

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Sede Legale: viale Duca degli Abruzzi, 15 – 25124 Brescia

Tel. 030.38381 Fax 030.3838233 - www.ats-brescia.it

Posta certificata: protocollo@pec.ats-brescia.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 03775430980

DECRETO n. 98

del 22/02/2018

Cl.: 1.1.02

OGGETTO: Approvazione Piano Integrato Locale degli interventi di promozione della salute – anno 2018.

**II DIRETTORE GENERALE - Dr. Carmelo Scarcella
nominato con D.G.R. X/4615 del 19.12.2015**

Acquisiti i **pareri** del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO
e del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr.ssa Annamaria Indelicato

Dott.ssa Teresa Foini



IL DIRETTORE GENERALE

Viste:

- la D.G.R. n. X/3654 del 05.06.2015 ad oggetto "Approvazione del Piano Regionale di Prevenzione 2015-2018, ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014 - (di concerto con l'Assessore Cantù)";
- la D.G.R. n. X/7600 del 20.12.2017 ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018 (di concerto con gli assessori Garavaglia e Brianza)" che, per quanto attiene la programmazione e l'operatività 2018 nell'ambito della promozione della salute e prevenzione della cronicità, conferma l'impianto degli indirizzi di cui alla D.G.R. n. 4702/2015 e D.G.R. 5954/2016;
- la nota regionale Prot. G1.2018.0003181 del 01.02.2018 (Atti ATS prot. n. 12752/18 05.02.2018) ad oggetto <Pianificazione e rendicontazione area "Promozione della salute e prevenzione della cronicità" - Anno 2018>, con la quale si richiamano le caratteristiche del Piano Integrato Locale degli Interventi di Promozione della Salute (PIL) e alcuni documenti utili a favorire l'integrazione con le politiche di altri soggetti del territorio;

Considerato che:

- la D.G.R. n. X/7600 del 20.12.2017 sottolinea la necessità di realizzare interventi finalizzati a promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills*) e l'adozione competente e consapevole (*empowerment*) di comportamenti salutari nella popolazione giovanile e adulta ed in specifici target;
- in coerenza con gli indirizzi di programmazione nazionali e regionali (Piano Nazionale di Prevenzione, Piano Regionale della Prevenzione) la pianificazione locale è strutturata su setting (luoghi di lavoro, scuola, comunità locale, sociosanitario) e ciclo di vita, e dà continuità ai processi intrapresi orientandosi ad una sempre maggiore appropriatezza delle azioni;

Sottolineato che il Piano Integrato Locale degli Interventi di Promozione della Salute:

- rappresenta il documento annuale di programmazione degli interventi finalizzati alla promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute e alla prevenzione di fattori di rischio comportamentali della cronicità;
- è predisposto dalle ATS con un approccio di integrazione interdipartimentale e condivisione con tutti i settori dell'Agenzia nell'ambito della più generale attività di programmazione, in una ottica di *governance* territoriale quindi in sinergia con le ASST e con altri soggetti del sistema socio sanitario, in accordo con le politiche sociali ed i soggetti del Terzo Settore e con il coinvolgimento di tutti i settori/soggetti non sanitari che a vario titolo possono concorrere al perseguimento degli obiettivi di salute;

Vista la proposta presentata dal Direttore Sanitario, Dr. Fabrizio Speziani, qui anche in qualità di Responsabile del procedimento, che attesta la regolarità tecnica del presente provvedimento;

Preso atto che gli oneri discendenti dall'attuazione del Piano verranno definiti con successivi atti;

Dato atto che il parere di competenza del Direttore Sanitario è assorbito nella funzione esercitata dal medesimo in qualità di proponente;

Acquisiti i pareri del Direttore Sociosanitario, Dr.ssa Annamaria Indelicato e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Teresa Foini che attesta, altresì, la legittimità del presente atto;

D E C R E T A



- a) di approvare il Piano Integrato Locale degli Interventi di Promozione della Salute per l'anno 2018, così come dettagliatamente illustrato nell'allegato "A", composto da n. 65 pagine, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- b) di dare atto che il Piano di cui sopra risponde, secondo quanto previsto dalle D.G.R. 3654 del 05.06.2015 e D.G.R. n. X/7600 del 20.12.2017, agli obiettivi di sistema per l'anno 2018;
- c) di prendere atto che gli oneri discendenti dall'attuazione del presente provvedimento verranno definiti con successivi atti;
- d) di inviare, a cura del proponente assetto, copia del presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare;
- e) di dare atto che il presente provvedimento è sottoposto al controllo del Collegio Sindacale, in conformità ai contenuti dell'art. 3-ter del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'art. 12, comma 14, della L.R. n. 33/2009;
- f) di disporre, a cura del Servizio Affari Generali e Legali, la pubblicazione all'Albo on-line - sezione Pubblicità legale - ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, e dell'art. 32 della L. n. 69/2009, ed in conformità al D.Lgs. n. 196/2003 e secondo le modalità stabilite dalle relative specifiche tecniche.

Firmato digitalmente dal Direttore Generale
Dr. Carmelo Scarcella

PIANO INTEGRATO LOCALE degli interventi di PROMOZIONE DELLA SALUTE

Anno 2018

ATS DI BRESCIA

Sommario

Sommario.....	2
PREMESSA.....	5
ANALISI DI CONTESTO.....	7
<i>Demografia</i>	7
<i>La popolazione straniera</i>	9
<i>Istruzione e formazione</i>	9
<i>Lavoro e conciliazione dei tempi di vita</i>	11
<i>Condizione economica e disuguaglianze</i>	12
<i>Scelta di consumo delle famiglie</i>	13
<i>Qualità della vita</i>	13
<i>Indicatori epidemiologici</i>	15
<i>Gli incidenti domestici</i>	18
<i>Gli Incidenti stradali</i>	19
<i>Il Governo Clinico dei Pediatri di Libera Scelta</i>	19
<i>Il Governo Clinico dei Medici di Medicina Generale</i>	20
<i>I dati di Okkio alla salute</i>	21
<i>I dati relativi alle dipendenze</i>	22
<i>Stratificazione della domanda di salute – Situazioni di cronicità e/o fragilità</i>	25
QUADRO DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI, DOTAZIONE ORGANICA.....	27
I PROCESSI LOCALI.....	28
<i>SOGGETTI CON CUI SONO ATTIVE COLLABORAZIONI</i>	28
<i>Associazione Industriale Bresciana</i>	28
<i>Aziende territoriali</i>	28
<i>Scuole del territorio</i>	28
<i>Ufficio scolastico territoriale (UST)</i>	28
<i>Enti del terzo settore</i>	28
<i>Aziende Socio Sanitarie Territoriali</i>	29
<i>Rete Bibliotecaria Bresciana</i>	29
<i>Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta</i>	29
<i>Farmacie</i>	29
<i>Medici competenti</i>	29
<i>Coldiretti</i>	30
<i>Associazioni di volontariato e Associazioni sportive</i>	30
<i>Amministrazioni comunali e Associazione Comuni Bresciani</i>	30

<i>Comune di Brescia</i>	30
<i>Croce Rossa Italiana – Comitato di Brescia</i>	30
<i>Associazioni Sindacali</i>	30
<i>Associazione Italiana Celiachia (AiC)</i>	31
RETI ATTIVE	31
<i>Scuole che Promuovono Salute - SPS</i>	31
<i>Aziende che promuovono salute - WHP</i>	31
<i>Reti di conciliazione</i>	31
<i>Rete Locale Prevenzione Dipendenze</i>	33
<i>Rete dei progetti di partecipazione attiva e di educazione tra pari</i>	33
<i>Rete dei conduttori dei gruppi di cammino</i>	34
TAVOLI DI CONFRONTO INTERSETTORIALI	34
<i>Tavolo di programmazione con U.O. Famiglia, Infanzia ed Età Evolutiva</i>	34
<i>Tavolo lavoro sul GAP del Comune di Brescia</i>	34
<i>Comitato Aziendale per la Pediatria di Libera Scelta</i>	35
<i>Comitato Aziendale della Medicina Generale</i>	35
<i>Conferenza dei Sindaci</i>	35
<i>Comitato Locale Percorso Nascita</i>	35
<i>Tavolo di partecipazione dei soggetti del Terzo settore</i>	36
ACCORDI DI COLLABORAZIONE ATTIVI	36
<i>Protocollo con Ufficio Scolastico Territoriale</i>	36
<i>Protocollo nati per leggere</i>	37
<i>Accordo per progetto con “Meno Sale nel pane c’è più gusto... e guadagni in salute”</i>	37
<i>Accordo di collaborazione con le Amministrazioni Comunali per lo sviluppo del progetto “Salute in Comune”</i>	37
<i>Accordo di partnership con Fondazione Cogeme Onlus</i>	37
<i>Accordo di collaborazione con l’Associazione CorriXBrescia e il Comune di Brescia</i>	38
<i>Protocollo d’intesa per la realizzazione di attività progettuali in tema di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentale con ASST</i>	38
<i>Raccordo con i Centri per il Trattamento del Tabagismo</i>	38
LA COMUNICAZIONE	39
LA FORMAZIONE	40
PROGRAMMI E INTERVENTI	41
<i>Promozione di stili di vita favorevoli alla salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali negli ambienti di lavoro</i>	41

Promozione di stili di vita favorevoli alla salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali nei contesti scolastici.....44

Promozione di stili di vita favorevoli alla salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali nelle comunità locali.....55

Promozione di stili di vita favorevoli alla salute nei primi 1.000 giorni di vita.....61

Promozione di stili di vita favorevoli alla salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali promossi nel setting sanitario in sinergia con gli erogatori.....63

I POTESI UTILIZZO RISORSE ECONOMICHE.....65

Nella cornice tracciata dal Piano Regionale Prevenzione 2015-2018, la Promozione della Salute gioca un ruolo sostanziale. L'implementazione e la messa a sistema di programmi indirizzati all'attivazione di processi di salute nelle comunità secondo evidenze di efficacia sostenute a livello dei massimi organismi internazionali, OMS *in primis*, rappresenta una forte azione di prevenzione della cronicità che si traduce in un contenimento della domanda sanitaria finalizzato alla sua costante riduzione e contribuisce ad incidere positivamente sul benessere e la qualità della vita, sia del singolo, che della comunità in cui vive.

Il Piano Integrato Locale degli interventi di Promozione della Salute (PIL), rappresenta a livello locale lo strumento programmatico che definisce, alla luce della lettura della domanda, lo sviluppo di azioni volte a promuovere stili di vita salutari. Quanto programmato, nella linea della continuità con gli anni precedenti e nell'ottica esplicitata più sopra, è volto a far acquisire al singolo cittadino una sempre maggiore consapevolezza rispetto al ruolo proattivo, da protagonista, nelle scelte orientate alla salute nelle varie fasi della vita. Nel contempo, poiché i comportamenti e gli stili di vita non sono ascrivibili solo a scelte e responsabilità individuali, ma in buona misura anche a determinanti ambientali e a condizioni e pratiche sociali, le azioni previste sono orientate a creare condizioni ambientali utili a favorire l'adozione di corretti stili di vita utilizzando un approccio per ciclo di vita e *setting* (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario) e prevedendo il coinvolgimento di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici alle comunità locali.

La programmazione in tema di Promozione della Salute parte pertanto, secondo criteri di appropriatezza, da un'integrazione gestionale ed operativo-funzionale interna all'Agenzia per espandersi a un coinvolgimento di risorse e competenze di soggetti del sistema sanitario e sociosanitario, ma anche di soggetti che potrebbero avere altre finalità o interessi, ma che su obiettivi concreti e misurabili di guadagno di salute possono fornire un contributo molto importante concorrendo alla positiva riuscita degli interventi a tutela della salute, alla loro sostenibilità al riorientamento dei contesti di vita e di lavoro al fine di rendere facilitanti le scelte salutari individuali, attraverso un approccio multidisciplinare. Per questo motivo, nella parte iniziale del PIL sono evidenziate le collaborazioni attivate in termini di tavoli di lavoro, accordi di collaborazione, reti formali ed informali di lavoro.

La programmazione definita dal PIL per il 2018 tiene conto delle indicazioni contenute nella D.G.R. N. x/7600 DEL 201/12/2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018" e prevede la realizzazione di progetti in linea con quanto indicato dal Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 che rappresenta il più importante atto di indirizzo programmatico per tutta l'area della prevenzione, della promozione e tutela della salute anche in relazione agli obiettivi fissati nel Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2014-2018.(D.G.R. 3654/2015). In particolare il PIL contempla interventi nei seguenti programmi:

- "Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro"
- "Scuole che promuovono salute - Rete SPS/SHE Lombardia"
- "Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita"
- "Promozione stili di vita favorevoli alla salute nella comunità"
- "Prevenzione delle cronicità"
- "Rete Regionale Prevenzione Dipendenze".

All'interno delle linee tracciate dai programmi regionali sono inserite azioni di sistema che sviluppano istanze di macrolivello declinate localmente ed azioni che rappresentano la risposta ad

istanze rilevate a livello locale e che in alcuni casi sono frutto di collaborazioni avviate da anni, rappresentando un patrimonio prezioso nella storia del territorio.

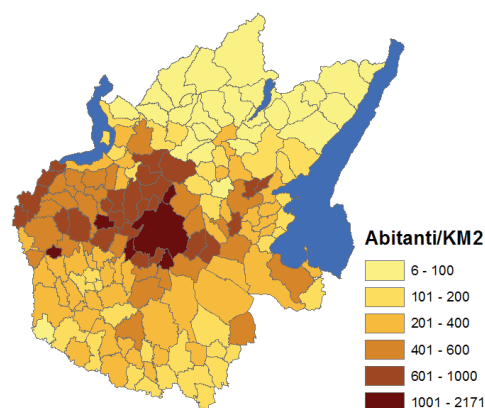
L'obiettivo generale, comune a tutti gli interventi e in coerenza a quanto previsto dai LEA 2017, è ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche, promuovendo il potenziamento dei fattori di protezione (*life skill*) e l'adozione competente e consapevole (*empowerment*) di comportamenti salutari nella popolazione.

Conoscere e analizzare le caratteristiche di un territorio e della popolazione che vi risiede è il punto di partenza necessario per poter individuare i problemi emergenti in sanità pubblica, le aree in cui si manifestano e le cause principali del loro sviluppo, al fine di poter sviluppare azioni di miglioramento e, successivamente, di verificarne l'impatto.

Demografia

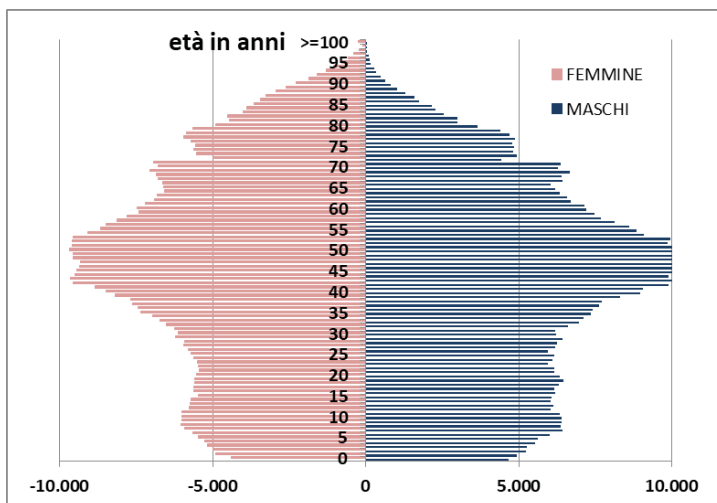
Secondo i dati dell'anagrafica regionale assistiti al 31/12/2017 risultavano assistiti nell'ATS di Brescia 1.177.365 soggetti, dei quali 18.445 (1,6%) residenti in altra ATS. Ulteriori 22.530 soggetti erano stati assistiti nel corso dell'anno, ma non lo erano più al 31 dicembre: 10.285 perché deceduti, gli altri perché trasferiti o con tessera sanitaria cessata.

La densità abitativa della popolazione varia considerevolmente all'interno del territorio: la zona della città è la più densamente abitata (>1.000 persone/km²), così come i comuni limitrofi alla città e quelli situati sui grandi assi stradali, mentre la zona montana è quella meno densamente abitata.



Come evidenziato dalla piramide demografica:

- le femmine rappresentano il 50,6% del totale in virtù di una loro maggior presenza nelle fasce oltre i 60 anni: tra le classi sotto i 50 anni le donne risultano inferiori rispetto ai maschi (48,7%), la distribuzione in base al sesso è simile nella fascia d'età 50-60 anni, mentre il rapporto si inverte dopo i 60 anni aumentando progressivamente;
- tra gli ultraottantenni le donne sono circa il doppio dei maschi (47.990 vs 25.246);
- l'età media della popolazione a dicembre 2017 era di 44,1 anni, più elevata nelle femmine (45,5 anni) che nei maschi (42,7 anni), inferiore rispetto a quella nazionale e regionale (44,9 anni, età media stimata al 1° gennaio 2017)¹;
- la percentuale di anziani (65 anni e oltre) è pari al 21,06% della popolazione con un indice di vecchiaia pari a 145 (n° anziani/100 giovani di età inferiore a 15 anni). In Italia, al 1° gennaio 2017 gli individui di 65 anni o più superano i 13,5 milioni, rappresentando il 22,3% del totale. Il confronto con i dati nazionali evidenzia una maggior "giovinanza" della popolazione di ATS Brescia, in larga parte dovuto alla maggior presenza di stranieri;
- i "grandi Anziani" (85 anni e oltre) rappresentano il 3,15% della popolazione (37.038, per il 70,8% femmine, un dato di poco inferiore rispetto al 3,3% nazionale);
- i nuovi nati nell'ultimo anno sono stati 9.414, per un tasso di natalità dell'8,00/1.000, in ulteriore diminuzione rispetto al 8,39 del 2016;



¹ http://www.istat.it/it/files/2017/03/Statistica-report-Indicatori-demografici_2016.pdf

- il numero dei deceduti negli ultimi 12 mesi è stato di 10.551; il saldo naturale bresciano (differenza tra nascite e decessi) è negativo, con un tasso di crescita naturale di -1/1.000. A livello nazionale il saldo naturale è stato, nel 2016, pari a -2,2.

Dal 2000 al 2017 vi sono stati importanti cambiamenti nella popolazione bresciana, come evidenziato nella sottostante tabella.

Tabella 1: Numerosità e principali indicatori demografici della popolazione dell'ATS di Brescia nel periodo 2000-2017

anno	2000	2002	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017	% variazione 2017/2000
Totale assistiti	1.000.248	1.029.978	1.093.708	1.136.817	1.157.391	1.168.168	1.170.655	1.176.312	1.177.365	17,7%
N° donne	510.627	523.986	554.104	574.064	585.691	591.865	594.433	595.998	595.914	16,7%
% donne	51,05%	50,87%	50,66%	50,50%	50,60%	50,67%	50,78%	50,67%	50,61%	-0,9%
Età media	41,23	41,60	41,94	41,48	42,27	42,72	43,31	43,84	44,12	7,0%
N bambini (<15 anni)	139.224	145.739	161.405	171.584	176.869	179.362	176.888	172.990	170.539	22,5%
% bambini	13,92%	14,15%	14,76%	15,09%	15,28%	15,35%	15,11%	14,71%	14,48%	4,1%
Anziani (>=65 anni)	167.187	177.493	199.636	208.630	213.585	224.973	236.087	244.436	247.930	48,3%
% anziani	16,71%	17,23%	18,25%	18,35%	18,45%	19,26%	20,17%	20,78%	21,06%	26,0%
Indice vecchiaia (>=65/minore 15)	120	122	124	122	121	125	133	141	145	21,1%
Grandi anziani (>=85 anni)	18.237	18.993	21.461	24.851	27.392	30.318	33.435	36.020	37.038	103,1%
% grandi anziani	1,82%	1,79%	1,92%	2,16%	2,35%	2,60%	2,86%	3,06%	3,15%	72,5%
N. nuovi nati (ultimi 12 mesi)	10.253	10.473	12.066	12.678	12.408	11.543	10.620	9.875	9.414	-8,2%
Tasso natalità X 1.000	10,25	10,17	11,03	11,15	10,72	9,88	9,07	8,39	8,00	-22,0%
Tasso fecondità grezzo X1.000	42,1	42,4	46,8	47,8	46,4	43,7	41,1	39,1	37,8	-10,3%
N. morti (ultimi 12 mesi)	8.648	8.818	8.748	9.201	9.679	9.923	9.535	9.999	10.551	22,0%
Tasso mortalità	8,65	8,56	8,00	8,09	8,36	8,49	8,15	8,50	8,96	3,7%
Tasso di crescita naturale	1,6	1,6	3,0	3,1	2,4	1,4	0,9	-0,1	-1,0	-160,2%
N stranieri	39.580	58.246	109.895	140.611	160.988	168.135	166.314	170.091	168.989	327,0%
% stranieri	4,0%	5,7%	10,0%	12,4%	13,9%	14,4%	14,2%	14,5%	14,4%	262,7%

- La popolazione è complessivamente cresciuta del 17,7%, in gran parte per il contributo della presenza straniera, ma dal 2010 l'andamento di crescita si è progressivamente ridotto per fermarsi negli ultimi anni.
- L'età media è aumentata di 31,1 mesi (incremento medio annuo pari a 61 giorni).
- Gli anziani sono aumentati di 80.743 unità tra il 2000 e il 2017(+48,3%), mentre i grandi anziani sono aumentati del 103,1%.
- Dal 2000 al 2012 i bambini sotto i 15 anni erano aumentati del 28,8% per poi stabilizzarsi e diminuire negli ultimi anni (-4,9% dal 2012 al 2017): l'indice di vecchiaia è quindi rimasto abbastanza stabile nella ATS di Brescia fino al 2011, ed è aumentato negli ultimi anni.
- Il tasso di natalità nella ATS ha avuto un andamento non lineare: è cresciuto dell'8,8% dal 2000 al 2008 per poi scendere rapidamente e costantemente negli anni successivi (-28,3% dal 2008 al 2017). Il tasso di fecondità ha avuto, ovviamente, un simile andamento.
- Il tasso grezzo di mortalità è rimasto sostanzialmente stabile con alcuni picchi in particolare nel 2003 (8,87) e quello più rilevante nel 2015 (8,97).

La popolazione straniera

Nel 2017 gli stranieri regolarmente presenti e assistiti nella ATS di Brescia (esclusi coloro senza permesso di soggiorno) rappresentavano il 14,4% del totale, una percentuale quasi doppia rispetto a quella nazionale (8,3% al 1° gennaio 2017) e superiore anche a quella lombarda (11,5%).

La popolazione straniera presenta un profilo diverso rispetto a quella italiana:

- l'età media è di 32,2 anni, molto più bassa rispetto ai 46,1 anni degli italiani;
- la percentuale di bambini è del 22,6% di 9,4 punti percentuali più elevata rispetto agli italiani;
- la percentuale di anziani è, al contrario, molto bassa (3,3% vs 24,0%);
- il tasso di natalità è di 14,7/1.000, vale a dire 2,2 volte più elevato rispetto a quello degli italiani; il 26,4% dei nuovi nati nella ATS di Brescia è straniero con un tasso di fecondità grezzo nelle donne straniere del 42% più elevato rispetto alle italiane.

La popolazione straniera presenta un'elevata dinamicità nel periodo considerato, in particolare:

- la presenza di stranieri è più che quadruplicata passando dai 39.580 del 2000 ai 168.989 del 2017; l'incremento più rilevante si è registrato negli anni tra il 2000 e il 2008 (+258%) riducendosi poi fino ad arrestarsi negli ultimi anni. Senza il contributo dei neonati venuti alla luce in Italia, si registrerebbe una flessione della popolazione straniera;
- si è passati da una presenza prevalentemente maschile (64% nel 2000) a una paritaria (nel 2017 la quota femminile era del 50,0%);
- si è quintuplicata la presenza di bambini stranieri, da 8.329 nel 2000 a 38.113 nel 2017 e la stragrande maggioranza di essi è nata nel nostro paese;
- nel 2017 il 26,4% dei nuovi nati è straniero. Va però fatto rilevare che dal 2008 nella popolazione straniera è in atto una forte diminuzione sia del tasso di natalità (da 30,7 a 14,7 x 1.000) che del tasso di fecondità (da 114 a 49,5 x 1.000); il tasso di natalità tra la popolazione italiana è sceso invece dal 9,4 del 2000 al 6,9x1.000 del 2017 mentre il tasso di fecondità nelle donne italiane è diminuito solo in parte negli ultimi anni (da 39 a 34,8 x 1.000).

Tabella 2: Confronto popolazione italiana e straniera residente in ATS Brescia nel 2017

anno 2017	italiani	stranieri
Totale assistiti	1.008.376	168.989
% donne	50,6%	50,0%
Età media	46,1	32,2
N bambini (<15 anni)	132.426	38.113
% bambini	13,1%	22,6%
N. pop 65 anni e più	242.314	5.616
% anziani	24,0%	3,3%
Indice vecchiaia (>=65/minore 15)	183	14,7
N. nuovi nati	6.924	2.490
Tasso natalità X 1.000	6,9	14,7
N. morti	10.373	178
Tasso mortalità	10,29	1,05
N. donne 15-49 anni	198.925	50.340
Tasso fecondità grezzo X1.000	34,8	49,5

Una forte influenza sul trend demografico futuro sarà data dalla costante diminuzione di donne italiane in età fertile: da 233.293 unità nel 2000 a 198.925 attuali.

Istruzione e formazione

I percorsi formativi hanno un ruolo fondamentale nel fornire agli individui le conoscenze, le abilità e le competenze di cui hanno bisogno per partecipare attivamente alla vita della società e all'economia del Paese. Inoltre, livelli di competenze più elevati possono avere effetti positivi sul benessere delle persone relativamente alla salute, alla partecipazione sociale e alla soddisfazione personale.

Il miglioramento del livello di istruzione e formazione ha assunto una parte fondamentale nelle politiche economiche e sociali dell'Unione europea fino a costituire parte integrante della strategia Europa2020 varata nel 2010. A sostegno di tale strategia sono stati fissati alcuni traguardi da raggiungere nel campo dell'istruzione e della formazione, tra cui la riduzione al di sotto del 16% della quota di abbandoni scolastici e formativi precoci.

Da quanto emerge dal Rapporto ISTAT 2017, il 2016 mostra un diffuso miglioramento nella partecipazione ai processi formativi (formali e non formali). La partecipazione alla scuola dell'infanzia si mantiene su livelli molto elevati (92% dei bambini di 4-5 anni, in Lombardia 90,7%), superiori alla media UE. Il tasso di abbandono precoce degli studi (13,8%, Lombardia 12,7%) diminuisce rispetto all'anno precedente di 0,9 punti percentuali. La quota di persone 25-64 in possesso del diploma superiore è pari al 60,1%, in Lombardia 63,2% (8,8 punti percentuali più alta rispetto a dieci anni prima) contro il valore medio europeo del 76,9%. Aumenta anche il numero degli immatricolati all'università (+4,5% rispetto all'anno precedente) mentre si conferma stabile al 50,3% (in Lombardia al 54,4%) il tasso di passaggio dalla scuola all'università dei giovani diplomati. Cresce, infine, al 26,2% la quota di 30-34enni che portano a compimento almeno un ciclo di istruzione terziaria². Viene così raggiunto, per la prima volta, l'obiettivo nazionale previsto in Europa 2020 (26-27%); tuttavia, il livello del tasso rimane di molto inferiore alla media dell'Ue (39,1%) e superiore soltanto al dato della Romania.

La partecipazione degli adulti al *lifelong-learning* (popolazione di 25-64 anni impegnata in attività di formazione permanente) cresce di 1 punto percentuale (8,3%, Lombardia 9,3%) rispetto al 2015, ma ancora lontano dall'obiettivo di Europa 2020 (15%).

Rimane sostanzialmente stabile la quota di italiani in possesso di alte competenze digitali: nel 2016, sono il 19,5% della popolazione di 16-74 anni (Lombardia 24,2%), un dato ancora distante da quello registrato negli altri paesi europei (nel 2015 la media era pari al 28%).

Permangono, tuttavia, forti differenze territoriali tra Nord, Centro e Mezzogiorno, così come si osservano divari di genere e intergenerazionali. In particolare, analizzando le differenze di genere, nei principali indicatori di istruzione e formazione le donne mostrano risultati significativamente migliori di quelli degli uomini. Il divario tra donne e uomini con almeno un diploma è in continuo aumento rispetto agli anni precedenti. A partire dal 2005, infatti, si è manifestato un *gender-gap* a favore delle donne e, a seguito dei continui miglioramenti delle performance scolastiche delle ragazze, nel 2016 la quota femminile (62,2%) è di oltre 4 punti percentuali superiore a quella maschile (58,1%).

