

## A. INTRODUZIONE E INQUADRAMENTO GENERALE

Il presente documento assume come precettive tutte le indicazioni riguardanti i Profili e Piani di Salute (PEPS) contenute nella L.R. n. 18/6 agosto 2007.

Le linee progettuali e programmatiche delineate si fondano su numerose ed autorevoli risoluzioni elaborate ed emanate da varie Agenzie internazionali, con particolare riferimento all'O.M.S. (Salute 21, Agenda 21, Città Sane), delle quali si condivide la filosofia ispiratrice e lo spirito funzionale propositivo che le anima.

Il documento si struttura e si articola in un testo base e in appendici integrative di illustrazione più analitica.

### *A1. Inquadramento generale sul processo di costruzione sociale dei PePS.*

I PePS, che hanno la durata del Piano socio-sanitario regionale, rappresentano un processo di costruzione sociale a soggetti della *polis*, nel quale i soggetti politici, in qualità di eletti ai vari livelli istituzionali dell'articolazione statale, e i cittadini, consapevoli, competenti e responsabili, nella forma appositamente disciplinata di conferenza degli organismi di rappresentanza della società civile organizzata (art. 10 comma 1 LR 18/2007), danno vita ad una partecipata dialettica espressiva tesa ad analizzare, evidenziare e soddisfare bisogni ed obiettivi prioritari di salute.

I PePS sono lo strumento con cui la comunità locale, a livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce Linee Guida volte ad orientare tutte le politiche del territorio, radicalmente e rigorosamente vagliate dal punto di vista della salute.

È infatti compito dei PePS:

- a) definire gli obiettivi prioritari di salute e benessere finalizzati allo sviluppo e all'attuazione di politiche di salute;
- b) identificare e mobilitare tutti i soggetti da coinvolgere nei rispettivi ruoli e secondo le rispettive capacità di assicurare contributi specifici;
- c) attivare gli strumenti per la sorveglianza, il monitoraggio e la valutazione del raggiungimento degli obiettivi prioritari di salute riscontrabili in tutte le politiche territoriali oltre che in quelle più specificamente socio-sanitarie.

I PePS si avvalgono dell'assistenza, del supporto e del contributo tecnico di soggetti professionali afferenti alla rete estesa dei servizi della pubblica amministrazione, tra i quali occupano un posto di rilievo gli operatori, adeguatamente formati, dei servizi sanitari e socio-assistenziali (ASL, ASO, Enti gestori).

Tutti i soggetti, politici e professionali, nella loro interazione partecipata, rendono disponibili e fruibili i loro specifici e qualificati patrimoni informativi formali ed informali, all'interno dei quali spiccano le informazioni a più forte valenza e connotazione funzionale epidemiologica (**Appendice 1**).

Dai PePS ed omologamente dai Piani di Zona ( PdZ ) si attende un contributo convergente ed essenziale sia per riorientare criticamente verso bisogni ed obiettivi di salute prioritari la programmazione territoriale non specificamente socio-sanitaria dei Comuni (e di altre istituzioni e agenzie locali) sia per vagliare criticamente la pertinenza e la concreta produttività, in termini di tutela e di promozione della salute, delle specifiche azioni socio-sanitarie localmente pianificate (Programma delle attività territoriali, Piano Attuativo Locale, Piano Attuativo delle Aziende Ospedaliere).

Ai fini di una compiuta integrazione tra gli strumenti di programmazione locale, gli amministratori locali, in collaborazione con gli operatori sanitari e socio-assistenziali, sono chiamati ad operare dando unicità e unitarietà al processo programmatorio locale, realizzando attraverso il PePS il quadro di riferimento da cui possono efficacemente discendere due strumenti di programmazione operativa di distretto, costituiti dal Programma di attività distrettuale e dal Piano di zona.

Il primo, articolazione del Piano attuativo aziendale di Asl, fa conseguire all'analisi dei bisogni prioritari definiti nei PePS gli interventi distrettuali di natura sanitaria necessari per affrontarli; il Piano di zona costituisce lo strumento ove stabilire le strategie di risposta intersettoriale dei servizi sociali e sanitari, e la sede per la definizione degli interventi congiunti e delle azioni comuni di integrazione – anche produttiva – socio-sanitaria, da indicare nell'accordo di programma allegato.

Per garantire la preventiva convergenza di orientamento dei due comparti interessati, l'omogeneità di contenuti, tempi e procedure, la parte dei piani di zona relativa agli interventi di integrazione socio-sanitaria trova obbligatoria corrispondenza nella parte dei programmi di attività distrettuale.

Il “Profilo di salute” di un territorio e di una popolazione rappresenta una descrizione qualitativa e quantitativa delle prospettive positive di salute, ma anche dei fattori negativi di criticità e/o di danno, finalizzata a funzioni di informazione e comunicazione partecipata in vista di una iniziale selezione di priorità.

Il “Piano di salute” vero e proprio rappresenta una elaborazione ponderata e mirata di una “terapia” partecipata di comunità, volta a produrre una definitiva selezione partecipata delle priorità, a valutare l'impatto degli interventi progettati per governare i danni conclamati, ridurre o rimuovere i determinanti negativi, promuovere e diffondere i determinanti positivi, per individuare cioè obiettivi concreti e sostenibili di sobrio sviluppo corroborato da valutazioni sociali, economiche, etiche, ambientali razionalmente e scientificamente fondate.

È infatti obiettivo qualificante dei PePS dare forma a quella che la carta di Ottawa definisce “concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere le decisioni, pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere il miglior livello di salute” innescando una dialettica espressiva tesa a spostare progressivamente il baricentro di riferimento dalla forma della democrazia rappresentativa delegata verso la democrazia deliberativa-negoziale, fino al limite attrattivo della democrazia partecipativa diretta.

Attraverso un processo di analisi e confronto serrato fra i diversi attori sociali coinvolti si intende esplorare, identificare e governare:

- i bisogni globali di salute di una comunità locale insediata su un Distretto socio sanitario;
- la dinamica dei determinanti e dei fattori strutturali negativi, di rischio, che attentano al livello di salute e di benessere della collettività;

- la dinamica dei determinanti e dei fattori strutturali positivi, capaci di tutelare e promuovere il livello di salute e di benessere della collettività;
- gli obiettivi prioritari di salute e benessere;
- lo sviluppo e l'attuazione di politiche multi ed intersettoriali di salute, mediante l'applicazione rigorosa del metodo della "Valutazione dell'Impatto sulla Salute" (V.I.S.);
- la costruzione di modelli orientativi di riferimento capaci di sviluppare e garantire coerenti corrispondenze fra bisogni prioritari identificati e ponderate soluzioni sostenibili ed efficaci.

I PePS costituiscono, pertanto, uno strumento partecipato di progettazione e programmazione locale specifico con cui la comunità locale, a livello distrettuale, elabora e definisce il proprio profilo di salute, produce analisi e indicazioni volte a coordinare ed orientare tutte le politiche del territorio in direzione della tutela e della promozione della salute. Prioritario risulta allora l'orientamento volto ad esplorare gli spazi complessivi di salute all'interno di tutte le politiche territoriali, individuando ed eliminando gli eventuali determinanti negativi (patogenetici) e promovendo, per contro, i determinanti positivi (salutegenetici).

Saranno anche specificamente formulate e vagliate proposte di più appropriate configurazioni dello specifico sistema dei Servizi socio sanitari, sia nella loro funzione di prevenzione e promozione sia nella dimensione più specifica di cura e restauro della salute compromessa.

Tutta la comunità regionale, nella sua articolazione istituzionale e nella sua configurazione di società civile organizzata, deve partecipare a questo sforzo collettivo di comprimere la morbosità e la disabilità e promuovere la salute: le istituzioni pubbliche rappresentative, come la Regione, le Province e i Comuni, attraverso le pertinenti politiche complessive e settoriali di loro competenza, le istituzioni sociali, cittadini, lavoratori, imprese e loro rappresentanze e associazioni tramite diffuse e responsabili azioni di proposta e di controllo. Questa scelta è coerente con i principali indirizzi formulati da organismi internazionali, europei e nazionali in materia, che sono riassunti nella strategia "Salute in Tutte le Politiche". (**Appendice 2**).

Tutto il patrimonio conoscitivo formale ed informale e tutti i pertinenti percorsi decisionali saranno presi in considerazione per essere vagliati alla luce di principi ontologici e logici e di valori etici pubblicamente condivisi e validati che fondano coerentemente il sistema metrico di misura della produttività e dell'efficacia sociale.

## **B. DEFINIZIONE di SALUTE e CORRELATE RIPARTIZIONI DI RESPONSABILITÀ**

La salute, definita dall'OMS come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", viene inquadrata come diritto umano inalienabile costituzionalmente sancito e tutelato, come bene comune pubblico e, in quanto tale, totalità concreta e fondamento di tutti gli altri diritti individuali e collettivi.

Su questa base totalizzante, consapevoli delle implicazioni nobilmente utopistiche che includono il benessere e la qualità della vita, gli Stati e le loro articolazioni funzionali organizzative devono assumere compiti che vanno ben al di là del semplice governo e della oculata gestione di un sistema socio-sanitario, per farsi carico e garanti del governo complessivo dei determinanti/fattori strutturali collettivi ed indirettamente individuali, positivi e negativi, che la determinano, la condizionano e la modulano.

Il bene comune pubblico salute, in quanto risultato dell'interazione dialettica di fattori di tipo sociale, economico, ambientale, biologico, genetico, esige quindi che tutti i soggetti attivi e titolati producano uno sforzo per delineare insiemi coerenti e sostenibili di priorità sia sul versante del governo dei rischi strutturali di danno sia sul versante delle opportunità strutturali di promozione vera e propria della salute.

La traduzione di queste impegnative affermazioni di principio in concrete strategie operative costituisce da sempre un processo complesso e difficile che implica radicali cambiamenti dei nostri modelli interpretativi e dei nostri modelli di comportamento individuali e collettivi.

