittadini
- Individuazione di soluzioni condivise
- Altro (*specificare*):

3.2 In generale quali punti di debolezza ha evidenziato:

- Limitata realizzazione delle iniziative concordate
- Aumento della conflittualità
- Limitata partecipazione dei cittadini
- Asimmetria di potere nei processi decisionali
- Difficoltà di gestione delle reti istituzionali
- Non chiara attribuzione delle responsabilità
- Dilatazione dei tempi decisionali
- Estemporaneità (esperienze rare e spot)
- Ritardo nella realizzazione delle iniziative
- Altro (*specificare*):

4. Il Suo Ente si è attivato per ottenere finanziamenti da fondi strutturali europei (FESR, FSE, ecc.) o finanziamenti a gestione diretta (Gioventù in Azione, INTERREG, ecc.) sulla programmazione 2007-2013 per progetti finalizzati in modo specifico a promuovere la salute e il benessere dei cittadini?

Fondi europei	Titolo	Enti coinvolti (quali)	Budget

5. Il Suo Ente si è attivato per ottenere altre fonti di finanziamento esterni per progetti finalizzati in modo specifico a promuovere la salute e il benessere dei cittadini?

Altri fondi	Tipo di intervento	Enti coinvolti (quali)	Nome ente finanziatore	Budget
Fondazioni				
Imprese				
Banche				
Associazioni di categoria				
Fondi pubblici (statali, regionali, provinciali)				
Altro (<i>specificare</i>)				

6. Attualmente quali sono secondo Lei i problemi più urgenti che hanno un impatto negativo sulla salute dei cittadini del territorio?

(scegliere al massimo 3 risposte)

- Istruzione e formazione
- Lavoro
- Abitazione
- Nuove povertà
- Immigrazione
- Costo dei servizi pubblici
- Accesso alle cure sanitarie
- Invecchiamento della popolazione
- Disagio psicologico
- Sicurezza personale e microcriminalità
- Forme di discriminazione sociale
- Conflittualità familiare
- Violenza contro le donne
- Altro (*specificare*):

7. Segnalare eventuali esperienze, realizzate in altri territori, nazionali o esteri, che secondo Lei sarebbe utile realizzare sul suo territorio per migliorare la salute dei cittadini.

Nome	Soggetto promotore e altri soggetti	Area geografica interessata

Allegato 2 – Buone prassi: schede progettuali

Elenco progetti

- Distribuzione automatica di alimenti e promozione della salute
- FAN - Famiglia, attività fisica, Nutrizione
- Giovani = strade sicure
- Guadagnare Salute a Podenzano
- Lasciamo il segno
- Montagne di salute: un progetto di comunità fra i monti dell'appennino reggiano e modenese
- Nati per Leggere e Nati per la Musica
- Obiettivo Spuntino
- Pane meno sale
- Piani mirati di prevenzione, esempio: l'uso sicuro dei carrelli elevatori
- Progetti HPH internazionali e nazionali, Reti OMS - Ospedali che promuovono la salute
- Promozione della salute mentale nei luoghi di lavoro: esempi di buone prassi a livello europeo
- Pro. Muovi Saperi e Saperi 2014/15
- Think!
- Truth
- Tutte le mamme del mondo
- Unplugged

Distribuzione automatica di alimenti e promozione della salute

Setting

Distribuzione automatica nelle industrie e nell'Università

Capofila

Azienda USL di Modena

Altri Enti coinvolti

Buonristoro

Unione Industriale di Modena

Università di Modena

Destinatari finali

Giovani

Adulti

Breve descrizione

Il progetto sperimentale *Distribuzione automatica di alimenti e promozione della salute* nasce dalla collaborazione dell'Azienda USL di Modena e di Buonristoro, con il patrocinio dell'Unione Industriale di Modena. È finalizzato a favorire l'acquisizione di sani stili di vita attraverso la realizzazione di una serie di interventi presso i distributori automatici di alimenti situati in alcune imprese della provincia di Modena, nonché presso l'Università cittadina.

Si caratterizza per l'innovativo utilizzo del marketing sociale che pone, a fianco delle attività di comunicazione per la salute (*promotion*), interventi sul prodotto (*product*), sui canali di distribuzione (*place*) e sul prezzo (*price*): le "4 P" del marketing mix.

Le motivazioni

1. Il distributore automatico di alimenti come luogo delle scelte: promuovere sani stili di vita presso i distributori automatici consente di intervenire nel momento in cui le scelte alimentari si concretizzano nell'acquisto degli alimenti. Spesso, l'utilizzo dei distributori automatici avviene durante il periodo di pausa dal lavoro, che può rappresentare un momento in cui le persone sono più sensibili e attente nei confronti dei messaggi preventivi proposti.
2. Le sinergie tra gli strumenti di promozione della salute: utilizzare i distributori automatici per favorire l'adozione di sani stili di vita permette di usare in modo integrato e sinergico diversi mezzi di promozione della salute, associando a strumenti di informazione e comunicazione la possibilità di scegliere alimenti salutari.
3. Gli orientamenti a livello internazionale su distribuzione automatica di alimenti e salute: negli ultimi anni, a livello internazionale, è sorto un dibattito in merito al ruolo svolto dai distributori automatici sulle scelte alimentari soprattutto dei bambini nelle scuole. In conseguenza di ciò,

l'opinione pubblica sempre più spesso richiede una maggiore attenzione agli alimenti che vengono proposti tramite i distributori automatici.

Per maggiori informazioni:

http://www.marketingsociale.net/download/libro_da.pdf

FAN – Famiglia, Attività fisica, Nutrizione

Setting

Media, Famiglia

Capofila

Servizio di Promozione della Salute Canton Ticino – Svizzera

Altri Enti coinvolti

Mezzi di comunicazione online

Destinatari finali

Famiglie con figli scuole elementari e primi 2 anni medie inferiori

Breve descrizione

Il progetto *FAN – Famiglia, Attività fisica, Nutrizione* si inserisce nel quadro degli interventi del Programma d'azione cantonale *Peso corporeo sano*, promosso dal servizio di promozione e di valutazione sanitaria e sostenuto da Promozione Salute Svizzera. Lo scopo di questo progetto di ricerca è di testare un approccio comunicativo innovativo ed economico per la promozione della salute. In particolare, si tratta di testare quanto sono influenti gli interventi basati sulle tecnologie a basso costo e mirati a migliorare l'alimentazione e ad aumentare il livello di attività fisica delle famiglie in Ticino. *FAN* è uno studio che testa la comunicazione fatta su misura inviata alle famiglie che vivono in Ticino e che hanno figli alle scuole elementari o nelle prime due classi delle scuole medie.

Nell'arco di otto settimane, le famiglie ricevono comunicazioni riguardo alla nutrizione e all'attività fisica tramite un sito internet, con messaggi multimediali personalizzati e individualizzati. *FAN* offre, in particolare a chi è già attivo e/o mangia in modo equilibrato, nuove idee per praticare attività fisica e variare l'alimentazione. A chi invece non è attivo e/o non mangia in modo equilibrato, *FAN* consiglia metodi semplici per iniziare a muoversi di più e mangiare in modo più equilibrato. I bambini iscritti ricevono, per la durata del programma, una lettera cartacea personalizzata. *FAN* è un progetto di ricerca: i partecipanti, quindi, sono assegnati a un gruppo in modo casuale con l'obiettivo di testare i contenuti e le tecnologie usate. A ogni partecipante (genitore e figlio/i), oltre all'iscrizione tramite modulo online, è richiesta la compilazione di un questionario iniziale, richiedente dati demografici e dati riguardanti il comportamento alimentare e di attività fisica.

Trascorse le otto settimane di comunicazione, alla fine del programma, ma anche sei mesi dopo l'inizio del programma, è richiesta la compilazione

di questionari supplementari, in modo da poter monitorare i cambiamenti avvenuti. I risultati aiutano a capire quali strategie comunicative, basate sulle nuove tecnologie, possano essere più efficaci per promuovere una corretta alimentazione e l'attività fisica. Alle persone che decideranno di partecipare a FAN e che avranno compilato tutti e tre i questionari sarà data la possibilità di partecipare ad un'estrazione a premi in cui verranno sorteggiati gadget sportivi, biglietti ed entrate gratuite in centri sportivi, buoni spesa, ecc.