Nell'ultimo anno, la quota di donne di 30-34 anni con un titolo universitario è più alta di 12,6 punti percentuali rispetto a quella degli uomini (il differenziale era di 10,8 punti percentuali nel 2015). Le donne, inoltre, registrano un tasso di abbandono degli studi inferiore a quello degli uomini (rispettivamente 11,3% e 16,1%), un livello di competenza alfabetica migliore e partecipano alle attività di formazione permanente in misura maggiore (8,7% rispetto al 7,8% degli uomini).

Confrontando i livelli di accesso e di utilizzo delle nuove tecnologie si osservano divari sia intergenerazionali sia di genere. Tra i giovani di 20-24 anni, le persone che sono in grado di usare un computer con alti livelli di competenza sono il 36,5%, tale percentuale si riduce all'aumentare dell'età, fino a raggiungere il 2,9% tra le persone di 65-74 anni. In media, le competenze informatiche sono più diffuse tra gli uomini (22%) rispetto alle donne (17%).

Differenze significative si riscontrano, inoltre, tra gli studenti nati in paesi esteri, che incontrano difficoltà sia durante il percorso scolastico sia nel processo di inclusione e integrazione. Tra i giovani (18-24 anni) che abbandonano precocemente gli studi e la formazione, il tasso di abbandono risulta particolarmente elevato fra quelli nati all'estero (pari al 30%) rispetto ai nativi italiani (11,8%). Anche confrontando il tasso di conseguimento di un titolo di istruzione terziaria si riscontra un gap significativo: nel 2016 i 30-34enni nati in Italia che hanno conseguito almeno un titolo universitario (o equivalente) sono il 29,5%, mentre tra i nati all'estero la percentuale scende al 13,4%, con un differenziale di oltre 16 punti percentuali, rispetto ai 4,6 punti percentuali dell'Europa.

Nel complesso, l'innalzamento del livello di istruzione della popolazione italiana ha consentito un ampliamento di opportunità comparativamente più ampio per le categorie sociali a maggior rischio di esclusione, riducendo in parte le distanze tra i gruppi sociali.

Il rapporto URBES 2015, mostra come i tassi di scolarizzazione della provincia di Brescia sono storicamente più bassi rispetto ad altre realtà provinciali, anche per effetto di un tessuto produttivo dinamico che esercita una forte attrazione sull'offerta di lavoro. La città mostra tassi nettamente

² Il sistema di istruzione terziaria comprende i corsi universitari, l'Alta formazione artistica e musicale (Afam) e i Istituti Tecnici Superiori.

superiori rispetto alla provincia. I laureati di 30-34 anni a Brescia sono il 32,4% e in provincia il 18,2%, con una differenza di genere marcata in città a favore delle femmine. Quanto ai diplomati (25-64 anni), a Brescia sono, nel 2011, il 66,4%, con un livello molto superiore a quello provinciale (51,6%), regionale (59,7%) e nazionale (57,6%). Anche tra le persone di 15-29 anni che non lavorano e non studiano (Neet) si registrano differenze territoriali (15,3% in città e 16% in provincia) e di genere a favore dei maschi (12,6%), sia in città che in provincia. Il livello di competenza alfabetica per gli studenti della città è pari a 189,7 punti, inferiore a quello provinciale (194,4) e nazionale (190,1). A livello cittadino e provinciale il differenziale di genere, a favore delle femmine, è maggiore che a livello regionale e nazionale. Un segnale preoccupante riguarda il calo del tasso di partecipazione alla scuola d'infanzia, che in provincia passa dal 94,3% dell'anno scolastico 2007/2008 all'89,5% dell'anno scolastico 2012/2013.

Lavoro e conciliazione dei tempi di vita

Il lavoro costituisce l'attività basilare di sostegno materiale e di realizzazione delle aspirazioni individuali. La piena e buona occupazione è uno dei parametri principali della stabilità economica, della coesione sociale e della qualità della vita.

Nel 2016 in Italia l'aumento del tasso di occupazione prosegue a un ritmo simile a quello medio europeo e si attesta al 57,2% (+0,9 punti percentuali rispetto al 2015), un valore tuttavia lontano dalla media, soprattutto per la componente femminile (-13,3 punti percentuali). Il numero di occupati uomini aumenta dell'1,1% tra il 2015 e il 2016, ma rimane inferiore di oltre mezzo milione rispetto al 2008; le donne occupate, in aumento dell'1,5% nell'ultimo anno, superano invece di 255 mila unità il numero di otto anni prima. Tuttavia, le differenze di genere sono ancora rilevanti, soprattutto se si considera la quota di donne nelle posizioni apicali. Il tasso di occupazione cresce sia per i residenti italiani sia per gli stranieri (rispettivamente +1,0 e +0,7 punti percentuali), attestandosi rispettivamente al 57,0 e 59,5%. La crescita del tasso di occupazione degli stranieri riguarda esclusivamente gli uomini (+1,5 punti). Nonostante l'aumento degli stranieri occupati nel periodo 2008-2016 (711 mila in più, il 42,1%), il relativo tasso di occupazione fa registrare un saldo negativo (-7,4 punti percentuali) più forte di quello degli italiani (-1,1 punti). Di fatto, la crescita della popolazione straniera nel periodo è stata particolarmente forte e si è riflessa in un aumento di disoccupati e inattivi (+838 mila nella popolazione di 15 anni e più) maggiore di quello degli occupati.

L'aumento dell'occupazione continua a interessare soprattutto le persone di 50 anni e più (+4,8% nell'ultimo anno), che contribuiscono a mitigare le forti perdite complessive registrate negli anni della crisi, sia nei valori assoluti sia nel tasso di occupazione. L'incremento è dovuto soprattutto all'aumento della popolazione in questa classe di età e alle modifiche del sistema previdenziale che hanno inasprito i requisiti di accesso alla pensione. Nel 2016 il tasso di occupazione cresce per tutti i livelli di istruzione, con un incremento più elevato per i laureati (+1,3 punti percentuali). Il divario di genere, comunque a sfavore delle donne, diminuisce al crescere del livello d'istruzione: nel 2016 le differenze dell'indicatore passano da circa 25 punti per chi ha al massimo la licenza media, a poco più di 18 punti tra i diplomati e fino a 10 punti per i laureati. Tuttavia, i più alti tassi di occupazione degli individui più istruiti non sempre corrispondono a un'adeguata collocazione sul mercato del lavoro: il livello di sovraistruzione tra gli occupati (svolgere una professione per la quale è richiesto mediamente un livello di istruzione inferiore a quello posseduto) è passato dal 18,9% del 2008 al 23,8 del 2016, con livelli più elevati tra le donne (25,7%), i giovani tra 15 e 34 anni (38,2%) e gli stranieri (37,4%).

Nel 2016 torna a crescere l'occupazione nell'industria in senso stretto, dopo la stasi del 2015. Rispetto al 2008, tuttavia, questo settore segna una perdita complessiva di 387 mila unità (-7,9%), anche se l'Italia rimane per numero assoluto di occupati al secondo posto nella UE, dietro alla Germania. Nel 2016 prosegue e si intensifica, rispetto al 2015, il calo di occupazione nelle costruzioni (-4,4%). Crescono ancora, invece, gli occupati in agricoltura. Oltre il 95% della crescita di occupati dell'ultimo anno è concentrata nei servizi, settore in cui i livelli occupazionali superano di oltre mezzo milione quelli del 2008. Nel 2016 l'incremento di occupazione interessa soprattutto

trasporti e magazzinaggio, alberghi e ristorazione e i servizi alle imprese, a fronte di riduzioni nei servizi generali della Pubblica amministrazione e nei servizi alle famiglie.

L'incremento dell'occupazione dell'ultimo anno riguarda tutti i raggruppamenti professionali, con l'eccezione di operai e artigiani che continuano a presentare un lieve calo (-0,5%) e che, rispetto al 2008, sono diminuiti di oltre un milione. Prosegue la crescita dell'occupazione nelle professioni non qualificate e in quelle esecutive nel commercio e nei servizi, cui si accompagna l'aumento delle professioni qualificate e tecniche, dovuto esclusivamente agli italiani. L'incremento delle professioni qualificate e tecniche nell'ultimo anno ha riguardato in misura più accentuata le donne e in valori assoluti, tra i comparti, i servizi alle imprese e l'istruzione. L'incremento delle professioni esecutive nel commercio e nei servizi è invece dovuto sia alle donne che agli uomini ed è diffuso soprattutto negli alberghi e ristoranti e nei servizi alle imprese, e tra gli stranieri nel commercio. La crescita delle professioni non qualificate riguarda esclusivamente gli uomini, sia italiani sia stranieri, ed è diffusa soprattutto nei trasporti e magazzinaggio, nel commercio e in agricoltura.

Non si ferma la crescita del part time. Il lavoro permanente a tempo parziale è stata l'unica forma di lavoro a crescere quasi ininterrottamente nel periodo di crisi: tra il 2008 e il 2016 gli occupati permanenti con un lavoro part time sono aumentati del 30,8%. Nel 2016 è aumentato esclusivamente tra i dipendenti (+3,9%), sia uomini sia donne, e tra gli italiani, interessando in misura maggiore i lavoratori con 50 anni e oltre e le persone con titolo di studio elevato.

Al divario di genere sul mercato del lavoro in Italia si aggiunge anche uno squilibrio nella distribuzione dei carichi di lavoro complessivi. Tradizionalmente l'Italia esprime una forte asimmetria nella divisione dei ruoli nella coppia: l'organizzazione dei tempi delle persone, pur variando nel corso dell'esistenza, mantiene infatti una forte differenziazione di genere, a sfavore delle donne. Tenendo conto del complesso della popolazione in età attiva (15-64 anni), in cui sono potenzialmente presenti tutte le componenti del lavoro (lavoro retribuito e lavoro familiare, ossia quello domestico e di cura), la settimana lavorativa media, considerando sia il lavoro retribuito sia quello familiare, è di 39h30' per gli uomini e di 46h52' per le donne. Particolarmente impegnativa la settimana lavorativa degli occupati, cioè della parte di popolazione che svolge entrambe le componenti del lavoro totale, che raggiunge 51h49' per gli uomini e 57h59' per le donne. Tra i non occupati è evidente il contributo apportato al benessere familiare dalle casalinghe, che con il loro lavoro producono beni e servizi per 49h01' a settimana, vale a dire due ore e mezza in meno degli uomini occupati.

Condizione economica e disuguaglianze

Nel 2015 l'incidenza di povertà assoluta a livello familiare e individuale al Nord è aumentata rispetto al 2014: quella familiare è passata dal 4,2% al 5% e quella individuale dal 5,7% al 6,7% (fonte ISTAT, *Indagine sulle spese delle famiglie*). L'incidenza di povertà assoluta individuale è più elevata fra i minori (10,9%), pari a oltre un milione e centomila ragazzi; si attesta al 9,9% fra le persone di età compresa fra i 18 e i 34 anni e raggiunge il suo minimo fra gli ultra sessantatreenni (4,1%). L'incidenza di povertà familiare registra valori più alti nelle famiglie numerose: sono povere oltre il 17% delle famiglie con cinque o più componenti; per quelle in cui sono presenti tre o più figli minori si raggiunge il 18,3%. Valori elevati si osservano anche fra le coppie con tre o più figli (13,3%) e per le famiglie di altra tipologia (13,6%). I valori minimi si registrano nelle famiglie di e con anziani: tra le famiglie con due o più anziani è pari al 3,4%, mentre per le famiglie con anziani soli si attesta al 4,5%. Rispetto al 2014 le famiglie che peggiorano significativamente le loro condizioni sono quelle con quattro componenti (l'incidenza passa dal 6,7% del 2014 al 9,5% del 2015), soprattutto le coppie con 2 figli (dal 5,9% del 2014 all'8,6% del 2015) e le famiglie con persona di riferimento di età compresa fra i 45 e 54 anni (dal 6 al 7,5%). Inoltre, l'incidenza della povertà assoluta raggiunge valori elevati per le famiglie in cui la persona di riferimento è in cerca di occupazione (19,8%) o inquadrata in una posizione professionale non apicale (11,7% per gli operai o assimilati), mentre rimane contenuta per le famiglie con persona di riferimento inquadrata come dirigente, quadro e impiegato (1,9%) e fra quelle di ritirati dal lavoro (3,8%).

Se si considera il titolo di studio, l'incidenza di povertà assoluta presenta il valore minimo, pari al 3,5%, per le famiglie in cui la persona di riferimento ha ottenuto almeno il diploma mentre sale

all'8,5% per chi ha al massimo la licenza elementare. Anche l'età della persona di riferimento è inversamente correlata con i valori dell'incidenza: il valore minimo (pari al 4%) si raggiunge per le famiglie con persona di riferimento ultra sessantatreenne. Le famiglie composte da soli stranieri registrano valori dell'incidenza di povertà assoluta più elevati, con un peggioramento rispetto al 2014 (dal 23,4 al 28,3% nel 2015); questo fenomeno riguarda soprattutto quelle residenti nel Nord che passano dal 24,0 al 32,1%. L'incidenza è molto più contenuta tra le famiglie di soli italiani (4,4%), mentre raggiunge il 14,1% per le famiglie miste. Al Nord la povertà tra le famiglie di stranieri è di oltre 6 volte superiore a quella delle famiglie di soli italiani.

Nel 2016 però, dopo il picco registrato nel 2013, la quota di famiglie che giudica la propria situazione economica in peggioramento rispetto all'anno precedente continua a diminuire, a favore di un parallelo aumento della percentuale che considera la situazione invariata. In crescita è anche la quota delle famiglie che la considera migliorata (+1,4 punti percentuali rispetto al 2015). In particolare, nei primi mesi del 2016 la quota di famiglie che riferiscono la propria situazione economica invariata è 58,3% (nel 2015 era 52,3%); quelle che la considerano molto o un po' migliorata sono il 6,4%, a fronte del 5,0% del 2015. (Fonte ISTAT)

Scelta di consumo delle famiglie

Nel 2015 la spesa media mensile familiare in valori correnti è pari a 2.499,37 euro, in lieve aumento rispetto agli anni precedenti (+0,4% rispetto al 2014, +1,1% nei confronti del 2013). La spesa per generi alimentari e bevande è pari a 441,50 euro al mese, in leggera ripresa rispetto al 2014 (+1,2%). Si arresta il calo relativo alla spesa per carni, in atto fin dal 2011, arrivando a 98,25 euro mensili, in linea con l'anno precedente. La spesa per frutta aumenta del 4,5% rispetto al 2014 (da 38,71 a 40,45 euro mensili), quella per acque minerali, bevande analcoliche, succhi di frutta e verdura del 4,2% (da 19,66 a 20,48 euro). La quota di spesa alimentare nel 2015 è pari al 17,7% del totale della spesa (17,5% nel 2014); come già negli anni precedenti, la spesa per carne si conferma essere la voce alimentare più rilevante (3,9%), seguita da pane e cereali (3,0%), vegetali (2,4%) e latte, formaggi e uova (2,3%). Rispetto agli anni precedenti, è in diminuzione la quota delle famiglie che ha tentato di limitare la spesa riducendo la quantità o la qualità dei prodotti alimentari acquistati (53,8%, rispetto al 58,7% del 2014 e al 62,4 del 2013). Nei comuni centro di aree metropolitane è maggiore la percentuale di famiglie che prova a limitare la spesa agendo sui prodotti alimentari, 57,2%, circa quattro punti in più delle altre tipologie comunali. Il supermercato e l'ipermercato sono i luoghi maggiormente utilizzati dalle famiglie italiane per la spesa alimentare (vi vengono effettuati, in media, il 58,3% degli acquisti), seguiti dai negozi tradizionali (22,0%) e dagli hard discount (12,4%). Rispetto ai valori medi nazionali, nel Sud si utilizzano di più i negozi tradizionali (33,1 %), mentre nel Centro e nel Nord si acquista più spesso in supermercati e ipermercati.

Qualità della vita

Relazioni sociali

Le reti familiari e amicali sono una componente essenziale del benessere individuale nel corso della vita; costituiscono, infatti, una risorsa importante sia nella vita quotidiana sia nei momenti cruciali, soprattutto in quelli di difficoltà e per i segmenti più svantaggiati e vulnerabili della popolazione. Tra il 2015 e il 2016 la quota di popolazione di 14 anni e più che dichiara di avere parenti, amici o vicini su cui contare si stabilizza, dopo il miglioramento registrato tra il 2009 e il 2014 e in Lombardia è pari al 80,6%. Diminuisce la quota di soddisfatti per le relazioni familiari, che nell'ultimo anno passa dal 34,6% al 33,2% (Lombardia 39,3%); a ciò si associa anche una diminuzione della soddisfazione per le relazioni amicali (dal 24,8% al 23,6%, in Lombardia 26,3%). Nel caso delle relazioni familiari l'istruzione - proxy del livello di capitale umano - esercita un ruolo significativo con livelli di soddisfazione più alti associati ai titoli di studio più elevati.

La soddisfazione per le relazioni amicali è più elevata tra i giovani di 14-19 anni, mentre la soddisfazione per le relazioni familiari è maggiore tra la popolazione di 14-44 anni, così come la disponibilità di una rete allargata su cui poter contare. (Fonte ISTAT, Rapporto BES 2017).

Rispetto al livello di fiducia generalizzata, in Lombardia nel 2016 il 21,2% delle persone di 14 anni e più ritiene che gran parte della gente sia degna di fiducia (*Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana*).

Partecipazione sociale

In Lombardia, nel 2016, il 27,8% delle persone di 14 anni aveva svolto negli ultimi 12 mesi almeno una attività di partecipazione sociale: riunioni di associazioni (culturali/ricreative, ecologiche, diritti civili, per la pace); riunioni di organizzazioni sindacali, associazioni professionali o di categoria; riunioni di partiti politici e/o hanno svolto attività gratuita per un partito; pagano una retta mensile o periodica per un circolo/club sportivo (*Fonte ISTAT, Indagine aspetti della vita quotidiana, Rapporto BES 2017*).

Associazionismo e volontariato

Le reti sociali contribuiscono in misura rilevante al benessere collettivo perché costituiscono uno strumento di aggregazione e un tradizionale punto di forza in grado di supplire alle carenze delle strutture pubbliche o di integrarne l'azione.

In Lombardia, nel 2016, il 20,1% delle persone di 14 anni e più ha finanziato associazioni e il 13,8% ha svolto attività gratuita per associazioni o gruppi di volontariato. Nello stesso anno in Lombardia la quota di organizzazioni non profit per 10.000 abitanti è pari al 47,5% (*Fonte: Istat, Censimento industria e servizi – Rilevazione sulle istituzioni non profit*).

Partecipazione civica e politica

Tra il 2015 e il 2016 la partecipazione civica e politica (parlare di politica, informarsi e partecipare a consultazioni online) registra una diminuzione significativa, attestandosi al 63,1% (3,3 punti percentuali in meno rispetto al 2015, in Lombardia 67,7%). Diminuisce, in particolare, la quota di popolazione che parla di politica (dal 41,3% al 36,7%) e si informa di politica almeno una volta alla settimana (dal 62,2% al 58,2%), mentre non subisce variazioni significative la partecipazione attraverso il web (leggere o postare opinioni sul web su problemi sociali o politici e partecipare online a consultazioni o votazioni su problemi sociali o politici). La partecipazione politica, fortemente legata al capitale umano degli individui e al ruolo attivo nella società, si è ridotta in tutte le età, anche se in modo più accentuato tra la popolazione di 35-44 anni, i dirigenti, gli imprenditori e i liberi professionisti e nei comuni con oltre 10 mila abitanti. L'analisi congiunta dei fattori demografici, culturali e territoriali illustra il loro diverso impatto sulla partecipazione politica nei due anni considerati e il cambiamento intervenuto. Nel 2016, a parità delle altre caratteristiche, la partecipazione politica degli uomini è più elevata di quella delle donne (circa il 24%). All'aumentare del titolo di studio aumenta significativamente la probabilità di partecipazione politica: le persone con livello di istruzione universitario hanno una probabilità di parlare o informarsi di politica del 12% più alta di quelle con livello di istruzione dell'obbligo. Ancora più importante è la relazione tra partecipazione politica e posizione nell'occupazione: tra dirigenti e imprenditori la probabilità di partecipazione politica è del 13% più elevata di quella degli operai, seguita dall'11% dei direttivi quadri, dal 9% degli studenti e dal 7% dei ritirati dal lavoro. Forte associazione emerge con la lettura di quotidiani a stampa tre o più giorni a settimana (oltre 30% in più rispetto a chi non ne legge), di quotidiani online (23% in più rispetto a chi non ne legge), con la lettura di libri o il possesso in casa di più di 200 libri (rispettivamente 17% e 21% circa in più di chi non ne legge o ne possiede meno di 50). (*Fonte ISTAT, Rapporto BES 2017, per 100 persone di 14 anni e più*).

Indicatori epidemiologici

La popolazione bresciana si sta avviando, come nel resto del paese, a un progressivo invecchiamento, mitigato in parte dalla forte immigrazione di giovani stranieri verificatasi negli scorsi anni; dopo il 2008 l'ondata migratoria si è però ridotta fino ad arrestarsi nell'ultimo biennio.

Nel territorio dell'ATS di Brescia, i tassi grezzi di mortalità e l'età alla morte nei due sessi nel periodo 2000-2016 indicano che l'età media di morte si è progressivamente innalzata, aumentando di 6,5 anni nei maschi (pari a 4,2 mesi/anno) e di 4,3 anni nelle donne (3,0 mesi/anno).

Il numero assoluto dei deceduti è cresciuto nel periodo considerato a causa dell'aumento sia della numerosità sia dell'età della popolazione.

Per esaminare il trend temporale di mortalità è necessario quindi utilizzare i tassi "corretti" per età tramite standardizzazione diretta per fasce d'età. Da tali dati emerge che:

- nelle femmine i tassi di mortalità sono notevolmente inferiori rispetto ai maschi;
- nel periodo vi è stata una significativa riduzione dei tassi di mortalità più evidente nei maschi (-2,5% annuo, 36% complessivo) che nelle femmine (-1,6% annuo, -27% complessivo);
- pur essendovi un trend in chiara diminuzione vi sono stati due picchi di mortalità, uno nel 2003 (legato all'ondata di calore di quell'estate), e un secondo nel 2015 (dovuto a un aumento della mortalità sia nel periodo invernale sia in quello estivo).

L'analisi di mortalità fornisce un'importante informazione sullo stato di salute della popolazione quando si considera il ruolo delle cause di morte. È possibile quantificare il ruolo delle cause di morte non solo per quanto riguarda il numero di decessi (nel 2015 10.618, di cui 4.967 maschi e 5.651 femmine, ma anche quantificare gli anni potenziali di vita persa (PYLL) che nel 2016 sono stati 29.322, per il 66,3% a carico dei maschi (19.455). I tumori e le patologie del sistema circolatorio causano da sole i 2/3 di tutte le morti.

La speranza di vita alla nascita è un altro indicatore che permette un confronto immediato e ponderato tra realtà demografiche diverse; secondo gli ultimi dati ISTAT disponibili relativi al 2015, la provincia di Brescia (in cui rispetto alla ATS è inclusa anche la Valle Camonica), risultava avere una speranza di vita leggermente superiore rispetto alla media italiana, sia per gli uomini (80,4 anni verso 80,1) sia per le donne (85,3 verso 84,6).

Nell'anno 2015 le **malattie del sistema circolatorio** sono state la prima causa di decessi tra le femmine (2.065; 36,5%) e la seconda tra i maschi (1.423; 28,6%). Il loro impatto è però ridimensionato considerando gli anni di vita persi pari al 14,7% del totale (5.199 anni); ciò è vero soprattutto per le femmine ove, pur essendo come numero di decessi al primo posto, hanno provocato "solo" una perdita di 1.387 anni PYLL pari a 11,6%, con un'età media di morte di 87,4 anni. Per quanto riguarda i maschi, le patologie CCV colpiscono in età più giovane (in media 7 anni in meno) e hanno un impatto decisamente superiore anche considerando i PYLL (3.812 anni, pari a 16,2%); in particolare le malattie ischemiche del cuore sono state la seconda causa specifica di perdita d'anni negli uomini (8,4% del totale).

Pur essendo rimasto costante il numero dei decessi, la mortalità per malattie del sistema circolatorio si è ridotta notevolmente nel periodo 2000-2015: i tassi standardizzati sono diminuiti in media del -3,8% all'anno nei maschi e del -3,3% annuo nelle femmine ($p < 0,0001$); analoga è stata la riduzione considerando gli anni di vita persi, diminuiti per più di un terzo in entrambi i sessi.

La patologia tumorale nell'ATS di Brescia nell'anno 2015, con 3.372 decessi ha rappresentato il 31,8% di tutte le morti ed è stata la prima causa di morte tra i maschi (36,8%) e la seconda nelle femmine (27,3%). Considerando gli anni di vita persi, l'impatto dei tumori è ancora più rilevante: i tumori da soli ne hanno causato la perdita del 43,2% (15.313 anni), al primo posto in entrambi i sessi. In particolare nei maschi sono stati persi 8.863 anni (37,7% del totale dei maschi) e nelle donne 6.450, più della metà di tutti gli anni di vita persi nelle femmine.

I tumori maligni delle vie respiratorie sono la singola causa che ha provocato più perdita di anni di vita (2.229 nei maschi e 1.073 nelle femmine) anche se, nelle donne, sono i tumori del seno la singola causa che ha provocato la maggior perdita di anni di vita (1.374 anni). Seguono i tumori del colon-retto che hanno provocato la perdita complessiva di 1.189 anni di vita e quelli dei tumori del pancreas (1.131 PYLL) con un numero simile di deceduti nei due sessi anche se in media i maschi sono sempre più giovani; il tumore del fegato (1.128 PYLL) è particolarmente "pesante" per i maschi che sono colpiti sia in maggior numero sia in età più giovane. Anche i tumori dello stomaco e i tumori maligni del tessuto linfatico/ematopoietico considerati nel loro insieme hanno provocato una notevole perdita di anni di vita.

La mortalità per patologia tumorale è diminuita dal 2000 al 2015 nei maschi in media del -2,0% all'anno ($p < 0,0001$), con una riduzione analoga degli anni di vita persi, passati da 11.927 a 8.863. Nelle donne, a parte il picco del 2000, vi è stata una riduzione minore rispetto ai maschi, ma

statisticamente significativa, pari ad un -0,8% annuo ($p < 0,0001$); anche in termini di anni di vita persi si è notata negli ultimi anni una riduzione.

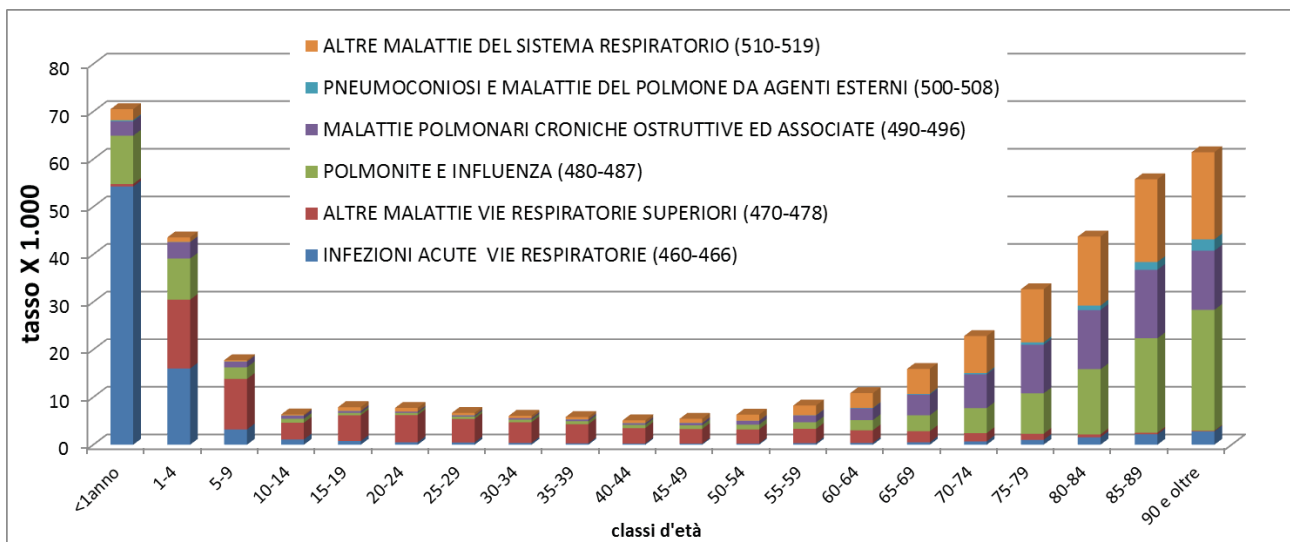
Il trend di mortalità del tumore delle vie respiratorie è diverso nei due generi:

- nei maschi è molto più elevata rispetto alle femmine ma è diminuita del -37% dal 2000 al 2015 (pari a -3,1% per anno; $P < 0,0001$); similmente vi è stata anche una riduzione degli anni di vita persi
- nelle femmine vi è stato invece un aumento di circa 1/3 della mortalità (+1,7% per anno; $P = 0,001$), con un raddoppio degli anni di vita persi.