L'esposizione ai fattori di rischio e l'incapacità di valorizzare le risorse di salute dipendono in piccola parte dalla medicina e dal sistema sanitario, ma principalmente dal contesto sociale e dalle scelte delle persone e, quindi, sono prevalentemente influenzate dalle politiche e dagli interventi delle istituzioni pubbliche e sociali diverse da quelle sanitarie: secondo accreditati studi internazionali i servizi sanitari pesano solo per il 10-15% sulla longevità delle comunità, mentre i fattori socio-economici e gli stili di vita, contribuiscono per il 40-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-30%, l'eredità genetica per un altro 20-30%.

Questa stima ragionata della potenza causale delle classi di determinanti comporta una corrispettiva coerente attribuzione di pesi di responsabilità ai vari soggetti e ai diversi contesti dell'organizzazione sociale, dimensionando anche l'estensione ed i limiti dei possibili contributi specifici efficaci dei vari soggetti e delle varie professionalità. **(Appendice 3).**

### **C. II PROCESSO di COSTRUZIONE SOCIALE dei PePS.**

Dal momento che il Sindaco rappresenta l'autorità sanitaria locale, diventa responsabilità principale degli organi della sua amministrazione il compito sociale di stabilire le modalità di tutela e di promozione della salute nella propria comunità locale. I Sindaci sono chiamati ad esercitare questa responsabilità in modo collegiale nella dimensione del Distretto, attraverso il Comitato dei Sindaci del Distretto/ Comitati dei Presidenti di circoscrizione (per le aree metropolitane). Il Comitato dei sindaci di distretto ai sensi dell'articolo 8 della legge regionale 6 agosto 2007 n. 18 è composto dai sindaci dei comuni compresi nell'ambito territoriale del distretto e vi partecipano, con diritto di voto, i presidenti delle province ovvero, per le aziende sanitarie torinesi, il sindaco della città di Torino nella sua qualità di presidente della conferenza dei presidenti di circoscrizione ed il presidente dell'ente gestore dei servizi sociali. Il Distretto è identificato come scala territoriale appropriata per una verifica funzionale partecipata di elementi distintivi di salute nell'ambito della complessiva programmazione locale ed anche per un contestuale giudizio sulla pertinenza e sull'efficacia del contributo del sistema socio-sanitario.

Questo significa che spetta alle amministrazioni locali del Distretto garantire che nel triennio di validità del PSSR:

- venga elaborato il PePS di Distretto seguendo autonomamente le indicazioni delle Linee Guida, con l'unico vincolo funzionale che venga coordinato, negoziato e sostanzialmente armonizzato con gli altri livelli di programmazione territoriale (Piano attuativo locale con le Aziende Sanitarie competenti, Piano di zona con gli Enti Gestori, Programma delle attività territoriali)
- vengano messe in opera le azioni previste dal PePS per quanto di competenza delle politiche comunali democraticamente concordate e preventivamente armonizzate con gli altri livelli funzionali del sistema;

- vengano strutturalmente facilitate e attentamente monitorate le azioni previste dal PePS per quanto di competenza degli altri soggetti e agenzie che insistono sul Comune.

I Sindaci e le amministrazione comunali esercitano questo ruolo con la necessaria flessibilità, garanzia di appropriatezza ed efficacia favorendo le forme di partecipazione ritenute più appropriate e sostenibili da parte della comunità locale, in vista del comune e consensuale raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dal PePS.

#### *Funzioni di servizio e di supporto.*

Esercitano queste preziose e produttive funzioni, in primo luogo ed in maniera più diretta le ASL ed omologamente gli Enti gestori/CSA e, a seguire, con livelli variamente modulati di intensità, di specificità ( e di autonomia ) interattiva i soggetti ARESS, ARPA, IRES, CSI,, ASO., nonché la rete dei servizi e presidi di riferimento (rete dei Servizi di Epidemiologia, Centro Regionale di Documentazione per la salute, Istituto Zooprofilattico Sperimentale e Presidi multizonali di profilassi e polizia veterinaria, ecc.) i quali, attraverso le loro articolazioni professionali operative ed i loro patrimoni conoscitivi e valutativi, saranno appropriatamente coinvolti a cooperare e ad integrarsi anche con altri professionisti afferenti ad altre articolazioni di servizio pubblico e privato a valenza comunitaria, oltre che con le risorse e le espressioni del volontariato.

Il contributo di tutti questi soggetti sarà utile in termini di produzione di conoscenze interdisciplinari, nonché nelle fasi successive di analisi e approfondimento delle diverse criticità/opportunità di salute, selezione delle priorità e definizione delle azioni programmate di riorientamento alla salute delle politiche settoriali.

Le modalità di interazione collaborativa in rete integrata di tutti questi soggetti titolari possono essere diverse, modulabili a seconda delle esigenze e delle risorse disponibili: si va dalla proposta di focus group con testimoni privilegiati appartenenti ad organizzazioni presenti sul territorio, alla pianificazione di interviste campionarie sobriamente rappresentative, alla esecuzione di indagini mirate (epidemiologiche, sociologiche, antropologiche ...) sulla salute percepita, vissuta e agita fino a formule di interazione ancora più impegnative dal punto di vista organizzativo quali forum telematici all'interno di specifici e mirati spazi sul web.

In ogni caso, l'alleanza, il patto collaborativo tra cittadini appartenenti ad una comunità locale, che possono assumere la variegata forma espressiva di consulte, cantieri, laboratori per la salute, sono sempre di rilevanza simbolica e pratica cruciale in quanto da un lato registrano il fatto che gli stili di vita individuali interagiscono strettamente con i determinanti strutturali socio-economici e culturali della salute e dall'altro lato, garantendo correttamente il rispetto ed il confronto dei punto di vista dei cittadini, dei loro modelli interpretativi, favoriscono una integrazione partecipata e socialmente produttiva .

Il PSSR 2007 – 2010 prevede che il Servizio Sanitario Regionale, senza autoreferenziali pretese e immeritate patenti di autosufficiente esaustività ma integrato da altri contestuali e specifici apporti funzionalmente afferenti alle diverse articolazioni di tutta la pubblica amministrazione e della società civile organizzata, garantisca il suo supporto e la sua specifica assistenza tecnica alle necessità conoscitive e deliberative del percorso dei PePS.

Questa sua specifica assistenza riguarda essenzialmente quattro complessi ed intersecati indirizzi e campi di azione comprensibilmente sbilanciati in direzione del vettore negativo e riparativo/tutelante della salute :

- l'analisi della distribuzione e della dinamica interattiva tra determinanti di malattia e di salute espressa attraverso la funzione epidemiologica sistemicamente articolata in rete;
- la promozione della salute e la comunicazione sociale sulla salute, specificamente espressa attraverso concorrenti funzioni di educazione, promozione e comunicazione anch'esse sistemicamente articolate in rete;
- il riesame critico del contributo dei servizi sanitari alla tutela ed allo sviluppo della salute attraverso tutta l'articolazione direzionale dell'ASL responsabile della produzione diretta di sobri e appropriati servizi ;
- l'assistenza nell'opera di investigazione su prevedibili effetti prevalentemente **negativi** sulla salute del complesso delle politiche territoriali, sempre attraverso tutta l'articolazione direzionale dell'ASL, ma soprattutto alla luce della nuova configurazione funzionale della prevenzione nuova e ridefinita, che dovrà essere costituzionalmente aperta e collaborativa sul vettore prevalentemente positivo della salute, responsabilità prevalente di altri settori e di altre funzioni della società .

Per omologia strutturale ed analogia funzionale con i compiti delle aziende sanitarie anche altre agenzie tecniche a rilevanza locale esercitano compiti settoriali simili. Di particolare importanza in tal senso è il ruolo degli Enti Gestori dei servizi socio-assistenziali / CSA , che svolgono compiti di assistenza tecnica durante la fase di analisi dei bisogni, di concertazione sulle politiche sociali e di integrazione con le politiche socio-assistenziali di propria competenza.

L'azione delle aziende sarà sostenuta e accompagnata dai servizi di secondo livello del sistema sanitario regionale: la Rete regionale di Epidemiologia, il Centro Regionale di Documentazione per la Salute, l'ARPA Piemonte, gli Istituti Zooprofilattici, l'ARESS.

Il Centro Regionale di Documentazione per la Salute e la Rete regionale di Epidemiologia sono chiamati, tra l'altro, ad assicurare momenti specifici e mirati di assistenza nel processo di formazione dei professionisti delle ASL e degli Enti Gestori chiamati a svolgere il ruolo di facilitatori nella costruzione sociale dei PePS.

Il programma di formazione dei facilitatori dovrà concludere la sua fase iniziale entro la primavera 2009 per trasformarsi in un programma strutturato di revisione delle principali criticità di funzionamento emergenti dal sistema di monitoraggio. (**Appendice 4**)

Di particolare rilevanza potrà essere il contributo autonomo e specifico degli atenei piemontesi al processo complessivo di programmazione socio – sanitaria, nel quale si inserisce anche la costruzione sociale dei PePS. Il loro contributo è prezioso in termini di produzione di conoscenze interdisciplinari finalizzate all'analisi e all'approfondimento delle diverse criticità/opportunità di salute, di offerta di formazione e sostegno metodologico, di contributo alla progettazione ed alla validazione scientifica di politiche settoriali riorientate alla salute.

Va specificamente menzionata, soprattutto per questa fase sperimentale di avvio del processo di costruzione sociale dei PePS, la CIPES Piemonte che da tempo spende energie professionali e di volontariato per sostenere l'impegno dei "Sindaci volenterosi" e delle loro comunità, per diffondere la conoscenza e l'utilizzo capillare della "Rete per la salute" ed anche la conoscenza e l'emulazione di buone pratiche.

## **D. FORME COOPERATIVE-INTERATTIVE DEI SOGGETTI Laboratori territoriali locali / Consulte / Cantieri di lavoro per la salute.**

I Laboratori territoriali (LLS) o le altre forme equipollenti, che dovranno disporre di un minimo di riferimenti logistici, risorse organizzative, tecnico-professionali e finanziarie, sono una forma organizzativa funzionale tra le più adatte a garantire un accesso più libero e socialmente produttivo a tutti i soggetti sociali, siano essi istituzionalmente o autonomamente, volontariamente impegnati.

