

traccia Valutazione generale
traccia Impostazione
traccia Approccio di Popolazione
traccia Approccio Familiare
traccia FareAssieme
traccia Quarto Settore
traccia Terminologia
traccia Glossario
firme

Traccia 1 Valutazione generale

E' percepibile il fatto che gli estensori del Progetto condividano una valutazione generale che potrebbe identificarsi nello slogan **'Investire in salute paga'** ed in maniera più esplicita come segue: *'Se la società fallisce nell'affrontare seriamente la promozione della salute e la prevenzione allora i recenti progressi nella speranza di vita sana si arresteranno, le diseguaglianze nella salute si allargheranno, la capacità del cittadino di prendersi cura della propria salute in maniera diretta diminuirà e la nostra capacità di finanziare terapie innovative sarà annullata dalla necessità di spendere milioni di euro in malattie completamente evitabili. La salute futura dei nostri figli, la sostenibilità del Sistema Sanitario e la prosperità dei cittadini dipende ora da un radicale aggiornamento della promozione della salute, della prevenzione e della sanità pubblica'* (adattato da 'Five Year Forward View', executive summary point 3; <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>).

E' inoltre evidente lo sforzo da parte degli estensori del Piano di collocare la progettualità 2015-2025 dentro una visione che pone l'accento sui concetti di **'Eco Equo Socio Sostenibilità'** (vedi per esempio: 'In punta di piedi sul pianeta. 187 suggestioni per aspiranti eco-cittadini del Villaggio Globale' <http://www.comune.rovereto.tn.it/content/download/18389/238196/file/IN%20PUNTA%20>

Interessante inoltre rilevare che la visione del Piano attinge diffusamente in maniera implicita/esplicita alla traccia della corresponsabilità nella salute e co-produzione della salute, a sottolineare che la salute va vista e vissuta come investimento da parte di tutti i cittadini ed i settori della comunità attraverso un radicale riorientamento dei sistemi socio-sanitari dell'attuale welfare, come incisivamente esplicitato da Berwick: ***"... per indirizzarsi verso nuovi modelli di assistenza sanitaria e di promozione della salute occorrerà mettere in campo alcuni cambiamenti radicali, a noi non familiari e dirimpenti sul piano del controllo e del potere. Controllo e potere che devono cominciare a passare dalle mani di coloro che forniscono cure nelle mani di coloro che le ricevono"*** (vedi 'Quale dovrebbe essere il significato di patient-centered; confessioni di un estremista' <http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/WhatPatientCenteredShouldMeanConfessionsofExtremist.aspx>

Traccia 2 Impostazione

Si fa un po' fatica a leggere il documento, anche se la sua dimensione è piuttosto ragionevole, in quanto la struttura oscilla fra concetti ed obiettivi che a volte si mescolano ed i vari capitoli non sono strutturati in maniera sovrapponibile (almeno come editing) in maniera da rendere anche visivamente comprensibile la logica di chi scrive e migliorare in questo modo la pragmaticità del

documento (che é comunque buona).

Si propone che la presentazione dei macro-obiettivi, tematici e trasversali, abbia una struttura sovrapponibile e chiara:

- 1.** descrittori epidemiologici sintetici
- 2.** le cinque/dieci problematiche più rilevanti in termini di perdita di salute
- 3.** le aree la cui implementazione potrebbe garantire il maggior guadagno di salute (per impatto e fattibilità)
- 4.** le progettualità ed i contenuti già in atto e da rinforzare* e le progettualità da creare ex novo dentro queste aree**

* per esempio:

- quando si parla di scuola che promuove salute viene in mente la **'Peer Education'**;
- quando si parla di promozione della salute mentale le **'Life Skills'** ed i progetti che le diffondono;
- quando si parla di Health Promoting Hospitals le **'Attività RAR'** (Referenti alcolologici di reparto o, in prospettiva, Referenti per gli stili di vita in reparto);
- quando si parla di sistema socio-sanitario con la persona al centro gli **'UFE'** Salute Mentale ed Alcologia ed il modello Alcolologico Trentino con **'L'approccio familiare ed Ecologico Sociale'** in stretta connessione con le reti del quarto settore
- quando si parla di ridurre le disuguaglianze ed aumentare la solidarietà ai **Club Alcolologici Territoriali, ai Club di Ecologia Familiare e Gruppi GPS, ai Gruppi AMA** ed alle reti del Quarto Settore;
- quando si parla di promuovere salute nelle comunità alle **'Scuole di Ecologia Familiare'** e le **'Settimane di sensibilizzazione al Ben-Essere della comunità'** aperte a tutti i cittadini ed in grado di favorire connessioni, contaminazioni, protagonismi, coesione e rinforzo dei Beni Comuni relazionali.
- quando si parla di **'incoraggiare: premiare, riconoscere, tassare, controllare'** pag 16-7° riga, alla **LP 3 agosto 2010 n.19**

** per esempio:

- l'ipotesi di un **Programma Residenziale Breve Pubblico**, tipo Riabilitazione Alcolologica del S. Pancrazio, aperto oltre che alle famiglie con disagi legati al consumo di alcol anche a quelle con disagi legati alle sostanze illegali, fumo, ecc (attualmente non disponibile per chi non ha disagi alcolcorrelati).

Già dagli anni 80, in concomitanza con la nascita e lo sviluppo del metodo Hudolin in Trentino, molte persone con problemi alcol correlati hanno potuto usufruire di percorsi brevi di sostegno(2° livello) in Ospedale (Auronzo, San Pancrazio i più utilizzati in Trentino). La multidimensionalità delle fragilità emergenti pone un problema di equità che va risolto. Non vi sono analoghi servizi di 2° livello per molte altre fragilità (gioco d'azzardo, problemi droga correlati, altri disagi correlati ad attaccamenti, perdite, disagi psico fisico esistenziali) Non è pensabile tuttavia per ovvie ragioni, replicare programmi specifici, sul modello alcolologico esistente.

Potrebbe essere tempo di pensare ad un Programma di secondo livello, breve (3 settimane) non basato sulla specificità del problema ma sulla condizione comune di fragilità e limite esistenziale e sulla possibilità del cambiamento. Un programma residenziale dunque che permetta a persone/famiglie in grave difficoltà di ritrovare i propri equilibri psico fisico esistenziali, per poi continuare il percorso nel territorio (1° livello o reti della mutualità) e in situazioni particolari con l'invio in comunità terapeutica (3° livello). Stiamo parlando pertanto di un programma di 2° livello pubblico, gestito in modo innovativo dalla APSS e gestito attraverso una compartecipazione di saperi professionali e saperi esperienziali. Potrebbe essere un programma innovativo e

interessante anche in un ottica di rinforzo della mobilità attiva.

- *l'ipotesi di un **Servizio di Frontiera** come modello di servizio di primo livello vicino ai bisogni multidimensionali delle famiglie.*

La caratteristica che il disagio sta assumendo nelle famiglie e micro comunità trentine e comunque in ogni società complessa, si caratterizza spesso per la multidimensionalità, cioè per la copresenza, nella stessa persona o nella stessa famiglia, di più fragilità, disagi, comportamenti /stili di vita, stili di dialogo con se stessi e di relazione con gli altri problematici.

Le forme che il disagio e la fragilità stanno assumendo è influenzato anche dalla attuale crisi economica, sociale, valoriale e non è quindi facilmente inquadrabile negli schemi prestazionali classici dei servizi socio sanitari. Esso pertanto necessita di risposte intersettoriali, territoriali, centrate su un approccio relazionale e con forte coinvolgimento delle reti della comunità a supporto dell'approccio prestazionale dei servizi.

L'esperienza positiva del modello dei Servizi di Alcolologia e della rete dei Club e dei Gruppi AMA implementato dagli anni 90 ci spinge ad immaginare, all'interno della APSS, un servizio agile di primo livello, non specialistico, di frontiera, che affianchi e interagisca con i MMG, vicino e dentro alle micro comunità, ed in grado di intercettare precocemente la multidimensionalità del disagio, di connettere alla rete dei Gruppi di Auto Mutuo Aiuto specifici per problema e/o aperti al disagio multidimensionali (Gruppi di Ecologia Familiare in sperimentazione) ed allo stesso tempo in grado di indirizzare collaborativamente ai servizi specialistici di secondo livello (psichiatria, servizi ospedalieri di riabilitazione, comunità terapeutiche, servizi sociali, cooperative del terzo settore ecc. Se il modello ha funzionato per il problema alcol, perché mai non potrebbe funzionare per la multidimensionalità di molti disagi socio sanitari ?