Tale trend diverso è simile a quanto riscontrato a livello nazionale e risente direttamente, con 30 anni di latenza, del cambiamento dell'abitudine al fumo di sigaretta, che dagli anni 70 è andata diminuendo nei maschi e aumentando nelle donne.

Nel 2015 vi sono stati 834 decessi per **patologie dell'apparato respiratorio**, ma gli anni di vita persi sono stati modesti (989 PYLL) poiché colpiscono prevalentemente i soggetti di età avanzata (età media di morte: 80 anni nei maschi e 87 nelle femmine). Nel periodo 2000-2015 i tassi di mortalità per questa patologia sono diminuiti del 3,3% annuo nei maschi e del 5,2% annuo nelle donne.

Il tasso di ricoveri e la tipologia delle patologie varia notevolmente con l'età, essendo alto tra i bambini, molto basso negli adulti e tendendo poi ad innalzarsi nuovamente negli anziani.



BAMBINI (0-14 anni)

Hanno alti tassi di ricovero nei primi 5 anni di vita, in particolare nei primi 12 mesi; ciò è dovuto in gran parte alle infezioni acute delle vie respiratorie e polmoniti che diminuiscono progressivamente all'aumentare dell'età. Tra i 3-6 anni sono molto frequenti i ricoveri programmati per interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia.

I maschi presentano tassi più elevati di ricovero per tutte le tipologie di malattie respiratorie (in media +25%). I bambini stranieri hanno più ricoveri dovuti a infezioni acute e meno ricoveri per interventi chirurgici programmati.

Nel periodo 2000-14 i tassi di ricovero si sono più che dimezzati, un trend registrato per tutte le patologie, in particolare per l'asma.

ANZIANI (65 anni ed oltre)

I tassi di ricovero per polmoniti e influenza, BPCO, e altre malattie del sistema respiratorio (nella maggior parte dei casi insufficienza respiratoria acuta/edema polmonare) aumentano linearmente con l'età.

Sono altrettanto frequenti anche i ricoveri in cui le malattie respiratorie, soprattutto la BPCO, compaiono in diagnosi secondaria, come una complicanza di altre patologie.

I maschi presentano tassi doppi rispetto femmine per tutte le tipologie di malattia.

Nei 15 anni esaminati i tassi di ricovero per BPCO si sono dimezzati mentre sono rimasti stabili i ricoveri per le altre patologie. In forte diminuzione anche i ricoveri con patologie respiratorie in diagnosi secondaria.

La generale e drastica diminuzione di ricoveri per malattie respiratorie è probabilmente dovuta sia a una diminuzione dell'incidenza/prevalenza delle malattie stesse (sono diminuite anche la mortalità e la presa in carico in BDA) che a una miglior presa in carico a livello domiciliare con minori riacutizzazioni e minori complicazioni, che a una diminuzione di ricoveri impropri non necessari.

L'inquinamento atmosferico è, insieme al fumo di sigaretta, il fattore di rischio più importante per le malattie respiratorie; eppure le differenze territoriali registrate nell'ATS di Brescia appaiono di difficile interpretazione e non permettono di formulare ipotesi su potenziali fattori di rischio territoriali con ruolo causale, infatti:

- le aree in cui si hanno più ricoveri nei bambini (confermate anche dall'analisi degli accessi al pronto soccorso) sono diverse rispetto alle aree con tassi maggiori negli anziani;
- le aree ove sono presenti gli assi con maggior traffico stradale non presentano tassi di ricovero più elevati né per i bambini né per gli anziani.

Le analisi su serie temporali hanno invece confermato i dati di letteratura e mostrato come nell'ATS di Brescia ad ogni incremento di $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ di PM10 vi è stato un aumento significativo del rischio di ricoveri respiratori pari al 3,7%. In estate, quando si rimane di più all'aria aperta, l'associazione è ancora più forte pari al +10,6% ogni $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ di PM10.

Nel 2015 i **traumi e avvelenamenti** hanno causato 456 decessi, con un numero più elevato nei maschi rispetto alle femmine. Nei maschi, inoltre, tali eventi hanno causato la morte mediamente in età molto più giovane rispetto alle femmine (64,3 vs 77,7) rappresentando, nei maschi, la seconda causa di perdita di anni di vita (17,2% con 4.030 anni) pari a una quantità di PYLL 3 volte superiore a quella delle donne. Anche considerando entrambi i sessi, la perdita di anni di vita è superiore rispetto a quelli persi per cause CCV. Le cause specifiche più rilevanti in termini di anni di vita persi sono stati gli incidenti di trasporto e i suicidi, entrambi diverse volte più frequenti tra i maschi. La mortalità per traumi e avvelenamenti nel loro insieme non presenta una correlazione lineare con l'età e varia nei due sessi. Nei maschi è molto bassa prima dei 15 anni e si innalza di circa 10 volte nei giovani (15 e 34 anni) per poi rimanere stabile e crescere linearmente dopo i 70 anni. Nelle femmine la mortalità per traumi è più bassa di 3-4 volte rispetto ai maschi tra i 15 e i 70 anni; dopo i 70 anni cresce linearmente con l'età rimanendo però sempre inferiore rispetto ai tassi maschili. In entrambi i sessi l'incremento nella fascia 15-34 anni è per più della metà causato dagli incidenti stradali, mentre dopo i 35 anni anche i suicidi hanno un peso relativo analogo. La morte per cadute accidentali, molto rara prima dei 65 anni, aumenta esponenzialmente all'aumentare dell'età.

La **mortalità per incidenti di trasporto** nel periodo 2000-2015 è stata 4 volte più elevata nei maschi che nelle femmine, ma si è più che dimezzata in entrambi i sessi. In particolare nei maschi i tassi standardizzati sono diminuiti annualmente del -7,1% ($p < 0,0001$) e nelle donne del -6,8% ($p < 0,0001$). Analoga è stata la riduzione in termini di anni di vita persi e anche in numero di deceduti.

La **mortalità per suicidio e autolesione intenzionale**, nel periodo 2000-2015, è stata circa 4 volte più elevata nei maschi che nelle donne. Tale mortalità è rimasta sostanzialmente stabile nel periodo esaminato in entrambi i sessi, pur con variazioni di una certa consistenza da un anno all'altro. Nei maschi si è notato nel triennio 2011-2013 un insolito innalzamento del numero di suicidi: tale aumento si è concentrato nella fascia d'età 30-65 anni, con 48 decessi nel 2011, 42 nel 2012 e 54 nel 2013, a fronte di una media di 30 decessi negli anni precedenti. Si tenga presente che l'Italia ha uno dei tassi di suicidio più bassi d'Europa, ma che dal 2009 era stato notato in Italia un aumento dei suicidi tra i maschi adulti, legato alla crisi economica³.

3 EURES. Il suicidio in Italia al tempo della crisi. http://www.eures.it/upload/doc_1305878239.pdf

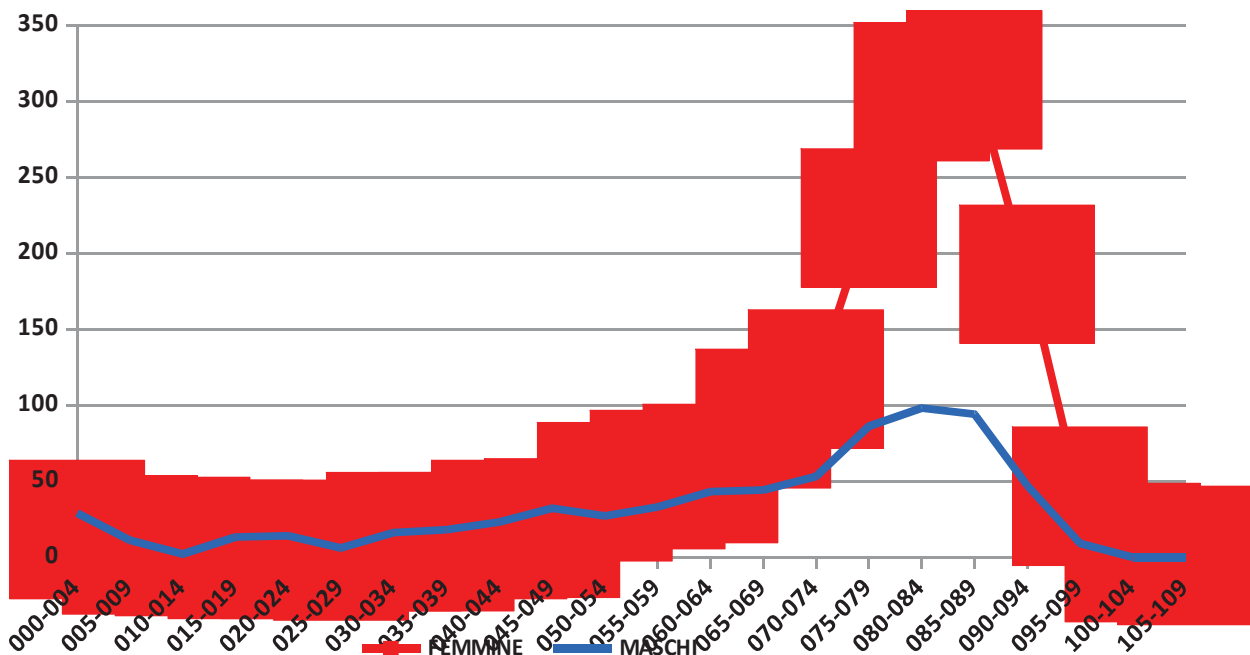
La **mortalità per cadute accidentali** ha avuto dei tassi circa 2 volte più elevata nei maschi rispetto alle donne con una perdita di anni 5 volte più elevata, questo poiché nell'età giovane adulta i maschi sono molto più soggetti delle donne a mortalità per cadute accidentale.

Nel periodo 2000-2015 è stata complessivamente una riduzione di tale mortalità in entrambi i sessi con una riduzione media annua dei tassi del -3,4% nei maschi ($p=0,001$) e del -3,5% nelle donne ($p<0,0001$) e una simile riduzione degli anni di vita persi. Il trend non è però stato lineare con una forte variabilità tra gli anni dovuta anche alla relativa scarsa numerosità dei decessi che rende le stime poco precise e soggette ad ampie variazioni casuali.

Gli incidenti domestici

Analizzando il fenomeno degli incidenti domestici avvenuti sul territorio dell'ATS di Brescia è emerso che, nell'anno 2016, sono stati effettuati 1.712 ricoveri ordinari di ultrasessantacinquenni per un totale di 14.774 giornate di ricovero e una spesa pari a € 7.748.521,00 (Fonte: *elaborazione dati Schede di Dimissione Ospedaliera, Dipartimento P.A.C., ATS di Brescia, 2017*). Rispetto all'anno precedente si è registrato un aumento, sia nei ricoveri, che nel 2015 erano 1.583, sia nelle giornate di ricovero (13.327 giornate nel 2015), sia nella spesa derivata (€ 7.085.921,00 nel 2015). Valutando il numero di ricoveri in tutta la popolazione per classe d'età e sesso, si osserva una distribuzione con 1 picco a 0-4 anni e un crescendo dai 65 ai 94 anni. Nella fascia d'età 0-4 anni si evidenzia una lieve prevalenza del genere maschile, mentre nella fascia 65-99 anni si nota una netta prevalenza del genere femminile. (Fig.1)

Fig 1. - Distribuzione del numero di ricoveri in base al sesso e all'età. Anno 2016. Fonte: *Elaborazione dati SDO. Dipartimento per la Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie - . ATS di Brescia, 2017*



Calcolando la percentuale delle cause di ricovero collegate all'ambiente domestico, si osserva che il gruppo di diagnosi "Traumatismi e avvelenamenti" risulta essere la maggiore causa di ricovero, con una netta prevalenza rispetto a tutte le altre: rappresenta, infatti, il 90,7% di tutti gli incidenti domestici occorsi negli ultrasessantacinquenni nel 2016. Questo dato si attestava al 93,5% nel 2015.

Nel 2016, il gruppo di diagnosi "Traumatismi e avvelenamenti" ha comportato 1.552 ricoveri, per un totale di 12.867 giornate di ricovero e una spesa pari a € 7.057.714,00. Il numero di ricoveri per

questa tipologia di diagnosi è aumentato: infatti, nell'anno 2015, si sono avuti 1.480 ricoveri per un totale di 12.096 giornate di ricovero e una spesa pari a € 6.615.021,00.

Analizzando le diverse diagnosi associate alla categoria "Traumatismi e avvelenamenti" e osservando le distribuzioni delle frequenze percentuali, si osserva che la causa più frequente di ricovero continua a essere, anche nell'anno 2016, la frattura.

In riferimento alla frattura, attraverso un'analisi puramente descrittiva dei dati, si è cercato di osservare eventuali differenze in base al sesso negli ultrasessantacinquenni e si è evidenziata una netta prevalenza del genere femminile, riscontrando 974 ricoveri di donne per frattura e 237 di uomini (rapporto di circa 4/1). Questo dato conferma quanto rilevato nell'anno 2015 in cui si sono riscontrati 868 ricoveri di donne per frattura e 235 di uomini.

Nel 2016 47 bambini, rispetto ai 56 del 2015, hanno avuto un incidente domestico, di questi 17 erano stranieri.

Gli Incidenti stradali

Nel rapporto Istat 2016 "Focus mobilità urbana" Brescia si colloca al primo posto tra le province lombarde per mortalità in incidenti stradali (7,2 morti per 100 mila abitanti). Il tasso maggiore di mortalità (3,96 morti per 100 mila abitanti riguarda incidenti stradali su strade extraurbane e le autovetture rappresentano la categoria di veicoli più coinvolti (2,53 morti per 100 mila abitanti) seguiti dai motocicli (1,66 morti per 100 mila abitanti) e dalle biciclette (0,87 morti per 100 mila abitanti). Il tasso di mortalità e di lesività dei pedoni in incidente stradale è molto diverso se riferito al comune capoluogo oppure alla provincia: nel primo caso il tasso di mortalità nel 2014 è di 0,51 pedoni e quello di lesività è di 89,82 pedoni feriti per 100 mila abitanti; in provincia il tasso di mortalità è di 0,95 pedoni e quello di lesività è di 32,05 pedoni feriti per 100 mila abitanti.

I costi sociali degli incidenti stradali quantificano gli oneri economici che, a diverso titolo, gravano sulla società a seguito delle conseguenze di un incidente stradale. Nel 2016 il costo in Lombardia dell'incidentalità con danni alle persone è stimato in poco più di 2,9 miliardi di euro (292,7 euro pro capite) e incide quasi per il 17% sul totale nazionale (il costo sociale per l'intero Paese supera i 17 miliardi di euro) (*Fonte ISTAT, Incidenti stradali in Lombardia anno 2016*).

Il Governo Clinico dei Pediatri di Libera Scelta

In ATS di Brescia è attivo un sistema di monitoraggio dello stato auxologico e di salute dei bambini con la partecipazione diretta dei Pediatri e l'impegno, così come indicato nel Piano per il Governo Clinico dei Pediatri di Libera Scelta, a trasmettere periodicamente all'ATS gli indici auxologici dei propri assistiti. Dall'analisi dei dati emerge quanto segue.

Allattamento al seno

In occasione del 5° bilancio di salute, eseguito tra il 10° e il 12° mese di vita, i pediatri valutano per quanto tempo è stato protratto l'allattamento materno esclusivo. Nel 2017 sono state raccolte informazioni per **5.203** bambini: complessivamente, nel 2017, il 21,2% dei bambini non è mai stato allattato al seno (19,5% nel 2016), percentuale che è inferiore negli stranieri (italiani 23,5% vs stranieri 13,1%; $p < 0,001$). Tra italiani e stranieri si nota una significativa differenza nella durata media dell'allattamento materno: nel 27,9% dei bambini italiani l'allattamento materno viene interrotto entro il 3° mese, contro il 17,5% degli stranieri. I bambini di origine africana sono quelli in cui l'allattamento materno è protratto più a lungo (mediamente per 8 mesi e mezzo tra chi è stato allattato). La percentuale di bambini per cui continua l'allattamento al seno oltre il sesto mese è del 60,4% tra gli italiani e del 73,8% tra gli stranieri (percentuali riferite ai soli bambini allattati in modo esclusivo).

Difficile fare confronti con dati nazionali essendo le metodologie di raccolta delle informazioni molto variegate; in base ai dati ISTAT⁴, dal 2005 al 2013 vi è stato un aumento delle donne che allattano al seno (85,5% contro l'81,1%) ed è cresciuta anche la durata media del periodo di allattamento:

4 ISTAT. Gravidanza, parto e allattamento al seno. Dicembre 2014 <http://www.istat.it/it/archivio/141431>

da 6,2 mesi nel 2000 a 7,3 mesi nel 2005 fino al valore di 8,3 nel 2013. Anche i dati nazionali evidenziano una notevole differenza tra le donne straniere e le italiane: tra le cittadine straniere è maggiore sia la quota di donne che allatta (l'89,4% contro l'84,6% delle italiane), sia la durata dell'allattamento (9,2 mesi in media, contro 8,1 delle italiane).

Stato Nutrizionale

Nel 2017 sono stati valutati complessivamente 18.167 bambini al di sotto dei 24 mesi identificandone il 12,2% come sottopeso, il 75,1% come normopeso, il 7,9% sovrappeso e il 4,7% obeso. Il confronto in base alla cittadinanza mostra, nei bambini stranieri, una maggior prevalenza di magrezza (14,2% vs 11,6%; $p < 0,0001$) mentre non ci sono differenze significative tra maschi e femmine (percentuali simili a quelle del 2016).

Per quanto riguarda la popolazione infantile con più di 24 mesi al momento del bilancio (effettuato su 25.259 bambini) il 66,4% è normopeso, il 13,2% sovrappeso, il 4,2% obeso, l'11,5% sottopeso moderato e un ulteriore 4,7% ha un grado severo di magrezza. In questo gruppo di bambini c'è una tendenza all'aumento di obesità/sovrappeso all'aumentare dell'età. I tassi di obesità sono influenzati dalla nazionalità: nella popolazione straniera, infatti, vi è una maggior suscettibilità sia a condizioni di sovrappeso che di sottopeso. Nei bambini di origine asiatica, in particolare, vi è un problema di magrezza spesso severa: 10,9% contro il 4,1% negli italiani.

Il confronto tra i diversi bilanci non tiene però conto del fatto che i bambini appartengono a classi d'età assai eterogenee e si è ritenuto più opportuno fare un'analisi separata per bilancio:

- 7° bilancio (2-4 anni). Dal 2009 al 2017 si è verificato un aumento della percentuale di bambini magri, anche in relazione all'aumento di bimbi stranieri, in particolare asiatici. In calo sovrappeso ed obesità.
- 8° Bilancio (5-7 anni). Dal 2009 al 2017 si è verificato un modesto aumento della percentuale di bambini magri e una diminuzione dei bimbi in sovrappeso/obesi. Nelle femmine sembra esserci una maggior tendenza al sovrappeso, anche se non all'obesità franca rispetto ai coetanei maschi.
- 9° Bilancio (8-10 anni). Per questa fascia d'età non vi sono state variazioni significative nel tempo mentre si notano le prime differenze di sviluppo ponderale nei due sessi; diversamente rispetto a quanto visto nei bambini più piccoli vi è una tendenza alla magrezza più spiccata nelle bambine;
- 10° Bilancio (≥ 11 anni). Il dato che spicca maggiormente è la notevole differenza tra femmine e maschi, con questi ultimi più spostati verso condizioni di sovrappeso ed obesità.

Il Governo Clinico dei Medici di Medicina Generale

L'ATS di Brescia ha da tempo applicato i principi della *Clinical Governance* alle malattie croniche, coinvolgendo i Medici delle Cure Primarie in un intenso processo culturale, professionale e organizzativo, finalizzato a offrire loro gli strumenti per gestire nel modo più razionale la rilevante massa di lavoro connessa al crescente numero di malati cronici, che li vede come il riferimento che nel tempo deve garantire la continuità del percorso di cura.

Un sistema collaudato è quello dei ritorni informativi personalizzati. Ogni Medico ha la possibilità di estrarre dal proprio archivio informatico e di trasmettere all'ATS una serie d'informazioni relative a ciascun assistito in merito a stili di vita e ad alcune malattie cronico-degenerative: diabete, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, BPCO.

Il numero di Medici partecipanti al percorso è progressivamente cresciuto e, dai 25 Medici di Medicina Generale che hanno aderito nel 2005, si è arrivati ai 580 del 2016 pari al 79% del totale di Medici attivi.

Nel 2017 sono pervenute dai Medici di Medicina Generale partecipanti al Governo Clinico informazioni relative a 816.890 assistiti di età superiore ai 14 anni. Anche questi dati confermano il progressivo incremento della popolazione anziana, in linea con l'andamento demografico.

Per quanto riguarda la prevalenza "riportata in cartella" delle patologie croniche si è registrato un aumento della prevalenza di ipertensione e di diabete. Dislipidemie e BPCO non hanno avuto un trend regolare, ma sono state caratterizzate da varie fluttuazioni, anche se negli ultimi anni vi è una maggiore stabilità.

In particolare, dal 2009 al 2017 le variazioni più evidenti registrate sono:

- un aumento consistente degli assistiti identificati come diabetici (da 6,1% a 7,8%);

Tabella 3: Attività di registrazione stili di vita (Anno 2016)		N° soggetti	indicatore
Fumo	Dato fumo registrato	626.426	77,6%
	fumatori	119.014	19,0%
	ex-fumatori	82.082	13,1%
	Non fumatori	425.330	67,9%
Attività motoria	Dato attività motoria registrato	267.783	33,2%
	attività assente	96.123	35,9%
	attività leggera	122.825	45,9%
	attività media	44.390	16,6%
	attività pesante	4.445	1,7%
BMI	Dato BMI registrato	353.729	45,7%
	BMI <19	24.083	6,6%
	BMI 19-25	161.603	45,6%
	BMI 25-30	113.772	32,2%
	BMI >30	54.271	15,3%
	BMI calcolato ultimo anno	92.361	11,4%

- un aumento degli assistiti ipertesi (dal 20,6% al 26,5%), anche se con una certa stabilità nella percentuale di “nuove diagnosi” (diagnosi effettuate negli ultimi 12 mesi);
- una sostanziale stabilità, pur con alcune fluttuazioni, della percentuale di assistiti con dislipidemia;
- la prevalenza di BPCO si è ormai stabilizzata su valori vicini al 2,6%.

Oltre alle informazioni sulle patologie croniche l'accordo per il Governo Clinico prevede che i Medici registrino alcune abitudini dei propri assistiti, quali il tabagismo e il tipo di attività fisica svolta, oltre al BMI (Tabella 3).

La proporzione di fumatori è diminuita dal 23,5% del 2009 al 19,0% del 2017: la proporzione di fumatori nell'ATS di Brescia è inferiore rispetto a quella nazionale (22,3% nel 2017 secondo un'indagine dell'Istituto Superiore Sanità e DOXA⁵).

Tra le principali variazioni che si possono osservare rispetto agli anni passati vi sono il regolare aumento degli ipertesi “normopeso” (31,3% con BMI non superiore a 25 nel 2017) e la diminuzione dei soggetti con valori di LDL superiori a 130 mg/dl fino al 2014, fino al raggiungimento di una certa stabilità nelle ultime due tornate di monitoraggio (34,8% nell'ultima rilevazione).

Tra i diabetici sono calati i fumatori fino al 2013, restando poi stabili al 12,5%. Più della metà degli assistiti con diabete hanno valori di LDL inferiori a 100 (51,9% nel 2017). Stabile la proporzione di diabetici con microalbuminuria > 30 mg/dl (27,3% nel 2017). Tra i diabetici vi è stato un calo dei fumatori e un aumento dei soggetti con un buon controllo pressorio. Appare però in calo la proporzione di soggetti con LDL basse o con valori ottimali di creatininemia o microalbuminuria. Il calo dei fumatori interessa anche gli assistiti con BPCO.

I dati di Okkio alla salute

Le rilevazioni effettuate in questi anni indicano come siano rilevanti nella popolazione giovanile i problemi legati a cattive abitudini alimentari e alla pratica di stili di vita poco sani, tra i quali emerge il consumo di spuntini eccessivamente calorici a fronte di uno scarso consumo di frutta e verdura.

Dai dati dell'indagine campionaria “OKkio alla Salute” del 2014 di Regione Lombardia si evince che il 35,1% dei bambini consuma, a metà mattina, una merenda inadeguata, mentre dai dati 2014 HBSC, studio che indaga Stili di vita e Salute dei giovani italiani tra gli 11 e i 15 anni, emerge che solo una bassa percentuale di studenti consuma frutta e verdura almeno una volta al giorno. Il valore più alto rispetto a quest'ultimo item (22,7%) si registra tra le ragazze di 15 anni; la percentuale, rispetto alle rilevazioni precedenti, è aumentata in tutte le classi di età e in entrambi i sessi, ma i valori permangono bassi e lontani dai consumi raccomandati.

Dai dati dell'indagine campionaria regionale “OKkio alla Salute” del 2014 in merito alla pratica di attività fisica i bambini fisicamente non attivi sono il 9%, il 33% ha la TV nella propria camera, il 28,2% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi più di 2 ore al giorno e solo il 36% si è recato a scuola il giorno dell'indagine a piedi o in bicicletta.

5 <http://www.doxa.it/fumo-in-italia-2017/>

I dati 2014 HBSC in merito al movimento rilevano un aumento dei ragazzi che svolgono attività fisica (un'ora di attività più di tre giorni a settimana) in tutte le fasce di età; in merito alla sedentarietà, lo studio evidenzia in tutte le fasce di età che, pur essendo in diminuzione il numero dei ragazzi che trascorrono tre ore o più al giorno davanti alla TV, in particolare tra i 15enni, aumenta la percentuale di adolescenti che passano tre ore o più al giorno a giocare con il PC, lo *smartphone* o il *tablet*.

I dati relativi alle dipendenze

Per quanto parziale rispetto all'andamento del fenomeno "dipendenze" il dato relativo alle persone che si sono rivolte ai servizi specialistici per le dipendenze rimane quanto di più completo è possibile rilevare in termini epidemiologici. L'ultima relazione dell'Osservatorio del Dipartimento Dipendenze, relativa al 2016, evidenzia che sono state seguite complessivamente 6.287 persone di cui 2.901 tossicodipendenti a cui vanno aggiunte 308 persone inviate per aspetti di ordine legale e 104 invii da Prefettura, 1.437 alcolisti, 1.036 invii da Commissione Medica Locale Patenti, 389 giocatori e 114 tabagisti. Anche nel 2015 si è registrata una netta prevalenza dei maschi con l'85,3% nel caso di dipendenza da sostanze illegali e il 75,5% per l'alcoldipendenza.

Il confronto con i dati dell'anno precedente mostra scostamenti importanti che, in buona parte, derivano dall'introduzione, da luglio 2015, della valutazione multidimensionale di gravità di cui alla DGR X/2989 del 23/12/2014 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2015". Tale procedura, prevista solo per la presa in carico degli utenti tossicodipendenti e alcolisti, ha portato allo scorporo dell'utenza proveniente dall'area legale, invii da prefettura e invii da CMLP per i quali, in assenza di una domanda di cura, non si procede alla valutazione e a una maggiore attenzione nella definizione dell'area funzionale di afferenza dei singoli utenti.