Essi saranno assistiti e supportati dal contributo tecnico di soggetti professionali afferenti alla rete estesa degli appropriati servizi di tutta la pubblica amministrazione.

La loro composizione dovrà essere preferibilmente a connotazione evolutiva aperta e flessibile, appropriatamente e adeguatamente bilanciata tra istituzioni, società civile organizzata e soggetti professionali, al fine di evitare asimmetriche derive tecnocratiche, fatta salva la libertà ed autonomia di modulazione definitiva da parte dei singoli Comitati dei sindaci del distretto / Comitati dei presidenti di circoscrizione.

Questa configurazione offre a tutti i soggetti partecipanti l'opportunità di sviluppare vere e solide alleanze, tanto più forti, consapevoli e durevoli quanto più corroborate da processi costruttivi dialetticamente anche aspri, purché sempre ispirati al criterio rigoroso del massimo consenso democratico .

**Il Comitato dei Sindaci del Distretto/ Comitato dei presidenti di circoscrizione è composto dai sindaci dei comuni compresi nell'ambito territoriale del distretto e vi partecipano, con diritto di voto, i presidenti delle province ovvero, per le aziende sanitarie torinesi, il sindaco della città di Torino nella sua qualità di presidente della conferenza dei presidenti di circoscrizione ed il presidente dell'ente gestore dei servizi sociali. Il Comitato, adeguatamente supportato da operatori professionali, ha il compito di dirigere, orientare e finalizzare i lavori del LLS curando e promuovendo:**

- iniziative informative/formative per sensibilizzare gli amministratori locali e la popolazione al nuovo compito e alla nuova opportunità sociale ;
- un minimo di formalizzazione articolata e condivisa dello specifico piano di lavoro per la definizione dei Profili di salute e per la formulazione di massima dei criteri di giudizio sull'evoluzione soddisfacente del processo ;
- un piano operativo concreto di facilitazione per l'utilizzo integrato dei patrimoni informativi locali formali ed informali ;
- un minimo di formalizzazione argomentata di criteri ragionevoli e sensati di interpretazione delle immagini informative costruite e validate per i profili di salute, con particolare attenzione e riferimento ai determinanti negativi e positivi di salute;
- un minimo di formalizzazione argomentata di criteri ragionevoli, sensati e valicati di ordinamento delle priorità;
- l'esame critico dell'impatto diretto o indiretto sulla salute del complesso delle politiche territoriali (Valutazione d'Impatto sulla Salute / V. I .S. );

- l'elaborazione e la negoziazione di uno specifico Piano per la Salute sussidiariamente concordato e verificato con le altre istituzioni pubbliche e sociali
- Il monitoraggio periodico degli indicatori di processo e di esito del Piano di salute

## **E. DALLE INFORMAZIONI ELEMENTARI, AI DISCORSI, AI META-DISCORSI.**

Descrivere e narrare la salute, intesa in tutte le sue sfaccettature, che vanno dal cumulo di menomazioni, disabilità, malattie, al benessere, fino alla felicità, significa disporre di informazioni di qualità da socializzare, condividere, affinare e comporre in indicatori pertinenti e significativi tramite processi comunicativi ed argomentativi che coinvolgono istituzioni, società civile organizzata e soggetti professionali.

Il processo conoscitivo e comunicativo sarà di qualità ed efficacia tanto maggiore quanto maggiore è:

- o la pertinenza e la rilevanza dei problemi rappresentati;
- o l'accessibilità e la trasparenza delle informazioni;
- o il livello di adeguatezza ed appropriatezza della granularità territoriale delle immagini informative;
- o il rigore logico dell'architettura dei sistemi e dei sottosistemi di rappresentazione;
- o il livello di sensibilità nel saper cogliere, augurabilmente senza ossessioni securitarie, anomalie conclamate o indizi consistenti di rischio strutturale anche all'interno di rappresentazioni che, a livello fenomenologico, appaiono formalmente identici e quindi indiscernibili;
- o il livello di specificità percettiva capace di cogliere possibili evoluzioni positive, anche solo a livello di ragionevole indizio o di promettente ipotesi esplorativa.

Non potendo soffermarci sull'enorme, importantissimo anche se apparentemente opaco patrimonio informativo informale, accenniamo ai principali domini/sottosistemi formali reperibili in banche dati, archivi, atlanti, elaborati vari più o meno direttamente e più o meno facilmente accessibili e fruibili:

- Rete per la Salute (**RS**) : strumento ideato ed ispirato dall'O.M.S. nell'ambito del progetto "Città Sane", che è in progressivo sviluppo a cura di uno specifico Gruppo di lavoro Regione - Cipes - CSI, ed ha lo scopo di rendere facilmente fruibili per tutti i soggetti aventi titolo nel processo di costruzione sociale dei PePS i primi fondamentali "mattoni" elementari (indicatori) necessari per una prima e significativa configurazione dell'edificio informativo dei PePS. Comprende diversi sottosistemi volutamente non ristretti al dominio sanitario, anche se la connotazione socio-sanitaria è tendenzialmente prevalente (**Appendice 5**). Questo applicativo, fruibile in ambiente RUPAR, dovrà soddisfare, a regime, i seguenti requisiti:
  - o sviluppare l'elaborazione e curare l'aggiornamento periodico degli indicatori di maggiore pertinenza e maggior valore comunicativo;
  - o estendere progressivamente la copertura informativa a tutti i determinanti negativi e positivi di salute; di competenza di sistemi informativi non solo sanitari ma anche pertinenti alle complessive politiche territoriali, anche grazie ai contributi del GIA / Gruppo interistituzionale interassessorile di coordinamento e di valutazione tra le specifiche politiche settoriali;

- migliorare l'appropriatezza e l'adeguatezza della granularità geografica e la rappresentatività delle serie storiche dei vari indicatori;
  - garantire un accesso viepiù libero, fruibile e facilitato a tutti i soggetti sociali e non solo professionali partecipanti ai LLS, onde favorire le capacità comunicative, argomentative e decisionali dei partecipanti., attraverso un appropriato e flessibile applicativo interattivo .
- Rete delle Conoscenze nella quale prevale invece una configurazione costruttiva molto orientata alla documentazione, all'analisi, ed alla valutazione dei contesti e delle dinamiche che riflettono e rappresentano tutte le principali politiche territoriali governate direttamente o indirettamente dalla pubblica amministrazione.  
Lo sviluppo progressivo, sempre più flessibile e sempre più aperto di questa rete dovrà rendere disponibile la configurazione e la dinamica storica del contesto espressivo all'interno del quale evolve il patrimonio di salute delle comunità
  - Archivi centrali o locali, banche dati specifiche / dedicate e settoriali attivabili, integrabili e valorizzabili.
  - Atlanti, relazioni, indagini ad hoc e qualsiasi altro strumento descrittivo quantitativo e/o qualitativo utile alla descrizione antropologica, sociologica, sanitaria ed epidemiologica del sistema.

Il patrimonio conoscitivo complessivo disponibile potrà essere selezionato, adattato, integrato e ricomposto in base ai punti di vista che caratterizzano i diversi soggetti aventi titolo e responsabilità nel sistema e a seconda delle aree problematiche di interesse via via focalizzate.

Si configura cioè una matrice molto complessa, all'interno della quale saranno esplorate aree problematiche e/o aree di opportunità, in vista di un governo appropriato ed efficace dei temi evidenziati.

La sorveglianza ed il monitoraggio dei determinanti culturali, ambientali, economici e psico-sociali, correlati con i descrittori socio-sanitari permetteranno confronti territoriali e temporali socialmente emulativi ed efficacemente trasformativi.

Per poter evidenziare e concordare alcuni stili di costruzione, sia per quanto riguarda la rappresentazione sia per quanto riguarda la finalizzazione delle decisioni, può esser utile prendere in considerazione alcune polarità dialetticamente estremizzate che connotano soprattutto la logica e lo stile compositivo / sintattico delle immagini informative oltre che la dinamica costruttiva e selettiva delle singole immagini analitiche.

## **F. RAPPORTI tra PePS e ALTRI STRUMENTI INFORMATIVO-DECISIONALI.**

I PePS, in quanto processo diagnostico e proposta "terapeutica" sociale e collettiva, rappresentano la risultante di un vettore politico-amministrativo e professionale, che si sviluppa al livello più periferico dell'articolazione statale.

Questo processo incoraggia le forme più vivaci della partecipazione democratica e si innesta sul più vasto e comprensivo tronco del governo della salute, che ha una valenza molto più estesa della specifica programmazione socio-sanitaria.

L'arco temporale di espressione dei PePS, coincidente con tutto il periodo di validità del PSSR, è lo stesso della Relazione socio-sanitaria regionale, alimentata a sua volta dalle relazioni socio-sanitarie aziendali.

All'interno di questo periodo sono previsti aggiornamenti annuali, soprattutto per quanto riguarda i PAL e i Piani attuativi delle aziende ospedaliere, sui quali si esercitano in modo continuativo azioni di monitoraggio e valutazione finalizzati all'aggiornamento e alla ricalibrazione dei bisogni e degli obiettivi di salute.

Si è quindi in presenza di due sottosistemi: quello a prevalente connotazione politica, del governo complessivo di tutte le politiche territoriali dal punto di vista del loro impatto sulla salute e quello più specifico e delimitato del governo dei servizi socio-sanitari, con tutte le loro configurazioni augurabilmente integrate.

Quest'ultimo sottosistema ha una connotazione prevalentemente professionale e gode di ampi margini di autonomia, ispirata dal massimo livello di scientificità, con il solo vincolo della massima sobrietà e della esclusiva finalizzazione alla tutela ed alla promozione della salute.

Le politiche generali determinano configurazioni relazionali all'interno dei sistemi: come nel campo delle politiche generali si parla di patti, di contratti, di alleanze tra soggetti, nel campo dei servizi socio-sanitari si parla di cooperazione in rete, di integrazione, di modelli operativi condivisi su una base di coerente appropriatezza e sobrietà ..