Citiamo queste esperienze ed ipotesi perché a noi note e da noi anche agite, ma che si accostano certamente ad altre azioni che sia pubblico che privato sociale hanno già in onda.

Traccia 3: Approccio di Popolazione

E' abbastanza chiaro dal testo che chi scrive ha in mente contemporaneamente un approccio ai gruppi a rischio e contemporaneamente un approccio di popolazione.

Dal punto di vista della giustizia sociale e quindi dell'obiettivo di ridurre le disuguaglianze potrebbe sembrare intuitivo che la progettualità dovrebbe essere tarata sulla popolazione a maggior rischio o con danni/sofferenze in atto (la parte di popolazione più fragile); è risaputo però che tale approccio richiede investimenti elevati e con ricadute ridotte se confrontate con le ricadute di un approccio di popolazione che **'punta ad un piccolo cambiamento diffuso piuttosto che a grandi cambiamenti isolati o in minoranze della popolazione'** (G. Rose. Le Strategie della Medicina Preventiva. 2011. Il Pensiero Scientifico Editore)

Traducendo significherebbe che se diminuisse anche di poco il consumo medio pro capite di

- **alcol, tabacco, sale da cucina, grassi animali, gioco d'azzardo, droghe illegali, psicofarmaci, pesticidi oppure in ambito relazionale, aggressività, non rispetto delle norme o aumentasse il consumo medio pro capite di verdura, frutta e di attività fisica diminuirebbe in maniera molto più significativo il numero di persone/famiglie con gravi problemi rispetto a questi stili di vita**

Tipico esempio di approccio di popolazione classico sono i programmi vaccinali (piccolo beneficio individuale, magari anche un piccolo aumento di rischio, ma beneficio a livello di popolazione/immunità di popolazione).

Nella prospettiva di progetti di popolazione **l'indicatore 'consumo medio pro capite di**' (attualmente disponibile per il consumo di alcol, ma solo a livello nazionale) dovrebbe essere ricavato e monitorato anche per la provincia di Trento.

Le due strategie necessarie e complementari nel perseguire gli obiettivi di popolazione di cui sopra sono:

- 1) Informazione chiara e accessibile, percorsi educativi basati sulle Capacità di Vita in vari ambiti per imparare a fare scelte personali e familiari responsabili nei confronti di nuovi stili di vita a tutela della salute, della sostenibilità del welfare e dell'ambiente
- Politiche serie di regolamentazione a tutela dei cittadini consumatori che prevedono l'implementazione di normative nazionali, regionali e comunali coerenti con i principi di cui sopra, che abbiano come criteri ispiratori: *l'Etica, l'Efficacia nella protezione e promozione della salute, la tutela dei cittadini consumatori con particolare attenzione alle fasce più deboli, privilegiando sempre gli interessi di salute pubblica rispetto a pur legittimi interessi economici particolari*

Proponiamo di chiarire questi due approcci in un utile glossario del Piano.

Traccia 4 Approccio familiare

Nel Macro-Obiettivo1, Più anni di vita in buona salute, capitolo 'La situazione in Trentino' pag. 8 dodicesima riga, riteniamo vadano esplicitate le aree di disagio nuove e finora ancora poco evidenziate nei documenti ufficiali e con cui i Servizi si stanno confrontando sempre più e che spesso sono compresenti nella stessa famiglia. Si tratta delle fragilità legate a:

- comportamenti di attaccamento a sostanze o mezzi (gioco, droghe, alcol, fumo, internet, shopping),
- stili di vita e disagi relazionali (conflitti non gestiti, isolamento, emarginazione, solitudine, violenze, depressione, ansia, ...)
- fragilità legate a perdite (di lavoro, di ruoli, di sicurezze, di prospettive, malattie, lutti, separazioni)

La multidimensionalità del disagio nella stessa persona o in persone diverse della stessa famiglia, impone ai servizi una visione più ampia, dove la persona non è vista isolata, ma inserita nel suo contesto di relazioni significative (approccio familiare), dove il disagio non è visto isolato ma connesso con le altre fragilità e risorse compresenti nello stesso contesto familiare e di microcomunità (approccio multidimensionale).