Analizzando i dati riaggregati con modalità analoghe agli anni precedenti, si rileva una sostanziale stabilità ad eccezione dell'utenza inviata da CMLP passati da 1.593 soggetti nel 2015 a 1036; a riguardo si segnala che nel 2016 sono stati sospesi gli invii "ex-ante" cioè l'indicazione che, già in fase di prenotazione della visita, veniva data ai fermati con un tasso alcolemico superiore a 1,5 o ai possessori di patenti superiori (C-D-E) di effettuare un percorso presso i servizi per l'alcologia prima di presentarsi per la visita in Commissione Patenti.

Per quanto riguarda la **dipendenza da sostanze illegali**, dopo la riduzione dei casi verificatasi tra il 2010 e il 2012 e verosimilmente correlata all'asestamento dei movimenti dell'utenza a seguito della riorganizzazione territoriale dei servizi, dal 2013 si rileva una sostanziale stabilità del dato sia per quanto riguarda l'utenza complessiva che rispetto alla nuova utenza.

Pur in presenza di una età media di 37,1 anni per le femmine e 38,1 anni per i maschi, l'analisi per classi d'età restituisce l'immagine di una popolazione più vecchia con la classe di massima frequenza che, per i maschi, comprende le classi d'età comprese tra i 40 e i 49 anni, mentre per le femmine si distribuisce in maniera pressoché uniforme nelle classi d'età dai 30 ai 49 anni. Marginale la quota di utenza minorenni che si attestava intorno al 3%.

Nel 2016 la scolarità faceva registrare la massima concentrazione (63% del totale) per i possessori di licenza di scuola secondaria di primo grado, mentre il 13% degli utenti era in possesso del diploma di scuola secondaria di secondo grado, il 10% di diploma professionale ed il 2% del diploma di laurea.

Il 41% dell'utenza era occupato stabilmente, il 5% lo era saltuariamente mentre la quota di disoccupati era del 38%. Nel corso del tempo si è registrato un peggioramento di questo aspetto con una perdita sugli occupati di circa il 7% dal 2006/2007.

La distribuzione dell'utenza per sostanza primaria vedeva ancora al primo posto le persone con problematica prevalente l'utilizzo di oppiacei con il 49% degli utenti, seguito dagli utilizzatori di cocaina (36%) ed infine dai consumatori di cannabinoidi (13%). Passando dall'utenza generale ai nuovi utenti dell'anno, la sostanza primaria maggiormente dichiarata era la cocaina con il 51% seguita dai cannabinoidi (22%) e dagli oppiacei (20%). Rispetto alle dinamiche complessive dei consumi, dopo il forte aumento della diffusione della cocaina culminato nel 2008 e la

complementare flessione degli oppiacei, negli ultimi anni tre anni si rilevava una sostanziale stabilità con la cocaina intorno al 38%, gli oppiacei al 30% e i cannabinoidi al 19%

Per quanto riguarda la **dipendenza da alcol**, la presa in carico dei servizi specialistici presenta una flessione rispetto agli anni precedenti (-25%) che, come ricordato sopra, è in realtà il risultato di una maggior separazione tra alcol dipendenti e pazienti inviati da CMLP derivante dalle regole poste, a partire da luglio 2015, con l'introduzione in maniera standardizzata della valutazione multidimensionale. Se infatti si osserva l'andamento degli ultimi anni ricalcolato in maniera omogenea con l'esclusione dei casi inviati da CMLP si evidenzia una flessione molto più contenuta pari a circa -3% annuo dal 2014.

L'età media di coloro che nel 2016 si sono rivolti ai servizi è stata di 47 anni per le femmine e 46 anni per i maschi; la distribuzione per classi d'età mostra che la classe di massima frequenza è rappresentata dai 40-44enni con una concentrazione del 49% della popolazione nelle tre classi d'età comprese tra i 40 e i 54 anni. L'analisi della distribuzione percentuale per classi d'età e sesso riporta andamenti diversi tra maschi e femmine con una maggior presenza maschile nelle fasce più giovani e femminile sulle fasce più anziane; si segnala inoltre una percentuale importante di donne nelle due fasce 60-64 e over 65 (19.8% del totale delle femmine) in aumento rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda la nuova utenza dell'anno, la classe d'età maggiormente rappresentata era la 40-44 anni con una quota significativa di utenti sopra i 55 anni che complessivamente raggiungevano il 18%.

La stratificazione per scolarità restituiva il possesso del diploma di scuola secondaria di primo grado per il 51% degli utenti, del diploma di scuola secondaria di secondo grado per il 20%, di scuola professionale per il 10%, del diploma di laurea per il 4%.

Per quanto riguarda l'occupazione il 36% dell'utenza era occupato stabilmente, con un ulteriore 2% di occupati saltuariamente mentre la quota di disoccupati era del 33% con un peggioramento nel corso del tempo infatti a partire dal 2010 si registra una diminuzione di -18 punti percentuali sulla popolazione con una occupazione stabile ma anche su questo aspetto ha inciso fortemente lo scorporo degli utenti inviati da CMLP, in larga parte più giovani e per lo più occupati rispetto all'utenza alcol dipendente.

L'analisi dei dati sull'utenza alcol e tossicodipendente conferma la presenza di **un lungo tempo di latenza** tra il contatto della persona con il mondo delle sostanze e l'accesso ai servizi. Il confronto tra l'età di iniziazione, mediamente 15-16 anni per alcol e cannabinoidi e 20-21 anni per cocaina e eroina come sostanze di iniziazione, e l'età di primo trattamento presso un servizio evidenzia un intervallo di circa 15 anni con scarse differenziazioni in rapporto alla sostanza di iniziazione, con esclusione dell'alcol per cui l'intervallo precedente al primo trattamento per altra sostanza illegale sale a 18 anni.

Nel corso del 2016 sono state seguite 389 persone per problematiche correlate a condotte di **gioco problematico o patologico**; anche in questo caso la domanda di cura è stata prevalentemente maschile con una distribuzione per sesso che vedeva i maschi al 83% e le femmine al 17%. L'età media registrava 53 anni per le femmine e 46 per i maschi e la distribuzione per classe d'età individuava la moda nella classe 45-49 anni evidenziando un posizionamento complessivo sulle classi d'età più alte a partire dai 35 anni particolarmente evidente nella popolazione femminile dove la classe di massima frequenza si posiziona sui 50-54 anni e la percentuale delle femmine sopra i 50 anni ne rappresenta il 68%.

Nel corso del 2016 sono state prese in carico per problemi di **tabagismo** 114 persone; la distribuzione per sesso evidenziava, unico caso rispetto alle altre categorie considerate, una sostanziale parità tra la componente maschile (54,4%) e femminile (45,6%). A fronte di una età media di 50 anni, la distribuzione per classi d'età individuava come moda la classe 40-44; sono scarsamente popolate le classi d'età inferiori ai 40 anni e l'83,3% dell'utenza si colloca nelle classi d'età dai 40 anni in su.

Da ultimo si riportano alcune informazioni statistiche relative alla **sospensione patenti per guida in stato di ebbrezza o per guida in stato di alterazione psico-fisica** in seguito ad assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope sul territorio della Provincia di Brescia, così come desunte dal sito della Prefettura di Brescia.

Nel complesso la maggior parte delle sospensioni (93% del totale nel 2016) riguardava la guida sotto l'effetto di alcol. Considerando l'andamento dei dati relativi alla sospensione patenti per alcool e/o sostanze stupefacenti dal 2009 al 2016, dopo la progressiva riduzione che si è verificata fino al 2014 (-43%), negli ultimi anni si registra una ripresa con +11% tra il 2014 e il 2016.

Per quanto riguarda **l'accesso ai servizi di utenza inviata da CMLP** a seguito di procedimenti di sospensione patente, nel 2016 sono state seguite 1039 persone (erano 1593 nel 2015) per prestazioni relative all'accertamento e certificazione per condizioni di abuso o dipendenza da alcol. Come già riportato in premessa, si segnala che l'importante flessione che si è verificata tra il 2015 e il 2016 deriva dalla sospensione degli invii "ex-ante" cioè l'indicazione che, già in fase di prenotazione della visita, veniva data ai fermati con un tasso alcolemico superiore a 1,5 o ai possessori di patenti superiori (C-D-E) di effettuare un percorso presso i servizi per l'alcolologia prima di presentarsi per la visita in Commissione Patenti.

E una popolazione in larga maggioranza maschile (91%) con una età media di 41,6 anni per i maschi e 39 anni per le femmine. La distribuzione per classi d'età identifica la moda nella classe 35-39 anni ed il confronto con la distribuzione per classi d'età della popolazione alcolodipendente in carico ai NOA/SMI restituisce il profilo di una popolazione più giovane con una significativa maggior consistenza delle classi d'età comprese tra i 20 e i 39 anni che complessivamente rappresentano il 48.1% di questa utenza.

Sulla base di quanto riportato, in riferimento ad interventi di prevenzione selettiva/indicata, pare opportuno segnalare che:

- a) la presenza di un lungo periodo d'uso di sostanze compatibile, o quanto meno tollerato, con la normale quotidianità in cui la persona non esprime una domanda di cura, evidenziato dal tempo di latenza tra il contatto della persona con il mondo delle sostanze e l'accesso ai servizi (15 anni ed oltre) e la concomitante larga diffusione dell'uso di sostanze, illegali e non, nella popolazione giovanile, così come evidenziato dalle ricerche, suggeriscono:
 - la necessità di pensare ad interventi preventivi finalizzati a ridurre la vulnerabilità e favorire l'aumento della consapevolezza sulla possibile problematicità della propria condizione d'uso (uscita dalla "normalizzazione") che, pur non presentando gli elementi necessari per soddisfare i criteri diagnostici tipici di abuso/dipendenza (ICD IX) o di "disturbo da uso di sostanze" (DSM 5) rappresentano comunque dei fattori di rischio importanti non solo sul piano strettamente tossicologico;
 - la necessità di una riflessione sull'immagine pubblica e sull'operatività dei servizi dedicati, frequentemente correlata ad una rappresentazione dell'utenza "vecchia", caratterizzata da condizioni di deterioramento fisico e sociale, distante dalla rappresentazione di sé dei giovani users e che può ostacolare un loro accesso precoce ai Servizi;
- b) sul versante opposto, il progressivo aumento dell'età degli utenti dei servizi rende necessaria una attenzione specifica agli aspetti sanitari derivanti dalla correlazione tra uso di sostanze, età avanzata, condizioni di vita spesso problematiche e aspetti infettivologici (in particolare infezioni da HCV e HIV che hanno un riscontro più frequente nell'utenza dei servizi con età più avanzata). Analogamente tale attenzione dovrebbe essere garantita anche nell'ambito dei progetti a bassa soglia rispetto ad utenti che non accedono ai servizi;
- c) pur rappresentando, ad oggi, una quota limitata dell'utenza dei servizi, il progressivo aumento delle persone che si rivolgono per problematiche correlate al gioco d'azzardo, giustifica una attenzione specifica a queste problematiche, come pure al variegato mondo delle dipendenze comportamentali tra cui, in particolare, l'insieme di comportamenti che vengono generalmente ricondotti alla definizione di internet addiction o dipendenza da tecnologie digitali. Anche in questo settore eventuali attività dovrebbero essere rivolte alla diminuzione della vulnerabilità e all'individuazione precoce delle situazioni di rischio.

Stratificazione della domanda di salute – Situazioni di cronicità e/o fragilità

Regione Lombardia con D.G.R. n. 6164 del 30.01.2017, ha approvato il documento relativo agli indirizzi per il governo della domanda nei percorsi di presa in carico nel quale sono individuati cinque livelli di stratificazione dei bisogni della persona che restituiscono, per il territorio di ciascuna ATS, secondo specifici algoritmi, la diversificazione delle persone affette da patologie croniche o da situazioni di fragilità secondo livelli di gravità, da correlare all'offerta di servizi e prestazioni.

I dati relativi ad ATS di Brescia, riferiti al 2016 e aggiornati a giugno 2017, evidenziano, su 1.200.767 soggetti presi in carico, un totale di 388.369 persone in condizione di cronicità e/o fragilità, pari al 32,4% del totale.

Nella tabella sottostante viene specificata la distribuzione, nei primi tre livelli di gravità definiti dalla D.G.R. 6164/2017, dei pazienti in relazione alla presenza di manifestazione di patologie croniche o situazioni di fragilità che portano le persone a richiedere prestazioni specifiche.

Tabella 4: Stratificazione e dimensionamento dei pazienti cronici/fragili ai sensi della DGR n. 6164/2017 – ATS di Brescia, dati anno 2016 aggiornati a giugno 2017

Stratificazione della domanda di salute	Numero soggetti	% sulla popolazione e assistita
Livello 1: soggetti ad elevata fragilità clinica in cui sono presenti, oltre la patologia principale almeno tre comorbidità (quattro o più patologie complessive) ovvero una fragilità clinica più lieve associata a una condizione di particolare fragilità	17.194	1,4 %
Livello 2: soggetti con cronicità polipatologica in cui è presente la patologia principale e una o due comorbidità (due o tre patologie complessive) o in cui è presente una condizione di fragilità sociosanitaria non aggravata da un quadro polipatologico	142.368	11,9 %
Livello 3: soggetti con una cronicità in fase iniziale, presenza della sola patologia principale	228.807	19,1 %
Totale	388.369	32,4 %

Prendendo in considerazione i 388.369 pazienti cronici o in condizione di fragilità relativamente a fasce d'età progressive, si nota, come da tabelle seguenti, che le persone con situazione meno grave (livello 3) sono maggiormente distribuite nelle fasce più giovani, mentre i livelli di gravità maggiore si registrino nelle fasce d'età più avanzate, come è logico aspettarsi, con percentuali diversificate e comunque con un decremento, che riguarda in modo sovrapponibile i due sessi, dagli 85 anni in poi.

Tabella 5: Numerosità e prevalenza dei pazienti cronici/fragili ai sensi della DGR n. 6164/2017 per fasce d'età e livello di complessità – ATS di Brescia, dati anno 2016 aggiornati a giugno 2017

Fasce d'età	Livello 1		Livello 2		Livello 3	
	N.	%	N.	%	N.	%
0 – 14	37	0,2%	792	0,6%	11.507	5,0%
15 – 64	2.972	17,3%	46.695	32,8%	131.371	57,4%
65 – 84	10.904	63,4%	79.147	55,6%	73.464	32,1%

85 +	3.281	19,1%	15.734	11,1%	12.465	5,4%
Totale	17.194	100%	142.368	100,0%	228.807	100,0%

Tabella 6: Numerosità e prevalenza dei pazienti cronici/fragili, ultrasessantacinquenni, nella totalità dei tre livelli di complessità maggiori ai sensi della DGR n. 6164/2017 divisi per fasce d'età e sesso – ATS di Brescia, dati anno 2016 aggiornati a giugno 2017

Fasce d'età	Femmine		Maschi		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
65 - 69	22.914	66,10%	22.993	70,40%	45.907	68,20%
70 – 74	22.016	75,10%	20.700	78,10%	42.716	76,50%
75 - 79	23.769	81,30%	19.942	83,00%	43.711	82,10%
80 - 84	18.726	84,20%	12.455	84,30%	31.181	84,20%
85 - 89	13.977	82,10%	6.638	80,60%	20.615	81,60%
90 – 94	6.712	73,90%	2.168	72,50%	8.880	73,60%
95 - 99	1.426	62,40%	339	60,20%	1.765	61,90%
>= 100	196	46,20%	24	45,30%	220	46,10%

QUADRO DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI, DOTAZIONE ORGANICA

L'U.O.D Promozione della Salute, nella cornice dei dettami organizzativi conseguenti alla L.R. n.23/2005, è stata ricollocata, nel modello organizzativo disegnato dal Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (P.O.A.S.) dell'ATS di Brescia, come U.O. Semplice dipartimentale, in staff alla direzione del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria.

L'U.O è composta, nel momento della stesura del seguente documento, da:

- 1 Medico, Responsabile della U.O.D.,
- 1 Assistente Sociale, Riferimento per l'area della Promozione della Salute
- 1 Psicologa, Responsabile del Coordinamento delle attività di Prevenzione delle Dipendenze
- 5 Assistenti Sanitarie
- 2 Infermiere Professionali
- 1 Psicologo
- 3 Educatori Professionali

Per facilitare il collegamento con il territorio e favorire la collaborazione con i diversi partner dei progetti (Amministrazioni Comunali, panificatori, Scuole, ...), parte del personale verrà dislocato nelle sedi distrettuali dell'ATS.

SOGGETTI CON CUI SONO ATTIVE COLLABORAZIONI

Prima di procedere alla stesura dei punti che seguono, si ritiene interessante evidenziare i soggetti con cui, a vario titolo, sono attive collaborazioni che assumono poi forme diversificate.

Nei punti che seguono infatti si parlerà di “reti”, “accordi” e “tavoli”; si è ritenuto che l’esposizione secondo questi capitoli potesse “appiattire” la ricchezza di collaborazioni attivate che sostengono appunto, il lavoro di reti e tavoli, nonché lo sviluppo di accordi.

Associazione Industriale Bresciana

Continuando con quanto già attivo da anni, anche nel 2018 prosegue la stretta e fattiva collaborazione con l’Associazione Industriale Bresciana (AIB) per il sostegno e lo sviluppo dell’intervento *Workplace Health Promotion* (WHP).

Aziende territoriali

Continua nel 2018 la collaborazione con aziende di produzione e di servizi presenti sul territorio, anche non associate ad AIB, sia per l’implementazione del programma WHP sia per lo sviluppo di ulteriori interventi in tema di promozione della salute.

Scuole del territorio

È molto attiva la collaborazione con gli Istituti scolastici presenti sul territorio per la progettazione e l’implementazione di interventi di Promozione della salute che riguardano lo sviluppo locale di programmi regionali (LST Program ed Unplugged), ma anche di molteplici altre iniziative (es. interventi in tema di alimentazione, esercizio fisico, ecc.) sempre orientate a metodologie di lavoro *evidence based* e che permettono, già dalla progettazione, di promuovere l’adozione del Modello della rete Scuole che Promuovono Salute (SPS) e, quindi, la sua diffusione.

Ufficio scolastico territoriale (UST)

Dal 2006 è attivo un protocollo di collaborazione tra l’allora ASL di Brescia ed l’Ufficio Scolastico Territoriale finalizzato a promuovere lo sviluppo, all’interno del contesto scolastico, di programmi e interventi caratterizzati da criteri di qualità ed efficacia. Da questo protocollo deriva lo sviluppo della rete SPS e il suo sostegno nel tempo, le collaborazioni per la promozione dei programmi regionali Life SKills Training Program (LST) e Unplugged, per lo sviluppo della rete della *peer education* nonché di tutte le proposte formative di ATS rivolte al contesto scolastico già nelle fasi di progettazione. L’UST collabora, dal 2016, anche alla realizzazione del monitoraggio annuale delle iniziative svolte da tutte le scuole in tema di alimentazione, attività fisica e tabagismo.

Enti del terzo settore

Gli Enti del terzo settore presenti sul territorio, che partecipano allo specifico Tavolo di lavoro istituito presso l’AST, sono *partner* nella progettazione e sviluppo di interventi di Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentale in diversi *setting* di lavoro e partecipano a reti specifiche di collaborazione.

Aziende Socio Sanitarie Territoriali

Con Decreto n. 555 del 30/12/2016 ATS Brescia ha recepito il “Protocollo di intesa per la realizzazione di attività progettuali in tema di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali” condiviso e sottoscritto con le tre Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) presenti sul territorio di sua competenza.

Con la sottoscrizione di questo protocollo ATS e ASST si impegnano alla definizione partecipata della pianificazione e della progettazione delle attività di promozione della salute coerenti con le indicazioni regionali e allo sviluppo dei programmi di Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali contenuti nella programmazione territoriale.

Rete Bibliotecaria Bresciana

Dal 2016 è iniziata una collaborazione con la Rete Bibliotecaria Bresciana (RBB) finalizzata a diffondere, sul territorio dell'ATS di Brescia, da un lato, la cultura della promozione, sostegno e tutela dell'allattamento materno e, dall'altro, la promozione della lettura in famiglia sin dalla nascita.

Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

I Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS), oltre ad essere interlocutori per l'analisi epidemiologica nelle varie fasce di popolazione attraverso la rilevazione dei dati assistiti, dovrebbero rappresentare *partner* significativi per l'implementazione di interventi di promozione della salute finalizzati alla prevenzione e al contenimento delle patologie croniche. Inoltre, in considerazione del fatto che all'interno dei progetti di Governo Clinico dei Medici di Medicina Generale, secondo quanto previsto dall' 'Accordo integrativo regionale MMG anno 2018' sottoscritto il 24 gennaio 2018, vi è la partecipazione attiva a programmi di individuazione degli assistiti ad alto rischio di cronicizzazione e promozione di corretti stili di vita, nel 2018 si intende presidiare affinché nelle attività svolte dai MMG, nella cornice più ampia della presa in carico del paziente cronico, siano strutturati interventi di rilevazione dei fattori di rischio comportamentale.

Farmacie

Negli anni, le farmacie presenti sul territorio, rappresentate dall'Ordine dei Farmacisti e da Federfarma, sono state uno *stakeholder* significativo per lo sviluppo di interventi di promozione della salute. Dopo una fase di stallo, nel 2017 è ripresa la collaborazione visto il ruolo importante che le farmacie svolgono sia nei rapporti con il sistema sanitario sia, a maggior ragione, come riferimento per i cittadini.

Medici competenti

Nel corso del 2018 si intende proseguire nel percorso volto a creare una collaborazione con i Medici competenti delle aziende del territorio. Con i Medici competenti delle aziende aderenti al WHP si intende promuovere tavoli di lavoro finalizzati a individuare e condividere strumenti utili a valutare l'efficacia degli interventi messi in campo dalle singole aziende; con i Medici competenti delle aziende non aderenti alla rete, ci si propone di diffondere la cultura del WHP affinché loro stessi promuovano il programma nelle aziende.

Gestori della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili

Sul territorio di competenza di ATS di Brescia sono presenti 39 soggetti idonei alla presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili ai sensi della Legge Regionale 23/2015 e successivi atti di indirizzo.

Di questi 39 soggetti gestori, 6 sono rappresentati da cooperative di MMG e PLS per un totale di 300 Medici e 70 Pediatri coinvolti.

Nel febbraio 2018, nella sua funzione di regia, ATS ha avviato la costituzione di un apposito gruppo di lavoro multisettoriale e multidisciplinare, finalizzato a definire indicazioni sulla corretta stesura del PAI in particolare per quanto attiene gli aspetti di prevenzione (area vaccinazioni e screening) e di Promozione della salute (area dei corretti stili di vita e individuazione dei fattori di rischio comportamentale).

Coldiretti

Nel corso del 2016 è stata avviata una collaborazione con la sede di Brescia di Coldiretti tesa a condividere le modalità di realizzazione dei progetti di promozione della Salute all'interno delle scuole secondo criteri di efficacia ed in linea con il Modello della rete SPS. A seguito di questa collaborazione nel 2018 si inizierà a collaborare nello sviluppo di iniziative da realizzare nei diversi contesti scolastici.

Associazioni di volontariato e Associazioni sportive

Continua, ormai da anni, la collaborazione con le Associazioni di volontariato e le Associazioni sportive presenti sul territorio di ATS per promuovere la cultura dell'attività fisica, in particolare attraverso la promozione e la gestione dei gruppi di cammino. Con alcune realtà associative la collaborazione è stata formalizzata attraverso appositi protocolli di intesa.

Amministrazioni comunali e Associazione Comuni Bresciani

Tra le funzioni più alte e strategiche del Comune si colloca quella di presidio e di promozione di qualità della vita della propria comunità: inizia dalla tutela della salute individuale e pubblica e giunge alla qualità della vita sociale, fatta di relazioni umane significative, di atteggiamenti e azioni positive tra le persone appartenenti alla medesima comunità. Questo percorso di grandi orizzonti si snoda inevitabilmente tra Comune, Comunità locale e ATS, legate indissolubilmente da obiettivi integrati e da una *mission* diversificata solo nelle competenze, ma univoca nelle finalità riguardanti l'individuo e la comunità in cui è inserito. Comune e cittadini sono chiamati a collaborare attivamente e responsabilmente per individuare i reali bisogni del territorio e a ricercare insieme le strategie più idonee per rispondere alla crescente domanda di qualità della vita.

Il coinvolgimento delle Amministrazioni Comunali per lo sviluppo di interventi di promozione della Salute avviene sia singolarmente che attraverso l'Associazione dei Comuni Bresciani.

Comune di Brescia

Il Comune di Brescia, in quanto città capoluogo, rappresenta un soggetto a parte rispetto alle restanti Amministrazioni Comunali. La collaborazione pertanto, oltre che per gli interventi che coinvolgono in generale i Comuni, si caratterizza per la specificità su alcune tematiche.

In particolare è attiva la collaborazione in tema di Prevenzione del Gioco d'Azzardo patologico e per la promozione dell'attività fisica e della corretta alimentazione.

Croce Rossa Italiana – Comitato di Brescia

Dal 2015 è attiva la collaborazione con Croce Rossa Italiana – Comitato di Brescia, sezione giovani.

Nel 2017 la collaborazione si è concretizzata con la partecipazione degli operatori dell'ATS di Brescia allo sviluppo di tre eventi rivolti alla popolazione con l'obiettivo di trasmettere corrette informazioni in merito alle Infezioni Sessualmente Trasmissibili. La collaborazione proseguirà nel 2018 con una particolare attenzione, tra le tematiche da affrontare, alla prevenzione degli incidenti stradali.

Associazioni Sindacali

Nel 2017 ha preso avvio la collaborazione con le tre Associazioni Sindacali Confederali per la realizzazione di iniziative nell'ambito della settimana europea della sicurezza, collaborazione che proseguirà anche nel 2018.

Associazione Italiana Celiachia (AiC)

Si è avviata nel 2017 la collaborazione volta a implementare, negli Istituti scolastici del territorio, iniziative di sensibilizzazione al tema della celiachia nella cornice più generale di una corretta alimentazione e del modello di Scuole che Promuovono Salute.

RETI ATTIVE

Scuole che Promuovono Salute - SPS

In relazione allo sviluppo del Programma regionale, è attiva una cabina di regia locale che vede rappresentata l'Istituzione scolastica, nelle persone della Dirigente della Scuola capofila e della referente della Promozione della Salute per l'Ufficio Scolastico territoriale, nonché le responsabili della Promozione della Salute di ATS di Brescia e di ATS della Montagna – Area della Vallecamonica, con funzione di accompagnamento allo sviluppo del programma.

La cabina di regia, anche per il 2017 e in collegamento con il coordinamento regionale, ha promosso percorsi e momenti di approfondimento sullo sviluppo di azioni/interventi rispondenti ai criteri di qualità ed inseriti nella cornice del modello SPS.

In particolare è proseguito l'accompagnamento per le scuole che hanno steso la policy antifumo, collegando questo intervento di tipo organizzativo a quanto ciascun istituto ha in essere su altre aree del modello della Scuola che promuove salute.

Si è inoltre sviluppata, nel corso dell'anno, l'integrazione interna con il Dipartimento Veterinario per l'accompagnamento alle scuole della rete in merito alla proposta regionale "Amici di Zampa", volta a promuovere, negli studenti della scuola primaria, competenze utili alla serena gestione del rapporto con l'animale domestico, in particolare il cane.

Si è a conoscenza, informalmente, di nuove adesioni alla rete SPS, senza che tuttavia vi sia una loro formale registrazione e inserimento nell'elenco ufficiale per problemi del sistema informatico in capo alla scuola capofila regionale.

Aziende che promuovono salute - WHP

Prosegue la stretta collaborazione tra ATS di Brescia e AIB al fine di promuovere nelle aziende iscritte all'Associazione l'adesione al programma regionale e lo sviluppo, da parte delle aziende aderenti, delle azioni previste dal programma stesso.

Nello specifico ATS e AIB svolgono, a volte congiuntamente e a volte separatamente, nel rispetto dei propri ruoli, attività di supporto alla rete attraverso incontri di presentazione, elaborazione dei dati emersi dai questionari somministrati ai dipendenti e loro restituzione, sostegno alla pianificazione delle buone prassi, assistenza in itinere, monitoraggio dello stato di avanzamento e rendicontazione di fine anno.

Reti di conciliazione

Regione Lombardia dal 2010 (DGR. n. 381/2010 e DGR. n. 1081/2013) è attiva nel promuovere e sostenere interventi a favore delle politiche territoriali di conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari, attraverso la definizione e il potenziamento di un modello di governance partecipata e lo sviluppo di partnership pubblico-privato denominate Alleanze di conciliazione.