La relazione socio-sanitaria, in quanto resoconto critico dell'operatività dei servizi, assume allora una nuova conformazione denominata "bilancio sociale – di missione", per il quale sono in corso di formalizzazione apposite linee guida. Gli operatori del sistema dei servizi, a partire dalle più alte investiture formali di responsabilità, devono analizzare le attività istituzionali alla luce di principi ontologici e logici e di valori etici socialmente condivisi e validati e valutare quindi con rigore il reale e concreto contributo alla tutela ed alla promozione della salute, misurati con la metrica dell'efficacia e dell'appropriatezza professionale e sociale.

I LEA, declinati nella loro autentica essenzialità, dovranno modularsi alla luce del loro effettivo impatto sulla salute (V.I.S.S.), in nome del qualificante orientamento alla solidarietà, alla sobrietà ed alla dignità. Si tratta di rendere, in modo solidale ed equo, sempre possibile l'austero necessario evitando di perseguire superflui possibili.

Sempre mantenendo le specifiche connotazioni socio-sanitarie, i piani di prevenzione attiva (PPA) si aprono agli interrogativi proposti dal contesto ambientale e sociale; gli ospedali promuovono la salute (HPH), il rigore clinico non persegue la sicurezza auto-protettiva della conformità protocollare per esaltare invece l'atteggiamento critico professionale e sociale.

La V.I.S., in quanto ostinata valutazione dei possibili effetti sulla salute di politiche o programmi o progetti di sviluppo, e la V.I.S.S., in quanto controllo critico di modalità operative pertinenti ed efficaci, si configurano in tal modo come indirizzi strategici impegnativi e promettenti.

Partecipazione, democrazia, governo politico e corretta governance professionale possono così assicurare una rigorosa vigilanza e una continua verifica di coerenza tra mezzi e fini.

I PePS e gli altri strumenti informativo-decisionali, tra i quali si collocano i Bilanci sociali – di missione, possono così aumentare la loro efficacia propositiva, evitando ogni tentazione degenerativa verso un deleterio consumismo falsamente giustificato da fini di salute.

## **G. NOTE DI CALENDARIZZAZIONE DEL PROCESSO.**

Il percorso di avvio sperimentale e di messa a regime dei PePS nel periodo di valenza del PSSR 2007 – 2010 ) dovrà essere monitorato attraverso una appropriata procedura di documentazione dei processi e dei risultati., anche attraverso il riferimento a standard orientativi via via aggiornati a cura della Regione in considerazione degli impegni di programmazione territoriale, sanitaria e non sanitaria.

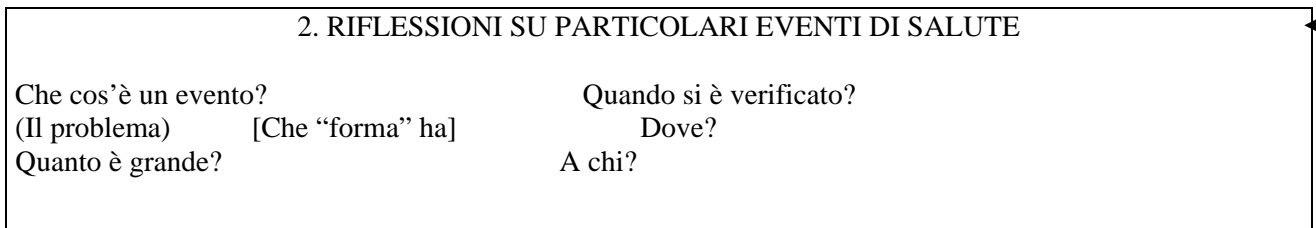
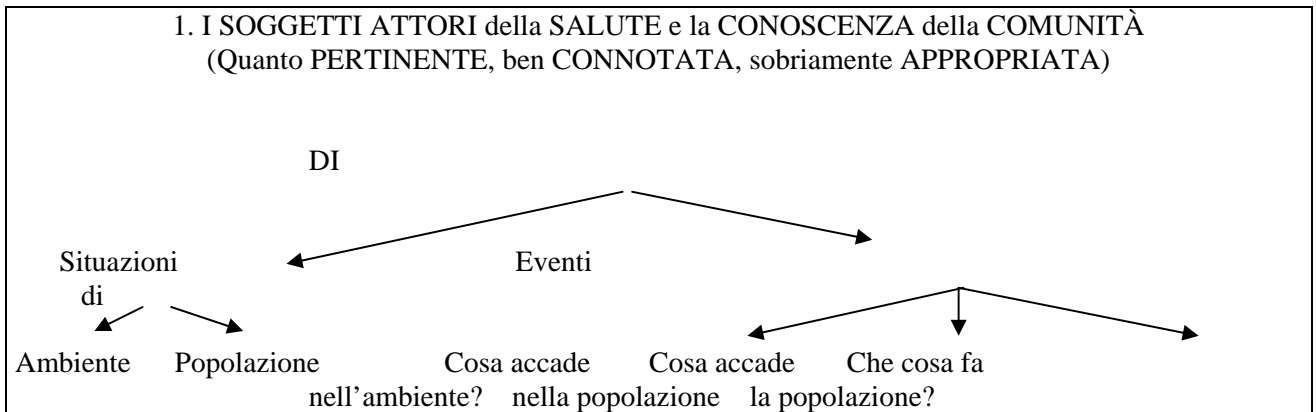
Il sistema di monitoraggio ha il solo scopo di promuovere, in un contesto rigoroso ma ad alta connotazione partecipativa, la qualità e l'efficienza dei processi, consentendo ad ogni LLS ed ai suoi amministratori di seguire l'avanzamento dei lavori, l'adeguatezza dei risultati .

Le sequenze logiche coerenti e consistenti prevedono:

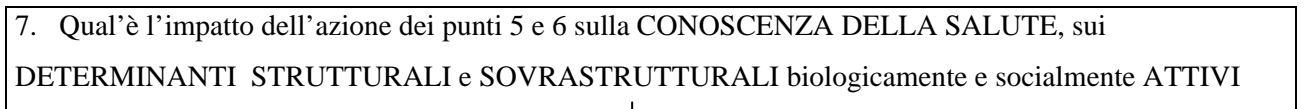
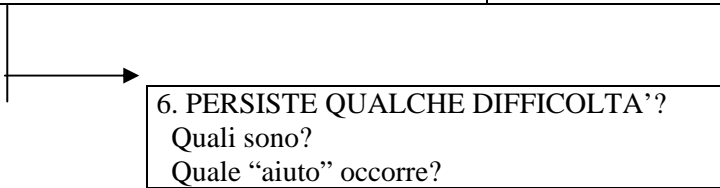
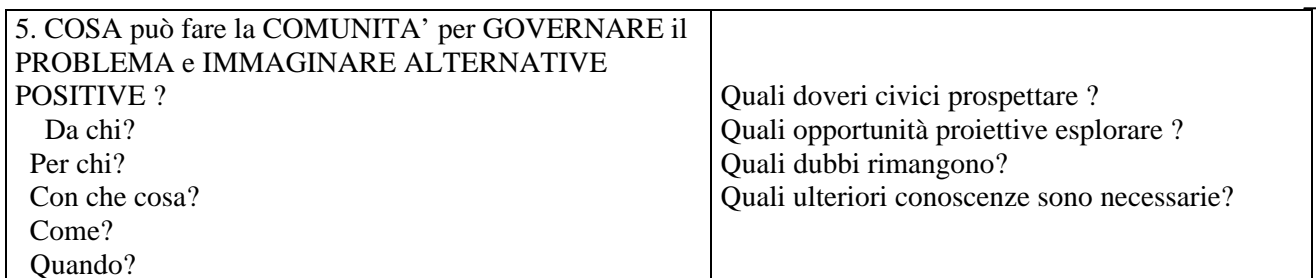
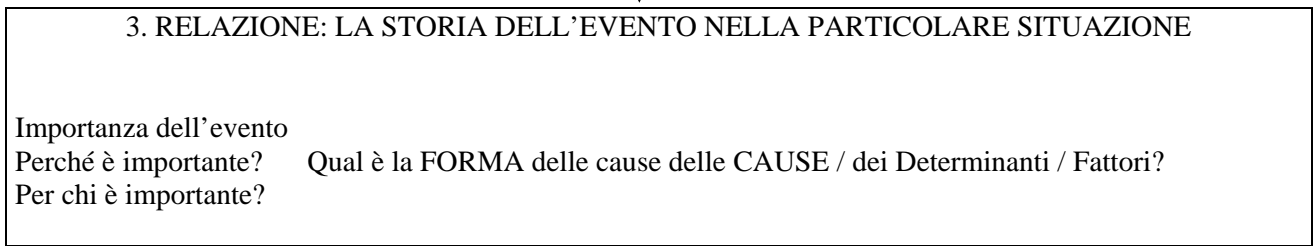
- avvio della costituzione del LLS, flessibilmente modulato sulle disponibilità ed opportunità locali, entro il termine del 31 dicembre 2008,;
- delineazione di massima di una traccia di documento di Profilo di Salute, con indicazione dei verosimili apporti segmentari e successiva approvazione da parte del Comitato di Distretto / Comitati dei Presidenti di circoscrizione (per le aree metropolitane) accompagnata da una prima espressione / formulazione di scelte di priorità, entro il termine del 30 settembre 2009,;
- presentazione pubblica alla comunità distrettuale del documento di Piano di Salute, accompagnata da una prima argomentazione sulle scelte di priorità, entro il termine del 31 ottobre 2009;
- formulazione e formalizzazione delle scelte in merito all'articolazione delle soluzioni prioritarie progettate, programmate e definitivamente condivise, entro il termine del 31 dicembre 2009;
- disponibilità definitiva di un documento di registrazione/comunicazione degli impegni assunti dalle amministrazioni comunali del Distretto, dalle agenzie locali e dagli altri attori partecipanti al LLS, in primis l'ASL, l'ASO e Enti gestori / CSA, entro il termine del 30 giugno 2010.

Naturalmente il cronoprogramma del percorso dei PePS , necessariamente flessibile nella sua articolazione analitica e nelle scadenze indicate, ha il solo vincolo stretto e ragionevole della tempestiva fruibilità ai fini della formulazione del nuovo PSSR. Ma la caratterizzazione più qualificante e socialmente rilevante del percorso PePS consiste nell'esaltazione del momento partecipativo nell'azione di tutela rigorosa e di promozione fantasiosa del bene comune salute, con la forte persuasione / convinzione che si tratta di un diritto umano indisponibile.