Per maggiori informazioni:

http://www.fanticino.ch/wp-content/uploads/2012/03/FAN_presentazione_progetto_23.02.2012_nr_GOLD.pdf

Giovani = strade sicure

(buona pratica certificata in Pro.Sa)

Setting

Scuola

Capofila

Sanità - Regione Piemonte gruppo ASL AL

Altri Enti coinvolti

Prefettura

Ufficio Territoriale

Provincia di Alessandria

Comune di Tortona

Federfarma AL

ConfApi AL

Ditta Contralco

Rotary

Polizia Stradale

ACI

Destinatari finali

Adolescenti (14-18 anni) e giovani (19-24 anni)

Breve descrizione

Prevenzione degli incidenti stradali connessi al consumo di alcol e promozione della sicurezza stradale tra gli adolescenti frequentanti corsi di formazione professionale nella provincia di Alessandria.

Analisi di contesto

Nel 2008, nell'ambito del Piano di Prevenzione Attiva Incidenti Stradali 2006-2008 e della Conferenza Permanente Ex Art. 4 D.P.R.287/01 - Sezione Servizi alla Persona e alla Comunità, la Prefettura di Alessandria ha attivato e avviato un gruppo tecnico di lavoro multidisciplinare composto dai rappresentanti di diversi enti e associazioni quali Prefettura (Ufficio Patenti e Nucleo Operativo Tossicodipendenze – Ufficio NOT), ASL AL (Dipartimento di Prevenzione – SISP, Dipartimento di Patologie delle Dipendenze – SERT), Comune di Alessandria, Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile, ACI, UNASCA (Unione Nazionale Autoscuole), ASCOM e Forze dell'Ordine (Polizia e Carabinieri). Tale gruppo di lavoro ha dato vita al progetto *Guida e alcol: una rete territoriale di sensibilizzazione*, rivolto a tutti coloro che, nell'ambito della loro pratica lavorativa e del loro contesto professionale, rappresentano un punto di riferimento per la creazione di una rete territoriale di prevenzione degli incidenti stradali connessi al consumo di alcol.

Metodi e strumenti

Agli insegnanti, durante il corso di formazione, sono stati consegnati strumenti didattici e materiali informativi da utilizzare durante gli interventi in classe realizzati e sperimentati in precedenti progetti nazionali e non, quali:

- dispensa per l'insegnante *Scegliere la strada della sicurezza: didattica in corso*;
- pieghevole informativo multilingue da distribuire ai destinatari, italiani e stranieri, dell'intervento;
- indicazioni per l'approfondimento delle tematiche trattate durante il percorso formativo (per esempio, bibliografia, siti web, ecc.);
- schede didattiche per l'insegnante per lo svolgimento dei singoli interventi in classe.

Valutazione

Sono stati utilizzati i questionari previsti dal Programma Nazionale *Guadagnare Salute in Adolescenza*.

Per consentire la tracciabilità e garantire la privacy, tra pre e post test, è stato richiesto agli studenti di creare un codice autogenerato.

Per maggiori informazioni:

http://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=2917

Guadagnare Salute a Podenzano

Sviluppare a livello locale la promozione della salute, secondo i principi del programma *Guadagnare Salute*

Setting

Comunità

Capofila

Regione Emilia Romagna, gruppo AUSLPC

Altri Enti coinvolti

Comune di Podenzano

Azienda Ausl di Piacenza

Istituto Comprensivo "G. Parini", scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado - Comune di Podenzano e San Giorgio Piacentino

Destinatari finali

Minori

Giovani

Adulti

Anziani

Breve descrizione

La comunità da destinatario diventa partner e protagonista nell'azione di promozione della salute. Un passaggio né semplice né facile, sia per la comunità, abituata alle ricette e alla delega nel campo della salute, sia per gli operatori "esperti" delle questioni di salute.

Il percorso è un laboratorio. I diversi soggetti coinvolti giocano la loro parte, contribuendo alla costruzione del processo e alla determinazione della direzione da prendere. Azioni di ricerca, formazione, comunicazione e partecipazione si intrecciano e si sovrappongono, diventando ciascuna risorsa per le altre. Una volta che sono chiari i criteri guida, i punti cardinali (*empowerment* della comunità, attenzione alle persone e cura delle relazioni, condivisione, ricerca del benessere individuale e collettivo, chiarezza dei ruoli e delle responsabilità), il percorso promuove la creatività che si esprime in diversi modi e dà corpo e vita ad azioni, eventi e a situazioni non immaginabili a priori.

Il percorso così concepito rappresenta una grande opportunità di apprendimento dall'esperienza e di apprendimento cooperativo sia per i cittadini che per gli operatori. Ma comporta anche notevole fatica che è possibile sostenere solo con una forte motivazione intrinseca, che si genera e si alimenta nelle e delle relazioni e che nessun incentivo economico può garantire.

L'intervento, in sintesi, ha avuto l'obiettivo di sperimentare la progettazione partecipata come processo di *empowerment* di comunità finalizzato alla promozione della salute: decidere insieme ai cittadini di Podenzano cosa e come fare rispetto ai quattro fattori di rischio (fumo,

inattività fisica, scorretta alimentazione, abuso di alcol) del programma *Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari*.

Tale modalità potrà poi essere estesa ai diversi ambiti della promozione della salute.

Valutazione

La valutazione è stata condotta da un valutatore esterno esperto in metodiche di valutazione partecipata, con l'obiettivo di essere di supporto al progetto in itinere.

Nella prima fase (aprile - luglio 2011) la valutazione ha restituito informazioni su *Guadagnare Salute* nel suo complesso. Nella seconda fase (agosto 2011- aprile 2012) la valutazione ha spostato l'attenzione prima sui gruppi e il loro vissuto, poi sul loro lavoro e quindi sulle azioni (progettate e attuate).

Per maggiori informazioni:

http://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=3023

Lasciamo il segno

Una rete per promuovere l'attività fisica basata sulla *Carta di Toronto*.

Un'azione di *advocacy* del Dipartimento di Prevenzione della ULSS 9 di Treviso.

Setting

Comunità

Capofila

Dipartimento di Prevenzione della ULSS 9 di Treviso

Altri Enti coinvolti

Provincia di Treviso

CONI provinciale

Ufficio scolastico territoriale

Coordinamento provinciale del volontariato

Distretti socio sanitari

Comuni di Treviso e Motta di Livenza

Destinatario finale degli interventi

Stakeholder, popolazione

Breve descrizione

Il Dipartimento di Prevenzione (DP) della ULSS 9 di Treviso, utilizzando la *Carta di Toronto* come documento guida, si è proposto come attivatore di una rete di soggetti appartenenti a diversi ambiti della comunità: sanità, amministrazioni pubbliche, ambiente, trasporti, sport, scuola, urbanistica, settore privato. Soggetti in grado di adottare politiche, impiegare risorse e aumentare potenza e credibilità dei messaggi, facilitando l'accesso all'attività

motoria per la popolazione, che rimane il destinatario finale degli interventi. Sono stati dapprima coinvolti alcuni attori prioritari (provincia di Treviso, CONI provinciale, Ufficio scolastico territoriale, Coordinamento provinciale del volontariato, distretti sociosanitari, Comuni di Treviso e Motta di Livenza) che, assieme al DP, hanno costituito un tavolo promotore della rete. Il progetto è stato costruito con il Goal Oriented Project Planning (GOPP), dove attori chiave e beneficiari di un progetto intervengono in maniera partecipativa, seguendo una procedura di lavoro strutturata. Nel corso dei vari incontri si è proceduto alla fase di analisi del problema sedentarietà nella comunità, con costruzione di alberi dei problemi differenziati per diversi target di popolazione (bambini, ragazzi e adulti), facendo anche riferimento alle indicazioni per la diagnosi educativa secondo il modello *precede-preced* che propone un approccio multidimensionale in nove fasi per la progettazione di interventi di promozione della salute.

Costituire una rete, oltre a rappresentare una possibilità per ottimizzare azioni e risorse, ha consentito di enfatizzare l'impegno comune, acquisendo maggior forza nel comunicare al cittadino l'importanza dell'attività motoria come mezzo per mantenere la salute.

La struttura aperta della rete ha inoltre permesso che alcuni partner si attivassero come promotori, coinvolgendo altri portatori di interesse non precedentemente individuati. La capacità di stabilire rapporti duraturi con gli stakeholder può migliorare il modo in cui viene percepita l'identità dei Dipartimenti di Prevenzione come promotori di salute, accrescendone la legittimazione. Si è, inoltre, rilevata una maggior propensione dei partner ad aderire a una proposta di promozione della salute che punta a coinvolgere un'intera rete piuttosto che a ipotesi di partnership tra dipartimento di prevenzione e singoli enti.

L'*advocacy*, attivando risorse della comunità capaci di offrire, in campi diversi, risposte ai bisogni di salute della popolazione, è la via per attuare quelle strategie multicomponenti che l'evidenza scientifica indica come necessarie nella promozione di un comportamento complesso, quale l'essere fisicamente attivi.

