

Strategia e programma quadro di prevenzione e promozione della salute Cantone Ticino

2017-2020

Autori

M. Bouvier Gallacchi, O. Beretta, A. Tomada e i collaboratori SPVS

Per ulteriori informazioni

Servizio di promozione e valutazione sanitaria

Via Orico 5 – 6500 Bellinzona

Tel + 41 91 814 30 50

dss-upvs@ti.ch

www.ti.ch/promozionesalute

Gennaio 2017

Sommario

1	Scopo del programma di prevenzione e promozione della salute	3
1.1	Considerazioni generali	3
1.2	Prevenzione e promozione della salute in Ticino	4
2	Strategia e programma quadro 2013-2015	5
2.1	Contenuti del programma cantonale	5
2.2	Primo bilancio	5
3	Quadro di riferimento del Programma quadro 2017-2020	10
3.1	Dagli obiettivi di sviluppo del Millennio agli obiettivi di sviluppo sostenibile	10
3.2	Determinanti della salute e fattori modificabili	11
3.3	Principi generali e processi di elaborazione dei programmi/progetti	13
4	La salute dei Ticinesi	15
4.1	Dati epidemiologici nelle varie fasi della vita	15
4.2	Bisogni d'intervento	26
4.3	Misure di prevenzione e promozione della salute	28
5.	Raccomandazioni per il periodo 2017-2020	30
5.1	Contenuti del programma quadro	30
5.2	Implementazione del programma	32
5.2.1	Risorse umane	32
5.2.2	Principali partner	32
5.2.3	Risorse finanziarie	34
6	Sintesi	35
7	Allegati	37
	Allegato 1: Glossario Prevenzione e Promozione della salute	37
	Allegato 2: Tabella di valutazione dei progetti svolti nel 2013-2015	45

I Scopo del programma di prevenzione e promozione della salute

I.1 Considerazioni generali

La salute è un bene e una risorsa entrambi preziosi sia per le persone che per la comunità. La salute influisce in maniera importante sullo sviluppo personale, sociale ed economico, e sulla qualità di vita delle persone e delle popolazioni. Essa richiede varie condizioni e risorse fondamentali, quali la possibilità di nutrirsi e alloggiarsi correttamente, di istruirsi, di disporre di un certo reddito e di beneficiare di un ecosistema stabile, di risorse durature, di giustizia ed equità. Laddove sono presenti questi requisiti, i progressi tecnici e medici e lo sviluppo socio-economico osservati negli ultimi decenni hanno avuto un impatto importante sul miglioramento della salute delle popolazioni interessate in termini di diminuzione della mortalità generale - in particolare per quanto concerne le malattie trasmissibili - e di aumento di speranza e qualità di vita. Da considerare che, visto il crescente invecchiamento della popolazione, le politiche di salute pubblica saranno confrontate negli anni a venire ai bisogni di un numero sempre maggiore di persone affette da malattie croniche.

La diffusione e il fardello (burden) globale delle malattie non trasmissibili rappresentano una sfida molto importante per la salute pubblica e comportano un carico notevole sui servizi sanitari e sullo sviluppo socioeconomico in tutto il mondo¹.

I dati mondiali recenti² evidenziano tendenze incoraggianti con una diminuzione del 12% del tasso di mortalità standardizzato per l'età tra il 2002 e il 2012, così come una riduzione del 15% della probabilità di decesso prematuro dovuto alle quattro malattie non trasmissibili più frequenti (malattie cardiovascolari, cancro, diabete e affezioni respiratorie croniche). La causa maggiore di diminuzione della mortalità per malattie non trasmissibili e dunque il motivo principale del miglioramento generale della speranza di vita nei paesi ad alto reddito è dovuto alla diminuzione del numero di decessi per malattie cardiovascolari.

Tuttavia i dati di mortalità, utilizzati da anni come indicatori sanitari nella pianificazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute, non sono sufficienti per stimare i bisogni di salute di una determinata popolazione, in quanto non permettono di valutare adeguatamente l'impatto dei problemi di salute duraturi e delle malattie croniche, in termini di benessere, qualità di vita, costi sanitari e produttività della popolazione interessata. Per questa ragione è quindi necessario anche tener conto di indicatori relativi alla morbilità e al grado di disabilità generati dai problemi di salute e dalle malattie non trasmissibili.