**APPENDICE 1** pensare epi-demiologico sin-demiologico generale (O.M.S modificato )



PERCHE'?



## **APPENDICE 2**

Si riporta il testo sostanzialmente integrale della **Risoluzione “Salute in Tutte le Politiche”** (A), approvata il 18-12-2007 per acclamazione, durante l’ultima Sessione della Conferenza Europea delle delegazioni ministeriali dei Ministeri della salute dei 27 Stati Membri della U.E., convenute a Roma su invito del Ministro Italiano della Salute, della Commissione Europea e dell’Ufficio Regionale Europeo dell’Organizzazione Mondiale della Sanità.

Si tratta di una dichiarazione solenne molto impegnativa che costituisce uno stimolo se non addirittura una provocazione politicamente, culturalmente e professionalmente rilevante.

All’interno della traiettoria che determina i rapporti asimmetrici tra medicina, sanità e salute si è chiamati a definire dei percorsi professionalmente appropriati ed efficaci, ecologicamente compatibili e socialmente produttivi, in termini di tutela e di promozione della salute, fermamente convinti che essa è la risultante di azioni e progetti necessariamente multi ed intersettoriali certamente molto sovraordinati alla medicina, in quanto a rilevanza, forza di determinazione e pertinenza.

Si riportano inoltre, a titolo esemplificativo ed applicativo, alcuni richiami orientativi per la definizione di politiche e interventi (B)

**A.**

Noi, le Delegazioni dei Ministeri della Salute degli Stati Membri dell’Unione Europea,

### *AVENDO PRESO ATTO*

Dei validi contributi forniti da parte dei Rappresentanti:

Delle Conclusioni del Consiglio sulla Strategia Sanitaria UE ;

Dei valori incorporati nell’approccio “Salute per Tutti” dell’OMS;

Dei risultati di una serie di Conferenze Internazionali sulla Promozione della Salute (dalla Dichiarazione di Alma Ata e alla Carta di Ottawa) punti di riferimento nella promozione della salute;

Del Rapporto sull’ “Efficacia della Valutazione dell’Impatto sulla Salute” **V.I.S.** un progetto realizzato da 21 gruppi di 19 Paesi tra il 2004 e il 2007;

### *AVENDO CONSIDERATO CHE*

Lo stato della salute della popolazione è determinato in larga misura da fattori esterni al settore sanitario – quali i fattori socio-economici, sociali ed ambientali che influenzano gli stili di vita e i comportamenti. La politica sanitaria dovrebbe, pertanto, mirare a migliorare i servizi sanitari pubblici e i sistemi sanitari e allo stesso tempo ad interagire con le politiche e i processi decisionali in settori diversi da quello della salute per migliorare la salute.

Nell’attuazione della Salute In Tutte le Politiche, è molto importante l’enfasi sulle disuguaglianze di salute; inoltre, le considerazioni della salute dovrebbero coprire sia la salute fisica che quella mentale;

I comportamenti dei cittadini – per esempio in termini di nutrizione ed attività fisica, cessazione del fumo del tabacco, danni legati all’alcool e al consumo di droghe, possono essere efficacemente influenzati attraverso la realizzazione di partnerships con politiche ed interventi compiuti al di fuori del settore sanitario, che hanno come obiettivi i vari ambienti e le comunità in cui la gente vive e lavora nonché le condizioni globali economiche, sociali e ambientali che influenzano la disponibilità e desiderabilità delle scelte sanitarie;

Per migliorare la salute dei cittadini e per colmare le disuguaglianze sanitarie crescenti tra gli Stati e all'interno degli stessi, è essenziale sviluppare sinergie e partnerships a livello Internazionale, Europeo, Nazionale, Regionale e Locale tra le politiche sanitarie e le altre politiche, incluse quelle dell'economia, dell'agricoltura e della sicurezza alimentare, dell'assistenza sociale e dell'istruzione, dell'ambiente, del commercio, dell'energia, del trasporto, della tassazione e della ricerca.

Un difetto di protezione e di promozione della salute dei cittadini produrrà anche gravi conseguenze economiche in considerazione del fatto che il capitale umano, inteso come popolazione in salute e ben istruito al lavoro è un prerequisito essenziale per raggiungere gli obiettivi posti dall'Agenda di Lisbona .

È essenziale rendere possibile che coloro che sono responsabili dei processi decisionali in tutti i settori a livello Europeo, Nazionale, Regionale e Locale siano pienamente consapevoli dell'impatto delle politiche e delle decisioni al fine di facilitare l'integrazione di considerazioni attinenti la salute nell'ambito dei loro processi decisionali e di attuazione delle politiche;

Vanno rafforzati e resi più efficienti a tutti i livelli di governo (cioè Europeo, Nazionale, Regionale e Locale) i sistemi per integrare gli aspetti di sanità pubblica nei settori di politiche non-sanitarie al fine di sviluppare politiche favorevoli alla salute.

Tali sistemi potrebbero includere, fra l'altro, sistemi di sorveglianza per i risultati e i determinanti di salute, sistemi per riferire in materia di politiche di sanità pubblica che rendono esplicite le connessioni fra risultati di salute, determinanti e politiche di salute, rendendo essenziali i processi di valutazione dell'impatto sulla salute nelle diverse politiche per la co-operazione intersettoriale quali comitati intersettoriali e processi istituzionali per l'adozione di politiche intersettoriali;

La valutazione dell'impatto sulla salute è un importante strumento per l'attuazione della salute in tutte le politiche e l'evidenza disponibile suggerisce che la valutazione dell'Impatto sulla Salute può essere utilizzata con successo come uno strumento efficace non solo per valutare gli impatti sulla salute e l'equità sulla salute, ma anche per aiutare nel processo volto a renderle visibili e per farle prendere in seria considerazione in numerosi processi decisionali; inoltre, c'è bisogno di presentare meglio il valore della Valutazione dell'Impatto sulla Salute (**V.I.S.—V.A.S. / V.I.A .**) in settori diversi da quello sanitario al fine di rafforzarne l'accettazione e lo sviluppo;

Sono state recentemente sviluppate a livello Europeo metodologie per la Valutazione dell'Impatto sul Sistema Sanitario (**V.I.S.S.**) che necessitano di essere validate e ulteriormente sviluppate;

A questo scopo, molti benefici possono essere ottenuti attraverso una effettiva collaborazione degli Stati Membri dell'U.E. tra loro e con la Commissione Europea e con l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS e con numerosi altri soggetti interessati inclusi i Paesi terzi;

#### *AVENDO RICONOSCIUTO L'IMPORTANZA DELLA*

cooperazione intersettoriale al fine di sviluppare efficaci risposte politiche alle attuali sfide di sanità pubblica;

#### *ACCOLGONO CON FAVORE*

Il fatto che il rafforzamento dell'integrazione delle istanze sanitarie in tutte le politiche a livello della Comunità Europea, degli Stati Membri e delle Regioni rappresenti uno dei principi chiave della Strategia Sanitaria UE approvata dal Consiglio sulla base del Libro Bianco della Commissione Europea "Insieme per la Salute: un Approccio strategico per l'UE 2008-2013" e che sia prevista

l'introduzione di un nuovo meccanismo strutturato per dare attuazione agli obiettivi e ai principi di questo Libro Bianco.

### *DICHIARANO IL LORO IMPEGNO A*

Considerare come affrontare attivamente la sfida volta ad attuare politiche favorevoli per la salute con un evidente valore aggiunto per la salute delle persone che vivono nell'Unione Europea attraverso progetti mirati ad obiettivi determinati e piani di azione, così esemplificando i benefici degli approcci della Salute In Tutte le Politiche, e identificare a questo scopo – e per lo scambio delle migliori pratiche – aree tematiche con interferenze intersettoriali e fortemente suscettibili di produrre effetti positivi sulla salute;

Rafforzare approcci multi-settoriali e processi a livello europeo, nazionale, regionale e locale attraverso cui gli impatti sulla sanità pubblica possano essere effettivamente presi in considerazione in tutte le politiche;

Intensificare gli sforzi di collaborazione tra loro e, nella misura appropriata, con la Commissione Europea e con l'OMS al fine di accelerare l'elaborazione e l'attuazione di politiche favorevoli alla salute in altri settori, ivi incluse quelle di genere e le pari opportunità;

Rafforzare l'uso della Valutazione dell'Impatto sulla Salute, quando appropriato, e promuovere l'uso delle metodologie disponibili a livello europeo, nazionale, regionale e locale e ad integrarle in altre cornici di valutazione già esistenti.

*ESPRIMONO LA LORO VOLONTA' DI CONTRIBUIRE AD INTEGRARE LE ISTANZE SANITARIE IN ALTRE POLITICHE A TUTTI I LIVELLI E DI LAVORARE INSIEME A LIVELLO EUROPEO, IN COLLABORAZIONE CON LA COMMISSIONE EUROPEA E CON LA PARTECIPAZIONE DELL'OMS/EURO PER:*

1. Contribuire a riferire con cadenza regolare nel merito gli sviluppi dell'approccio "Salute in Tutte le Politiche" e i risultati ottenuti nel miglioramento dello stato di salute in tutti gli Stati Membri dell'UE attraverso modifiche dei determinanti della salute. A tal fine, sarebbe bene considerare la fattibilità di istituire una rete informatica ed altri strumenti di comunicazione per condividere le pratiche ottimali nell'influenzare i determinanti della salute e per monitorare le attività connesse.