Per maggiori informazioni:

<http://www.epicentro.iss.it/ben/2012/dicembre/1.asp>

<https://www.ulss.tv.it/lasciamo-il-segno>

Montagne di salute: un progetto di comunità fra i monti dell'Appennino reggiano e modenese

Setting:

Montagna

Capofila

Sanità – AUSL di Modena

Altri Enti coinvolti

Comuni di: Pavullo, Zocca, Montese, Guiglia (MO); Castelnovo Monti, Carpineti, Casina, Collagna, Ligonchio, Ramiseto, Toano, Vetto e Villa Minozzo (RE)

Azienda Sanitaria di Reggio Emilia

Regione Emilia-Romagna

Destinatari finali

Operatori scolastici

Operatori sanitari

Operatori socio assistenziali

Altri professionisti del settore pubblico

Altri professionisti del settore privato

Adulti

Anziani

Disabilità

Patologie specifiche

Genitori

Comune

Sovracomunali (distretti, ASL, consorzi socio assistenziali, province, ecc.)

Breve descrizione

La finalità del progetto *Montagne di salute* è creare nuove politiche di salute pubblica utilizzando un approccio olistico ed ecologico alla persona; diffondere nei territori coinvolti la consapevolezza che i cittadini, singoli e/o associati, sono i primi attori della propria salute e che lo stile di vita è un fattore determinante per il mantenimento del benessere psico-fisico; realizzare e consolidare una metodologia efficace e sostenibile nel tempo anche dal punto di vista organizzativo; coinvolgere la rete socio sanitaria ed extra sanitaria, in particolare il mondo sportivo, del volontariato e dell'associazionismo insieme ai comuni, alla scuola e all'università.

Questi elementi rappresentano il cardine su cui poggiare le basi per superare l'estemporaneità delle singole azioni di promozione della salute, spesso realizzate in particolari periodi e circoscritte a limitate aree locali, per comporle in processi strutturali che orientino la comunità ad assumersi la responsabilità, di essere soggetto e oggetto di promozione della salute. Si è scelto, quindi, di usare l'attività motoria come volano per agire sui quattro fattori di rischio (alimentazione, movimento, alcol e

fumo) del programma *Guadagnare Salute*, in una logica di rete, per promuovere la salute della comunità attraverso l'adozione di un approccio multicomponente, intersettoriale e multidisciplinare. Il confronto fra le diverse comunità coinvolte potrà favorire lo scambio di esperienze virtuose. La promozione dell'attività motoria, prevalentemente destrutturata, nel coinvolgere attivamente la popolazione target (dai 35 agli over 70) potrà aumentare nelle persone la responsabilità nei confronti del luogo in cui vivono e la consapevolezza di quanto sia importante adottare sani stili di vita per investire in un futuro di salute.

Per maggiori informazioni:

http://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=3366

Nati per Leggere e Nati per la Musica

Setting

Scuole, famiglie

Capofila

Centro per la Salute del Bambino (CSB)

Altri Enti coinvolti

Associazione Italiana Biblioteche (AIB),

Associazione Culturale Pediatri (ACP)

Destinatari finali

Famiglie e bambini in età scolare e prescolare

Breve descrizione

- **Nati per Leggere**

Il progetto regionale *Dalle Scuole per l'infanzia alla famiglia*, promosso dal Centro per la Salute del Bambino (CSB), dall'Associazione Italiana Biblioteche (AIB) partner insieme all'Associazione Culturale Pediatri (ACP) del Programma nazionale *Nati per Leggere* e dell'Ufficio Scolastico Regionale, mira a un obiettivo principale: promuovere la *family literacy*.

Riflessioni attuate sia in sede nazionale (programma *Nati per Leggere*, progetto *In Vitro*) sia in sede internazionale (*Reach out and Read*, USA; *Bookstart*, Regno Unito; *Lesestart*, Germania), nonché nel workshop realizzato nel maggio 2014 a Venezia nell'ambito del progetto European Literacy Policy Network (ELiNet), hanno portato a enfatizzare l'idea che le diverse agenzie istituzionali, sociali, scolastiche e sanitarie debbano contribuire a promuovere la pratica della lettura all'interno della famiglia, in quanto è quest'ultima che, facendo diventare la lettura pratica quotidiana a partire dai primi mesi di vita, influisce positivamente sulle competenze cognitive e sociali del bambino e sulle buone relazioni tra genitori e bambino.

Si tratta di operare in termini ecologici e sistemici in diversi contesti con

lo scopo di facilitare questo particolare processo e arrivare a sensibilizzare le figure adulte di riferimento del bambino sui benefici di questo tipo di attività. Infatti, *Nati per Leggere* intende sostenere il bambino nello sviluppo di capacità diverse: comprendere il proprio sé, gli altri, il mondo, educare lo sguardo, accompagnare e sollecitare le competenze emozionali, linguistiche, cognitive ed estetiche. L'idea è quella di costruire così una comunità di lettori, educarli al pensiero critico e complesso e al dialogo.

L'obiettivo principale del progetto *Dalle Scuole per l'infanzia alla famiglia* mira quindi ad arricchire le competenze degli insegnanti delle scuole materne per arrivare a coinvolgere i genitori affinché comprendano il valore della pratica della lettura e la attuino in ambito familiare.

Gli attori principali a cui il progetto si rivolge sono in primo luogo i genitori e le/gli insegnanti (circa 400 persone coinvolte), in secondo luogo i bibliotecari e i lettori volontari in modo da attivare la rete secondo l'ottica ecologica.

- **Nati per la Musica**

Nati per la Musica (NpM) è promosso dall'Associazione Culturale Pediatri in collaborazione con il Centro per la Salute del Bambino e la Società Italiana per l'Educazione Musicale ed è patrocinato dal Ministero per i Beni e le Attività Culturali.

Il progetto nasce sulla scia dell'esperienza di *Nati per Leggere*, promosso dall'Associazione Culturale Pediatri in collaborazione con il Centro per la Salute del Bambino e l'Associazione Italiana Biblioteche.

NpM si propone di sostenere – con il coinvolgimento di pediatri, genitori, ostetriche, personale che opera in consultori, biblioteche, asili e scuole – attività che mirino ad accostare precocemente il bambino al mondo dei suoni e alla musica. L'apporto dei pediatri è fondamentale al fine di sensibilizzare le famiglie di tutti i bambini sull'importanza della musica quale componente irrinunciabile per la crescita dell'individuo inteso nella sua globalità.

Per maggiori informazioni:

<http://natiperlamusica.blogspot.it/>

<http://www.natiperleggere.it/>

<http://www.csbonlus.org/cosa-facciamo/progetti/dalle-scuole-alla-famiglia/>

Obiettivo Spuntino

Setting

Sanità, Servizi socio assistenziali, Scuola dell'infanzia e primaria

Capofila

Regione Piemonte, gruppo ASL TO3

Altri Enti coinvolti:

ASL del Piemonte, Scuola

Destinatari finali:

Operatori scolastici

Bambini (3-5 anni)

Bambini (6-10 anni)

Preadolescenti (11-13 anni)

Enti sovracomunali (distretti, ASL, consorzi socio assistenziali, province, ecc.)

Breve descrizione

Per la stesura del progetto è stata attivata, nell'ambito del Piano per la prevenzione attiva dell'obesità promosso dalla Regione Piemonte, una collaborazione tra il gruppo di lavoro Incremento della cultura nutrizionale, composto da operatori delle ASL, il Centro di documentazione regionale DORS, gli operatori sanitari e della scuola, afferenti alla linea progettuale Sviluppare per bambini e adolescenti attività educative sulla nutrizione.

In linea con quanto raccomandato dal social marketing, i punti di partenza del progetto sono stati l'individuazione del target (pediatri di libera scelta e insegnanti delle scuole primarie) e la valutazione delle sue esigenze (mediante un'analisi della letteratura scientifica e l'organizzazione di focus group).

Successivamente, nel Laboratorio Insieme per la Salute dell'ASL TO4, nel 2008-2009, attraverso focus group con educatori e operatori sanitari, sono stati strutturati e validati i seguenti strumenti:

- un kit didattico per gli educatori, edito a stampa;
- due tipologie di percorsi formativi: uno rivolto agli educatori e uno ai pediatri ed entrambi presentati agli operatori sanitari dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) piemontesi, a maggio 2009.

Il coinvolgimento dei pediatri, in particolare, è stato favorito dalla loro partecipazione ad altre iniziative in corso sul territorio in merito alla prevenzione dell'obesità infantile. Il progetto *Obiettivo Spuntino* ha dato loro la possibilità di sperimentarsi ulteriormente nel ruolo di educatori trasmettendo a bambini e genitori, durante gli accessi in ambulatorio, informazioni corrette e mirate sull'importanza della prima colazione, sul consumo di frutta e verdura e di spuntini adeguati, sull'attività fisica.