La quantificazione dei fattori o gruppi di fattori di rischio, potenzialmente modificabili tramite interventi mirati, è stata pubblicata in dicembre 2015. Per l'Europa occidentale, i primi cinque fattori di rischio sono in ordine decrescente: una pressione arteriosa (PA) elevata, il tabagismo, un indice di massa corporea (IMC) elevato, una glicemia³ a digiuno troppo elevata e il consumo di alcol. Per

¹ [WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO, 2013](#)

² [Noncommunicable diseases. In: Health in 2015 from MDGs to SDGs. Geneva: WHO, 2015, p. 133-135](#)

³ La glicemia corrisponde al valore della concentrazione di glucosio nel sangue

la Svizzera, i cinque fattori sono simili, cambia però l'ordine d'importanza con in prima posizione il tabagismo, seguito da IMC elevato, PA elevata, consumo d'alcol, glicemia elevata⁴.

Sebbene la morbilità e la mortalità attribuibili alle malattie non trasmissibili si manifestino generalmente durante l'età adulta e avanzata, è importante ricordare che l'esposizione ai fattori di rischio inizia molto presto nella vita e che quindi le azioni di prevenzione e di promozione della salute devono essere intraprese a partire dall'infanzia e proseguite nelle varie fasi della vita per poter osservarne gli effetti e coglierne i benefici.

I.2 Prevenzione e promozione della salute in Ticino

La prevenzione e la promozione della salute sono parte integrante delle politiche di salute pubblica del Dipartimento della sanità e della socialità del Cantone Ticino. Le attività al riguardo sono svolte e/o coordinate dal Servizio di promozione e di valutazione sanitaria (SPVS) dell'Ufficio del medico cantonale, nel rispetto delle disposizioni legali in vigore nel Cantone, in particolare quelle formulate nella Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario⁵ (Legge sanitaria del 18 aprile 1989), nella Legge sugli esercizi alberghieri e sulla ristorazione⁶ (Lear del 1° giugno 2010) e nel Regolamento concernente la protezione contro il fumo⁷ del 24 aprile 2013. Inoltre, trattandosi di attività in ambito di salute pubblica, la strategia e il programma quadro si appoggiano su riferimenti nazionali ed internazionali discussi nel capitolo 3.

Nel dicembre 2013 (Nota a protocollo N.139/2013) è stata approvata la *Strategia e programma quadro di prevenzione e promozione della salute, Cantone Ticino, 2013-2015* che fissava il quadro generale di riferimento, i contenuti e le priorità del Programma cantonale di prevenzione e promozione della salute. Lo scopo del presente documento è di presentare un bilancio delle attività svolte nel corso di questi due anni e di definire per il periodo 2017-2020 gli interventi ritenuti prioritari e per i quali sono considerati pertinenti il proseguimento e/o lo sviluppo di programmi, di progetti o di misure specifici.

⁴ GBD 2013 Risk factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013 *Lancet* 2015; 386: 2287-323

⁵ Cfr. art. 2, art. 3 lett. a-d), art. 3 lett. i), art. 3 lett. o) e TITOLO IV della Legge sanitaria

⁶ Cfr. art. 2 lett. c), art. 23, art. 24, art. 25

⁷ Cfr. art. 5-7

2 Strategia e programma quadro 2013-2015

2.1 Contenuti del programma cantonale

Nel 2013, il programma cantonale aveva configurato il quadro generale di riferimento⁸ per la definizione e l'implementazione dei singoli interventi secondo una logica di lavoro sintetizzata nella figura 1. I dati epidemiologici allora disponibili avevano permesso di definire per ogni fase della vita i seguenti temi prioritari: alimentazione e movimento per i bambini; alcol e tabacco per gli adolescenti; stile di vita per gli adulti; movimenti/attività fisica, farmaci e alcol negli anziani.