2. Incoraggiare l'uso delle Valutazioni dell'Impatto sulla Salute delle maggiori iniziative politiche;

3. Considerare l'uso del Sistema di Valutazione dell'Impatto sui Sistemi Sanitari esistente on-line, che offre una metodologia ed un'informazione di base sulle aree chiave dei settori di intervento con riferimento alle loro interazioni e all'impatto sui sistemi sanitari, rendendolo ampiamente accessibile a livello territoriale negli Stati Membri con un approccio interattivo inteso a rendere possibile la validazione di questa metodologia;

4. Intraprendere uno sforzo maggiore tra gli Stati Membri e a Livello UE per influenzare in modo efficace i fattori determinanti della salute, riaffermando il proprio impegno per le strategie dell'UE e per le politiche sul controllo del tabacco, sulla nutrizione e sull'attività fisica, sui danni legati all'alcool, sulla dipendenza da droga, sulla salute mentale, sulla salute sul lavoro e sicurezza, sulla salute e ambiente, sulla salute ed emigrazione, sull'invecchiamento, sulla prevenzione degli incidenti e degli infortuni e le tematiche relative alla salute sessuale;

5. Scambiare esperienze con Paesi terzi inclusi i paesi candidati per l'UE, i paesi Balcani occidentali ed i paesi confinanti;
6. Concordare di migliorare ulteriormente, a livello nazionale ed europeo, la ricerca e l'informazione di base per queste attività, valorizzando il lavoro svolto su questi aspetti nell'ambito della sanità pubblica e della ricerca;
7. Concordare la valutazione dell'eventuale necessità per il rafforzamento dell'attuazione della Salute in tutte le Politiche esaminando la necessità, fra l'altro, di rafforzare i meccanismi di esperienza di sanità pubblica e di sorveglianza nazionale nonché di una comune comprensione attraverso diversi settori mediante reti, processi e meccanismi intersettoriali;
8. Impegnarsi a preparare rapporti analitici sui determinanti chiave della salute nonché sulle buone pratiche nelle politiche intersettoriali e gli approcci per condizionare favorevolmente questi determinanti. La serie di rapporti sui determinanti della salute prodotti in tal modo dovrebbe sostenere ed aiutare a sviluppare risposte politiche a livello UE e nazionale, e dovrebbe anche costituire un'inestimabile base di dati di buone pratiche su iniziative volte a influenzare specifici determinanti.
9. Infine, dovrebbe essere attuato un quadro sistematico e sostenibile comprendente lo sviluppo di tecniche e di know-how con lo scopo di aumentare la capacità dei Ministeri della Salute di sostenere la validità, negoziare, attuare e valutare gli approcci di "Salute In Tutte le Politiche" tenendo conto degli specifici contesti nazionali. Una stretta collaborazione con la Commissione Europea, l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS e con altre Organizzazioni Internazionali competenti in questo ambito dovrebbe essere perseguita per assicurare efficacia e piena coerenza degli sforzi.

*B.*

### **Richiami orientativi per la definizione di politiche e interventi**

Tutte le politiche del territorio possono concorrere alla promozione della salute ed in questo senso nessun ambito delle politiche locali dovrebbe essere escluso dalla revisione circa il loro impatto attuale o potenziale sulla salute. Al di là delle denominazioni utilizzate nelle singole amministrazioni in base alla distribuzione delle deleghe, gli ambiti e i settori di politiche che andrebbero presi in considerazione sono i seguenti:

- Politiche sociali e di welfare
- Infanzia e sviluppo
- Istruzione
- Famiglia
- Lavoro
- Povertà e assistenza
- Immigrazione
- Sanità
- Cultura
- Politiche economiche
- Sviluppo
- Economia
- Finanza
- Pensioni

Agricoltura  
Commercio  
Turismo  
Politiche del territorio  
Ambiente  
Trasporti  
Clima  
Energia  
Rifiuti  
Urbanistica  
Casa  
Sicurezza  
Politiche dei diritti  
Genere  
Sindacalizzazione  
Invecchiamento  
Partecipazione  
Volontariato e sussidiarietà

I settori della società devono essere consapevoli e responsabili dell'impatto sulla salute delle loro politiche e dei loro programmi. L'accertamento a priori della compatibilità con la salute dei cittadini delle decisioni politiche prese nei settori non strettamente sanitari (economia, istruzione, ambiente, trasporti, ecc.) va sotto il nome di V.I.S. (valutazione dell'impatto sulla salute)

La V.I.S. deve perciò essere applicata a qualunque politica o programma o progetto di sviluppo che abbia probabilità di provocare effetti sulla salute. La V.I.S. non è una scienza e dal punto di vista metodologico non è codificata in modo univoco. Essa utilizza, piuttosto, una metodologia diversificata che fa capo a dati sia quantitativi sia qualitativi e che impiega differenti strumenti derivati dalle discipline mediche (epidemiologia), sociali, economiche e ambientali, fondendole in una prospettiva multisettoriale. Per principio essa richiede il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati dal provvedimento esaminato, rappresentando quindi, al tempo stesso, un aiuto alla decisione per i responsabili politici e un mezzo per responsabilizzare gli attori implicati (stakeholders), creando le condizioni affinché essi possano assumere tale responsabilità. La V.I.S. tende così a realizzare nella pratica gli approcci della sostenibilità, della partecipazione attiva e della promozione della salute.

La comunità scientifica dovrà mettere a disposizione la documentazione tecnica adeguata sulla relazione tra politiche non sanitarie e salute per assistere la capacità di iniziativa del Ministero, degli Assessorati alla Salute e dei decisori locali.

Il "bilancio di mission" costituisce invece lo strumento specifico che il servizio sanitario adotta per mettere in relazione le politiche sanitarie, anche locali, con la salute, rendicontare i risultati conseguiti e le azioni poste in essere per raggiungerli, dimostrare coerenza tra mission e risultati.

### APPENDICE 3.

#### Cenni di dialettica tra determinanti di salute, rischi e danni

##### *Classi di determinanti, rischi e danni*

Di seguito si farà cenno ad alcune dinamiche interattive di alcune classi di determinanti della salute, inquadrati prevalentemente sulla linea vettoriale dei fattori/determinanti di malattia, con l'ovvia esclusione dei fattori immodificabili e con la scusabile preterizione della classe di fattori "Accesso ai servizi".

INDIVIDUALI	SOCIO-ECONOMICI	AMBIENTALI	STILI DI VITA	ACCESSO AI SERVIZI
Patrimonio genetico	Povertà	Aria	Alimentazione	Istruzione / Sistema educativo
Genere	Occupazione	Acqua e alimenti	Attività fisica	Sistema sanitario
Età	Esclusione sociale	Abitazione	Fumo	Servizi sociali
	Ambiente sociale e culturale	Rumore	Alcool	Trasporti
	Famiglia	Rifiuti	Attività sessuale	Attività ricreative
	Educazione	Alterazioni climatiche / Effetto serra	Farmaci	

I determinanti della salute possono essere distinti in determinanti strutturali o distali (le cosiddette cause delle cause) e determinanti intermedi o prossimali: i determinanti strutturali sono quelli che il PSSR designa come disuguaglianze, quelle sociali in primis, che influenzano sistematicamente anche l'azione degli altri determinanti della salute. I determinanti intermedi sono invece i meccanismi attraverso cui il contesto sociale e le politiche influenzano direttamente la salute.

#### **I determinanti distali della salute: le disuguaglianze sociali**

Le disuguaglianze sociali complessivamente intese rappresentano un mega fattore complessivo / riassuntivo di rischio in grado di spiegare una grossa quota di mortalità e di morbosità nella popolazione, anche se i legami tra i determinanti sociali della salute e le traiettorie individuali di salute e malattia sono a loro volta abbastanza intricati e complessi.

L'interpretazione materiale delle disuguaglianze in salute sottolinea la relazione scalare tra posizione socioeconomica e accesso a condizioni materiali tangibili, sia quelle fondamentali come cibo, un tetto e l'accesso a servizi e beni, sia di altro tipo come il possesso di un'auto e della casa, l'accesso a servizi telefonici e internet, e così via.

L'interpretazione psicosociale, invece, attribuisce l'esistenza delle disuguaglianze in salute agli effetti diretti e indiretti dello stress che proviene o dall'essere inferiore nella gerarchia socioeconomica o dal vivere in condizioni di relativo svantaggio socioeconomico. Lo stress può

anche influenzare indirettamente la salute causando un tipo di comportamento a rischio come il fumo o il bere eccessivo.

Nella misura in cui le disparità sistematiche di salute sono influenzate dal modo con cui la società distribuisce le risorse, allora è responsabilità della comunità di mettere in opera azioni per rendere questa distribuzione più giusta.

Il PSSR riconosce che una più giusta distribuzione delle risorse è una buona politica di sanità pubblica, perché consente di aumentare i benefici di salute in una popolazione agendo sulla salute di quei gruppi sociali e di quelle persone che soffrono di maggiori svantaggi di salute. Una sanità pubblica che riduca le disparità sociali nella salute è anche una politica che promuove le capacità dello sviluppo. Ci sono molte prove che documentano come il livello di salute e, soprattutto, il livello di equità nella salute di una comunità sia correlato con la sua capacità di produrre ricchezza. Allo stesso modo l'organizzazione del lavoro e della vita in una impresa o in una comunità locale si dimostrano più produttive, meno costose e più sicure, se sanno promuovere ambienti e relazioni sociali meno competitive e più cooperative. Inoltre le politiche di contrasto delle disparità di salute fanno moderare anche l'impatto sfavorevole della malattia sull'impoverimento delle persone e delle famiglie. Dunque una politica di sanità pubblica di contrasto delle disparità sociali nella salute è anche conveniente dal punto di vista degli obiettivi di sviluppo della società.

Inoltre è stato stimato che le disegualianze sociali di mortalità e di morbosità hanno avrebbero anche un impatto economico significativo sulla società, un impatto che sarebbe dello stesso ordine di grandezza del costo del servizio sanitario pubblico.

## **I determinanti prossimali**

### ***Gli stili di vita***

Secondo l'OMS, lo stile di vita è un modo di vivere basato su profili identificabili di comportamento che sono determinati dall'interconnessione tra caratteristiche individuali, interazioni sociali e condizioni socioeconomiche e ambientali. Se si deve migliorare la salute delle persone attraverso il cambiamento dei loro stili di vita, gli interventi devono essere diretti non solo verso gli individui stessi ma anche alle condizioni sociali e all'ambiente di vita quotidiano che interagiscono nel produrre e mantenere questi profili di comportamento.

Molti stili di vita hanno un effetto dimostrato sulla salute: fra questi le dipendenze (fumo, abuso di alcool, uso di sostanze, gioco d'azzardo), la dieta squilibrata, l'assenza di esercizio fisico e l'attività sessuale non protetta.