Infine si è stabilito di attuare e verificare l'efficacia del kit e dei percorsi formativi, in termini di ricaduta sui bambini, nell'ASL TO3.

Pertanto, nel 2009, sono stati formati i pediatri di libera scelta di tre degli otto distretti che compongono l'ASL TO3 e tutti gli insegnanti delle classi delle scuole primarie campionate da *OKkio alla salute 2008* (pari a 1/5 di tutte le scuole primarie dell'ASL). L'efficacia degli interventi è stata valutata attraverso i dati del *Survey OKkio alla salute 2010*: cinque delle 21 scuole campionate nel 2010 erano infatti già state selezionate nel 2008 e altre cinque appartengono a distretti in cui erano stati formati i pediatri.

Per maggiori informazioni:

http://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=2956

Pane meno sale

Setting

Comunità

Capofila

Sanità - Regione Emilia Romagna gruppo AUSL RE

Altri Enti coinvolti

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione - AUSL RE

Confcommercio

Confesercenti

CNA

Assessorato provinciale Agricoltura

Destinatari finali:

Popolazione

Breve descrizione

I risultati di un recente studio indicano in Emilia Romagna un consumo medio di sale di 11 g/die negli uomini e 8 g/die nelle donne, contro il valore <5 g/die raccomandato dall'OMS.

Il protocollo d'intesa, siglato tra Ministero e Associazioni di panificatori, si prefigge di produrre pane a ridotto contenuto di sale, ma rischia di essere vanificato se non si promuove un cambiamento culturale nella popolazione che affronti il tema della ridotta assunzione di sale attraverso un'opera capillare di sensibilizzazione che favorisca l'acquisto e il consumo di prodotti iposodici.

La campagna per la settimana mondiale di riduzione del consumo di sale riesce a coinvolgere ampie fasce popolazione; inserendo il tema nei corsi di formazione obbligatori si raggiungono fasce significative del personale sanitario e del comparto alimentare del territorio.

La varietà di stimoli e la molteplicità delle iniziative offerte alla popolazione favoriscono la condivisione di scelte salutari come la graduale riduzione del consumo di sale.

Metodi e strumenti

Il modello *precede-proceed* è stato tenuto presente nella presentazione generale dell'intervento e ha orientato le modalità di formazione degli operatori.

Tutte le otto fasi sono state applicate durante la realizzazione delle azioni.

Diagnosi sociale, epidemiologica, diagnosi dei comportamenti e dell'ambiente, diagnosi educativa e organizzativa, diagnosi amministrativa e politica hanno preceduto l'intervento, consentito l'individuazione dell'obiettivo di salute e la messa a punto del sistema di valutazione. A questo ha fatto seguito l'implementazione dell'intervento e la valutazione di processo, impatto e risultato.

Con la finalità di raggiungere la popolazione generale, con particolare riferimento ai sanitari e al comparto alimentare, si sono attivati interventi appositi e inserito il tema nei percorsi formativi obbligatori già in essere. In particolare, durante la settimana mondiale di riduzione del consumo di sale si è attivata una massiccia campagna di sensibilizzazione rivolta alla popolazione pubblicizzata attraverso i media e organi di informazione locale, con stand d'informazione allestiti nei principali centri commerciali, distribuzione opuscoli e misurazione della pressione arteriosa. Si è organizzata la formazione a piccoli gruppi dei panificatori del territorio mettendo in risalto l'utilità, la fattibilità e l'eventuale ritorno economico del progetto; parallelamente, si è inserito il tema nei corsi rivolti al personale sanitario e in quelli per gli operatori del settore alimentare in sostituzione del libretto sanitario.

Per maggiori informazioni:

http://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=3264

Piani mirati di prevenzione (per esempio, l'uso sicuro dei carrelli elevatori)

Setting

Vigilanza (prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro)

Capofila

Sanità - ASL di Monza e Brianza

Articolazione di un Piano Mirato di Prevenzione

Il Piano Mirato di Prevenzione rivolto alle aziende è articolato in più fasi:

- coinvolgimento delle aziende e delle forze sociali;
- informazione alle ditte con circolari e seminari;
- realizzazione e invio alle aziende individuate di una scheda di autovalutazione specifica sull'aspetto oggetto del PMP da compilarsi da parte dell'azienda;
- restituzione all'ASL delle schede di autovalutazione compilate nei tempi indicati dalla ASL stessa;

- vigilanza finale per la valutazione dei risultati, ovvero campagna di vigilanza mirata da parte del servizio PSAL, tramite verifiche ispettive in alcune aziende tra quelle individuate.

Di norma la campagna di vigilanza (ovvero le verifiche ispettive) viene in prima istanza rivolta alle aziende che non hanno provveduto all'invio all'ASL della scheda di autovalutazione compilata e successivamente a un campione scelto tra le rimanenti aziende.

Per maggiori informazioni:

<http://valutazioneideirischi.co/news/asl-di-monza-e-brianza-piani-mirati-di-prevenzione/>

Piano Mirato di Prevenzione per l'uso sicuro dei carrelli elevatori

Alcuni dati, non recenti ma significativi, indicano, per esempio, che nel solo territorio dell'ASL di Monza e Brianza nel quinquennio 2003-2007 sono stati 496 gli infortuni totali accaduti (17 con esiti di invalidità permanente e due con esito mortale) con riferimento ai "mezzi di sollevamento e trasporto".

Proprio per questo motivo negli anni scorsi l'ASL della provincia di Monza e Brianza ha elaborato un Piano Mirato di Prevenzione (PMP) denominato *Carrelli elevatori e viabilità sicura in azienda* per promuovere l'uso corretto di questa attrezzatura e una maggiore sicurezza nella viabilità all'interno delle aziende.

Il Piano Mirato di Prevenzione ha previsto:

- informazione alle aziende sui requisiti minimi di legge e buone prassi su carrelli e viabilità, al fine di stimolare nelle stesse l'auto-verifica delle proprie attrezzature e del sistema di circolazione interno;
- compilazione da parte dell'azienda di una scheda/questionario;
- campagna di vigilanza mirata del servizio PSAL.

Per maggiori informazioni:

<http://www.aslmonzabrianza.it/ITA/Default.aspx?SEZ=2&PAG=7>

Progetti HPH internazionali e nazionali, Rete OMS Ospedali che promuovono la salute

Estratto dal sito della Rete italiana degli Ospedali che promuovono salute HPH (Health Promoting Hospitals)

Standard per la promozione della salute in ospedale

Il gruppo di lavoro sugli *Standard per la promozione della salute in ospedale*, costituito nel 2001, ha come obiettivo l'elaborazione di una serie di standard e di indicatori di qualità per le attività e i progetti HPH. Gli standard hanno subito diverse revisioni nel corso degli incontri del gruppo di lavoro (7° workshop dei Coordinatori del progetto HPH nel 2001, Bratislava nel maggio 2002 e Barcellona nel novembre 2002) e sono stati testati nel mese di febbraio 2003 in 36 ospedali (dei quali 10 italiani) di otto Paesi europei (Danimarca, Italia, Germania, Irlanda, Lituania, Polonia, Svizzera e Slovacchia).

Attualmente è in corso un'ulteriore sperimentazione sugli indicatori elaborati per ogni standard.

In allegato il documento riassuntivo dei cinque standard definitivi: politica dell'organizzazione; valutazione del paziente; informazione ai pazienti e intervento; promozione di un ambiente di lavoro sano; continuità e cooperazione.

Per maggiori informazioni:

http://www.retephitalia.it/Allegati/DOC_290817_0.pdf

Task Force - Putting HPH Policy into Action

Il gruppo di lavoro è stato costituito per riflettere e approfondire il tema dello sviluppo e della valutazione della strategia di promozione della salute in ospedale. L'obiettivo del gruppo è stato l'elaborazione di un documento, rivolto a manager e professioni sanitarie, sulla traduzione in azione delle politiche HPH.

Il gruppo ha elaborato 18 strategie fondamentali per l'attuazione della promozione della salute in ospedale, tenendo in considerazione i tre gruppi target cui tale politica è rivolta (pazienti, comunità, personale) e i suoi diversi scopi. Per ogni strategia il documento fornisce una definizione della strategia, i suoi presupposti, i riferimenti alle evidenze scientifiche in letteratura, degli esempi di miglioramento delle strategie e i collegamenti ai progetti registrati nel database internazionale della rete HPH.