L'ATS di Brescia, a seguito della DGR. n.1081 del 12 dicembre 2013 "*Disposizioni in ordine alla valorizzazione delle politiche territoriali di conciliazione, dei tempi lavorativi con le esigenze familiari e delle reti di imprese che offrono servizi di welfare*" ha promosso la costituzione della

Rete Territoriale di Conciliazione, di cui è capofila, avviata in data 11 marzo 2014 con la sottoscrizione dello schema di Accordo per la valorizzazione delle politiche territoriali di conciliazione.

La “Rete Territoriale di conciliazione”, dal 2011 ad oggi è in costante crescita ed espansione: al 15 gennaio 2018 risultano aderenti alla Rete Territoriale n.167 imprese profit, no profit e cooperative sociali, associazioni di categoria/associazioni/fondazioni. In particolare è stato rilevato un crescente aumento della presenza delle imprese profit, grazie al costante lavoro di sensibilizzazione messo in atto rispetto alla cultura della Conciliazione sul territorio di ATS Brescia. Il Piano territoriale 2014-2015 ha previsto la costituzione e lo sviluppo di 3 Alleanze locali di conciliazione per facilitare un più stretto rapporto con tutti gli strumenti della programmazione locale ed in particolare con i Piani di Zona.

Al 30/9/2016 avevano aderito complessivamente n. 10 Ambiti rispetto ai 8 iniziali del 2014, in quanto durante la realizzazione del Piano 2014-2015 sono stati coinvolti nella adesione sia l’Ambito Brescia Ovest sia quello del Garda, come detto in precedenza.

Regione Lombardia con DGR n. X/5969 del 12/12/2016 ha promosso anche per il biennio 2017-2018 un Piano Regionale delle politiche di conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari dando continuità al modello di governance articolato in Reti ed Alleanze.

Il Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 proposto da ATS Brescia prevede la realizzazione di tre progetti in capo alle Alleanze Locali di Conciliazione di Brescia, Palazzolo sull’Oglio e Montichiari e lo sviluppo dell’Azione di Sistema, come di seguito declinato.

Con Decreto DG 110 del 24/02/2017 ATS Brescia ha recepito i contenuti della sopracitata DGR provvedendo al rinnovo dell’Accordo per la valorizzazione delle politiche territoriali in materia di conciliazione sottoscritto in data 11 Marzo 2014 e con successiva Determinazione n. 90 del 27/02/2017 ha preso atto:

- della composizione della Rete Territoriale di conciliazione;
- del regolamento per il funzionamento della rete stessa, finalizzato a disciplinare le modalità operative per lo svolgimento delle attività;
- della costituzione del nuovo Comitato di Programmazione Valutazione e Monitoraggio confermandone la composizione ed integrandola con la partecipazione di tre rappresentanti delle OOSS confederali, di due rappresentanti dei Comuni e di tre Responsabili dei Progetti delle Alleanze locali.

A seguito del bando promosso con Decreto DG n. 172 del 17/03/2017 e del lavoro di potenziamento del raccordo territoriale si sono proposte e confermate le tre Alleanze locali di Conciliazione con i seguenti Comuni Capofila:

- Comune di Brescia, con Ambito distrettuale di Brescia, Ambito distrettuale Brescia Est e Ambito distrettuale di Valle Trompia;
- Comune di Palazzolo sull’Oglio, con Ambito distrettuale Monte Orfano, Ambito distrettuale Sebino, Ambito distrettuale Oglio Ovest ed Ambito distrettuale Brescia Ovest;
- Comune di Montichiari, con Ambito distrettuale Bassa Bresciana Occidentale, Ambito distrettuale Bassa Bresciana Centrale, Ambito distrettuale Bassa Bresciana Orientale, Ambito Garda-Salò, Ambito Distrettuale di Valle Sabbia;

realizzando il pieno coinvolgimento dei 12 Ambiti distrettuali del territorio di ATS Brescia e proponendo progettualità volte alla realizzazione del Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018, attraverso le seguenti azioni: contributi destinati ai lavoratori dipendenti delle aziende aderenti alla Rete di Conciliazione e alle Alleanze a copertura totale e/o parziale delle rette sostenute per i servizi di cura (es. assistenza familiare per anziani e disabili ad esclusione di ADI e SAD), servizi socio-educativi per l’infanzia (es. nido, centri per l’infanzia, baby parking, ludoteca, etc.), servizi socio-educativi per i minori di età fino ai 14 anni (es. servizi preposti nell’ambito delle attività estive, attività pre e post scuola, centri diurni aggregativi ed educativi, attività sportive, musicali e culturali).

Elemento innovativo del Piano di Conciliazione 2017-2018 (approvato con DG 308 del 25/05/2017) è rappresentato dall’Azione di Sistema, la cui realizzazione è in capo ad ATS e la cui attuazione prevede la figura dell’operatore/degli operatori di rete, capaci di promuovere nel territorio e nei luoghi di lavoro, la cultura della conciliazione.

In particolare è previsto che l'operatore/gli operatori di rete, operando in stretta sinergia con ATS ed Alleanze locali, realizzino i seguenti interventi prioritari:

- 1) Promozione sul territorio delle azioni definite dal Piano di Conciliazione 2017-2018 in continuità con il precedente Piano Territoriale e in raccordo con le azioni proposte dalle tre Alleanze come precedentemente descritto;
- 2) Supporto all'ampliamento della Rete di conciliazione e sviluppo di azioni in sinergia con la Rete Workplace Health Promotion Lombardia (WHP) in collaborazione con la U.O. Promozione della Salute di ATS Brescia;
- 3) Approfondimento e analisi di contesto del territorio in merito alle imprese profit e non profit, con particolare attenzione alle MPMI e alle aziende di cura pubbliche e private (es. RSA), per promuovere e diffondere nelle stesse la cultura della conciliazione, affinché i lavoratori ad oggi esclusi dalle politiche di conciliazione vita-lavoro possano fruire dei benefici previsti;
- 4) Diffusione nelle imprese profit e non profit, MPMI e nelle aziende di cura pubbliche e private la conoscenza e l'utilizzo delle misure previste dalla legislazione nazionale in materia di conciliazione famiglia-lavoro (es. regime di defiscalizzazione, sviluppo della contrattazione territoriale e accordi di secondo livello, ecc.) in sinergia con le OO.SS.;
- 5) Sviluppo di un rapporto diretto con le imprese e di accompagnamento nel percorso di attuazione delle azioni previste, nell'ottica della diffusione della cultura di conciliazione famiglia-lavoro e della sensibilizzazione sulle tematiche ad essa correlate, sulla base dell'analisi dei bisogni e delle priorità del territorio.

ATS ha raccolto e rilanciato la sfida contenuta nell'Accordo originario promuovendo e realizzando un modello di governance a sostegno del dialogo e dello sviluppo di partnership pubblico /privato, capaci di rispondere efficacemente ai bisogni di conciliazione del territorio bresciano.

Ad oggi, oltre agli Enti firmatari dell'Accordo sopracitato e a seguito del lavoro di sensibilizzazione e promozione sul territorio, hanno sottoscritto l'Accordo territoriale per la conciliazione imprese, cooperative, associazioni di categoria, realtà del terzo settore e fondazioni per un totale di n. 167 aderenti. Nello specifico: n. 63 imprese profit (2 micro imprese, 33 piccole imprese, 22 medie imprese, 6 grandi imprese), n. 86 enti no profit (tra cui 9 fondazioni – 2 delle quali RSA), n. 7 associazioni datoriali, n. 4 associazioni sindacali, n. 2 Aziende speciali e/o Consorzi per i servizi alla persona e n. 3 Enti pubblici (ASST). Inoltre, 13 dei 167 aderenti sono parte attiva anche nel progetto "WHP: la rete delle aziende che promuovono salute".

In considerazione dell'importanza del concetto di Promozione della Salute e della necessità di integrare la Rete di Conciliazione con la Rete WHP, al fine di mettere in atto in modo coordinato tutte quelle azioni che promuovono benessere, sono previsti interventi in stretto raccordo con la U.O. Promozione della Salute di ATS Brescia, finalizzati a favorire l'adesione delle aziende ad entrambe le Reti.

Rete Locale Prevenzione Dipendenze

Nel 2017 il lavoro della Rete Locale Prevenzione Dipendenze si è sviluppato essenzialmente su due fronti: la rete dei progetti territoriali in tema di prevenzione del GAP e l'integrazione con il terzo settore ed i Consultori familiari per lo sviluppo di programmi *evidence based*.

Nel primo caso è proseguito il rapporto con i referenti tecnici ed operativi (Enti del Terzo Settore dell'Area Dipendenze principalmente) attivi nei progetti finanziati da Regione Lombardia con D.d.u.o. n.1934/2015 e con D.d.u.o. n.2379/2017: il collegamento in rete ha permesso di condividere strumenti e metodologie di lavoro, di sviluppare azioni congiunte, di fare una verifica condivisa delle azioni maggiormente efficaci e delle eventuali azioni correttive rispetto agli elementi di criticità emersi, in vista anche del nuovo bando di finanziamento emanato nel marzo 2017. Nel febbraio 2017 è stato realizzato un evento allargato a tutti gli addetti ai lavori che ha permesso, tra l'altro, di rendere evidente quanto i programmi hanno sviluppato in modo da sollecitare altre realtà: nel luglio 2017, ai nove progetti finanziati con precedente bando, se ne sono aggiunti altri quattro, di cui tre prevedono partnership con ATS.

La seconda linea di lavoro ha permesso di consolidare e sviluppare l'integrazione già esistente con Enti del Terzo Settore e con i Consultori Familiari pubblici e privati accreditati, nello sviluppo di programmi di prevenzione, in particolare LST program e programmi condotti con la metodologie dalla peer *education*.

Rete dei progetti di partecipazione attiva e di educazione tra pari

La rete, nata nel 2010 e ridefinita alla fine del 2015, si propone il sostegno e la diffusione di strategie e metodologie di lavoro efficaci in campo preventivo e di promozione della salute negli adolescenti come sostegno ai fattori protettivi in ambito scolastico attraverso la valorizzazione del protagonismo adolescenziale e del ruolo docente.

Nel 2017 sono proseguite, oltre alla formazione dei *peer educator* e all'accompagnamento nelle azioni che essi sviluppano nei confronti dei coetanei, le attività più connesse al sostegno della rete ovvero, l'inserimento dei percorsi di *peer education* nel PTOF della scuola ed il sempre maggiore coinvolgimento dei docenti per lo sviluppo dei percorsi intrapresi dagli studenti.

La positività dell'esperienza è da individuare nella condivisione delle progettualità degli Istituti in rete, per questo motivo oltre agli incontri con tutti i docenti referenti, sono strutturati eventi condivisi. Come ormai avviene da anni, nel mese di dicembre 2017 si è sviluppato un evento seminariale che ha coinvolto studenti, docenti e dirigenti scolastici degli Istituti che partecipano alla rete: l'occasione ha permesso di socializzare le singole esperienze evidenziandone le qualità e specificità.

Uno strumento utile, oltre che per socializzare le esperienze in rete, per il lavoro con i *peer educators* è rappresentato dal sito *Giovaninweb* e dalla pagina *Facebook* collegata.

Nel 2017 è proseguita la fattiva collaborazione con le ASST presenti sul territorio, che hanno messo a disposizione competenze specificatamente riferite a percorsi in tema di affettività e sessualità, in modo esclusivo o integrato con operatori dell'U.O.D. Promozione della Salute.

Ai 16 Istituti che nel 2017 hanno sviluppato l'attività di peer si è aggiunto, nei primi giorni del 2018, un ulteriore Istituto di Istruzione Superiore.

Rete dei conduttori dei gruppi di cammino

Da anni è stata attivata la rete dei conduttori dei gruppi di cammino che si incontra periodicamente per confrontarsi e formarsi al fine di rafforzare il ruolo di *walking leader* e di moltiplicatori delle azioni di promozione della salute e preventive.

Nel corso del 2017 è continuato il percorso di formazione che, a partire dai bisogni espressi dai conduttori, si sta sviluppando dal 2014 e che sicuramente rappresenta un punto di forza in termini di maggiore consapevolezza e sicurezza da parte dei conduttori dei gruppi di cammino in merito al loro ruolo con conseguente ricaduta positiva sulla gestione dei gruppi.

Nel 2018 continua l'esperienza formativa partendo da una riprogettazione condivisa su bisogni emersi da quanto sviluppato nel 2017.

TAVOLI DI CONFRONTO INTERSETTORIALI

Tavolo di programmazione con U.O. Famiglia, Infanzia ed Età Evolutiva

La collaborazione con l'U.O. F.I.E.E. è esperienza consolidata.

Negli anni sono stati promossi percorsi di formazione e di integrazione operativa che hanno visto attivi i Consulenti Familiari pubblici ed i Consulenti Familiari privati accreditati in percorsi condivisi, ed in alcuni casi integrati, in tema di Promozione della Salute, Prevenzione delle Dipendenze, Affettività e Sessualità secondo le evidenze scientifiche e le raccomandazioni internazionali. Gli interventi sono stati sviluppati sia nella scuola secondaria di primo grado con la metodologia dello sviluppo di *Life Skills*, sia nella scuola secondaria di secondo grado con lo sviluppo di percorsi di *peer education*.

Nel corso del 2017 è continuata la collaborazione sia in termini gestionali, con il lavoro tra la Responsabile dell'U.O. F.I.E.E. e la Coordinatrice delle attività di prevenzione delle dipendenze dell'U.O.D. Promozione della Salute, che attraverso la partecipazione operativa dei Consulenti familiari privati accreditati ed i Consulenti Familiari pubblici afferenti alle tre ASST del territorio ai programmi in tema di affettività e sessualità sviluppati nel contesto scolastico.

Tavolo lavoro sul GAP del Comune di Brescia

Il gruppo di lavoro, istituito nel 2014 dall'Assessorato Rigenerazione urbana e Politiche per una città sicura del Comune di Brescia, vede rappresentati Enti/Associazioni/Istituzioni che operano in tema di GAP sul territorio della città; l'ATS di Brescia è rappresentata dalla Responsabile dell'U.O. Promozione della Salute.

Nel corso del 2017 il lavoro del tavolo è stato maggiormente concentrato nella fase di verifica e riprogrammazione dell'attività del progetto *"Il dado è tratto"* in relazione alla possibilità di accedere, per la linea 1, al bando di Regione Lombardia ai sensi del D.d.u.o. n. 2379/2017. La partecipazione al bando è stata coronata da successo e il progetto, che vede ATS in qualità di partner, ha preso avvio nel luglio 2017.

Comitato Aziendale per la Pediatria di Libera Scelta

All'interno dell'ATS di Brescia è istituito il Comitato Aziendale per la Pediatria di Libera Scelta composto da Rappresentanti dell'Agenzia e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello locale.

Il Comitato, che all'interno dell'ATS di Brescia si riunisce 4/5 volte l'anno, ha, tra le sue funzioni, la definizione di accordi aziendali.

Comitato Aziendale della Medicina Generale

All'interno dell'ATS di Brescia è istituito il Comitato Aziendale della Medicina Generale composto da Rappresentanti dell'Agenzia e delle organizzazioni sindacali aventi diritto.

Conferenza dei Sindaci

La Conferenza dei Sindaci è composta dai sindaci dei comuni compresi nel territorio della ATS; rappresenta un interlocutore importante nella misura in cui promuove l'integrazione tra funzione sociale e le prestazioni dell'offerta sanitaria e sociosanitaria, promuove il collegamento tra tutti gli attori territoriali e partecipa alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza della ATS con particolare riferimento a quelli relativi alle ASST. Per l'esercizio delle sue funzioni la _eletto dalla conferenza stessa.

Comitato Locale Percorso Nascita

Alla luce della riorganizzazione conseguente alla LR. n. 23/2015 e delle prescrizioni della DGR 4702/2015 (Determinazioni in Ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2016) con decreto n. 70 del 25/02/2016 è stato costituito il Comitato Locale Percorso Nascita con rappresentanti di tutte le tipologie professionali coinvolte nel processo assistenziale, territoriale e ospedaliero, di gravidanza / parto / nascita delle ASST e delle Strutture Sanitarie con Punti Nascita, rappresentanti della Direzione di ATS e ASST, nonché i Direttori dei Dipartimenti Materno Infantile (DMI) ed una rappresentante dei PLS. Con successivo Decreto n. 115 del 23/03/2016 la composizione del Comitato è stata riaggiornata con avvicendamento di alcuni componenti e con l'inserimento, per ATS di Brescia, del Responsabile U.O. Famiglia, Infanzia, Età Evolutiva, del Direttore del Servizio Analisi Gestionale ed Epidemiologica per la Valutazione e il Controllo strategico dell'organizzazione sanitaria e del Responsabile dell'U.O. Osservatorio Epidemiologico.

Tra le attività del Comitato, in riferimento all'ambito preventivo ed in relazione agli obiettivi di "Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita" (D.G.R. 3654/2015 "PRP 2015 – 2018", Programma n. 3), nel corso del 2017 si è provveduto all'aggiornamento della Carta dei Servizi, pubblicata sul sito ATS, alla ridefinizione delle modalità di rilevazione dati dei Progetti "Sostegno all'allattamento materno" dei Punti Nascita e "A casa dopo il parto" di tutti i Consulenti Familiari pubblici e privati.

Per il 2018 gli obiettivi di lavoro del Comitato sono:

1. Prosecuzione e monitoraggio del progetto "Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno"

2. Implementazione e monitoraggio del progetto " A casa dopo il parto" che prevede il monitoraggio dell'allattamento al seno al momento dell'accesso in Consultorio e gli interventi di sostegno alla madre.
3. Aggiornamento della Carta dei Servizi con i dati di attività dei Punti Nascita per l'anno 2017 e con l'eventuale variazione delle modalità organizzative e strutturali di ogni struttura al fine di favorire il rapporto tra madre e neonato. La Carta dei servizi aggiornata viene pubblicata sul sito dell'ATS con la traduzione in alcune lingue straniere tra le più diffuse tra le partorienti.
4. Monitoraggio del Progetto di prevenzione alla depressione perinatale con attività di screening rivolta alle donne in gravidanza.
5. Predisposizione di progetti per la fragilità materna e genitoriale da parte delle ASST entro aprile 2018.
6. Distribuzione del libretto sanitario dell'età evolutiva a tutti i neonati residenti nel territorio di ATS, contenente informazioni per la prevenzione e la salute del bambino, evidenziando i comportamenti adeguati di cura, la scheda vaccinale, i referti delle visite pediatriche presso le strutture ospedaliere e quelli del PLS, oltre agli interventi degli operatori consultoriali.

Tavolo di partecipazione dei soggetti del Terzo settore

Con decreto n. 509 del 16.12.2016 è stato istituito il Tavolo di partecipazione dei soggetti del Terzo Settore presso l'A.T.S. di Brescia e il regolamento di funzionamento del medesimo.

Il Tavolo ha come principale obiettivo la promozione della partecipazione dei soggetti del Terzo settore:

- alla programmazione, progettazione e realizzazione a livello locale, della rete delle unità di offerta sociosanitarie e sociali;
- alla realizzazione di sperimentazioni nell'ambito della rete sociosanitaria;
- all'individuazione di servizi innovativi e di nuovi modelli gestionali e sperimentali nell'ambito della rete sociosanitaria e sociale in accordo con i comuni/Ambiti al fine di rispondere ai bisogni del territorio;
- all'esercizio del proprio ruolo, conformemente all'art. 3 dello Statuto regionale, di tutela, interpretazione e espressione sia dei bisogni sociali che delle risorse locali e di promozione della coesione sociale dei territori;
- all'istituzione, presso gli uffici preposti, degli uffici di pubblica tutela e delle strutture finalizzate a promuovere o favorire i procedimenti per il riconoscimento degli strumenti di tutela delle persone incapaci, nonché dell'amministratore di sostegno, istituito con deliberazione D.G. n. 410 del 22.07.2008 ai sensi della L.R. 3 del 12.03.2008;

Il regolamento di funzionamento del Tavolo prevede l'articolazione del medesimo in tavoli tematici istituiti per le aree disabilità, minori e famiglie, anziani, grave emarginazione e povertà, immigrazione, dipendenze e salute mentale. I tavoli tematici sviluppano le tematiche presenti nelle singole aree: bisogni espressi ed emergenti, rete di risposte ed unità d'offerta, programmazione e progettazione di interventi e servizi, integrazione tra sistema socio sanitario e sistema sociale, contributo del terzo settore.

Il raccordo con il Tavolo di partecipazione dei soggetti del Terzo Settore, ed in particolare con i tavoli tematici, rappresenta un'opportunità di sviluppo di collaborazioni, sia in integrazione che in rete, per lo sviluppo e, soprattutto, la sostenibilità nel tempo degli interventi di Promozione della salute.

ACCORDI DI COLLABORAZIONE ATTIVI

Protocollo con Ufficio Scolastico Territoriale

Con Deliberazione n. 731 del 20.12.2016, l'allora ASL di Brescia ha recepito il "Protocollo di intesa per la realizzazione di interventi di educazione alla salute nelle scuole di ogni ordine e grado del territorio dell'ASL di Brescia" siglato con l'Ufficio Scolastico Territoriale (UST) di Brescia. Da questo protocollo deriva lo sviluppo della rete SPS ed il suo sostegno nel tempo, le collaborazioni per la promozione dei programmi regionali LST Program ed Unplugged, per lo sviluppo della rete della

peer education nonché tutte le proposte formative di ATS rivolte al contesto scolastico già nelle fasi di progettazione. L'UST collabora, dal 2016, anche alla realizzazione del monitoraggio annuale delle iniziative svolte da tutte le scuole in tema di alimentazione, attività fisica e tabagismo.

Protocollo nati per leggere

Considerando che Regione Lombardia promuove la diffusione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute adottando strategie di prevenzione e promozione della salute integrate, multicomponente, intersettoriali e mediante un approccio per setting e ciclo di vita, che sostengono azioni e programmi fondati su evidenze di efficacia, il 2 agosto 2016 la Giunta Regionale Lombardia ha approvato il Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia, Centro per la salute del bambino e Comitato Italiano Unicef, finalizzato alla promozione delle competenze genitoriali attraverso la diffusione del Programma Nati per Leggere e il Progetto Baby Pit Stop.

Alla luce di questo protocollo, è nata una collaborazione con la Rete bibliotecaria bresciana finalizzata, da un lato, a diffondere sul territorio dell'ATS di Brescia la cultura della promozione, sostegno e tutela dell'allattamento materno e, dall'altro, la promozione della lettura in famiglia sin dalla nascita.

Accordo per progetto con “Meno Sale nel pane c'è più gusto... e guadagni in salute”

Per sviluppare il progetto “Con meno sale nel pane...c'è più gusto e guadagni in salute” sul territorio dell'ATS di Brescia, sono state inizialmente coinvolte le associazioni firmatarie dell'accordo attive a livello locale.

La collaborazione non è però stata produttiva e, nonostante i numerosi incontri e confronti per individuare le modalità più opportune di coinvolgimento dei panificatori, le associazioni hanno faticato a promuovere il progetto adducendo difficoltà da parte dei panificatori stessi.

La continuazione della promozione del progetto a livello locale è quindi passata attraverso le Amministrazioni Comunali che, in collaborazione con gli operatori ATS, hanno organizzato e realizzato incontri per far conoscere il progetto e promuovere l'adesione dei panificatori. La scelta si è dimostrata positiva e quindi una strada, tra altre, da tenere attiva anche per il futuro.

Accordo di collaborazione con le Amministrazioni Comunali per lo sviluppo del progetto “Salute in Comune”

Seguendo l'orientamento generale per la programmazione degli interventi di Promozione della Salute che prevede di valorizzare il ruolo preminente degli Enti Locali, garantendo la partecipazione attiva della comunità ai processi decisionali e riservando ai servizi sanitari le funzioni di proposta, supporto e consulenza tecnica, l'ATS di Brescia ha promosso sul proprio territorio il progetto “Salute in Comune” finalizzato a far sì che le Amministrazioni Comunali, in seguito alla definizione del proprio profilo di comunità, stendano un Piano Comunale Triennale per la Promozione della Salute.

L'adesione al progetto richiede la sigla di un accordo di collaborazione tra ATS e Amministrazione Comunale.

Al 31/12/2017, 33 Amministrazioni Comunali hanno siglato l'accordo di collaborazione e iniziato a lavorare per definire il proprio profilo di salute e il proprio piano comunale.

L'ATS di Brescia, come previsto dall'accordo di collaborazione, svolge una funzione di supporto alle Amministrazioni Comunali attraverso incontri di presentazione del progetto con i referenti politici delle Amministrazioni Comunali, il sostegno ai Referenti Comunali nella fase di definizione del profilo di salute e di stesura del Piano Comunale per la Promozione della Salute, realizzazione di percorsi formativi rivolti ai Referenti Comunali, monitoraggio delle diverse fasi del progetto, aggiornamento del sito dedicato «www.saluteincomune.net».

Accordo di partnership con Fondazione Cogeme Onlus

Considerando che rientra nelle *mission* sia dell'ATS di Brescia sia di Fondazione COGEME Onlus promuovere processi finalizzati a sostenere la salute e il benessere dei cittadini e che la realizzazione del progetto “Salute in Comune” da parte Amministrazioni Comunali consente di promuovere salute e benessere nei cittadini, è stato siglato, a fine 2016, un accordo di partnership

tra ATS di Brescia e Fondazione Cogeme Onlus finalizzato a sostenere le Amministrazioni Comunali nello sviluppo del progetto e a proporre e sostenere la realizzazione di progetti sovracomunali.

Accordo di collaborazione con l'Associazione CorriXBrescia e il Comune di Brescia

A partire dal 2014 viene siglato annualmente un accordo di collaborazione tra l'ATS di Brescia, il Comune di Brescia e l'Associazione Sportiva Dilettantistica CorriXBrescia per la realizzazione dell'iniziativa CorriXBrescia, finalizzata a promuovere stili di vita che possono migliorare la qualità di vita e di salute dei cittadini.

Protocollo d'intesa per la realizzazione di attività progettuali in tema di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentale con ASST

In linea con quanto previsto dalla D.G.R. n. X/3564 del 05.06.2015 di approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2015 – 2018 che promuove l'integrazione funzionale, intersettoriale ed interistituzionale tra tutti i sottosistemi del Servizio Sociosanitario ed in particolare l'integrazione territoriale, indispensabile per la programmazione delle attività di promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentale nonché il conseguente lavoro di rete tra operatori, alla fine del 2016 è stato siglato un protocollo di intesa tra ATS Brescia e le tre ASST ubicate sul territorio dell'ATS finalizzato a consentire una definizione partecipata della pianificazione e della progettazione delle attività di promozione della salute coerenti con le indicazioni Regionali.

Raccordo con i Centri per il Trattamento del Tabagismo

Continua il raccordo con i Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) per l'invio di soggetti fumatori che, "individuati" attraverso il *Minimal Advice* nei Consultori e nelle sedi vaccinali e certificative, dichiarano di essere intenzionati a smettere di fumare.

A queste persone vengono offerte due opportunità:

1. una volta informati sui Centri per il Trattamento del Tabagismo presenti nel territorio dell'ATS di Brescia, le persone scelgono di rivolgersi autonomamente
2. le persone chiedono di essere contattate dai Centri per il Trattamento del Tabagismo. In questo secondo caso, attraverso un sistema informativo, il nominativo della persona viene dato agli operatori del CTT che la contattano.
- 3.

Il rapporto tra l'U.O.D. Promozione della salute e l'U.O. Comunicazione dell'ATS di Brescia è continuato in modo intenso anche nel 2017.

Sono proseguite le attività di revisione dei tradizionali strumenti di comunicazione utilizzati per promuovere valori e comportamenti salutari nei cittadini (opuscoli, locandine, pubblicazioni,...). Al termine di un percorso formativo sul campo si è ipotizzata la stesura, nel 2018, di un opuscolo destinato nello specifico al contesto scolastico individuato come setting particolare per veicolare programmi improntati al Modello di Scuole che promuovono Salute.

Inoltre, sempre nell'ottica di ottimizzare l'impatto comunicativo e facendo tesoro di una specifica competenza presente all'interno del gruppo di lavoro dell'U.O. Educazione alla Salute, sono stati prodotti videofilmati utilizzati per promuovere programmi specifici piuttosto che come strumenti di approfondimento e di lavoro in percorsi formativi che vedono coinvolti destinatari diversificati e stakeholder territoriali.