Nell'Unione Europea il fumo provoca circa il 90% dei tumori del polmone, l'80% delle broncopneumopatie croniche ostruttive, il 25% delle morti per malattie di cuore e il 15% della mortalità complessiva; influenza la fertilità di donne e uomini, ed è inoltre correlato a talune patologie del feto. Il fumo dei genitori e dei conviventi costituisce la maggiore fonte di esposizione dei bambini a rischi per la salute.

Circa l'8-9% delle malattie nell'Unione Europea può essere attribuito al consumo di alcool, con frazioni variabili.

Alimentazione e nutrizione hanno una grande rilevanza nella prevenzione delle malattie e nella promozione della salute, e una dieta mal bilanciata può avere seri effetti sulla salute. In EUROPA al sovrappeso vengono attribuiti il 9,6% della mortalità negli uomini e l'11,5% della mortalità nelle donne. In particolare, un basso consumo di frutta e verdura è la causa del 19% del tumore gastro-intestinale, del 31% della malattia ischemica e dell'11% dell'infarto.

All'inattività fisica si può attribuire il 6% dei decessi negli uomini ed 6,7% dei decessi nelle donne. La sedentarietà raddoppia il rischio di malattie cardiache, di diabete mellito di tipo II, di obesità e mortalità per cause cardiovascolari e ictus, facendo aumentare del 30% il rischio di ipertensione e di cancro.

Occorre inoltre considerare le relazioni stili di vita – consumi /consumismo – mercato e quindi collegare tra loro le realtà della produzione e del consumo a quella della salute, per dar vita ad un

coerente complesso di attività di educazione, informazione e comunicazione e promuovere la autoregolazione negli stili di vita e nei consumi da parte degli individui e delle famiglie.

### ***Ambiente***

Secondo il rapporto OMS “Prevenire le malattie grazie a un ambiente migliore: verso una stima del carico di malattia legato all’ambiente”, circa il 24% di tutte le malattie nel mondo è dovuto all’esposizione a fattori ambientali e gran parte di questi rischi potrebbero essere evitati attraverso interventi correttivi mirati.

Anche nell’area Europea fino al 20% delle morti totali sono attribuibili all’ambiente (outdoor e indoor): inquinamento atmosferico, rumore, radon, cambiamenti climatici, contaminazioni chimiche alimentari, allergeni impattano in modo significativo e dimostrato su patologie respiratorie, cardiovascolari, neoplastiche.

Per quanto riguarda l’Italia, i dati indicano che la percentuale del carico delle malattie attribuibili a cause ambientali è del 14%, per un totale di 91.000 morti all’anno, di cui 8.400 per inquinamento atmosferico. Inoltre le recenti ondate di caldo hanno causato seri problemi di salute in Europa, a livello sia individuale che sociale.

Gli incidenti stradali rappresentano un problema prioritario per la sanità pubblica per l’alto numero di morti e di invalidità permanenti e temporanee che causano.

In regione Piemonte gli infortuni sul lavoro con esito mortale o permanente sono circa 16 l’anno.

Questi effetti si possono prevenire, purché si adotti un approccio attivo e multidisciplinare in grado di portare a una pianificazione efficace e a una risposta adeguata: è necessaria, per esempio, la collaborazione di settori come quello dei trasporti, dell’energia, dell’agricoltura e l’industria.

In generale, la prevenzione delle malattie di origine ambientale richiede uno sforzo complesso di azione sia sui comportamenti e gli stili di vita, che sulle norme e le misure istituzionali.

### ***Gli altri determinanti***

E’ stata dimostrata o ipotizzata una relazione tra condizioni di salute ed altri determinanti prossimali, più o meno collegati con i precedenti, quali

- l’ adeguatezza delle condizioni di lavoro, in termini di sicurezza, igiene e microclima (esposizioni fisiche, chimiche, biologiche), ergonomia, benessere psicosociale (modelli demand/control, effort/reward, scale di stress), lavoro a turni, conciliazione dei tempi di lavoro e di cura
- la varietà di esposizione a opportunità di sviluppo (cognitivo, affettivo) (utilizzo del tempo libero, accesso a cultura e formazione, opportunità di empowerment individuale e comunitario)
- l’accesso alle risorse (materiali e di riconoscimento dagli altri, come condizioni di autoefficacia) legato a precarietà del lavoro, disoccupazione, reddito, prestigio professionale, parità/assenza di discriminazione, istruzione
- Adeguatezza territorio, dal punto di vista delle garanzie di sicurezza, dell’estetica, dell’offerta e dell’accesso ai servizi, dei climi sociali (emarginazione, verticali/orizzontali; ostili/cooperativi), della eventuale segregazione
- Adeguatezza delle condizioni abitative (dalla garanzia dell’abitazione stessa a fattori di igiene, sicurezza e microclima, dall’ergonomia alla densità abitativa
- Mobilità (sicurezza delle strade e dei mezzi di trasporto, accessibilità/prossimità dei mezzi)
- Protezione da vulnerabilità di salute (susceptibilità/predisposizione/eventi critici): accesso a risorse di aiuto familiare o di rete sociale, accesso ai servizi socio-sanitari

Partendo da classi di patologie rilevanti e diffuse, si può esaminare la proporzione di responsabilità e di “meriti” preventivi attribuibili ai 4 più significativi gruppi di determinanti dello stato di salute

nella riduzione delle morti in soggetti di età < 75 anni. (Gunning-Shepers LJ “Avoidable burden of illness: how much can prevention contribute to health?” Soc.Sci. Med. 1987, 24, 945-51).

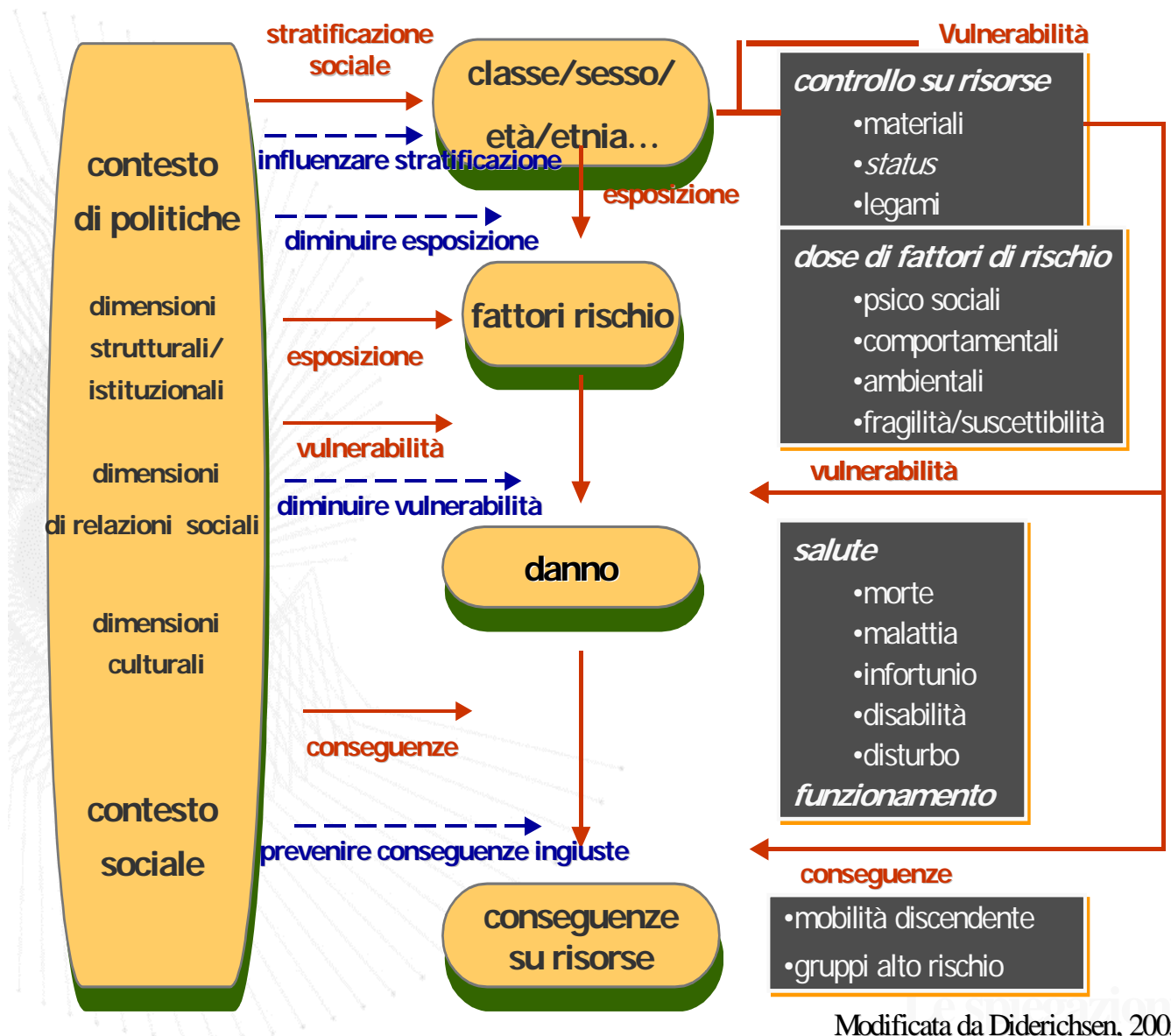
*Classi di patologie e attribuzioni proporzionali di responsabilità/meriti a classi di determinanti.*

Cause di morte	Eliminazione completa dei fattori di rischio			Contributo dovuto all'assistenza sanitaria
	Biologici genetici	Comportamentali	Ambientali	
<b>1-Tumori</b>	<b>30</b>	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>10</b>
<b>2-Cardiopatía ischemica</b>	<b>20</b>	<b>50</b>	<b>20</b>	<b>10</b>
<b>3-Cerebrovasculopatie</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>20</b>	<b>5</b>
<b>4-Altre cardiopatie</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>20</b>	<b>8</b>
<b>5-Bronchite, enfisema, asma</b>	<b>25</b>	<b>35</b>	<b>30</b>	<b>10</b>
<b>6-Polmonite</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>35</b>	<b>20</b>
<b>7-Tutti gli incidenti</b>	<b>5</b>	<b>50</b>	<b>35</b>	<b>10</b>
<b>8-Incidenti d'auto</b>	<b>5</b>	<b>65</b>	<b>25</b>	<b>5</b>
<b>9-Diabete mellito</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>5</b>	<b>10</b>
<b>10-Suicidi</b>	<b>15</b>	<b>55</b>	<b>25</b>	<b>5</b>

Facciamo solo notare, di sfuggita, che i sistemi socio-sanitari complessivamente intesi (sistema medico-clinico e socioassistenziale) occupano sempre una posizione ordinale minoritaria e sono strutturalmente condannati a far registrare una ingravescente caduta del tasso di produttività sociale marginale fino addirittura al possibile paradosso di effetti dannosi associati all'aumento di investimenti dedicati.