Per maggiori informazioni:

http://www.retephitalia.it/Allegati/DOC_290761_0.pdf

Task force per la promozione della salute di bambini e adolescenti in ospedale

La task force degli ospedali per la promozione della salute di bambini e adolescenti nasce nel 2003 con l'obiettivo di sviluppare e condividere conoscenze, competenze, standard e buone pratiche di promozione della salute negli ospedali pediatrici e nelle divisioni pediatriche di ospedali generali, a partire dal presupposto che infanzia e adolescenza sono fasi di vita determinanti nell'acquisizione di stili di vita sani. In collaborazione con l'Ufficio per l'Europa dell'OMS, la task force ha costituito una rete che collega ospedali pediatrici e reparti pediatrici di ospedali generali, unità universitarie di ricerca e associazioni per l'infanzia negli ospedali.

Il documento, curato dal centro di coordinamento della rete HPH toscana, descrive i concetti fondamentali del progetto europeo.

Per maggiori informazioni:

http://www.meyer.it/layhph_duecolonne.asp?idcategoria=695

Progetto Migrant Friendly Hospitals

Migrant Friendly Hospitals (MFH) è un'iniziativa europea per la promozione della salute e la *health literacy* delle minoranze etniche e della popolazione immigrata, avviata nel 2002 con il coordinamento dell'Istituto di Sociologia della Salute e della Medicina "L. Boltzmann" di Vienna e il coinvolgimento di 13 ospedali pilota degli Stati membri dell'Unione Europea.

L'iniziativa nasce dall'esigenza di identificare, sviluppare e valutare risposte più strutturate ai bisogni di salute delle minoranze etniche e della popolazione immigrata e di migliorare i servizi ospedalieri per questi gruppi di pazienti, attraverso un'esperienza di *benchmarking* tra gli ospedali della Rete. Anche la Rete emiliano-romagnola ha aderito alla sperimentazione con il Presidio ospedaliero dell'AUSL di Reggio Emilia.

Per maggiori informazioni:

www.mfh-eu.net.

<http://www.retehphitalia.it/public/ddw.asp?s=g&a=n6637&r=5084&v=92&g=6574&nodo=46906&l=1>

La rete lombarda HPH Health Promoting Hospitals

La rete lombarda HPH (Health Promoting Hospitals) è stata costituita con decreto della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia del 16/09/1998, in adesione alla più ampia rete europea HPH promossa dall'Ufficio regionale europeo dell'OMS.

L'Azienda Ospedaliera della provincia di Pavia, ha aderito alla rete regionale lombarda degli ospedali per la promozione della salute, con deliberazione del Direttore Generale 232 del 29/04/2005.

La rete piemontese HPH Health Promoting Hospitals

In Piemonte la rete HPH ha visto l'Associazione CIPES Piemonte (Confederazione Italiana per la Promozione e l'Educazione Sanitaria) svolgere un ruolo organizzativo e di coordinamento fondamentale per l'avvio e la successiva attività della rete medesima, che si è poi sviluppata sulla base della programmazione internazionale in due cicli 1998-2002 e 2003-2006, con una crescente partecipazione da parte di Ospedali e ASL Piemontesi.

Nel corso della Conferenza Regionale della Rete, tenutasi a Torino il 20 febbraio 2007, è stata presentata la relazione conclusiva dell'attività della rete HPH piemontese, relativa al quadriennio 2003-2006, che si è concretizzata in progetti aziendali e interaziendali afferenti alle seguenti aree tematiche:

- ospedale e territorio;
- ospedale senza dolore;
- sicurezza negli ospedali.

Per maggiori informazioni:

http://www.cipespiemonte.it/rete_hph.php

Promozione della salute mentale nei luoghi di lavoro: esempi di buone prassi a livello europeo **Approcci innovativi per la promozione della salute mentale**

Nel 2009, l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA) ha condotto una raccolta di casi studio sulla salute mentale nei luoghi di lavoro. Il rapporto, sintetizzato in questa scheda informativa, si basa su tale raccolta di esempi di buone pratiche. Nel rapporto è possibile trovare informazioni su come integrare la promozione della salute mentale all'interno di un approccio di vasta portata, volto a migliorare e promuovere la salute, la sicurezza e il benessere dei dipendenti sul luogo di lavoro. Molti dei casi studio sono particolarmente interessanti in virtù dei loro approcci innovativi e creativi.

Approccio narrativo

Hedensted Kommune, in Danimarca, ha sviluppato e attuato con esito positivo una serie di politiche in materia di salute mediante il coinvolgimento attivo dei dipendenti. Hedensted Kommune ha applicato un approccio basato sul racconto (*storytelling*) al fine di invogliare i dipendenti a prendere parte al programma.

In questo tipo di approccio, i dipendenti erano invitati a partecipare a una "giornata d'ispirazione" e incoraggiati a condividere storie sulla loro vita lavorativa che reputavano importanti in merito alla propria condizione di salute, specialmente sul luogo di lavoro. Sulla base di questo contributo sono state elaborate le relative politiche, basate sulle storie

condivise dai dipendenti e sulle raccomandazioni generali, sebbene non siano state attuate norme severe. Al momento di stabilire le metodologie di aiuto ai dipendenti, invece, vengono prese in considerazione la fase di vita e la situazione di ciascun dipendente.

Profilo professionale rispondente alla persona

Creativ Company, in Danimarca, è stata fondata nel 2000 con l'obiettivo di creare un luogo di lavoro assolutamente diverso.

L'idea principale alla base di Creativ Company è che l'attività lavorativa può essere elaborata sulla base delle competenze specifiche di una persona, anziché far corrispondere la persona a un profilo professionale già esistente.

Programmi speciali volti all'assunzione di un comportamento salutare al di là del luogo di lavoro

Mars, in Polonia, offre un programma costituito da più parti che comprende una valutazione complessiva dello stato di salute e dello stile di vita di ciascun dipendente, offre diverse fasi di apprendimento su come vivere in maniera più salubre e monitorare i progressi e, infine, incoraggia i dipendenti a diffondere quanto appreso e a fare informazione fra i componenti della loro comunità.

Consulenza professionale e sostegno per la gestione dei fattori esterni al lavoro

L'unità DRU-S di ATM, in Italia, cerca di promuovere il benessere offrendo una rete a favore della famiglia che fornisce ai dipendenti consulenze, suggerimenti e servizi correlati alle necessità della famiglia e dei genitori.

Alcuni esempi di approcci pratici, osservati in altri casi studio della raccolta, sono programmi rivolti ai futuri padri e alle future madri e workshop su come gestire il divorzio, la perdita di un caro in famiglia e il matrimonio.

Eventi sociali per promuovere stili di vita salutari

Magyar Telekom, in Ungheria, organizza serate cinematografiche in cui vengono proiettati documentari al fine di informare i dipendenti in merito a tematiche correlate alla salute, quali situazioni di vita stressanti, disabilità, violenza familiare, ecc. Successivamente alla proiezione, ha luogo un dibattito interattivo con esperti al fine di discutere attivamente sulle questioni trattate nella pellicola.

Colloqui individuali relativi alla salute

«R», in Spagna, organizza colloqui faccia a faccia con i dipendenti al fine di comprendere e analizzare la loro situazione professionale.

L'obiettivo è quello di fare dell'autoconsapevolezza il punto di partenza di un processo di sviluppo personale e di dare alle persone un senso di rilevanza nel proprio lavoro.

Sostegno finanziario ai dipendenti che affrontano un periodo di crisi

IFA, in Svizzera, ha stabilito un conto sociale a sostegno dei dipendenti che si trovano a far fronte a emergenze finanziarie (come costi sanitari, spese odontoiatriche, spese funerarie per un familiare, ecc.). I membri del personale IFA con emergenze finanziarie possono usufruire anche di un prestito speciale. Alcuni esempi pratici comprendono i casi di parto in una clinica privata finanziati dall'azienda, offerta di prestiti ai dipendenti e fornitura di alloggi aziendali per lavoratori immigrati o lavoratori con problemi generali di alloggio.

Per maggiori informazioni:

<https://osha.europa.eu/it/tools-and-publications/publications/factsheets/102>

Pro. Muovi Saperi e Sapori 2014/15

Setting

Scuola, Sanità

Capofila

Regione Piemonte, gruppo ASL TO4

Altri Enti coinvolti

Associazione Vivere i parchi

Ente Parco Lago di Candia

Compagnia di San Paolo

Destinatari finali

Preadolescenti (11-13 anni)

Adolescenti (14-18 anni)

Breve descrizione

Il progetto vuole sostenere la collaborazione tra scuola e sanità per il potenziamento delle abilità cognitive, socio affettive e comunicative (*life skills*) nei giovani; fornire agli insegnanti strumenti operativi utili a sostenere negli studenti l'apprendimento di competenze trasversali e favorire il loro coinvolgimento diretto nei processi decisionali (cittadinanza attiva); ampliare la Rete delle Scuole che promuovono salute, attivando processi di cambiamento in sinergia tra scuola, sanità, famiglie e comunità.