Infine sono proseguite le attività di revisione e implementazione dei due siti attivi, Giovaninweb e Salute in Comune.

Nel corso del 2017, proseguendo un percorso a lungo termine già attivato nel 2016, tutta l'equipe è stata coinvolta nel percorso formativo dal titolo "*I Programmi di Promozione della Salute e Prevenzione dei fattori di rischio comportamentale nella cornice del Piano Regionale Prevenzione 2015-2018*" volto ad affinare strumenti e strategie per la messa a sistema di quanto previsto dal Piano Regionale Prevenzione in coerenza con le indicazioni metodologiche e di processo.

Inoltre tutti gli operatori sono stati coinvolti nel percorso formativo "*La rendicontazione delle attività di Promozione della salute nel sistema regionale ProSa*". Il percorso è stato strutturato poiché uno dei capisaldi non solo delle attività di promozione della salute, ma della programmazione sanitaria in generale, è il concetto di *accountability*, intesa come la necessità, e conseguentemente la capacità, di "rendere conto" di ciò che è stato fatto, nell'ottica di renderlo riconoscibile, ma soprattutto di inserirlo in un processo virtuoso di valutazione di efficacia e di qualità.

Il percorso ha permesso di acquisire e/o affinare le competenze utili all'utilizzo della banca dati Regionale ProSa nell'ottica sia della *capacity building* che dell'*accountability*.

Per affinare le competenze nell'utilizzo dei sistemi informativi, nel 2017 è stato realizzato anche un corso volto a favorire e facilitare l'acquisizione di conoscenze per l'utilizzo del sistema *excell* avanzato.

Inoltre gli operatori hanno partecipato a percorsi formativi promossi da Regione Lombardia e/o da altri soggetti formatori per approfondire alcune tematiche e dotarsi di strumenti per la realizzazione di interventi efficaci sul territorio.

Prosegue nel 2018 lo sviluppo dei percorsi intrapresi.

Promozione di stili di vita favorevoli alla salute e prevenzione fattori di rischio comportamentali negli ambienti di lavoro

BREVE DESCRIZIONE

Il programma trova fondamento nei dati epidemiologici dai quali emerge che i tumori e le patologie del sistema circolatorio causano da sole i 2/3 di tutte le morti e dai dati di governo clinico dei Medici di Medicina Generale dai quali si evince che dal 2009 al 2017 si è registrato:

- un aumento consistente degli assistiti identificati come diabetici (da 6,1% a 7,8%)
- un aumento degli assistiti ipertesi (dal 20,6% al 26,5%), anche se con una certa stabilità nella percentuale di “nuove diagnosi” (diagnosi effettuate negli ultimi 12 mesi)
- una sostanziale stabilità, pur con alcune fluttuazioni, della percentuale di assistiti con dislipidemia
- la prevalenza di BPCO si è ormai stabilizzata su valori vicini al 2.6%..

Il programma è finalizzato a creare una rete di aziende che si impegnano a costruire un contesto lavorativo che favorisce l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute, nel proprio interesse e nell'interesse dei lavoratori e della collettività attivando interventi che contribuiscono a rendere il luogo di lavoro un ambiente “favorevole alla salute” quali: il miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro in termini di incremento delle opportunità per l'adozione di scelte comportamentali salutari, l'incoraggiamento del personale a partecipare ad attività salutari e alla crescita personale; l'affermarsi di politiche di conciliazione famiglia – lavoro nonché, per quanto riguarda la prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze d'abuso, lo sviluppo nei diversi contesti di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi, con particolare riferimento alla riduzione della condizione “tolleranza disfunzionale”.

OBIETTIVI SPECIFICI LOCALI

- Promuovere cambiamenti organizzativi nei luoghi di lavoro al fine di incrementare determinanti di salute e ridurre fattori di rischio
- Sostenere processi di rete, lo sviluppo di percorsi di responsabilità sociale e promuovere l'adesione delle Imprese/Enti alla Rete regionale WHP (finalizzati alla stabilizzazione dei cambiamenti organizzativi e allo sviluppo di *capacity building* delle Imprese in tema di “salute”) e alle Reti di conciliazione

INDICATORI

- N. aziende aderenti programma WHP 2018/N. aziende aderenti programma WHP 2017
- N. lavoratori coinvolti nel programma WHP/N. lavoratori presenti sul territorio
- N. aziende WHP 2018 con pratiche raccomandate su alimentazione/N. aziende WHP 2017 con pratiche raccomandate su alimentazione
- N. aziende WHP 2018 con pratiche raccomandate su attività fisica/N. aziende WHP 2017 con pratiche raccomandate su attività fisica
- N. aziende WHP 2018 con pratiche raccomandate su tabagismo/N. aziende WHP 2017 con pratiche raccomandate su tabagismo
- N. aziende WHP 2018 con pratiche raccomandate su alcool/N. aziende WHP 2017 con pratiche raccomandate su alcool
- N. mense “aziendali” con pane a basso contenuto di sale (da capitolato)/N. mense aziendali del territorio
- N. mense aziendali con sale iodato (in sostituzione)/N. mense aziendali del territorio
- N. mense aziendale con capitolato e menù orientato a scelte salutari/N. tot mense aziendali del territorio
- N. destinatari finali di interventi di sensibilizzazione, informazione, formazione e prevenzione GAP coinvolti nel 2017/N. destinatari finali interventi sensibilizzazione, informazione, formazione e prevenzione GAP coinvolti nel 2016

- N. aziende aderenti alle Reti Territoriali di Conciliazione 2018/N. aziende aderenti alle Reti Territoriali di Conciliazione 2017

RISORSE PROFESSIONALI E TECNICHE

Il programma, proposto su tutto il territorio dell'ATS di Brescia e sviluppato con coloro che decideranno di partecipare, verrà realizzato da personale afferente all'U.O.D Promozione della Salute (con funzione differenziata di coordinamento della rete e di supporto alle aziende) in raccordo con l'Associazione Industriale Bresciana, in qualità di partner attivo nella realizzazione del programma e l'U.O. Programmazione socio-sanitaria e sociale integrata nonché con il possibile coinvolgimento di Enti/Agenzie territoriali in rete e le ASST.

INTERVENTO 1

Titolo: La rete delle aziende che promuovono salute

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D Promozione della Salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento organizzativo

Breve descrizione: sono previsti incontri di presentazione del programma nelle aziende del territorio, con i Medici Competenti e con le Amministrazioni Comunali al fine di divulgare maggiormente il WHP su tutto il territorio; azioni di supporto e sostegno con le aziende per sostenerle a promuovere azioni nelle aree coinvolte nella prevenzione delle Malattie Croniche Non Degenerative, tavoli di confronto tra aziende su tematiche specifiche in collaborazione con le ASST (alimentazione, attività fisica, alcol, tabagismo, gioco d'azzardo patologico, prevenzione delle MTS, ...); gruppi di lavoro con i Medici Competenti delle aziende aderenti per individuare e condividere strumenti di valutazione dell'efficacia delle azioni messe in atto, collegamenti con le Reti di conciliazione.

Dal canto loro, le aziende aderenti, avvieranno azioni efficaci e sostenibili su tematiche prioritarie da loro individuate. Inoltre nelle aziende aderenti alla rete verranno individuate modalità più opportune per diffondere informazioni e per attivare percorsi volti alla sensibilizzazione in tema di GAP.

Target prevalente: Lavoratori

Copertura territoriale: L'intervento verrà promosso nelle aziende del territorio di tutta l'ATS, con particolare attenzione all'area geografica nella quale sono presenti in misura minore aziende aderenti alla rete WHP.

Soggetti esterni coinvolti: L'Associazione Industriale Bresciana sarà coinvolta in tutte le fasi di realizzazione dell'intervento. Si ipotizza un coinvolgimento delle Amministrazioni Comunali finalizzato a far sì che promuovano nelle aziende dei loro comuni il progetto WHP e delle ASST per la promozione dei servizi.

INTERVENTO 2

Titolo: Le reti di conciliazione

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O. Promozione della Salute Coordinamento Area dell'Integrazione Sociale – Direzione Sociosanitaria,

Tipologia: Intervento organizzativo

Breve descrizione: In riferimento alla DGR 5969/16 verrà attuato il Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018, in particolare per la realizzazione dell'Azione di Sistema e proseguirà il lavoro delle Alleanze locali di conciliazione, promuovendo nuove adesioni da parte delle imprese profit e no profit, con particolare attenzione alle MPMI, delle Aziende di cura pubbliche e private (es. RSA) e delle ASST. Proseguirà il lavoro di raccordo con gli Ambiti distrettuali di ATS Brescia. Verranno definite modalità appropriate per favorire l'integrazione con la Rete WHP al fine di ampliare e consolidare le politiche di conciliazione vita-lavoro a livello territoriale e all'interno dei Piani di Zona. Verranno previsti interventi in stretto raccordo tra le articolazioni dell'Agenzia interessate (U.O. Promozione Salute e Coordinamento Area dell'Integrazione Sociale), finalizzati a favorire l'adesione delle aziende ad entrambe le Reti.

Target prevalente: Lavoratori, dipendenti dalle imprese aderenti alla rete territoriale

Copertura territoriale: Le Alleanze locali attualmente coinvolgono 12 Ambiti distrettuali; si proseguirà, potenzierà e consoliderà il lavoro di raccordo con gli Ambiti Distrettuali, in particolare con i neo-aderenti (Ambito di Valle Trompia e Ambito di Valle Sabbia).

Soggetti esterni coinvolti: Il Consiglio di Rappresentanza dei sindaci presso l'ATS di Brescia, i responsabili degli Uffici di Piano degli Ambiti distrettuali e il Comitato di Programmazione, Valutazione e Monitoraggio in tema di conciliazione vita-lavoro.

BREVE DESCRIZIONE

Il programma viene sviluppato a partire da quanto emerso dalla indagine campionaria Okkio alla Salute in merito ad alimentazione e attività fisica dalla quale emerge come, in questi anni, siano rilevanti nella popolazione giovanile i problemi legati a cattive abitudini alimentari e alla pratica di stili di vita poco sani e dai dati prodotti dall'indagine HBSC 2014 i quali evidenziano, per quanto riguarda l'abitudine al fumo, un incremento al crescere dell'età: dall'1,2% degli undicenni che dichiara di fumare, si passa al 9,2% dei tredicenni e al 28,6% dei quindicenni. La percentuale che dichiara di fumare una o più sigarette al giorno passa dallo 0,3% degli undicenni al 1,9% dei tredicenni ed al 13,6% dei quindicenni. Per quanto riguarda l'alcol, lo 0,9% degli undicenni, il 3,6% dei tredicenni ed il 20,9% dei quindicenni dichiara di essersi ubriacato almeno 2 volte nella vita. I maschi sopravanzano le femmine per uso di alcol in tutte le fasce d'età e per i diversi stili di consumo: un dato per tutti è riferito a più di due episodi di ubriacatura nella vita dove si evidenzia che è depresso dall'1,3% degli undicenni e dallo 0,5% delle ragazze, dal 4,4% dei tredicenni nei confronti del 2,8% delle coetanee, dall'8,4% dei quindicenni e dal 6,6% delle coetanee.

Un cenno al consumo di cannabis, indagato solo nella fascia dei quindicenni: il 26,2% dei ragazzi e il 20% delle ragazze ha fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita.

Il programma contempla una serie di interventi *evidence based* volti a promuovere nelle scuole cambiamenti organizzativi al fine di incrementare i determinanti di salute, ridurre i fattori di rischio di tutti i soggetti in campo e promuovere stili di vita favorevoli alla salute.

Il programma contempla una serie di interventi *evidence based* volti a promuovere nelle scuole cambiamenti organizzativi ed interventi formativi, al fine di incrementare i determinanti di salute, ridurre i fattori di rischio di tutti i soggetti in campo e promuovere stili di vita favorevoli alla salute.

OBIETTIVI SPECIFICI LOCALI

- Sostenere processi di rete e promuovere l'adesione delle scuole alla Rete regionale SPS (quale strumento di diffusione del modello di approccio integrato e stabilizzazione dei cambiamenti organizzativi)
- Promuovere cambiamenti organizzativi nelle scuole al fine di incrementare determinanti di salute e ridurre fattori di rischio
- Sviluppare programmi regionali di formazione degli insegnanti

INDICATORI

- N. istituti scolastici aderenti alla rete SPS 2018-19/N. istituti scolastici aderenti 2017-18
- N. istituti scolastici SPS con mensa con pane a basso contenuto di sale (da capitolato)/N. istituti scolastici SPS con mensa del territorio
- N. istituti scolastici SPS con mensa con sale iodato (da capitolato)/N. istituti scolastici SPS con mensa del territorio
- n. istituti scolastici SPS con mensa con capitolato e menù orientato a scelte salutari/N. istituti scolastici con mensa del territorio
- N. scuole primarie che propongono "stabilmente" spuntino salutare/Tot. scuole primarie
- N. istituti scolastici SPS con capitolato *vending* orientato a scelte salutari/Tot. istituti scolastici con *vending*
- N. Istituti Comprensivi SPS con policy formalizzate su fumo di tabacco
- N. plessi scuola primaria con pedibus/N. totale plessi scuola primaria del territorio
- N. studenti 6-10 anni che partecipano al pedibus/N. totale studenti 6-10 anni del territorio
- N. I.C. partecipanti al *Life Skills Training* nell'a.s. 2018-19/N. I.C. partecipanti nell'a.s. 2017-18
- N. I.C. che proseguono nell'attuazione del programma *Life Skills Training* dopo la conclusione del primo triennio/N. I.C. che hanno concluso il triennio di sperimentazione nell' a.s. 2017-18 \geq 75%

- N. classi che concludono correttamente lo specifico livello/n. classi aderenti al programma Life Skills Training > 90%
- N. docenti formati coinvolti nel programma negli I.C. in cui si realizza il programma Life Skills Training/Totale docenti degli I.C. partecipanti al programma $\geq 30\%$
- N. I.C. partecipanti a percorsi di sviluppo LS in tema di affettività e sessualità nell'a.s. 2018-19/N. I.C. partecipanti nell'a.s. 2017-18
- N. I.C. partecipanti a percorsi di sviluppo LS nella scuola primaria nell'a.s. 2018-19/N. I.C. partecipanti nell'a.s. 2017-18
- N. Istituti Scolastici partecipanti al programma Unplugged A.S. 2018-19 > N. I.S. partecipanti a.s. 2017-18
- N. I.I.S. che proseguono nell'attuazione del programma Unplugged nell'a.s. 2018-19 /N. I.I.S. che hanno realizzato il programma nell'a.s. 2017-18
- N. classi che concludono correttamente il programma Unplugged/N. classi che aderiscono al programma
- N. docenti formati coinvolti nel programma Unplugged negli istituti in cui si realizza il programma/Totale docenti degli istituti che partecipano al programma
- N. I.I.S. che promuovono percorsi di *peer education* nell'a.s. 2018-19 /N. I.I.S. che hanno promosso percorsi di *peer education* nell'a.s. 2017-18
- N. destinatari finali di interventi di sensibilizzazione, informazione, formazione e prevenzione gap coinvolti nel 20176/N. destinatari finali interventi sensibilizzazione, informazione, formazione e prevenzione gap coinvolti nel 2018

RISORSE PROFESSIONALI E TECNICHE

Il programma, proposto su tutto il territorio dell'ATS di Brescia e realizzato con coloro che esprimeranno interesse ai diversi interventi proposti, verrà realizzato dall'U.O. Educazione alla Salute, con il coinvolgimento del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, degli assetti della Direzione Sociosanitaria e con il concorso di risorse esterne, afferenti alle ASST secondo quanto definito dallo specifico protocollo d'intesa, ed afferenti a diversificati enti erogatori presenti sul territorio, secondo modalità in rete.

INTERVENTO 1

Titolo: Scuole che promuovono salute

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della salute

Tipologia: Organizzativo

Breve descrizione: Obiettivo dell'intervento è di incrementare il numero delle scuole aderenti alla rete delle Scuole che Promuovono Salute (SPS) e di promuovere, nella programmazione ordinaria delle scuole, azioni e iniziative finalizzate alla promozione della salute di tutti i soggetti in campo (studenti, docenti, personale non docente, dirigenza, famiglie, fornitori ecc.).

Per il raggiungimento dell'obiettivo verranno consolidate, in collaborazione con l'UST, attività di programmazione finalizzate allo sviluppo della Rete locale e alla partecipazione alla rete regionale. Compito specifico dell'ATS sarà di fornire consulenza, supporto e proposte operative alle scuole aderenti alla rete, affinché attivino e consolidino nella propria realtà progettualità e interventi *evidence based*.

Target prevalente: Popolazione scolastica (studenti, personale docente e non docente)

Copertura territoriale: L'intervento verrà promosso su tutto il territorio dell'ATS e realizzato con coloro che esprimeranno interesse

Soggetti esterni coinvolti: Ufficio Scolastico Territoriale di Brescia e Rete SPS (in particolare la Scuola capofila della rete territoriale) nella progettazione e nella realizzazione dell'intervento.

INTERVENTO 2

Titolo: Mensa e spuntino salutare

Tipologia: Intervento organizzativo – Intervento formativo

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della salute, Direzione Sociosanitaria

Breve descrizione: La scarsa propensione dei bambini per la frutta e la verdura, alimenti fortemente raccomandati (almeno 5 porzioni fra frutta e verdura al giorno) per il loro valore nutritivo ed effetto protettivo, impegna le agenzie educative a individuare azioni che consentono di ottenere dei cambiamenti graduali, ma permanenti, delle abitudini alimentari e della giornata alimentare.

La Scuola è chiamata a una specifica assunzione di responsabilità in tema di prevenzione dell'obesità e del sovrappeso, introducendo nel programma curricolare parti dedicate all'alimentazione e all'attività fisica e favorendo il coinvolgimento dei genitori. Tali interventi si devono calare tuttavia in un contesto strutturale orientato alla sana alimentazione, includendo sia un servizio di ristorazione con scelte alternative salutari⁶, sia la possibilità di rendere disponibili spuntini salutari. La predisposizione di menù equilibrati dal punto di vista calorico e nutrizionale, che tengano conto della varietà, della produzione stagionale e locale, l'offerta di alimenti "critici" quali verdure, legumi e frutta in un contesto diverso da quello familiare, possono stimolare la curiosità alimentare del bambino e orientare il gusto verso abitudini alimentari corrette, favorendo nel contempo l'arricchimento del modello alimentare casalingo di nuovi sapori, gusti ed esperienze alimentari.

Sul territorio, anche in relazione ai diversi gradi di scuole, sono presenti esperienze, riguardo alla ristorazione scolastica, diversificate: in alcuni casi, i più, la ristorazione viene aggiudicata a seguito di gara d'appalto, in altri i cibi vengono preparati con una gestione culinaria in loco e, in mancanza di dietiste o tecnici nutrizionisti, viene affidato alle cuoche l'incarico di strutturare il menù, così come di suggerire migliorie o apportare modifiche.

L'intervento si propone di aumentare il numero delle scuole che offrono la merenda salutare e menù orientati a scelte salutari nelle loro mense (proposta di frutta e verdura, pane a ridotto contenuto di sale e sale iodato).

A partire dall'analisi delle informazioni raccolte attraverso una apposita indagine condotta, nell'anno scolastico 2016/2017, in tutte le scuole ubicate sul territorio dell'ATS di Brescia, l'intervento si svilupperà lungo due linee di lavoro a seconda che sia presente l'appalto per la fornitura dei cibi piuttosto che il confezionamento in loco. Nello sviluppo del lavoro, destinato a tutte le scuole interessate in relazione alla fascia d'età degli studenti, una particolare attenzione verrà riservata alle scuole aderenti alla rete SPS.

Nel caso di scuole in cui il pasto in mensa viene fornito a seguito di appalto e dove non sia già in atto un percorso virtuoso, l'attenzione si focalizzerà sulle Amministrazioni locali di riferimento, a partire, in primo luogo, dai Comuni aderenti al progetto "Salute in comune". Sono previste azioni di sensibilizzazione rivolte agli Amministratori Locali, mirate a far sì che nella stipula dei capitolati d'appalto per la ristorazione scolastica si faccia riferimento alle Linee guida del Ministero della Salute e vengano individuate strategie sostenibili per aumentare l'offerta di alimenti salutari durante la ricreazione.

Nel caso invece di scuole con preparazione di pasti in loco, che sono essenzialmente scuole dell'infanzia e/o primarie, si intende fare tesoro di un'esperienza significativa sperimentata nel 2017 su un territorio specifico, estendendo l'esperienza a tutto il territorio di ATS.

Nel 2017 su proposta di ATS di Brescia, che ha mantenuto il ruolo di regia e di supporto, condivisa con l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) del Garda, che ha anche messo a disposizione propri operatori, è stato realizzato un corso di formazione per operatori di mense delle scuole dell'infanzia e delle scuole primarie ubicate nel territorio del Distretto di Programmazione n. 3, allo scopo di favorire e facilitare nei medesimi l'acquisizione di competenze e capacità tecniche utili alla formulazione dei menù e alla preparazione e distribuzione del pasto all'interno della propria realtà lavorativa, secondo le nuove linee guida della refezione scolastica emanate nel 2017 dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria dell'ATS di Brescia. I risultati conseguiti dall'iniziativa sono andati ben oltre le aspettative: gli operatori delle mense coinvolti hanno colto appieno il senso del lavoro e l'opportunità per affrontare anche tematiche legate alla possibilità di rendere più "appetibili" i pranzi salutari nonché la focalizzazione sullo spreco alimentare, sia in termini etici che educativi.

⁶ Interventi per alimentazione e attività fisica: cosa funziona – DORS <http://www.dors.it/tipologie.php?tipocont=B03&idtema=2>

Nel 2018 si intende proporre la realizzazione del medesimo corso nelle scuole dell'infanzia e primarie ubicate nel territorio dei Distretti di Programmazione n. 1 e n. 2, in collaborazione con le ASST Spedali Civili e Franciacorta

Nello sviluppo di entrambi questi filoni di lavoro, verranno svolte anche azioni di sostegno ai Dirigenti Scolastici delle scuole interessate, affinché scelgano di inserire o mantenere la pratica dell'offerta dello spuntino salutare a scuola.

A rafforzamento delle azioni di sistema sono previsti percorsi formativi (vedi intervento n.4 "Promozione di abilità di vita nell'ambito della sana alimentazione") volti a incrementare la conoscenza e lo sviluppo di una corretta alimentazione e ad aumentare, al contempo, l'attenzione dei genitori sull'importanza del consumo di frutta e verdura in età evolutiva.

Target prevalente: Alunni fascia d'età 3 - 5, studenti fascia d'età 6 -10, studenti fascia d'età 11-13

Copertura territoriale: L'intervento verrà promosso agli Amministratori Locali, Dirigenti Scolastici del territorio di tutta l'ATS; nelle scuole che mostreranno interesse del territorio dei Distretti di Programmazione n. 1 e n. 2 per quanto attiene alla formazione dei cuochi

Soggetti esterni coinvolti: Amministratori Locali; Dirigenti scolastici, ASST per la realizzazione dei percorsi riservati ai cuochi nei rispettivi territori

INTERVENTO 3

Titolo: Snack consapevoli

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento organizzativo. Intervento formativo

Breve descrizione: Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca suggerisce di disincentivare, nelle Scuole di ogni ordine e grado, la somministrazione di alimenti e bevande contenenti un elevato apporto totale di lipidi per porzione, grassi idrogenati (fonte di acidi grassi trans), alto contenuto di sodio, nitriti o nitrati utilizzati come additivi, coloranti azoici, zuccheri semplici aggiunti e dolcificanti, bevande ad elevato contenuto di sostanze nervine eccitanti (teina, caffeina, taurina e similari); di incentivare l'offerta di prodotti specifici per chi è affetto da celiachia, nonché di favorire il consumo consapevole dei prodotti ortofrutticoli.⁷

L'intervento si muove lungo due linee di lavoro: da un lato ci si propone di condividere con i Dirigenti Scolastici, sia degli Istituti Comprensivi sia delle Scuole Secondarie di secondo grado, le indicazioni, predisposte dall'ATS di Brescia, per la stesura dei capitolati d'appalto per la distribuzione automatica, affinché i capitolati vengano rinnovati alla luce delle indicazioni fornite. Dall'altro lato ci si propone di promuovere negli studenti delle Scuole Secondarie di secondo grado atteggiamenti più consapevoli verso la necessità di adottare corrette abitudini alimentari nella scelta degli spuntini.

Per raggiungere tali obiettivi operativi verranno organizzati incontri con le Amministrazioni Scolastiche, di condivisione delle "Linee di indirizzo per i capitolati d'appalto per la distribuzione automatica di prodotti alimentari" e proseguiranno i percorsi educativi con gli studenti condotti con la metodologia della *peer education*.

Target prevalente: Adolescenti 14-18 anni, docenti

Copertura territoriale: L'intervento verrà promosso nelle scuole del territorio di tutta l'ATS per i gradi d'istruzione inferiore e realizzato con coloro che esprimeranno interesse.

Per quanto attiene alle scuole secondarie di secondo grado la proposta viene effettuata all'interno delle scuole che aderiscono alla rete della *peer education*.

Soggetti esterni coinvolti: Ufficio Scolastico Territoriale di Brescia per la realizzazione degli incontri con i Dirigenti Scolastici e con le Amministrazioni scolastiche; assetti afferenti alle ASST secondo quanto definito dallo specifico protocollo d'intesa e afferenti a diversificati enti erogatori presenti sul territorio, secondo modalità in rete, per lo sviluppo delle azioni di *peer education*.

INTERVENTO 4

⁷ Linee guida per l'educazione alimentare 2015 – Ministero della Salute, dell'Università e della ricerca

Titolo: Promozione di abilità di vita nell'ambito della sana alimentazione

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della salute; Direzione sociosanitaria

Tipologia: Intervento formativo

Breve descrizione: La scuola è chiamata a sviluppare negli studenti conoscenze, atteggiamenti e comportamenti orientati al mantenimento e sviluppo di un adeguato benessere psicofisico. In tal senso, alla luce dei dati sopra riportati in tema di alimentazione in età evolutiva, la scuola non può esimersi da una specifica assunzione di responsabilità in tema di prevenzione dell'obesità e del sovrappeso introducendo nel programma curricolare parti dedicate all'alimentazione e all'attività fisica. Tale lavoro deve essere messo in atto da insegnanti adeguatamente formati, a integrazione di altri interventi di sistema, già citati (intervento n. 2 "Mensa e spuntino salutare")

Obiettivo dell'intervento è promuovere percorsi educativo promozionali volti a incrementare negli studenti le conoscenze e i comportamenti adeguati allo sviluppo di una corretta alimentazione, incidendo sul consumo di frutta e verdura. Al contempo viene sollecitata l'attenzione dei genitori sull'importanza dell'assunzione di questi alimenti, attraverso la loro partecipazione attiva al programma.

L'intervento prevede due fasi:

- la prima fase si propone, mediante l'utilizzo della metodologia educativa promozionale di sviluppo delle life skills, la costituzione di un gruppo di lavoro misto, insegnanti e operatori ATS per la progettazione/costruzione di Unità Didattiche di Apprendimento (UDA) specifiche per la corretta alimentazione.

- la seconda fase prevede la formazione dei docenti e la sperimentazione delle UDA nelle scuole primarie del territorio di Brescia che esprimono interesse.

Per le scuole già aderenti al percorso di sviluppo delle competenze di vita "A scuola con le life skills", promosso dall'ATS di Brescia, si costruiranno degli innesti tematici sulla corretta alimentazione, da inserire nelle Unità didattiche già previste.

Target prevalente: Bambini 6-10 anni

Copertura territoriale: L'intervento verrà promosso nelle scuole primarie del territorio dell'ATS dove è attivo il percorso "A scuola con le life skills" e nelle altre scuole che esprimeranno interesse.

Soggetti esterni coinvolti: Ufficio Scolastico Territoriale di Brescia per la proposta dell'intervento alle scuole primarie, rete SPS, Insegnanti, Dirigenti Scolastici.