Una suggestiva rappresentazione grafica-relazionale sintetica delle dinamiche prima accennate è offerta dalla Figura seguente.

Schema esplicativo dei meccanismi di generazione dell'impatto sulla salute delle politiche (in linea continua) e dei relativi punti di ingresso per gli interventi di contrasto (in linea tratteggiata).



Modificata da Diderichsen, 2005

## APPENDICE 4

### I SUPPORTI della FORMAZIONE

Qualsiasi nuovo processo attivato all'interno di un sistema comporta una riconsiderazione critica delle interrelazioni tra i vari sottosistemi da ridefinire e riadattare.

L'attività di formazione corretta ed efficace rappresenta una buona opportunità se non una necessità per i vari soggetti coinvolti a vario titolo nel funzionamento e nel governo del sistema.

Lasciando da parte il versante dei soggetti politici che definiranno e proseguiranno percorsi autonomi appropriati, esamineremo invece, con qualche dettaglio, i percorsi dei professionisti appartenenti al sistema socio-sanitario, i quali devono attrezzarsi per svolgere, ancorché in maniera non esclusiva e totalizzante, funzioni di servizio e di supporto nei confronti dei politici-amministratori e dei cittadini della società civile organizzata.

Per i professionisti socio-sanitari si possono individuare impegni formativi in aree connotate da più alta autonomia (Relazione socio-sanitaria di ASL, Bilancio sociale – di missione) ed impegni formativi nei quali prevale la configurazione relazionale di interdipendenza e di specifica complementarità.

Il processo formativo per i professionisti delle ASL e dei CSA definiti “facilitatori” è già stato avviato nel corso del 2007 ed ha condotto tra l'altro all'elaborazione di dossier sperimentali che simulavano contributi informativi quasi totalmente tratti dal dominio dei rischi e dei danni conclamati, data la loro provenienza da immagini di servizio prevalentemente operante sul vettore negativo della salute

Durante lo svolgimento del primo segmento formativo i partecipanti hanno esplorato le risorse informative disponibili, i linguaggi necessari, le collaborazioni possibili, ed iniziato a verificare sperimentalmente sul campo la loro funzione di facilitazione, in forme e modalità differenti nelle varie realtà regionali.

Occorre ora portare a compimento il percorso formativo per i facilitatori, in modo da consolidare le loro competenze (sia dal punto di vista metodologico sia da quello tecnico) ed accompagnare nel modo più efficace, secondo strategie di ricerca/azione, le vere e complessive sperimentazioni in campo, tenendo anche in particolare conto della progressiva maturazione progettuale ed organizzativa del contesto istituzionale, partecipativo e professionale.

Questa fase formativa sarà rivolta all'approfondimento delle competenze, “trasversali” e funzionalmente integrate delle diverse figure professionali necessarie allo specifico ruolo di facilitatore dei processi di costruzione sociale dei PePS e comporterà una più pratica messa a disposizione, con funzioni di servizio / supporto, di abilità di lettura, comunicazione, relazione, collaborazione, spogliate cioè di ogni tentazione di prevaricazione asimmetrica professionale / tecnologica.

Durante questa fase sperimentale, nella prospettiva di un consolidamento e di un completamento dei processi di costruzione sociale dei PePS prevista per il 2010, saranno via via ulteriormente definiti percorsi formativi sempre più mirati e validati, anche continuando ad avvalersi di proficue interazioni con altre esperienze nazionali ed internazionali. e soprattutto puntando sempre più decisamente alla esplorazione ed alla elaborazione delle componenti positive della salute.

## APPENDICE 5.

### Rete per la Salute

La banca dati regionale “Rete per la Salute” è uno strumento/servizio promosso dalla Regione Piemonte - Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, nel cui disegno e sviluppo evolutivo svolge un ruolo specifico, al contempo di promotore, diffusore e validatore, CIPES Piemonte.

Il servizio progressivamente sviluppato, testato ed “amicalizzato” nasce infatti come strumento per coinvolgere le Amministrazioni Locali (le migliaia di Assessori e Consiglieri ed anche i cittadini educati, curiosi, competenti e responsabili) nella definizione dei Profili di Salute (disegnati con specifiche connotazioni locali ma ispirati e polarizzati al globale), intesi in senso volutamente estensivo.

Si tratta quindi di immagini a vario livello di granularità e di analiticità, che sono necessariamente preliminari e non esaustivi per una più coerente ed informata prefigurazione di interventi volti a garantire migliori condizioni di salute alle popolazioni.

L'obiettivo tendenziale ambizioso consiste cioè nell'innescare un processo partecipativo il più possibile diffuso, mettendo a disposizione delle comunità locali set selezionati e mirati (su ispirazione in particolare del Progetto OMS “Città Sane”) di dati statistici utili (condizioni sanitarie e socio-economiche, stato dell'ambiente, organizzazione sanitaria, stili di vita), in quanto stimolo formale validato ed interpretato, finalizzato a valutare lo stato di salute dei residenti. Si possono così analizzare alcuni determinanti di salute utili e spesso necessari per formulare piani d'intervento comunitari migliorativi realisticamente parametrati .

“Rete per la Salute” offre strumenti per l'accesso, la consultazione, la navigazione e l'elaborazione di dati socio-sanitari, socio-economici e ambientali (organizzati in un database di indicatori al massimo livello di dettaglio territoriale possibile, ovvero il Comune), aventi il compito specifico di fornire immagini e spunti di analisi utili alla definizione partecipata dei PePS territoriali.

Si rivolge pertanto agli EE.LL. - Province, Comuni - titolari prioritari ed esclusivi della funzione di costruzione sociale dei PePS, nonché ovviamente alle AASSLL e ai CSA nel corso del loro esercizio della funzione di supporto tecnico professionale ai decisori politici.

I pregi di tale fonte informativa risultano essere la semplicità di utilizzo, l'immediatezza delle informazioni, il libero accesso ai dati, l'invito concreto molto più che implicito a spingere lo sguardo anche oltre le immagini più tipicamente e classicamente “sanitarie”, la granularità territoriale modulabile, lo stimolo al monitoraggio, all'approfondimento e al confronto emulativo. .

Le caratteristiche peculiari che hanno ispirato l'ideazione e la definizione di Rete per la Salute sono peraltro riscontrabili anche in Rete delle Conoscenze, data base di antecedente istituzione e presente in ambiente RUPAR, parallelamente contraddistinto da libertà e semplicità di utilizzo che andrebbe augurabilmente ulteriormente incrementata .

Nel corso del 2008 il Gruppo di Lavoro Regionale (GLR), funzionale alla costruzione, validazione e valorizzazione di immagini informative formali necessarie per la costruzione sociale e professionale dei PePS, ha operato e continua ad operare nell'intento di:

- rendere più rappresentativi gli indicatori;
- precisare le definizioni analitiche costruttive delle singole immagini informative ;
- esplicitare i criteri di definizione delle regole sintattiche delle varie immagini;
- incrementare il patrimonio informativo con immagini sempre più pertinenti ;

- migliorare le avvertenze e chiarimenti applicativi ed interpretativi.

I compiti del GLR, finalizzati ad assistere la costruzione degli indicatori presenti nella Rete per la Salute, si identificano con:

- la vigile correzione di errori e la rigorosa validazione degli indicatori costruiti;
- la progressiva proposta di immagini informative sensate e problematiche ;
- l'esercizio paziente di affinamento delle interpretazioni critiche delle singole immagini informative prodotte;
- la proposta di sempre più plausibili ed appropriati criteri. per una corretta sintassi delle immagini analitiche ricavabile e producibili.

Le prime esperienze di utilizzo della Rete per la Salute, le quali sono state realizzate, come prima si accennava, attraverso il coinvolgimento diretto, organizzativo e partecipativo, di CIPES Piemonte, si concretizzano in una serie di seminari ed incontri rivolti ad amministratori pubblici: gli eventi si sono tenuti a livello comunale e provinciale, con la partecipazione di operatori del mondo sanitario, socio-assistenziale, del lavoro e di esponenti delle associazioni di volontariato.

Durante le iniziative tematiche locali sono state illustrate e verificate sul campo le potenzialità e le applicazioni pratiche del servizio, con esemplificazioni di immagini informative specifiche contestualizzate al territorio di riferimento.

“Rete per la Salute”, già presentata ed illustrata in diverse aree della Regione, punta in estrema sintesi a superare progressivamente gli storici e consolidati condizionamenti riduzionistici del concetto di salute da parte della sanità e della medicina, pur non negandone gli indubitabili specifici apporti, che sono però paradigmaticamente più connotati sul versante negativo e tendenzialmente muti sul versante positivo, versante sul quale può e deve più direttamente e più efficacemente operare il complesso delle politiche territoriali settoriali e globali.

E' quindi un modo pratico, coerente, non ideologicamente e sterilmente conflittuale di praticare più equilibrati, più appropriati, e anche più efficaci esercizi di responsabilità politica, sociale e professionale condivisa .

In questo senso, i facilitatori PePS, praticando concretamente la “Rete per la Salute”, possono utilmente simulare, senza rischi di improprie ed autoreferenziali invasività, collocazioni istituzionali e pratiche di ruoli decisivi per migliorare gli spazi comunicativi nell'azione sociale di promozione della salute, unico riferimento e referente degno di rappresentazione informative e, soprattutto, di conseguenti e sostenibili pratiche sociali promotive.