Infatti il perpetuare approcci individualizzati, settorializzati e specialistici a seconda dei bisogni non permette di cogliere i potenziali che possono derivare dal coinvolgimento e responsabilizzazione della famiglia come sistema nella soluzione dei propri disagi e ancora meno della micro comunità come spazio naturale e accessibile da valorizzare.

Riteniamo infatti che l'approccio familiare rappresenti una potente modalità di approccio alla multidimensionalità del disagio (vedi la rete dei Club Alcolologici Territoriali e del Sistema Alcolologico Trentino) e debba/possa diventare metodologia supportata e rinforzata dalle politiche di salute.

Suggeriamo quindi di:

- **modificare il titolo** del Macro-Obiettivo3 pag 20 'Un Sistema socio-sanitario con la persona

al centro' con *'Un Sistema socio-sanitario con la persona, la famiglia e le comunità al centro'*

- **inserire** negli Ambiti di Intervento pag 20 un paragrafo: *'supportare e rinforzare le progettualità volte a favorire il passaggio da un approccio settorializzato e specialistico ad un approccio familiare, sia a livello delle cure primarie e dei servizi sociali, che delle cure secondarie che del terzo e quarto settore dove questo non sia già praticato e sia praticabile e rinforzare l'esistente'*.

Traccia 5 FareAssieme

Nel Macro-Oiettivo trasversale 'Migliorare la comunicazione fra le istituzioni e cittadinanza e le competenze in salute della popolazione' pag 26, dopo il terzo punto dell'elenco puntato suggeriamo di aggiungere un quarto punto:

- *'Valorizzare il sapere esperienziale delle persone/famiglie in modo che possano diventare co-attori all'interno dei servizi nei percorsi di cambiamento di se stesse, di altre famiglie in difficoltà, degli operatori professionali e del sistema (UFE Utenti Familiari Esperti)'*.

L'esperienza degli UFE nella psichiatria di Trento, dove all'interno del Servizio si incontra il sapere professionale degli operatori e il sapere esperienziale di persone/famiglie che hanno attraversato la fragilità/disagio psichico, rappresenta il riferimento teorico-pratico da cui è nata l'idea di sperimentare gli UFE anche in ambito alcologico.

Traccia 6 Quarto Settore

La distinzione tra primo, secondo e terzo settore rappresenta uno schema di riferimento sociologico ormai riconosciuto.

Meno conosciuto è il concetto di **Quarto Settore** che può risultare accademica ad una prima analisi superficiale, ma che può al contrario diventare fortemente suggestiva se si analizzano i fenomeni mettendo al centro la persona, la famiglia e la comunità come si propone il Piano.

L'organizzazione delle realtà del Quarto Settore è su base volontaria, centrata sul protagonismo diretto di persone/famiglie/comunità coinvolte da un problema/disagio/fragilità, ma anche da una preoccupazione/ideale/prospettiva/visione; è inoltre centrata sulla mutualità di gruppo, di vicinato, associativa, comunitaria, anziché sulla erogazione di un servizio di qualcuno per qualcun altro.

Il quarto settore ha dunque come riferimento teorico l'ecologia sociale, favorisce protagonismo e autonomia, cerca le sintesi ed il rinforzo delle relazioni, del capitale sociale, delle collaborazioni, in sostanza della coesione sociale all'interno della Comunità. Valorizza inoltre fortemente il sapere esperienziale delle persone/famiglie (Utenti Familiari Esperti UFE), in modo che possano diventare co-attori all'interno dei servizi nei percorsi di cambiamento proprio, di altre famiglie in difficoltà, degli operatori professionali e quindi dei Servizi stessi.