Le azioni previste sono:

- costituzione di gruppi di lavoro integrati tra insegnanti, operatori sanitari e genitori;
- elaborazione di una progettazione congiunta tra insegnanti di ciascun istituto, usufruendo della collaborazione di professionisti dell'ASL, per attivare con gli studenti percorsi didattici orientati alla promozione di corretti stili di vita in tema di alimentazione e attività fisica;
- realizzazione di attività didattiche in orario curricolare e inserimento del progetto nel POF;
- realizzazione dell'evento finale coinvolgendo attivamente gli studenti nella presetazione delle attività e/o dei materiali didattici prodotti durante l'intero anno scolastico.

Le attività si sviluppano secondo il modello di progettazione dell'*empowerment* di comunità.

Per maggiori informazioni:

http://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=3414

Think!

Setting

Mobilità/Media

Capofila

Ministero dei Trasporti

Altri Enti coinvolti

Dipartimento dei Trasporti

Destinatari finali

Bambini

Giovani

Adulti

Breve descrizione

Nel 2000 il Ministero britannico dei Trasporti (DFT) ha sviluppato un programma di marketing e comunicazione per ridurre il numero di morti e feriti gravi sulle strade (Killed or Seriously Injured o KSI).

Più sicuro per tutti: questa vasta gamma di campagne, ognuna con il proprio specifico obiettivo di cambiamento di comportamento, è stata sviluppata sotto il logo unificante, che faceva parte della strategia del governo del 2000 per la sicurezza stradale: *Think!*. Gli obiettivi fissati: ridurre il numero di morti e feriti gravi sulle strade del Regno Unito del 50% per i bambini e del 40% su tutta la popolazione entro il 2010, rispetto al periodo 1994-1998.

Per raggiungere tali obiettivi ambiziosi, il governo ha inaugurato la strada una triplice strategia per ridurre le vittime della strada: interventi strutturali, normativi, educativi.

Nel 2008, con l'introduzione di misure strutturali efficaci, *Think!* ha contribuito al raggiungimento o superamento degli obiettivi di sicurezza stradale del DFT, con una riduzione del 40% in KSI e una riduzione del 59% in bambini KSI. Questo rappresenta 3.494 persone che sono oggi vive e illese grazie a *Think!*. Inoltre, si stima che per ogni 1 £ spesa per *Think!*, £ 9,36 di denaro pubblico è stato risparmiato.

Per maggiori informazioni:

<http://www.thensmc.com/resources/showcase/think>

Truth

Setting

Media

Capofila

American Legacy Foundation

Destinatari finali

Giovani

Breve descrizione

Truth è una campagna nazionale di prevenzione del tabacco volta a ridurre l'abitudine al fumo tra i giovani negli Stati Uniti. La campagna è prodotta e finanziata dalla American Legacy Foundation, un'organizzazione no profit di salute pubblica fondata nel 1999 con il Master Settlement Agreement tra aziende produttrici di tabacco americane, 46 Stati degli Stati Uniti, il Distretto di Columbia e cinque territori. *Truth* produce contenuti televisivi e online per promuovere messaggi anti-tabacco.

Truth è la più grande campagna di marketing sociale di prevenzione del fumo rivolta ai giovani americani, iniziata nel 1999 e ancora in corso.

Per maggiori informazioni:

Sito del progetto: <http://www.thetruth.com/>

Focus sugli aspetti di marketing sociale: <http://www.thensmc.com/resources/showcase/truth%C2%AE>

Tutte le mamme del mondo

Promozione della salute mentale della donna extracomunitaria in gravidanza e puerperio

Setting

Servizi territoriali – materno-infantile

Capofila

Sanità

Altri Enti coinvolti

ASL

Università

Destinatari finali

Donne extracomunitarie

Breve descrizione

Il progetto è stato finanziato nell'ambito del Bando Regionale HP 2005-2006 della Regione Piemonte. Contrariamente ad alcuni luoghi comuni e credenze di una parte di operatori socio sanitari, che considerano le donne extracomunitarie immuni da problemi psicologici durante la gravidanza e dopo il parto, una parte della letteratura dimostra che anche donne africane e cinesi soffrono di depressione e ansia dopo il parto.

La clinica mette in chiara luce la relazione tra depressione materna, qualità del rapporto madre-bambino e sviluppo emotivo, comportamentale e cognitivo del bambino.

Tra i fattori di rischio certi che aumentano le possibilità di sviluppare una depressione post natale vi è l'accumulo di eventi stressanti, come risulta dalla letteratura (NHMRC, 2000). L'intervento educativo previsto dal progetto si propone come obiettivo di migliorare le possibilità delle donne extracomunitarie in gravidanza e puerperio di accedere adeguatamente ai servizi e, quindi, la loro capacità cercare aiuto in situazioni di difficoltà, riducendo incidenza e gravità della depressione.

Quando la donna è immigrata in un Paese con lingua e cultura diversa dal Paese di origine (come avviene per le donne extracomunitarie che risiedono in Italia), al problema suddetto si aggiungono i problemi di comunicazione (comprensione della lingua e comprensione di usanze e tradizioni culturali diverse) che non riguardano solo la donna "paziente", ma anche e soprattutto l'operatore socio sanitario che entra in relazione con lei.

Si delineano quindi due grosse aree problematiche interconnesse fra di loro:

- problemi o disagio psicologico della donna extracomunitaria in gravidanza e in puerperio (ansia, depressione, isolamento, ecc.);
- problemi di comunicazione operatore/paziente (problemi di comprensione della lingua, problemi di comprensione della cultura e di usanze e conseguente difficoltà a promuovere salute). Almeno il 10% dell'utenza

dell'ASL TO10 (Servizi Territoriali, Consultori, PLS, MMG, e Ospedale Agnelli di Pinerolo) è rappresentato da donne extracomunitarie, soprattutto per quanto riguarda gravidanza, puerperio e cure del neonato/bambino. Esse accedono ai servizi secondo modalità poco adeguate (ricorso al pronto soccorso per visite di controllo, attivazione dei servizi in urgenza e non secondo le routine di monitoraggio preventivo). Inoltre, le differenze culturali rendono difficile una presa in carico efficace ed efficiente di queste pazienti.

Il progetto intende occuparsi delle seguenti aree problematiche:

- le donne extracomunitarie che sono in attesa di un bambino o che sono in puerperio (avendo come obiettivo la promozione della salute e la prevenzione di situazioni patologiche importanti);
- operatori sanitari che si rapportano con le donne extracomunitarie nelle visite di controllo durante la gravidanza e dopo il parto (tra cui anche i bilanci di salute del loro bambino presso i PLS); in questo caso l'obiettivo è informare/formare gli operatori.

Per maggiori informazioni:

http://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=307

Unplugged

Setting

Scuola

Capofila

Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - ASL TO3

Altri Enti coinvolti

Tutte le ASL del Piemonte, tutte le Regioni italiane tranne Emilia-Romagna, Umbria e Basilicata

Destinatari finali

Ragazzi di 12-14 anni

Breve descrizione

Unplugged è un programma scolastico per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e sostanze tra gli adolescenti, basato sul modello dell'influenza sociale e dell'educazione normativa.

È il risultato di un progetto di ricerca multicentrico europeo che ha dimostrato, con una sperimentazione controllata, la sua efficacia nel prevenire l'uso di tabacco e cannabis e gli episodi di ubriachezza nei ragazzi di 12-14 anni. Attualmente è applicato nelle scuole di molti Paesi europei e di molte regioni italiane: esso rappresenta il modello di una soluzione supportata da adeguate prove di efficacia.

Unplugged mira a:

- favorire lo sviluppo e il consolidamento delle competenze interpersonali;
- sviluppare e potenziare le abilità intrapersonali;
- correggere le errate convinzioni dei ragazzi sulla diffusione e l'accettazione dell'uso di sostanze psicoattive, nonché sugli interessi legati alla loro commercializzazione;
- migliorare le conoscenze sui rischi dell'uso di tabacco, alcol e sostanze psicoattive e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze.

È articolato in 12 unità di circa 1 ora ciascuna ed è condotto dall'insegnante in classe applicando metodologie interattive, attraverso tecniche quali il *role playing*, il *brain storming* e le discussioni di gruppo.

Nell'applicazione del programma, gli insegnanti svolgono un ruolo fondamentale: la loro motivazione e l'entusiasmo sono determinanti ai fini della qualità dell'implementazione e dell'efficacia dell'intervento. Per questo viene loro fornita formazione specifica, attraverso un corso di due giorni e mezzo, gestito dai formatori del centro di coordinamento. Il centro di coordinamento fornisce poi costante supporto durante le attività di formazione degli insegnanti e organizza annualmente sessioni di aggiornamento (*booster*) per i formatori.