INTERVENTO 5

Titolo: Pedibus

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O. D. Promozione della Salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento organizzativo

Breve descrizione: L'ambiente scolastico deve contribuire a incoraggiare e supportare l'attività fisica e l'aumento della sua pratica quotidiana, attraverso azioni che favoriscano il cambiamento dei comportamenti e l'adozione di uno stile di vita attivo. Tra le azioni suggerite dalle prove di efficacia e buone pratiche si evidenzia la predisposizione e l'utilizzo di percorsi sicuri casa-scuola, che favoriscono modalità di trasporto attivo. Il Pedibus è una soluzione semplice e razionale per il trasporto scolastico, si inserisce in un approccio globale che crea connessioni congruenti tra i percorsi didattici, le scelte politiche e organizzative attuate dalla scuola e la costruzione di alleanze con la comunità locale.

Con questo intervento si vuole favorire l'avvio del pedibus nelle scuole dove tale servizio non è attivo e incrementare, nei pedibus attivi, il numero dei bambini che vi partecipano.

Data la complessità dell'azione e la necessità di una stretta collaborazione e sinergia tra i soggetti coinvolti (scuola, amministrazione comunale, genitori, comunità locale), si propone di sviluppare l'intervento su più fasi:

- la prima fase prevede l'individuazione delle realtà scolastiche e delle realtà comunali interessate ad avviare il pedibus, anche attraverso l'analisi dei dati emersi da una indagine condotta in tutte le scuole ubicate sul territorio dell'ATS di Brescia nell'anno scolastico 2016/2017. Alle realtà interessate verrà proposto un laboratorio, aperto a rappresentanti dei genitori, ai Dirigenti scolastici e ai docenti referenti per l'educazione alla salute, finalizzato a condividere gli elementi base per

l'implementazione del pedibus, le criticità che possono ostacolarne l'attivazione e le potenzialità di tale servizio.

- la seconda fase prevede, a livello locale, la progettazione e sviluppo del Pedibus, con il coinvolgimento dei Dirigenti scolastici, delle Amministrazioni Comunali, delle Associazioni dei Genitori e delle risorse presenti sul territorio (definizione del percorso, coinvolgimento delle Amministrazioni comunali per la messa in sicurezza, eventuale collaborazione con gruppi di cammino del territorio, coinvolgimento di vigili volontari).

A rafforzamento delle azioni di sistema sono previsti percorsi formativi per docenti (vedi intervento n.6 "La cultura del movimento") affinché incrementino negli studenti lo sviluppo di uno stile di vita attivo.

Nello sviluppo delle azioni che coinvolgono gli "adulti" nell'organizzazione del pedibus e i docenti nell'azione diretta con gli studenti, sono previsti approfondimenti in tema di prevenzione degli incidenti stradali, in collegamento con l'attività curricolare.

Target prevalente: Bambini 6-10 anni

Copertura territoriale: L'intervento verrà promosso nelle scuole del territorio di tutta l'ATS e realizzato con coloro che esprimeranno interesse

Soggetti esterni coinvolti: Ufficio Scolastico Territoriale di Brescia per la promozione del progetto nelle scuole del territorio, Reti locali, assetti afferenti alle ASST secondo quanto definito dallo specifico protocollo d'intesa; assetti afferenti a diversificati enti erogatori presenti sul territorio, secondo modalità in rete.

INTERVENTO 6

Titolo: "La cultura del movimento"

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della Salute

Tipologia: Intervento formativo

Breve descrizione: L'ambiente scolastico deve contribuire a incoraggiare e supportare l'attività fisica e l'aumento della sua pratica quotidiana, attraverso azioni che favoriscano il cambiamento dei comportamenti e l'adozione di uno stile di vita attivo. Tra le azioni suggerite dalle prove di efficacia indicate dalla letteratura e le buone pratiche si trovano:

- realizzare attività didattiche teorico/pratiche sui benefici dell'attività fisica (suscitare interesse, sviluppare conoscenze e competenze) e incontri/dibattiti info/formativi (spazi per il dialogo e il confronto con esperti e tra pari);
- creare nuove occasioni per fare movimento durante l'orario scolastico (ad esempio utilizzare le pause ricreative e gli intervalli) e favorire e sviluppare occasioni di gioco attivo (giochi di squadra, riscoperta dei giochi tradizionali);
- favorire l'attività fisica anche in orario extrascolastico (suggerire attività che si possano svolgere al di fuori del contesto scolastico da soli, con gli amici o in famiglia; offrire opportunità per fare attività motorie/sportive gratuitamente o a prezzi agevolati sfruttando gli spazi della scuola - palestre, cortili - e/o attraverso il coinvolgimento - spazi, strutture - della comunità, delle società sportive e degli enti locali);
- realizzare percorsi formativi e di accompagnamento rivolti agli insegnanti su dati, benefici, metodi e strumenti per favorire la promozione dell'attività fisica e la realizzazione di progetti.⁸

L'intervento si propone di incrementare la conoscenza e lo sviluppo di una corretta attività fisica, in particolare favorire il movimento negli alunni della scuola primaria aumentando, al contempo, l'attenzione degli adulti di riferimento sull'importanza dell'attività fisica.

L'intervento prevede due fasi:

- la prima fase si propone, mediante l'utilizzo della metodologia educativa promozionale di sviluppo delle life skills, la costituzione di un gruppo di lavoro misto, insegnanti e operatori ATS per la progettazione/costruzione Unità Didattiche di Apprendimento (UDA) specifiche per la corretta attività fisica.

- la seconda fase prevede la formazione dei docenti e la sperimentazione delle UDA nelle scuole primarie del territorio di Brescia che esprimono interesse.

⁸ DORS: Esperimenti e strumenti per la promozione dell'attività fisica nelle scuole

Per le scuole già aderenti al percorso di sviluppo delle competenze di vita “A scuola con le life skills”, promosso dall’ATS di Brescia, si costruiranno degli innesti tematici sull’attività fisica, da inserire nelle unità didattiche già previste.

In entrambe le attività si potrà utilizzare come spunto di lavoro il supporto didattico “W la vita attiva”. Lo sviluppo di questo intervento è fortemente collegata all’intervento n. 5 (Pedibus)

Target prevalente: Bambini 6-10 anni

Copertura territoriale: L’intervento verrà promosso nelle scuole primarie del territorio dell’ATS dove è attivo il percorso “ A scuola con le life skills” e nelle altre scuole che esprimeranno interesse.

Soggetti esterni coinvolti: Ufficio Scolastico Territoriale di Brescia per la promozione del progetto nelle scuole del territorio, rete SPS, Dirigenti Scolastici, Insegnanti.

INTERVENTO 7

Titolo: Life Skills Training Program

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della salute, Direzione Socio-Sanitaria

Tipologia: Intervento formativo

Breve descrizione: Il progetto LST, da anni adottato dalla Regione Lombardia come principale programma *evidence based* di prevenzione delle dipendenze, è andato negli anni sviluppandosi come dispositivo pedagogico di promozione della salute, sempre più inserito nel contesto scolastico e nell’attività curriculare della scuola. Il programma, rivolto specificatamente alla Scuola Secondaria di primo grado, prevede la formazione degli insegnanti, propedeutica alla loro successiva conduzione di unità didattiche nelle proprie classi, secondo specifico materiale fornito (manuale dell’insegnante, guida dello studente). I docenti sono supportati, nel corso dell’implementazione del programma, da incontri di monitoraggio e supervisione delle attività.

ATS di Brescia prevede, al fine di consolidare il programma, lo sviluppo di seminari laboratoriali volti a rinforzare il ruolo educativo dei docenti, ampliare la ricaduta del programma su altri temi di salute (affettività e sessualità, prevenzione del gioco d’azzardo, utilizzo consapevole del web) e fornire loro strumenti di lettura e di intervento, là dove si rilevano specifici fattori di rischio, nell’ottica di una prevenzione di stampo selettivo. A sostegno della continuità educativa ATS di Brescia propone agli Istituti in cui è attivo LST lo sviluppo di percorsi di promozione delle life skills nelle relative scuole primarie e la formazione di genitori che, mediante azioni di peer education, favoriscano il moltiplicarsi dell’azione preventiva (vedi intervento n. 12 “Rafforzamento e coordinamento delle azioni preventive attraverso interventi di sistema”). Il lavoro formativo e di sostegno allo sviluppo del programma nei singoli Istituti viene attivato con il supporto degli operatori delle ASST e del terzo settore, già formati al programma.

Target prevalente: Studenti in fascia d’età 11-14

Copertura territoriale: Il programma verrà promosso nelle scuole del territorio di tutta l’ATS e realizzato con coloro che esprimeranno interesse

Soggetti esterni coinvolti: Ufficio Scolastico Territoriale, Rete SPS di Brescia, assetti afferenti alle ASST secondo quanto definito dallo specifico protocollo d’intesa, e a diversificati Enti erogatori presenti sul territorio, secondo modalità in rete

INTERVENTO 8

Titolo: A scuola con le Life Skills

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della salute, Dipartimento Veterinario e Sicurezza degli alimenti di origine animale, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento formativo

Breve descrizione: A seguito dall’esperienza positiva del lavoro promosso da Life Skills Training Program nelle scuole secondarie di primo grado ed a sostegno della continuità educativa, ATS di Brescia propone, da alcuni anni, agli Istituti in cui è attivo LST lo sviluppo di percorsi di promozione delle life skills nelle relative scuole primarie.

Quando si parla di prevenzione si intendono tutti i processi messi in campo per contrastare la messa in atto di comportamenti non salutari nella popolazione. Tale obiettivo viene raggiunto riducendo i fattori di rischio e rinforzando quelli protettivi. Tra i fattori di protezione di matrice

individuale assumono rilevanza le abilità di vita, le life skills (Canning, 2004) definite dall'OMS come *l'insieme di abilità utili per adottare un comportamento positivo e flessibile per far fronte con efficacia alle esigenze ed alle difficoltà che si presentano nella vita di tutti i giorni*.

Vista la valenza fortemente educativa che le competenze di vita hanno, come evidenziato anch'4e dalla recente riforma dell'Istituzione scolastica (definita della "Buona Scuola" del 2015) che assegna un ruolo fondamentale alla valutazione per competenze, è importante che percorsi di sviluppo delle life skills siano implementati fin dai primi anni di vita scolastica per permettere agli studenti, conformemente allo sviluppo evolutivo di avviare un percorso "a spirale" che, di anno in anno, rinforza ed approfondisce la competenza relativa a ciascuna life skills. Questo processo, che ciclicamente ritorna a toccare le medesime abilità di vita con obiettivi diversi, consente di realizzare un vero e proprio allenamento per ciascuna abilità di vita, permettendo il passaggio dal saper individuare e riconoscere alcuni elementi salienti, fino al sapersi valutare e gestire autonomamente in relazione alla life skills nella sua complessità.

Con queste premesse, l'ATS di Brescia propone alcuni percorsi diversificati alle scuole di grado più basso, ovvero scuole dell'infanzia e scuole primarie.

Alle scuole che sviluppano il programma regionale LST Program, viene proposto un percorso che si sviluppa a partire dalla classe terza ed accompagna gli studenti fino alla conclusione del ciclo della scuola primaria. Il lavoro propone attività di conoscenza e sperimentazione delle dieci abilità di vita individuate dall'OMS e viene svolto interamente in classe dagli insegnanti, formati e monitorati dal personale ATS. E' altresì previsto, in queste stesse scuole primarie, per le classi prima e seconda, di avvio al lavoro di sviluppo delle competenze di vita, con attenzione specifica alle life skills consapevolezza di sé ed alla gestione delle emozioni. La formazione dei docenti propedeutica all'implementazione del percorso in classe, si sviluppa in due moduli formativi (8 ore) per il biennio ed in tre moduli formativi (12 ore) per il triennio. E' previsto l'innesto, sul percorso base strutturato, di innesti tematici in relazione allo sviluppo di UDA in tema di alimentazione ed attività fisica (vedi programmi 4 e 6).

Alcuni Istituti del "pool ATS di Brescia" partecipano alla sperimentazione regionale del programma di estensione del Life Skills Training Program come tale alla scuola primaria, che si è avviata con l'anno scolastico 2017/2018 su un campione di scuole regionali. La sperimentazione regionale vede attivi come formatori, in virtù dell'esperienza maturata nella scuola primaria, gli operatori di ATS di Brescia ed alcuni docenti di scuola secondaria del territorio che lavorano da anni come partner degli operatori di ATS nello sviluppo del programma LST Program.

Alle scuole primarie viene inoltre proposto dal Dipartimento Veterinario, in collaborazione con l'U.O. Promozione della salute, il programma regionale "Amici di zampa" che prevede lo sviluppo di alcune competenze di vita nel rapporto con l'animale domestico. In questo caso è stato presentato, già nel 2017 ed in modo congiunto, il programma alle scuole; il Dipartimento Veterinario provvederà alla formazione degli insegnanti prevista dal programma ed all'accompagnamento all'implementazione delle azioni in classe. In modo congiunto tra le due articolazioni dell'azienda verrà invece gestita la fase di verifica finale che vedrà le scuole interessate evidenziare i punti di forza e di debolezza emersi durante lo sviluppo del programma in modo da definire azioni correttive e da valutare la partecipazione delle classi di grado superiore al percorso Life Skills Training Program, se ancora non in essere.

Infine, sempre in collaborazione con il Dipartimento Veterinario, verrà proposta alle scuole che aderiscono al Life Skills Training Program, la sperimentazione di un percorso di promozione di alcune life skills sempre in relazione all'interazione con l'animale domestico, in particolare il cane (anche come azione di prevenzione delle morsicature ed incidenti affini) nell'ultimo anno della scuola dell'infanzia. A seguito di un'esperienza pilota condotta con due istituti scolastici negli anni passati con il programma "Se lo conosci non scappa, se lo conosci non morde", verrà chiesto agli insegnanti degli istituti che mostreranno interesse all'iniziativa, la costituzione di un gruppo di lavoro misto che valuterà il materiale prodotto le modalità più confacenti per il suo utilizzo in questa fascia di studenti. Il lavoro, svolto prima dell'avvio dell'anno scolastico 2018/2019 permetterà di affinare lo strumento da utilizzare nella proposta definitiva alle scuole.

Target prevalente: Studenti in fascia d'età 05 -10

Copertura territoriale: Il programma verrà promosso alle scuole primarie per quanto attiene al programma “Amici di zampa”, alle scuole primarie degli istituti comprensivi che aderiscono al Life Skills Training Program per quanto attiene a “A scuola con le life Skills” ed alle scuole dell’infanzia per “Se lo conosci non scappa, se lo conosci non morde”

Soggetti esterni coinvolti: Ufficio Scolastico Territoriale, Rete SPS di Brescia, Coordinamento regionale Programma LST

INTERVENTO 9

Titolo: Sviluppo delle *Life Skills* in tema di affettività e sessualità

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento organizzativo e formativo

Breve descrizione: L’intervento si colloca all’interno della collaborazione consolidata tra l’U.O.D. Promozione della Salute ed i Consultori Familiari pubblici e privati accreditati. Si propone come programma biennale, da attivare nelle classi seconde e terze della scuola secondaria di primo grado, con la possibilità di un lavoro propedeutico nella classe prima. Il programma, orientato allo sviluppo di *Life Skills* collegate all’affettività e sessualità prevede l’implementazione di unità didattiche da parte di docenti che hanno seguito una formazione propedeutica co-condotta da operatori dell’U.O.D. Promozione della Salute ed operatori dei Consultori Familiari interessati. Sono previsti sia l’accompagnamento dei docenti, da parte degli operatori afferenti ai Consultori Familiari, sia la verifica del processo e dell’impatto congiunta con gli operatori dell’U.O.D. Promozione della Salute. L’intervento prevede il progressivo coinvolgimento di tutti i Consultori delle ASST e privati accreditati, affinché gli interventi di educazione all’affettività e sessualità, da loro attivati nelle scuole secondarie di primo grado, si sviluppino secondo la metodologia di lavoro educativo promozionale delle *life skills*, di comprovata efficacia. E’ prevista per l’annualità 2018 una formazione rivolta agli operatori dei Consultori familiari pubblici e privati accreditati, finalizzata alla loro progressiva presa in carico della parte formativa erogata ai docenti, mantenendo a capo dell’ATS di Brescia la funzione di *governance* dell’intera rete di intervento.

Target prevalente: Studenti in fascia d’età 11-14

Copertura territoriale: L’intervento verrà promosso nelle scuole del territorio di tutta l’ATS e realizzato con coloro che esprimeranno interesse

Soggetti esterni coinvolti: Ufficio Scolastico Territoriale e Rete SPS di Brescia per la promozione del progetto nelle scuole, integrazione con Consultori Familiari privati accreditati e con Consultori Familiari delle ASST del territorio per la progettazione, lo sviluppo e la verifica dell’intervento.

INTERVENTO 10

Titolo: Unplugged

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento formativo

Breve descrizione: *Unplugged* è un progetto europeo *evidence based*, inserito nel Piano Regionale della Prevenzione, incentrato sulla prevenzione in ambito scolastico dell’uso di sostanze.

In particolare, si basa sul modello dell’influenza sociale e integra attività orientate allo sviluppo delle *Life Skills* e del credo normativo. Queste caratteristiche sono riconosciute come efficaci per prevenire e/o ritardare l’uso di sostanze, sviluppare fattori di protezione e l’adozione competente e consapevole (*empowerment*) di comportamenti salutari. Il progetto viene implementato nel primo anno della scuola secondaria di secondo grado e prevede un percorso formativo ad hoc per i docenti che svilupperanno successivamente il programma nelle proprie classi.

ATS di Brescia prosegue nel processo di promozione del programma e di formazione dei docenti. Alla luce delle criticità emerse nel corso degli anni, relative alla scarsa *compliance* degli Istituti superiori presenti sul territorio ad aderire e mantenere il programma attivo, ATS di Brescia si propone di rafforzare il programma mediante l’integrazione delle azioni previste nelle unità didattiche con attività svolte dai gruppi di *peer educator*, là dove presenti nell’istituto.

Verranno attivati inoltre interventi di *focus group* rivolti ai docenti ed agli studenti degli Istituti che hanno implementato il programma in queste annualità, al fine di individuare le criticità che hanno

infiato la continuità del progetto.

Target prevalente: Studenti del primo anno della scuola secondaria di secondo grado

Copertura territoriale: Il programma verrà promosso nelle scuole del territorio di tutta l'ATS e realizzato con coloro che esprimeranno interesse

Soggetti esterni coinvolti: Ufficio Scolastico Territoriale e Rete SPS di Brescia per la promozione del progetto nelle scuole; dirigenti scolastici, docenti e studenti degli Istituti che hanno attivato Unplugged

INTERVENTO 11

Titolo: Sviluppo di percorsi di *peer education* nell'ambito della prevenzione dei comportamenti a rischio

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento formativo

Breve descrizione: La *peer education* è stata definita come "il trasferimento o la condivisione di informazioni, valori e comportamenti relativi alla salute fra soggetti che condividono le stesse caratteristiche" (Strange 2006). Recenti revisioni sistematiche suggeriscono che gli interventi che impiegano i pari sono efficaci per cambiare i comportamenti e migliorare le conoscenze dei ragazzi.

In particolare la *peer education* si basa sull'assunto che i pari hanno una grande credibilità tra i ragazzi, in quanto condividono la stessa cultura ed esprimono maggiore comprensione ed empatia verso i comportamenti di salute che li riguardano. I pari possono agire come modelli positivi per rinforzare tali comportamenti di salute. Inoltre svolgere il ruolo di *peer leader* può aumentare la fiducia in se stessi, l'autostima, le abilità comunicative e cambiare i comportamenti.

L'intervento è attivo da tempo a cura degli operatori dell'U.O.D. Promozione della Salute e si è arricchito negli ultimi anni, della collaborazione, a vario titolo, degli operatori dei Consultori Familiari a seguito del percorso formativo effettuato nel 2014 e promosso dal gruppo di lavoro integrato ex U.O. Educazione alla Salute – Area Prevenzione Dipendenze ed ex Dipartimento A.S.S.I. – U.O. F.I.E.E.

Attualmente proseguono le collaborazioni dell'U.O.D. Promozione della Salute di Brescia con gli operatori dell'ASST di Franciacorta, ASST del Garda e ASST Spedali Civili di Brescia. Inoltre si è sviluppata la collaborazione con un consultorio privato per la gestione congiunta del progetto di *peer education* di un istituto.

La *peer education* prevede la condivisione del progetto con il Consiglio di classe e la formazione di alcuni studenti (*peer educators*) delle classi terze, quarte e quinte delle scuole secondarie di secondo grado, individuati con la collaborazione dell'insegnante di riferimento. I *peer educators* vengono accompagnati dagli operatori nella scelta del tema specifico e delle modalità che metteranno in campo per realizzare gli interventi nei confronti degli studenti del primo e secondo anno. I temi trattati in questi ultimi anni sono molteplici: prevenzione delle dipendenze, anche comportamentali, affettività e sessualità, guida al metodo di studio, alimentazione, accoglienza, la gestione delle emozioni, bullismo e cyberbullismo, la tutela dell'ambiente, Per il 2018 verrà posta attenzione anche al tema della prevenzione degli incidenti stradali.

La formazione dei *peer educators* avviene attraverso incontri sviluppati in parte in orario scolastico ed in parte in orario extrascolastico.

Target prevalente: Studenti in fascia d'età 14-18 anni

Copertura territoriale: L'intervento verrà promosso nelle scuole del territorio di tutta l'ATS e realizzato con coloro che esprimeranno interesse.

Soggetti esterni coinvolti: Ufficio Scolastico Territoriale e Rete SPS di Brescia per la promozione del progetto nelle scuole, integrazione con i Consultori Familiari privati accreditati e con Consultori Familiari delle ASST per la progettazione, lo sviluppo e la verifica dell'intervento.

INTERVENTO 12

Titolo: Rafforzamento e coordinamento delle azioni preventive attraverso interventi di sistema
Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della Salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento organizzativo

Breve descrizione: L'azione preventiva in ambito scolastico non si esaurisce nello svolgimento di interventi di sviluppo delle competenze individuali degli studenti, al fine di renderli in grado di fare scelte di salute consapevoli, ma, come ben sottolineato dalle Linee Guida Regionali "Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale" richiede *"...di agire in una visione sistemica, pensando a una strategia complessiva di intervento culturale, educativo, sociale e socio-sanitario che:*

- preveda una molteplicità di interventi in ambiti differenti (famiglia, territorio, aggregazioni informali, scuola, ecc.)

- coinvolga attivamente sia i destinatari diretti (preadolescenti e adolescenti) sia gli adulti che ricoprono un ruolo educativo nei loro confronti (genitori, insegnanti, educatori, allenatori ecc.)

- promuova una consapevolezza della progressiva e massiccia diffusione di comportamenti d'abuso nella popolazione 'normale', senza cedere alla tentazione di facili semplificazioni".

Tale visione viene richiamata anche dal modello delle Scuole che Promuovono Salute, là dove nella Carta di Iseo (febbraio 2013) si segnala che *"la promozione della salute necessita contestualmente di interventi orientati all'individuo ("sviluppare le competenze individuali") e di interventi orientati all'ambiente ("qualificare l'ambiente sociale; "migliorare l'ambiente strutturale e organizzativo"; "rafforzare la collaborazione comunitaria"). In tal senso le Scuole capofila promuovono la pianificazione, da parte delle Scuole aderenti alla Rete, di interventi di tipo informativo, comportamentale/sociale, politico/ambientale, pensati e realizzati con un approccio multi-disciplinare e multi-professionale e in un'ottica di progettazione e valutazione partecipata (cioè con il coinvolgimento attivo di tutti gli attori interessati - alunni, insegnanti, altri operatori scolastici, famiglie, decisori locali)".*

Decisivo risulta nell'attuazione di queste linee guida il coinvolgimento diretto e partecipativo dei diversi attori (studenti, genitori, docenti, dirigenti scolastici), affinché le azioni messe in campo producano un reale cambiamento, sia a livello di singolo che di sistema, rafforzino l'*empowerment* sia a livello individuale che comunitario e sviluppino *capacity building*.

L'ATS di Brescia sostiene tali processi a livello di rete SPS supportando gli Istituti Scolastici aderenti, affinché integrino le azioni preventive di sviluppo delle competenze individuali, rivolte agli studenti, con azioni a livello di sistema, quali la stesura di policy formalizzate sul fumo di tabacco e la conoscenza ed applicazione del Protocollo di intesa finalizzato allo sviluppo ed al consolidamento di buone prassi per la piena applicazione in ambito scolastico del T.U. in materia di Tossicodipendenze.

Ad integrazione dell'azione preventiva dell'intervento n. 7 "programma LST" anche nel 2018 è prevista la prosecuzione di programmi locali ("L.S. in famiglia", seminari di approfondimenti tematici rivolti congiuntamente a genitori e docenti) in un'ottica di rafforzamento dell'alleanza educativa e riconoscimento reciproco della propria azione educativa e preventiva.

Target prevalente: UST, nella sua componente organizzativa centrale, Dirigenti Scolastici, docenti, genitori, Amministratori, Prefettura

Copertura territoriale: Il programma verrà promosso nelle scuole SPS, nelle scuole che aderiscono al programma LST e nelle scuole del territorio dell'ATS di Brescia che esprimeranno interesse

Soggetti esterni coinvolti: Ufficio Scolastico Territoriale, Rete SPS di Brescia, Associazioni genitori, Prefettura di Brescia

BREVE DESCRIZIONE

Il programma trova fondamento nei dati epidemiologici dai quali emerge che i tumori e le patologie del sistema circolatorio causano da sole i 2/3 di tutte le morti e dai dati di governo clinico dei Medici di Medicina Generale dai quali si evince che dal 2009 al 2017 si è registrato:

- un aumento consistente degli assistiti identificati come diabetici (da 6,1% a 7,8%)
- un aumento degli assistiti ipertesi (dal 20,6% al 26,5%), anche se con una certa stabilità nella percentuale di “nuove diagnosi” (diagnosi effettuate negli ultimi 12 mesi)
- una sostanziale stabilità, pur con alcune fluttuazioni, della percentuale di assistiti con dislipidemia

la prevalenza di BPCO si è ormai stabilizzata su valori vicini al 2.6%.

Seguendo le indicazioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, obiettivo del presente programma è migliorare le condizioni di salute della popolazione non solo attraverso l’accesso a servizi sanitari di buona qualità, ma anche mobilitando a livello locale, nei contesti urbani, soggetti sociali privati e pubblici, singoli e collettivi, al fine di costituire un movimento per accelerare il processo di promozione della salute.

Il programma contempla una serie di interventi volti a coinvolgere il maggior numero di soggetti della comunità al fine di promuovere cambiamenti individuali e organizzativi e ridurre i fattori di rischio nella popolazione. Verrà posta attenzione a un maggiore coinvolgimento di tutte le realtà territoriali sia istituzionali, quali gli Enti locali, sia Associazioni di volontariato, di promozione sociale e sportiva, palestre, ecc. affinché possano concorrere, in rete, a supportare cambiamenti e miglioramenti di natura urbanistica e organizzativa facilitanti uno stile di vita attivo nonché ad incrementare l’offerta di opportunità per il singolo e per gruppi di persone.

Gli interventi verranno sviluppati anche in relazione agli indirizzi regionali per la diffusione di una rete di offerta di programmi strutturati di esercizio fisico per le persone con fattori di rischio intermedi e patologie croniche attivati sul territorio da soggetti pubblici e privati ritenuti idonei e secondo un modello definito da apposito gruppo di lavoro regionale.

Un ulteriore aspetto che nel corso dell’anno, in base a successive indicazioni regionali verrà sviluppato, è il tema dell’inclusione sociale al fine di garantire la tutela del diritto alla salute a fasce di popolazione in stato di grave emarginazione.

OBIETTIVI SPECIFICI LOCALI

- Sviluppare sinergia con i Comuni e le Associazioni al fine di incrementare determinanti di salute e ridurre fattori di rischio nella popolazione
- Sostenere processi di rete finalizzati alla stabilizzazione dei cambiamenti organizzativi e allo sviluppo di *empowerment* e *capacity building* in tema di salute degli EE.LL. e degli altri soggetti responsabili di azioni/politiche (Commercio, Ristorazione Pubblica, Trasporti, ecc.)