La rete attuale di gruppi di auto mutuo aiuto In Trentino (230 gruppi) rappresenta un Bene Comune che tutti sono chiamati a preservare, accrescere, migliorare. I servizi socio sanitari pubblici, le istituzioni, le associazioni, ciascun cittadino è chiamato a favorire la nascita e il rinforzo delle reti in maniera da renderle accessibili a tutte le persone/famiglie e a tutti i bisogni/fragilità. Infatti le risposte che si possono dare nel quarto settore sono specifiche e non le può dare il primo e terzo settore e viceversa. Da un punto di vista generale inoltre sosteniamo che i finanziamenti a molti servizi pubblici o a cooperative del terzo settore dovrebbe prevedere la richiesta alle stesse di un impegno programmato, attuato e verificato a rinforzo delle reti della mutualità nelle micro comunità di riferimento.

Proponiamo che il concetto di Quarto Settore (*citato a pag 9 Sostenere la Genitorialità: 4° punto dell'elenco puntato*) venga incluso nel glossario dei termini e dei concetti del Piano.

Traccia 7: la terminologia (per restare connessi con la terminologia di PASSI)

Proponiamo le seguenti modifiche:

a pagina 9 Sostenere la genitorialità ultimo capoverso: 'favorire la conoscenza delle conseguenze sulla salute derivanti dall'uso ed abuso di determinate sostanze'..... con:

- *dal consumo di tabacco, alcol e sostanze illegali*

a pagina 14 paragrafo Stili di Vita: 'consuma alcol in maniera nociva alla salute' con

- *'consuma alcol a maggior rischio'*

a pagina 15 paragrafo Stili di vita: '...bere non più di due bicchieri di alcol al giorno per gli uomini ed uno per le donne (o non bere affatto) con

- *'bere non più di due unità di alcol al giorno per gli uomini e di una unità per le donne (o non bere affatto)' oppure 'non bere affatto o bere non più di due unità di alcol al giorno per gli uomini e di una unità per le donne'*

a pagina 17 paragrafo Amministrazione Pubblica a favore della Salute: '..... il patrocinio di eventi promozionali e l'uso di alcolici' con

- *'il patrocinio di eventi promozionali o feste ed il consumo di alcol'*

Traccia 8 Glossario

Approccio di Popolazione (AP)
Eco-Equo-Socio Sostenibilità (EESS)
Quarto Settore (QS)
Stili di Vita Sostenibili SVS)
Bene Comune

Firme di adesione al documento

Pellegrini Luigino (medico, Responsabile Servizio di Alcologia Vallagarina)

Widmann Giovanni (MMG, Responsabile Servizio di Alcologia Val di Non)

Cignini Enzo (medico, Responsabile del Servizio di Alcologia Alta e Bassa Valsugana)

Zorzi Claudio (MMG, Responsabile del Servizio di Alcologia Fiemme e Fassa)

Vanzetta Donatella (infermiera, operatrice di rete Servizio di Alcologia Valli di Fiemme e Fassa)

Grandelis Cinzia (infermiera, operatrice di rete Servizio di Alcologia Bassa Valsugana)

Dallago Cristina (psicologa, operatrice di rete Servizio di Alcologia Giudicarie Rendena)

Valenti Federica (assistente sociale, operatrice di rete Servizio di Alcologia Giudicarie Rendena)

Herzog Sabrina (assistente sociale, operatrice di rete Servizio di Alcologia Vallagarina)
Dell'Agnolo Giuliana (educatore professionale, operatrice di rete Servizio di Alcologia Vallagarina)
Pasquesi Alberto (MMG, Responsabile Servizio di Alcologia Val di Sole)
Cuni Roberto (operatore Centro Studi APCAT)
Guerriero Katia (educatore professionale, operatrice di rete Servizio di Alcologia Trento Rotaliana Cembra e Paganella)
Pancheri Roberto (Direttore Servizio di Alcologia e Dipartimento Dipendenze APSS)
Vettori Giovanna (assistente sociale, operatrice di rete Servizio di Alcologia Trento)
Zandron, Angela (assistente sociale, operatrice di rete Servizio di Alcologia Trento Rotaliana Cembra e Paganella)
Furlani Claudia (educatore professionale, operatrice di rete Servizio di Alcologia Trento Rotaliana Cembra e Paganella)
Tartarotti Ilaria (educatore professionale, operatrice di rete Servizio di Alcologia Alta Valsugana)

Biasi Marcello (Presidente APCAT Trentino)
Doriguzzi Susi (vicepresidente APCAT Trentino)

Bertoldi Stefano (educatore professionale Associazione AMA)