A supporto dell'applicazione del programma è disponibile il kit che include il manuale per l'insegnante, il quaderno dello studente e il set di carte da gioco per l'unità 9.

Per applicare *Unplugged* in classe un insegnante deve partecipare a un corso di 20 ore, tenuto da formatori *Unplugged* attivi. I formatori *Unplugged* a loro volta hanno ricevuto specifica formazione dai master trainers, operatori identificati e formati dalla EU-Dap Faculty.

I corsi di formazione e i materiali *Unplugged* sono offerti a tutte le scuole che intendano applicare il programma.

Periodicamente gli insegnanti e i formatori sono coinvolti in attività di rinforzo (*booster*) per aggiornare da un lato le loro conoscenze sul programma, sui risultati di efficacia e sui progressi della ricerca su *Unplugged*, e dall'altro per mantenere la qualità dell'applicazione del programma in classe.

Per maggiori informazioni:

<http://www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia/index.php>

Glossario

CCT: Centrale di Coordinamento Trasporti programmati.

CLP: acronimo di Classification, Labelling and Packaging - regolamento (CE) N. 1272/2008 del Parlamento Europeo e del Consiglio. Il regolamento costituisce una revisione e un aggiornamento del sistema di classificazione ed etichettatura dei prodotti chimici, basato sulle direttive 67/548/CEE sulle sostanze pericolose e 1999/45/CE sui preparati pericolosi.

CPI: Centro Per l'Impiego.

D.S.M.: Dipartimenti di Salute Mentale.

DALY: Disability-Adjusted Life Year. È uno strumento alternativo che serve per quantificare il peso di una malattia. Il DALY è il risultato della somma degli anni di vita persi (YLL) in seguito a mortalità prematura con gli anni vissuti in disabilità o malattia (YLD).

Dors: Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute.

FAD: Formazione A Distanza.

FOBT: test per la ricerca del sangue occulto fecale.

FTE: Full Time Equivalent.

IDT: test allergico o intradermotubercolinizzazione utilizzato per rilevare la tubercolosi bovina.

IUHPE: International Union for Health Promotion and Education (Unione Internazionale per la Promozione e l'Educazione per la Salute, UIPE).

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza.

MCNT: Malattie Croniche Non Trasmissibili.

MMG: Medico di Medicina Generale.

MTA: Malattie Trasmesse da Alimenti.

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità (in inglese, World Health Organisation o WHO).

PASSI (sistema di sorveglianza): Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, una sperimentazione avviata nel 2007 per monitorare lo stato di salute della popolazione adulta (18-69 anni) italiana attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e degli interventi di prevenzione. L'attività viene svolta da tutte le ASL in Piemonte attraverso interviste telefoniche.

PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.

PePS: Profilo e Piano di Salute.

PLP: Piano Locale della Prevenzione.

PNP: Piano Nazionale della Prevenzione.

Pro.Sa: database di progetti di Promozione della Salute.

PRP: Piano regionale di Prevenzione.

RAVI: Referente per l'attività vaccinale.

REACH (regolamento): acronimo di Registration, Evaluation, Authorisation of Chemicals - regolamento (CE) n.1907/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio. Il regolamento intende assicurare un elevato livello di protezione della salute umana e dell'ambiente attraverso il miglioramento della conoscenza dei pericoli e dei rischi derivanti da prodotti chimici.

RAPEX: Rapid Alert System for non food consumer (sistema comunicativo di informazione rapida su prodotti non alimentari).

RLS/RLST: rappresentante dei lavoratori per la sicurezza/rappresentante dei lavoratori per la sicurezza territoriale.

SdV: Speranza di Vita alla nascita.

SEPI: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO3.

SeREMI: Servizio di riferimento regionale di Epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Malattie Infettive.

SIAN: Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione.

SISP: Servizio Igiene e Sanità Pubblica.

SPRESAL: Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro.

SSN: Sistema Sanitario Nazionale.

WHP: World Health Promotion (promozione mondiale della salute).

Bibliografia

- Animazione Sociale (2013) *Educarci al welfare bene comune: documento base del II appuntamento nazionale degli operatori sociali*, in «Animazione Sociale», n. 277, pp. 23-31. (http://www.dors.it/alleg/newcms/201311/2013_Educarci_al_welfare_bene_comune_documento_base.pdf).
- Antonovsky A. (1996) *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*, in «Health Promotion International», n. 11, pp. 11-18.
- Blane D., Netuveli G., Stone J. (2007) *The development of life course epidemiology*, in «Revue d'épidémiologie et de santé publique», n. 55, pp. 31-38.
- Bottaccioli F. (2014) *Epigenetica e psiconeuroendocrinoimmunologia: le due facce della rivoluzione in corso nelle scienze della vita. Saggio scientifico e filosofico*, Milano, Edra.
- Brofenbrenner U. (1981) *On Making Human Beings Human: bioecological perspectives on human development*, London, SAGE.
- Callipo A. (2013/14) *L'impatto della crisi economica sui comportamenti alimentari salubri e le implicazioni per la prevenzione*, Tesi di laurea in Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, Università degli Studi di Torino.
- Clerico G., Zanola G., a cura di, (2014) *La Sanità in Piemonte. Immaginare il futuro*, Milano, Giuffrè.
- CNEL, ISTAT (2014) *Rapporto Bes 2014: il benessere equo e sostenibile in Italia* (<http://www.misuredelbenessere.it/index.php?id=66>)
- Conferenza Interministeriale di Roma (2007) *Salute in Tutte le Politiche. Risultati e Sfide*, Roma, (<http://www.governo.it/backoffice/allegati/37813-4601.pdf>).
- Costa G. et al., a cura di, (2014) *L'equità nella salute in Italia*, Milano, Franco Angeli.
- CPO Piemonte (2013) *Report annuale 2013. Prevenzione Serena. Risultati, ricerca, qualità* (<http://www.cpo.it/it/articles/show/prevenzione-serena-report-2013/>).
- De Piccoli N. (2007) *Individui e contesti in psicologia di comunità*, Milano, Unicopli.
- De Piccoli N., a cura di, (2014) *Salute e qualità della vita nella società del benessere*, Roma, Carocci.
- Dipartimento per lo sviluppo e la coesione economica (2015) *Le aree interne: di quale territori parliamo? Nota esplicativa sul metodo di classificazione delle aree*, Roma (<http://www.dps.gov.it/it/arint/>).
- Green L. W., Kreuter M. (2005) *Health program planning. An educational and ecological approach*, Milano, McGraw-Hill.
- ISFOL, (2014) *PIAAC-OCSE: Rapporto nazionale sulle competenze degli adulti*, Roma (<http://sbnlo2.cilea.it/bw5ne2/opac.aspx?WEB=ISFL&IDS=19827>).
- ISTAT (2014) *Tutela della salute e accesso alle cure*, Roma (<http://www.istat.it/it/archivio/128176>).
- ISTAT (2015) *La povertà in Italia*, Roma, (<http://www.istat.it/it/archivio/164869>).
- Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" (2009) *Qualità della vita e salute*, Milano (<http://crc.marionegri.it/qdv/>).
- Kawachi I. (1999) *Social Capital and Community Effects on Population and Individual Health*, in «Annals of the New York Academy of Sciences», n. 896, pp. 120-130.