INDICATORI

- N. ristorazioni pubbliche con pane a basso contenuto di sale (documentato)/N. ristorazioni pubbliche del territorio
- N. ristorazioni pubbliche con sale iodato (in sostituzione)/N. ristorazioni pubbliche del territorio
- N. ristorazioni pubbliche con proposte (validate) di menù orientato a scelte salutari/N. ristorazioni pubbliche del territorio
- N. baby pit stop in GDO/N. totale GDO territorio
- N. plessi scuola primaria con pedibus/N. totale plessi scuola primaria del territorio
- N. studenti 6-10 anni che partecipano al pedibus/N. totale studenti 6-10 anni del territorio
- Presenza accordi di collaborazione con biblioteche/associazioni per baby pit stop e “nati per leggere”
- N. comuni con attivi gruppi di cammino/N. totale comuni del territorio
- N. gruppi di cammino 2018/N. gruppi di cammino 2017
- Partecipanti a gruppi di cammino di età >65aa/Popolazione residente > 65 aa

- N. di comuni aderenti al progetto “Salute in Comune”
- N. di persone intercettate durante le iniziative di attività motoria promosse dalle Associazioni e dalle Amministrazioni Comunali
- N. destinatari finali di interventi di sensibilizzazione, informazione, formazione e prevenzione GAP coinvolti nel 2016/ N. destinatari finali interventi sensibilizzazione, informazione, formazione e prevenzione GAP coinvolti nel 2018

RISORSE PROFESSIONALI E TECNICHE

Il programma, proposto su tutto il territorio dell'ATS di Brescia e avviato con coloro che esprimeranno interesse ai diversi interventi proposti, verrà realizzato dagli operatori dell'U.O.D. Promozione della Salute, in collaborazione con gli assetti della Direzione Sociosanitaria e gli operatori afferenti alle ASST secondo quanto definito dallo specifico protocollo d'intesa.

INTERVENTO 1

Titolo: La salute a tavola

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D Promozione della Salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento organizzativo

Breve descrizione: L'intervento si sviluppa su due direttive. Da un lato si intende coinvolgere in un percorso formativo i gestori e il personale di locali che offrono il pranzo di lavoro al fine di condividere e validare linee guida per il “pasto sano fuori casa” e, dall'altro, coinvolgere operatori dell'ATS, delle ASST e personale individuato dalle Amministrazioni Comunali al fine di far acquisire loro informazioni sulla corretta porzionatura, l'utilizzo di spezie in sostituzione del sale, i metodi di cottura, le intolleranze,... cosicché possano svolgere percorsi formativi nei loro territori rivolti a diversi destinatari finali.

Target prevalente: Gestori di locali e operatori sanitari e comunali

Copertura territoriale: L'intervento verrà, in una prima fase, promosso nel territorio dell'ASST Franciacorta e, in un secondo tempo, verrà valutata l'opportunità di estenderlo anche ai territori delle altre due ASST.

Soggetti esterni coinvolti: Amministrazioni comunali per l'individuazione delle realtà commerciali da coinvolgere nel percorso formativo.

INTERVENTO 2

Titolo: Anche qui puoi allattare. Qui puoi anche leggere.

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O. Educazione alla Salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: intervento organizzativo

Breve descrizione: Nella logica del programma “Comunità amica dei bambini”, da alcuni anni l'ATS di Brescia ha avviato un processo con l'Ordine dei Farmacisti e le Amministrazioni Comunali, e dallo scorso anno con la Rete Provinciale Bibliotecaria Bresciana, finalizzato a creare nelle farmacie, nelle sedi dei Comuni e nelle biblioteche, spazi dove le donne possano allattare.

I dati di contesto e il processo avviato spingono l'ATS a mantenere l'attenzione sul tema dell'allattamento continuando a promuoverne le azioni nel 2018 e ampliando la collaborazione anche con alcuni musei situati sul territorio dell'ATS di Brescia al fine di allargare la rete degli spazi che offrono alle donne la possibilità di allattare.

Inoltre, a partire dalle esperienze già attive in alcune realtà e dalle intese già consolidate con alcune biblioteche, con la Rete Provinciale Bibliotecaria Bresciana e con le ASST verranno condivise modalità per promuovere iniziative rivolte alla popolazione sull'importanza dell'allattamento, per valutare la possibilità di realizzare corsi per l'allattamento nelle biblioteche, in particolare nelle zone dove non ci sono servizi sanitari, per promuovere il progetto “Nati per leggere” nelle diverse sedi delle ASST.

Target prevalente: Famiglie

Copertura territoriale: Il progetto verrà promosso su tutto il territorio dell'ATS di Brescia e realizzato con coloro che esprimeranno interesse.

Soggetti esterni coinvolti: ASST secondo quanto definito dallo specifico protocollo d'intesa.

INTERVENTO 3

Titolo: Pedibus (vedi Intervento n. 5 programma 2)

INTERVENTO 4

Titolo: Gruppi di cammino.

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D Promozione della Salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento formativo e organizzativo

Breve descrizione: In continuità con quanto avviato da anni, proseguirà il lavoro iniziato con il duplice obiettivo di aumentare nella popolazione la consapevolezza dei benefici derivanti dallo svolgere un'attività fisica regolare e, al contempo, di incrementare il numero dei gruppi di cammino attivi nel territorio dell'ATS di Brescia.

Per lo sviluppo del progetto verranno attivate collaborazioni con le Amministrazioni Comunali interessate e con le Associazioni del territorio per l'avvio dei gruppi di cammino, realizzati incontri informativi rivolti alla popolazione nei diversi contesti di vita in collaborazione con le Amministrazioni Comunali e i partecipanti ai gruppi di cammino già attivi, realizzati incontri di formazione per *walking leader* al fine di rafforzare il loro ruolo di conduttori di gruppi di cammino e di moltiplicatori di azioni di promozione della salute e corretti stili di vita e promuovere *empowerment* nei territori di appartenenza.

Verranno avviate collaborazioni con i Centri Psicosociali e altre realtà socio-sanitarie del territorio al fine di attivare gruppi di cammino per persone fragili e/o favorire l'inserimento dei pazienti nei gruppi di cammino attivi e organizzati percorsi formativi rivolti al personale delle ASST, ai MMG, ai case e ai care manager, agli operatori delle RSA per la prescrizione dell'attività fisica e favorire l'offerta diretta (da parte delle ASST) di opportunità alla popolazione (Gruppi di Cammino attivati da ospedali o associazioni di MMG).

Viste le difficoltà evidenziate dalle Amministrazioni comunali nel reperire personale che possa costituire nuovi gruppi di cammino, in collaborazione con una formatrice esperta della tecnica del nordic walking, si intende avviare percorsi formativi per conduttori di gruppi di cammino così da poter avviare nuovi gruppi di cammino sul territorio.

Verrà inoltre, in continuità con un intervento formativo realizzato nel 2017, predisposto materiale di comunicazione da distribuire negli ambulatori dei medici di continuità assistenziale, dei MMG e nelle Amministrazioni Comunali.

Come tutti gli anni verrà realizzato il Gruppo di cammino day.

Target prevalente: Popolazione

Copertura territoriale: L'intervento verrà promosso su tutto il territorio dell'ATS di Brescia e realizzato con coloro che esprimeranno interesse

Soggetti esterni coinvolti: Amministrazioni Comunali, ASST, MMG, Associazioni del territorio, RSA per promuovere l'avvio di nuovi gruppi di cammino e/o indirizzare la popolazione alla partecipazione ai gruppi già attivi

INTERVENTO 5

Titolo: Salute in Comune.

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D Promozione della Salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento formativo e organizzativo

Breve descrizione: Il Sistema Sanitario non può intervenire in modo compiuto su tutti i livelli per offrire una risposta articolata ai numerosi bisogni di salute: è necessario pensare a un sistema che, attraverso l'integrazione degli attori e delle risorse possa consentire di sviluppare una rete di servizi più adeguata a rispondere ai bisogni della popolazione, ormai sempre più complessi.

I Comuni possono incidere efficacemente sugli obiettivi di salute: numerose sono le aree nelle quali possono intervenire e le politiche messe in campo dalle Amministrazioni Comunali possono giocare un ruolo delicatissimo sulla tutela e sulla promozione del benessere delle comunità.

Le Amministrazioni Comunali svolgono già numerose attività nel campo della promozione della salute attivando iniziative variegate in risposta anche a input che provengono dall'ATS, dalle

Aziende Ospedaliere, dagli Enti che lavorano in ambito sanitario, dalle Associazioni del territorio, dalle Cooperative, ecc.

È però importante creare una cornice all'interno della quale far rientrare tutte le istanze per evitare dispersione di risorse, sovrapposizioni di iniziative e conflitti nei livelli di informazione.

L'orientamento generale per la programmazione degli interventi di promozione della salute è quello di valorizzare il ruolo preminente degli Enti locali, garantendo la partecipazione attiva della comunità ai processi decisionali e riservando ai servizi sanitari le funzioni di proposta, supporto e consulenza tecnica.

Obiettivo del progetto è di migliorare le condizioni di salute della popolazione non solo attraverso l'accesso a servizi sanitari di buona qualità, ma anche mobilitando a livello locale, nei contesti urbani, soggetti sociali privati e pubblici, singoli e collettivi, al fine di costituire un movimento per accelerare il processo di promozione della salute.

Per il raggiungimento dell'obiettivo verrà realizzato un incontro annuale tra ATS e Comuni aderenti per la condivisione del lavoro svolto e la programmazione futura, ", promosso il progetto a livello territoriale per favorire l'adesione di nuove Amministrazioni Comunali, sviluppato, in collaborazione con le Amministrazioni Comunali aderenti e le realtà associative del territorio, un "manuale di buone pratiche". Le buone pratiche verranno individuate per aree diversificate tra le quali: la gestione dei rifiuti, gli stili di vita, il suolo e il contesto urbanizzato, i determinanti sociali, la sicurezza stradale e domestica.

Target prevalente: Amministratori Comunali

Copertura territoriale: Il progetto verrà promosso su tutto il territorio dell'ATS di Brescia e realizzato con le Amministrazioni Comunali che esprimeranno interesse

Soggetti esterni coinvolti: Fondazione Cogeme Onlus

INTERVENTO 6

Titolo: Con meno sale nel pane c'è più gusto e guadagni in salute.

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della salute. Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento informativo e organizzativo

Breve descrizione: Nel corso degli ultimi anni la consapevolezza in merito ai danni causati dall'abuso di sale è certamente aumentata e sono molte le persone che stanno modificando il proprio stile alimentare e adottando abitudini alimentari più salutari. Purtroppo però il consumo di sale di un italiano adulto è più vicino a 9 grammi e oltre che non ai 5 grammi (al massimo!) raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Anche se la consapevolezza dell'importanza di ridurre la quantità di sale a tavola e di cucinare utilizzandone meno possibile è ormai diffusa, gran parte dell'eccesso di sale viene assunto tramite prodotti alimentari già pronti. Tra questi figurano il pane e i prodotti da forno.

Il pane non è un alimento particolarmente salato, ma molte persone di tutte le età lo consumano quotidianamente e in più porzioni. Scegliere un pane a ridotto contenuto di sale permette quindi di ridurre l'apporto giornaliero.

Da anni l'ATS di Brescia ha avviato iniziative di comunicazione volte, da un lato, a incrementare il numero di panificatori che producono pane con ridotto contenuto di sale e, dall'altro, a sensibilizzare la popolazione sull'importanza di consumare, e quindi richiedere, pane con meno sale. I risultati positivi ottenuti con queste iniziative spingono l'ATS a riproporre il progetto anche nel 2018.

Obiettivo dell'intervento è di ridurre il consumo di sale nell'alimentazione quotidiana aumentando l'adesione dei panificatori al progetto "Con meno sale nel pane c'è più gusto... e guadagni in salute".

Per il raggiungimento dell'obiettivo verranno realizzate iniziative di comunicazione rivolte ai panificatori e campagne di sensibilizzazione rivolte ai cittadini in collaborazione con le Amministrazioni Comunali.

Target prevalente: Panificatori e popolazione

Copertura territoriale: Il progetto verrà promosso su tutto il territorio dell'ATS di Brescia e realizzato con coloro che esprimeranno interesse

Soggetti esterni coinvolti: Amministrazioni Comunali per la promozione del progetto ai panificatori e per la realizzazione di eventi rivolti alla popolazione in collaborazione con i panificatori stessi.

INTERVENTO 7

Titolo: Mantieniti in forma con l'alimentazione.

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D Promozione della Salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento informativo

Breve descrizione: Al fine di aumentare nella popolazione la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili, l'intervento si propone di informare, da un lato, sull'importanza di un consumo adeguato di frutta e verdura, focalizzandosi in particolar modo sulla corretta porzionatura, la stagionalità e la variabilità e, dall'altro di riflettere sulla quantità di sale assunta da ognuno con l'alimentazione, in particolare in riferimento al consumo di pane.

L'intervento è sviluppato in collaborazione con Associazioni del territorio e Amministrazioni Comunali che organizzano, nei loro territori, attività di corsa e camminata aperte a tutta la cittadinanza.

In queste occasioni, operatori dell'ATS intercettano i partecipanti alle varie iniziative proponendo loro una riflessione (utilizzando materiale appositamente predisposto) sul proprio consumo di frutta e verdura, fornendo anche consigli utili per aumentarne la quantità assunta rispettando al contempo stagionalità e variabilità.

Le persone verranno invitate a riflettere, inoltre, sulla quantità di sale che comunemente una persona assume con l'alimentazione concentrandosi, in particolare, su tutti quei cibi che non paiono portatori di una quantità eccessiva di sale e sui prodotti da forno.

Target prevalente: Popolazione adulta

Copertura territoriale: L'intervento viene realizzato nel Comune di Brescia, di Castel Mella e in almeno 1 Comune del territorio dell'ASST Franciacorta e ASST del Garda.

Soggetti esterni coinvolti: Associazioni territoriali che promuovono il movimento fisico, Amministrazioni Comunali, ASST.

INTERVENTO 8

Titolo: Io no – Stop al fumo

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D Promozione della Salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento informativo

Breve descrizione: Al fine di aumentare nella popolazione la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili, l'intervento si propone di informare sull'importanza di vivere in un ambiente libero dal fumo.

L'intervento è sviluppato in collaborazione con Associazioni del territorio e Amministrazioni Comunali che organizzano, nei loro territori, attività di corsa e camminata aperte a tutta la cittadinanza.

In queste occasioni, operatori dell'ATS intercettano i partecipanti alle varie iniziative proponendo loro una riflessione (utilizzando materiale appositamente predisposto) sui benefici del vivere in un ambiente libero dal fumo e sulla correlazione tra tabagismo e attività fisica.

Target prevalente: Popolazione adulta

Copertura territoriale: L'intervento viene realizzato nel Comune di Brescia, di Castel Mella e in almeno 1 Comune del territorio dell'ASST Franciacorta e ASST del Garda.

Soggetti esterni coinvolti: Associazioni territoriali che promuovono il movimento fisico, Amministrazioni Comunali, ASST.

INTERVENTO 8

Titolo: La rete del GAP

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento informativo, formativo ed organizzativo

Breve descrizione: L'intervento ha preso avvio nel gennaio 2016 all'interno della Rete Prevenzione Dipendenze ed è proseguito nel 2017 essenzialmente in relazione allo sviluppo sul

territorio di nove progetti finanziati da Regione Lombardia ai sensi del D.d.u.o. n. 1934/2015 (Bando per lo sviluppo ed il consolidamento di azioni di prevenzione e contrasto alle forme di dipendenza dal gioco d'azzardo lecito - L.r. 8/2013). Nel 2017 si è conclusa una prima fase messa in rete dei progetti e condivisione degli esiti in un quadro d'insieme finalizzato alla valorizzazione delle azioni dimostratesi più efficaci ed all'individuazione dei punti di criticità, nella prospettiva di un reinvestimento e di una continuità nel tempo. I nove progetti attivi hanno avuto accesso, secondo la linea 1 di sviluppo, al finanziamento previsto dal D.d.u.o. n. 2379/2017; ulteriori quattro progetti, di cui tre in partnership con ATS di Brescia e con ASST di Franciacorta, hanno avuto accesso al finanziamento regionale sulla linea 2 di lavoro.

Target prevalente: Responsabili istituzionali, referenti tecnici e referenti operativi dei progetti di prevenzione attivati

Copertura territoriale: Relativa agli ambiti territoriali nei quali sono attivati progetti in tema di prevenzione del GAP. Sono coperte tutte le aree che fanno riferimento al territorio dei tre Distretti di programmazione ATS.

Soggetti esterni coinvolti: Amministrazioni Comunali, Enti del terzo settore ed assetti afferenti alle ASST secondo quanto definito dallo specifico protocollo d'intesa per la progettazione, la realizzazione e la verifica di quanto previsto.

BREVE DESCRIZIONE

“(...) La promozione della salute e dell’equità nella salute inizia dalla gravidanza, passa per un programma di protezione, promozione e sostegno dell’allattamento al seno e prosegue nella fase della prima infanzia (...)”

Il programma trova sostegno nei dati emersi dal processo di Governo Clinico dei Pediatri di Libera Scelta in merito all’allattamento.

Il Programma si pone l’obiettivo, da un lato, di rendere i genitori sempre più competenti e consapevoli (*empowerment*) nelle scelte di salute e, dall’altro di creare ambienti “favorevoli” alla salute.

OBIETTIVI SPECIFICI LOCALI

- Incrementare la pratica dell’allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)
- Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione nei bambini sino al terzo anno attraverso la promozione di “competenze per la salute” nei genitori e lo sviluppo di reti e collaborazioni multidisciplinari

INDICATORI

- Presenza accordi di collaborazione con associazioni di pediatri
- Presenza accordi con erogatori per sviluppo programmi promozione allattamento al seno
- Attività formativa per/con pediatri
- Attività di formazione/informazione dei genitori
- Attività formativa operatori (ostetriche)
- Presenza accordi di collaborazione con biblioteche/associazioni per baby pit stop e “nati per leggere”
- Presenza di attività peer to peer tra genitori
- N. destinatari finali di interventi di sensibilizzazione, informazione, formazione e prevenzione GAP coinvolti nel 2017/N. destinatari finali interventi sensibilizzazione, informazione, formazione e prevenzione GAP coinvolti nel 2018

RISORSE PROFESSIONALI E TECNICHE

Il programma, proposto su tutto il territorio dell’ATS di Brescia e avviato con coloro che esprimeranno interesse, verrà realizzato dagli operatori dell’U.O.D. Promozione della salute e dagli operatori afferenti agli assetti della Direzione Sociosanitaria, in collaborazione con operatori afferenti alle ASST secondo quanto definito dallo specifico protocollo d’intesa.

INTERVENTO 1

Titolo: La promozione dell’allattamento al seno.

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O. D. Promozione della salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento organizzativo

Breve descrizione: I Pediatri di Libera Scelta, sia in occasione dei bilanci di salute sia nella raccolta dati per il processo di Governo Clinico pongono attenzione e raccolgono informazioni in merito alle modalità di allattamento.

Continuerà l’impegno dei Consultori Familiari pubblici e privati accreditati ad attuare tutti gli interventi efficaci per la promozione dell’allattamento materno, in collaborazione con i Punti Nascita e i Pediatri di Libera Scelta. Le proposte saranno rivolte alle donne sin dalla gravidanza, per proseguire nel primo semestre di vita del bambino.

Target prevalente: Donne

Copertura territoriale: L’intervento verrà promosso su tutto il territorio dell’ATS di Brescia.

Soggetti esterni coinvolti: Pediatri di Libera Scelta, ASST secondo quanto definito dallo specifico protocollo d’intesa, Consultori Familiari privati accreditati in tutte le fasi dell’intervento

INTERVENTO 2

Titolo: La prevenzione degli incidenti domestici nei bambini 0-4 anni

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O. D. Promozione della salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento formativo

Breve descrizione: Tra le azioni per la prevenzione degli incidenti domestici nei bambini troviamo il sostegno alla competenza e alla vigilanza di coloro che si prendono cura dei soggetti più vulnerabili (bambini e grandi anziani), per cui campagne specifiche sono raccomandate per neo-genitori, insegnanti, personale di assistenza. In quest'ottica i corsi pre-parto, le visite ai nuovi nati, i momenti vaccinali, le visite del pediatra di libera scelta possono costituire un momento importante di sensibilizzazione al problema per quanto riguarda la prevenzione degli incidenti nel bambino.⁹

Obiettivo del progetto è rendere i genitori sempre più competenti e consapevoli (empowerment) nelle scelte di salute.

Per il raggiungimento dell'obiettivo verranno avviate campagne di comunicazione e realizzati incontri informativi/formativi rivolti ai genitori raggiungibili nei diversi contesti (punti nascita, consultori, associazioni di genitori, scuole dell'infanzia, ...).

Verrà valutata, a seguito delle attività di cui sopra, la possibilità di avviare percorsi formativi con gruppi di genitori al fine di permettere loro di amplificare l'impatto dell'intervento attraverso la metodologia della *peer education*. Nei percorsi informativi e formativi verrà dato spazio anche alla puntualizzazione di alcuni elementi utili in tema di GAP.

Target prevalente: Famiglie

Copertura territoriale: L'intervento verrà promosso su tutto il territorio dell'ATS di Brescia e realizzato con coloro che esprimeranno interesse

Soggetti esterni coinvolti: ASST secondo quanto definito dallo specifico protocollo d'intesa.

INTERVENTO 3

Titolo: Anche qui puoi allattare. Qui puoi anche leggere (vedi Intervento 2, Programma 3)

INTERVENTO 4

Titolo: La promozione delle competenze genitoriali

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento educativo

Breve descrizione: Presso ogni Consultori vengono proposti alle madri e alle coppie genitori incontri di gruppo con l'obiettivo di favorire la relazione genitoriale. Questi gruppi permettono la comunicazione positiva delle/i partecipanti stimolando la riflessione, il confronto reciproco e garantendo una relazione di reciprocità che può andare oltre la partecipazione al gruppo. Vuole sostenere la donna a non sentirsi sola di fronte alle difficoltà di crescita del figlio, incrementando i comportamenti positivi che garantiscono un contesto di vita sano per il bambino. La cessazione del fumo di tabacco, l'astensione dall'alcol per i genitori, la corretta posizione del bambino durante il sonno, l'utilizzo di protezioni durante i tragitti in automobile, la lettura ad alta voce e l'effettuazione delle vaccinazione sono temi che vengono proposti durante gli incontri.

Target prevalente: Madri e padri con figli nel primo anno di vita

Copertura territoriale: L'intervento verrà promosso su tutto il territorio dell'ATS di Brescia

Soggetti esterni coinvolti: ASST secondo quanto definito dallo specifico protocollo d'intesa e consultori privati accreditati.

⁹ Epicentro – Sorveglianza Passi <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SicurezzaDomestica.asp?tab-container-1=tab2>

BREVE DESCRIZIONE

“La prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e intermedi può essere perseguita mediante la loro diagnosi precoce, la modificazione degli stili di vita e l’attivazione di interventi trasversali, integrati con i percorsi terapeutico-assistenziali di presa in carico, allo scopo di prevenire o ritardare l’insorgenza delle complicanze più gravi”.

In tale contesto particolare importanza è data allo sviluppo di una nuova relazione di cura tra il medico e la persona, orientata al successo di prevenzione e cura delle condizioni croniche attraverso gli strumenti del self management e dell’*empowerment* del paziente.

In continuità con un percorso avviato da anni all’interno dell’ATS di Brescia, il programma è teso ad allargare la rete dei soggetti che utilizzano il *Minimal Advice* e il *counselling* breve con le persone che si rivolgono ai diversi servizi del Sistema Sanitario Regionale.

OBIETTIVI SPECIFICI LOCALI

- Promuovere azioni per l’incremento di determinanti di salute e la riduzione di fattori di rischio comportamentali nella attività di “presa in carico individuale” da parte degli erogatori

INDICATORI

- N. erogatori coinvolti per ASST/ totale erogatori per ASST
- N. accordi formalizzati con erogatori/totale erogatori
- N. di consultori, centri vaccinali, che erogano *counselling* motivazionale breve a persone con fattori di rischio per MCNT /N. totale consultori, centri vaccinali
- Attività formativa condivisa con erogatori
- N. MMG coinvolti/N. MMG del territorio
- N. radiologie di *screening*, UO pneumologia, medicina interna, cardiologia che erogano *counselling* motivazionale breve/N. totale radiologie di *screening*, UO pneumologia, medicina interna, cardiologia

RISORSE PROFESSIONALI E TECNICHE

Il programma, proposto su tutto il territorio dell’ATS di Brescia e avviato con coloro che esprimeranno interesse ai diversi interventi proposti, verrà realizzato dagli operatori dell’U.O.D. Promozione della salute, in raccordo con ASST secondo quanto definito dallo specifico protocollo d’intesa ed i diversi Enti erogatori presenti sul territorio.

INTERVENTO 1

Titolo: Grazie non fumo più

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della Salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento organizzativo

Breve descrizione: Tra le strategie efficaci per promuovere la cessazione dell’abitudine tabagica si annoverano politiche di prezzo e di limitazione d’uso, informazione efficace, campagne di mass media, strategie di disassuefazione, interventi di prevenzione primaria (Manifesto strategia Endgame del tabacco in Italia). Il *Minimal Advice* si è dimostrato l’approccio più semplice, meno costoso e più facilmente replicabile in tutti i setting sanitari, anche con modalità “opportunistiche”. Un intervento di soli 5 minuti può portare il tasso di astensione da fumo dal 2-4% (cessazione spontanea) al 6-8% (esito a 1 anno). Ulteriori studi sulla popolazione del Nord Italia, in setting opportunistici, hanno mostrato che quando gli operatori somministrano un *Minimal Advice* dopo una breve formazione che tiene conto dell’approccio fondato su strumenti di *counseling* (colloquio motivazionale) gli esiti sono notevolmente migliori.

L’intervento si pone l’obiettivo di orientare le persone che accedono ai consultori, ai punti nascita, agli ambulatori divisionali, agli ambulatori di igiene, ai reparti ospedalieri, alle farmacie, che si rivolgono ai MMG verso la scelta di non fumare.

Per la realizzazione del progetto verranno avviate campagne di comunicazione efficaci, previsti momenti formativi per il personale non ancora formato sull'utilizzo del *Minimal Advice* e percorsi di accompagnamento al personale formato per l'utilizzo efficace dello strumento.

Target prevalente: Popolazione adulta

Copertura territoriale: L'intervento verrà promosso su tutto il territorio dell'ATS di Brescia.

Soggetti esterni coinvolti: ASST secondo quanto definito dallo specifico protocollo d'intesa.

INTERVENTO 2

Titolo: *Minimal Advice* per alimentazione

Servizi (rete interna ATS) coinvolti: U.O.D. Promozione della Salute, Direzione Sociosanitaria

Tipologia: Intervento organizzativo

Breve descrizione: Il *minimal advice* è uno strumento efficace anche per indirizzare le persone verso una corretta alimentazione. Tale intervento si pone l'obiettivo di aiutare le persone in sovrappeso e/o obese a riflettere sull'opportunità di adottare uno stile alimentare diverso.

Per la realizzazione del progetto verranno avviate campagne di comunicazione efficaci, previsti momenti formativi per il personale non ancora formato sull'utilizzo del *Minimal Advice* e percorsi di accompagnamento al personale formato per l'utilizzo efficace dello strumento.

Target prevalente: Popolazione adulta

Copertura territoriale: L'intervento verrà promosso su tutto il territorio dell'ATS di Brescia e realizzato con coloro che esprimeranno interesse.

Soggetti esterni coinvolti: ASST secondo quanto definito dallo specifico protocollo d'intesa.

Per quanto attiene alle risorse finanziarie assegnate ad ATS con DGR n. 7600/17 “*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l’esercizio 2018*”, si intende, in linea con quanto attivo in anni precedenti, utilizzare la quota di € 15.000,00 per l’attivazione di una borsa di studio per Laureato/a in Psicologia con competenze ed esperienza maturate nell’ambito della ricerca sociale applicata, ad orientamento clinico sociale nei confronti del singolo, di gruppi, della comunità, con particolare riferimento alla prevenzione delle dipendenze ed a progetti di comprovata efficacia. L’assegnazione è finalizzata al consolidamento ed allo sviluppo delle attività collegate al programma “Rete Regionale Prevenzione delle Dipendenze”, in termini di ricerca, analisi e valutazione dell’impatto dell’attività svolta (analisi dati ed elaborazione dei risultati con utilizzo di strumenti informatici idonei) nonché alla diffusione e circolazione di informazioni in merito.

Si intende la restante quota del finanziamento al collegamento tra le iniziative di promozione della salute e quanto sviluppato dai progetti territoriali in particolare all’approntamento di materiale e sviluppo di iniziative al fine di sostenere quanto previsto dal Piano Integrato locale di promozione della Salute nell’ottica del marketing sociale e del miglioramento dei processi di sostenibilità di quanto intrapreso.