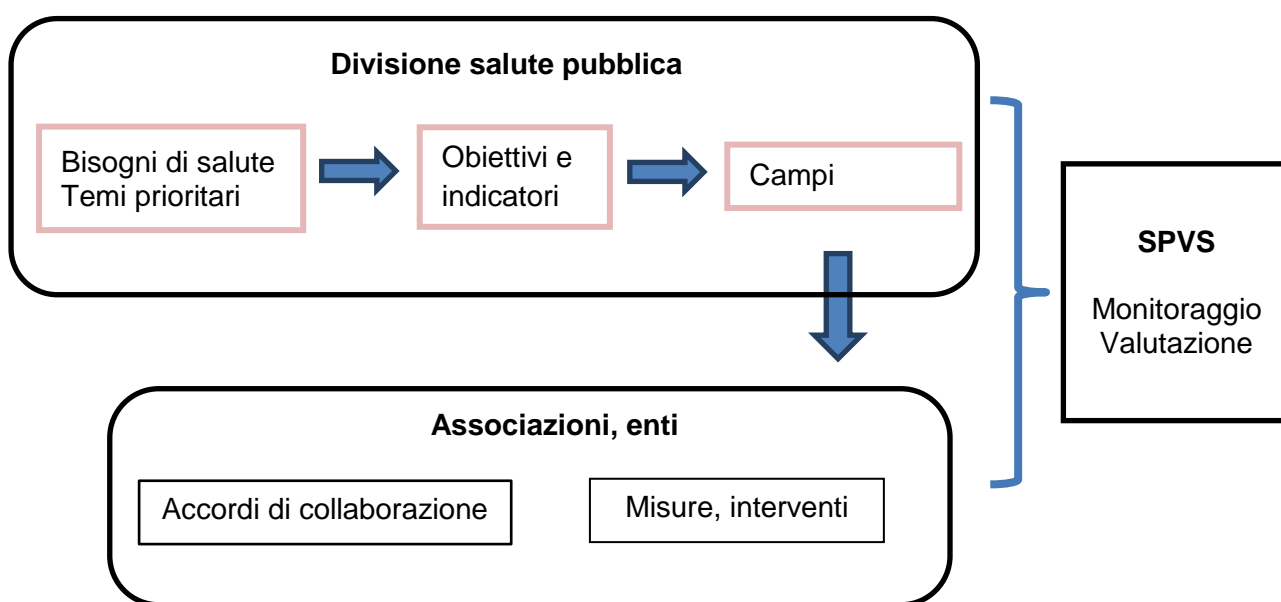


Figura 1: Logica di lavoro per la definizione del programma cantonale quadro SPVS

Parallelamente alle priorità tematiche erano state determinate anche priorità strategiche raggruppate in quattro temi: coordinamento, dimensioni di vita, valutazione, comunicazione. Queste priorità strategiche richiedevano in particolare di ridefinire le relazioni ed interazioni del SPVS con i suoi vari partner, rispettivamente servizi e istituzioni, enti e organizzazioni non governative, media.

2.2 Primo bilancio

Sebbene sia prematuro pretendere di potere ottenere risultati da un programma attuato due anni fa, alcune considerazioni possono essere fatte nella valutazione dei processi e degli impatti a breve termine. Riprendendo le tabelle riassuntive delle priorità, è possibile valutare complessivamente se gli obiettivi generali sono stati raggiunti in considerazione dei programmi e/o dei progetti implementati.

⁸ [Bouvier Gallacchi M, et al. Strategia e programma quadro di prevenzione e promozione della salute, Cantone Ticino, 2013-2015. Bellinzona: Ufficio medico cantonale, 2013](#)

Priorità tematiche

* Programmi/progetti in fase di elaborazione Obiettivo raggiunto Obiettivo non raggiunto

Target	Scopo	Attività svolte 2013-2015	Obiettivi generali
Bambini e adolescenti	Crescere e svilupparsi in salute	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Programma d'azione cantonale ➤ Peso corporeo sano 2012-16 ➤ Progetti di promozione della salute nell'ambito scolastico ➤ Piano d'azione cantonale alcol 2015-2018 ➤ Programma cantonale tabagismo 2015-2018 ➤ <i>Progetto pilota Girasole*</i> ➤ <i>Programma d'azione cantonale anziani*</i> ➤ Calendario vaccinale svizzero 	Promozione della salute ✓ Promuovere stili di vita sani ✓ Promuovere il sentimento di agio e di benessere Prevenzione ❖ Ridurre i rischi di incidenti e infortuni ✓ Promuovere le vaccinazioni secondo il calendario vaccinale svizzero
Adulti	Vivere e mantenersi in salute		Promozione della salute ✓ Promuovere stili di vita sani Prevenzione ✓ Ridurre i rischi legati a comportamenti problematici ❖ Favorire la prevenzione del disagio professionale
Anziani	Invecchiare in modo sano		Promozione della salute ✓ Promuovere stili di vita sani che permettono il mantenimento al proprio domicilio ❖ Promuovere spazi di vita favorevoli all'invecchiamento attivo e in salute Prevenzione ✓ Ridurre i rischi che minacciano l'autonomia funzionale