- Laverack G. (2013) *Health activism: foundations and strategies*, Los Angeles, SAGE.
- Lemma P. (2012) *Valutare gli interventi di promozione della salute*, in Auxilia F., Pontello M., Pellai A. (2012) *Igiene e sanità pubblica: educazione sanitaria: strategie educative e preventive per il paziente e la comunità*, Padova, Piccin.
- Leone L., Virgilio G. (2012) *Dossier. La ricerca e le politiche sociali e socio-sanitarie in Emilia-Romagna. Applicazioni e approcci per la valutazione*, Bologna, Emilia Romagna (http://www.cevas.it/wordpress/wp-content/uploads/2011/11/Virgilio_Leone-2012_Dossier-226-ASSR-Emilia-Romagna.pdf).
- Marinacci C. et alii (2013) *Social inequalities in total and cause-specific mortality of a sample of the Italian population, from 1999 to 2007*, in «European Journal of Public Health», n. 23, pp. 582-587.
- Marra M, Migliardi A., Landriscina T., Costa G. (2015) *Documento per Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018*. Elaborazioni del Servizio di Epidemiologia ASL TO3, Torino (materiale grigio).
- Migliardi A., Marino M, Gnani R., a cura di, (2014) *La salute in Piemonte nell'opinione dei suoi abitanti*, Torino, Regione Piemonte (http://www.regione.piemonte.it/sanita/dwd/multiscopo_web.pdf).
- Nocentini C., Seppilli T. (2013) *Per una salute e una sanità beni comuni*, in «Animazione Sociale», n. 278, pp. 3-12.
- Novinsky C.M., Federici A. (2008) *Stewardship. Un nuovo modello di governance* (http://www.dors.it/cosenostre/testo/201504/stewardship_care2008_Novinsky.pdf).
- OMS (2010) *Global recommendations on physical activity for health*, Ginevra (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>).
- OMS (2015) *Global Health Observatory Data Repository, Disability-adjusted life years (DALYs)*, Ginevra, WHO (<http://apps.who.int/gho/data/view.main.DALYNUMREG7EURV>).
- OMS (1998) *Glossario della promozione della salute*, Ginevra (http://www.dors.it/alleg/newcms/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf).
- OMS (2013) *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*, Malta, WHO Regional Office for Europe (<http://www.dors.it/page.php?idarticolo=338>).
- OMS (2014) *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action: the 8th Global Conference on Health Promotion*, Ginevra (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf?ua=1).
- OMS (2013) *Health literacy: the solid facts*. Marmorvej, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).
- OMS (1986) *La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute*, Ottawa, 1986 (http://cipespiemonte.it/cedo/allegati/2811-4marzo_retedellaalute/4marzo_retesalute/docum/2ottawa.pdf).
- OMS (2009) *Nairobi call to action. A Primer for Mainstreaming Health Promotion*, The 7th Global Conference on Health Promotion, Nairobi (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/>).
- OMS (2006) *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*, Ginevra (http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease/en/).
- Pelikan J.M. et al. (2012) *The European Health Literacy Project (HLS-EU)*, in *HLS-EU Consortium (2012): comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU*, Maastricht University (<http://www.maastrichtuniversity.nl/web/file?uuid=d101b63c-dbbe-472d-971f-7a4eae14ba47&owner=d5b3681e-fc4a-476e-b9ff-a807c26760b9>).

- Ragazzoni P., Di Pilato M., Longo R., Scarponi S., Tortone C., a cura di, (2009) *Modelli Socio-Cognitivi per il cambiamento dei comportamenti: rassegna e analisi critica*, Grugliasco, DoRS Regione Piemonte (<http://www.dors.it/alleg/0202/Modelli%20teorici%20di%20cambiamento2.pdf>).
- Regione Piemonte (2014) *I ricoveri ospedalieri in Piemonte nel 2011*, Torino (<http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/ricoveri2011/riepilogo.htm>).
- Regione Piemonte (2014) *La mortalità in Piemonte negli anni 2008 – 2010*, Torino (http://www.regione.piemonte.it/sanita/ep/mortalita_08_10/riepilogo.htm).
- Regione Piemonte (2012) *Le vaccinazioni in Piemonte. Anno 2012*, Torino (<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/vaccinazioni>).
- Regione Piemonte - Dipartimento di Prevenzione (2013) *Relazione conclusiva al Piano Locale di Prevenzione*, Torino (<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/piano-regionale-di-prevenzione/3476-piani-locali-di-prevenzione-programmazione-e-rendicontazione>).
- Regione Piemonte - Dipartimento di Prevenzione (2011) *Relazione sull'attività svolta dai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL del Piemonte*, Torino (<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/prevenzione-e-promozione-della-salute/Pubblicazioni>).
- Rocco L., Suhrcke M. (2012) *Is social capital good for health? A european perspective*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/170078/Is-Social-Capital-good-for-your-health.pdf?ua=1).
- Saltman R. B., Ferroussier-Davis O. (2000) *The concept of stewardship in health policy*, in «WHO Bulletin», n. 78, pp. 733-739 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560782/pdf/10916910.pdf>).
- SeREMI (2013) *Le vaccinazioni in Piemonte. Anno 2013*, Alessandria, (<http://seremi.it/content/le-vaccinazioni-piemonte-anno-2013-1>).
- Società Italiana di Igiene – Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SITI) (2011) *Linee Guida per il Dipartimento di Prevenzione*, Roma (<http://www.societaitalianaigiene.org/site/new/images/docs/notizie/2012/0215.pdf>).
- Solipaca A. (2009) *La disabilità in Italia*, Roma, ISTAT (http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00/arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf).
- UNESCO (2004) *The Plurality of Literacy and its implications for Policies and Programs*, UNESCO Education Sector Position Paper, n. 13 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001362/136246e.pdf>).
- Woodall J. et al. (2010) *Empowerment and health & well-being: evidence review*, Leeds, Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University (<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=96496>).

Sitografia

- AGENAS – NIEPB – Network Italiano per la Evidence-Based Prevention, <http://niebp.agenas.it/matrice.aspx>
- Conferenza di Pianificazione PePS del Distretto di Saluzzo, ASL CN1, <http://www.aslcn1.it/prevenzione/la-salute-e-il-peps/i-peps-negli-ambiti-territoriali/saluzzo/profilo-di-salute/>
- Interventi per il riordino della rete territoriale del Servizio Sanitario Regionale della Regione Piemonte, <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/documentazione/category/168-documentazione-2010-2014?download=4442:interventi-per-il-riordino-della-rete-territoriale-del-servizio-sanitario-regionale-in-attuazione-del-patto-per-la-salute-2014-2016-e-della-d-g-r-n-1-600-del-19-11-2014-e-s-m-i>
- OMS, Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016, <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>
- Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
- Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 della Regione Piemonte, <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/documentazione/category/168-documentazione-2010-2014?download=4419:piano-regionale-di-prevenzione-programmi-2015-2018>
- Piano Regionale Integrato 2015-2018, Sicurezza alimentare della Regione Piemonte, <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/notizie-87209/notizie-dall'assessorato/3410-13-7-2015-sicurezza-alimentare-approvato-il-piano-regionale-integrato-2015-2018>
- Sorveglianza PASSI, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, <http://www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/infoGen.asp>

I Quaderni della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo

- 1. Il bilancio dell'Unione Europea 2007**
L'accesso ai finanziamenti comunitari per il territorio (2007)
- 2. Percezione e notorietà della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo** (2007)
- 3. "Senectus Ipsa Morbus"**
Ricerca sui servizi socio-assistenziali per gli anziani nell'area di Cuneo, Mondovì ed Alba/Bra (2008)
- 4. L'Università in provincia di Cuneo**
Gli studenti residenti in provincia iscritti nelle sedi locali e nella sede di Torino (2008)
- 5. Cluster produttivi e traiettorie di sviluppo nei territori del cuneese** (2009)
- 6. Il Politecnico di Torino in provincia di Cuneo**
Dai dati statistici alle opinioni degli studenti (2009)
- 7. Il settore delle utilities in provincia di Cuneo**
Analisi e prospettive (2009)
- 8. Università e sviluppo del territorio**
Laureati cuneesi della facoltà di Scienze Politiche e mercato del lavoro (2010)
- 9. L'arte della Fondazione**
Valutazione dei progetti di conservazione e valorizzazione del patrimonio artistico e architettonico finanziati dalla Fondazione CRC (2010)
- 10. Un patrimonio valorizzato**
Descrizione dei 100 maggiori interventi di restauro architettonico e artistico finanziati dalla Fondazione CRC (2011)
- 11. La ricerca della Fondazione**
Valutazione di tre anni di Bando Ricerca della Fondazione CRC (2011)
- 12. L'innovazione sociale in provincia di Cuneo**
Servizi, salute, istruzione, casa (2011)
- 13. Il valore della cultura**
Per una valutazione multidimensionale dei progetti e delle attività culturali (2011)
- 14. L'impatto economico delle università decentrate: il caso di Cuneo** (2012)
- 15. Capitale umano e società della conoscenza: i laureati nelle imprese cuneesi** (2012)
- 16. Innovazione in Comune**
Percorsi innovativi nei sette maggiori Comuni della provincia di Cuneo (2013)
- 17. Disagio psicologico**
Diffusione, fattori di rischio, prevenzione e cura (2013)
- 18. Il mondo a scuola**
Alunni stranieri e istituzioni formative in provincia di Cuneo (2013)
- 19. Terre alte in movimento**
Progetti di innovazione della montagna cuneese (2013)
- 20. Facciamo cose**
Progetti di giovani per la provincia di Cuneo (2013)
- 21. Granda e Green**
Green economy in provincia di Cuneo (2014)
- 22. Langhe e Roero**
Tradizione e innovazione (2014)
- 23. Quelli che lasciano**
La dispersione scolastica in provincia di Cuneo (2014)
- 24. Alla prova della crisi**
L'innovazione sociale in provincia di Cuneo (2015)
- 25. Sviluppo locale**
Politiche e progetti in provincia di Cuneo (2015)