Priorità strategiche

Tema	Scopo	Attività svolte 2013-2015	Obiettivi generali
Coordinamento	Migliorare l'efficienza	<ul style="list-style-type: none"> • Contratti standardizzati di prestazioni con i partner • Strumenti standardizzati di valutazione dei progetti • Supervisione, formazione • Messa in rete degli attori 	✓ Promuovere sinergie tra i partner ✓ Armonizzare i messaggi ✓ Migliorare le competenze dei partner
Dimensioni di vita	Agire sui determinanti della salute	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi dei dati • Definizione dei fattori potenzialmente modificabili e degli interventi possibili 	✓ Individuare i bisogni specifici del Cantone ✓ Adattare i programmi nazionali ✓ Sostenere progetti pilota
Valutazione	Favorire best practices	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione degli indicatori di salute e di valutazione • Consulenza e sostegno nella valutazione di progetti specifici 	✓ Determinare indicatori appropriati ✓ Fornire strumenti di valutazione dei programmi
Relazioni con media	Riposizionare UMC/SPVS	<ul style="list-style-type: none"> • Contatti inter- e multi-settoriali • Brand promozione della salute • Presenza mediatica, sito web, newsletter, facebook • Materiale d'informazione 	✓ Tematizzare le priorità d'azione ✓ Creare consenso ✓ Sostenere i progetti ✓ Aumentare la visibilità del DSS/UMC/SPVS

Per quanto concerne le **priorità tematiche**, la valutazione complessiva mostra che la maggiore parte degli obiettivi generali è stata raggiunta; la tabella inserita negli allegati offre una panoramica più dettagliata dei vari progetti e dei risultati finora raggiunti. Per completezza, si propongono le seguenti osservazioni:

- Il Programma d'azione cantonale "Peso corporeo sano", cofinanziato da Promozione Salute Svizzera, ha proseguito la promozione di stili di vita sani fin dalla prima infanzia, tramite la formazione e il coinvolgimento di moltiplicatori (famiglie, istituti scolastici, nidi dell'infanzia, famiglie diurne, associazioni). I molteplici progetti del Programma sono supportati da diversi materiali creati ad hoc, quali il ricettario "Il piatto equilibrato", la guida "L'alimentazione del bambino da 0 a 36 mesi", il materiale didattico "Verdure Attack" e la newsletter di informazione "Movimento e gusto con l'equilibrio giusto!"
- I progetti svolti in ambito scolastico, in collaborazione con il DECS, il Forum per la promozione della salute nella scuola e la Rete ticinese delle scuole che promuovono la salute, hanno sostenuto la promozione del benessere degli allievi, dei genitori e dei docenti
- L'approvazione e l'implementazione del Piano d'azione cantonale alcol, finanziato tramite la quota della decima dell'alcol, e del Programma cantonale tabagismo, cofinanziato dal Fondo di prevenzione del tabagismo, hanno permesso di coordinare meglio le attività dei vari partner interessati e di ampliare e/o sviluppare dei progetti mirati sui bisogni specifici della popolazione ticinese
- L'obiettivo di riduzione dei rischi d'incidenti e infortuni nella fascia di età giovanile è stato parzialmente trattato nel contesto del Piano cantonale alcol
- Lo sviluppo del progetto pilota Girasole⁹ in partenariato con la Sezione alimentazione e attività fisica dell'Ufficio federale della sanità, indirizzato alla promozione di stili di vita favorevoli alla salute, ha richiesto notevoli risorse umane del SPVS, motivo per cui si è deciso di rinunciare per il momento a sviluppare azioni di prevenzione del disagio professionale
- Per quanto concerne l'autonomia funzionale e il mantenimento della qualità di vita delle persone anziane che vivono a domicilio, vari progetti sono stati attuati in collaborazione con diverse associazioni come PIPA, Pro Senectute, ATTE, Generazione Più, i Servizi di assistenza e cura a domicilio

Le **priorità strategiche** sono state oggetto di un'accurata attenzione, in quanto ritenute essenziali per il buon funzionamento e lo svolgimento generale del programma quadro. Il SPVS si è quindi dotato di vari strumenti che hanno permesso di realizzare gli obiettivi generali auspicati. Si può osservare che:

- Il coordinamento e la supervisione da parte del SPVS dei programmi e progetti attuati nel Cantone ha permesso di ottenere maggiore interazione, collaborazione e complementarità con e tra i partner attivi sul territorio e di avere una visione globale delle attività
- Lo sviluppo di procedure standardizzate sia per la valutazione di richieste di sostegno di progetti esterni che per la formulazione di contratti di prestazione con associazioni, enti o servizi ha condotto a una gestione rigorosa ed efficiente dei finanziamenti, garantendo trasparenza nella loro attribuzione
- L'analisi approfondita dei dati epidemiologici provenienti da varie fonti (Indagine sulla salute in Svizzera, Monitoraggio delle dipendenze, Health Behaviour in School-aged Children) ha messo

⁹ Il [progetto Girasole](#) promuove attività di prevenzione e promozione della salute tramite l'empowerment e il coaching di pazienti che consultano regolarmente il loro medico di famiglia

in evidenza le peculiarità del cantone Ticino, permettendo di definire dei bisogni specifici e di adattare i programmi nazionali al contesto ticinese

- Il SPVS ha proposto alcune metodologie e offerto consulenza e sostegno ai suoi partner per la valutazione di vari progetti al fine di ottenere informazioni affidabili e utili sugli effetti dei singoli progetti da poter integrare in una valutazione generale dei programmi in corso
- Al fine di sensibilizzare e responsabilizzare i cittadini e la popolazione in generale, i messaggi di prevenzione e promozione della salute sono stati diffusi non solo attraverso i vari canali di comunicazione usuali (presenza mediatica, sito web, newsletter, materiale informativo) ma anche attraverso una pagina Facebook istituzionale

Infine per quanto riguarda i **temi trasversali**, alcuni aspetti sono stati trattati in maniera specifica:

- **Ambiente**

Il Gruppo operativo salute e ambiente (GOSA) ha dovuto fare fronte durante l'estate 2015 a un periodo di canicola estrema verificatasi per la prima volta in Ticino; questa esperienza ha evidenziato la necessità di aggiornare il protocollo di prevenzione e protezione della salute definito nel 2004 e ha rafforzato la convinzione del SPVS della necessità di continuare a sostenere il ruolo del GOSA. La partecipazione del SPVS ai lavori inter- e multisettoriali di adattamento ai cambiamenti climatici, svolti nel 2015 sotto la responsabilità del DT nell'ambito della strategia nazionale voluta dal Consiglio federale, ha avviato in seno al GOSA la riflessione in merito alla necessità di considerare i possibili effetti sulla salute dei cambiamenti climatici.

- **Migrazione**

Il gruppo di lavoro Migrazione e salute, istituito dal CdS nell'aprile 2013, ha consegnato, in dicembre 2014, un rapporto descrittivo delle problematiche riscontrate in Ticino, elencando vari punti critici e proponendo una serie di interventi mirati. A fine gennaio 2016 è stato istituito un gruppo di accompagnamento diretto dal SPVS con il compito di coordinare e facilitare l'implementazione delle misure proposte.

Inoltre sono stati attuati alcuni progetti in collaborazione con la Fondazione IdéeSport – progetto MiniMove d'integrazione e di movimento dei bambini da 2-5 anni - e Soccorso operaio svizzero (SOS) - progetto pilota dell'agenzia Derman, attività formazione dei mediatori interculturali - al fine di diffondere, all'attenzione dei migranti più vulnerabili, messaggi e materiale informativo e di aumentare le loro competenze relative alla prevenzione e alla promozione della salute, così come ai diritti e doveri dei pazienti.

- **Salute mentale**

L'analisi dei dati dell'Inchiesta svizzera sulla salute 2012 concernenti la salute mentale è stata completata in dicembre 2015, permettendo di avviare una riflessione condivisa tra l'Ufficio del medico cantonale e l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale. Da rilevare tuttavia che vari progetti attuati/sostenuti dal SPVS nel contesto scolastico e nell'ambito del Piano d'azione cantonale alcol contemplano già questa tematica.

- **Diritti dei pazienti**

Il nuovo opuscolo "L'essenziale sui diritti dei pazienti" pubblicato nel novembre 2013 è stato distribuito in maniera estesa (circa 28'000 esemplari negli ospedali, istituti di cura, servizi sociosanitari, scuole professionali sociosanitarie, ecc.).

- Vaccinazioni

La promozione delle raccomandazioni pubblicate nel Calendario vaccinale svizzero e delle strategie nazionali riguardanti le vaccinazioni sono svolte in stretta collaborazione con gli altri servizi dell'UMC.

3 Quadro di riferimento del Programma quadro 2017-2020

3.1 Dagli obiettivi di sviluppo del Millennio agli obiettivi di sviluppo sostenibile (WHO's Sustainable Development Goals, SDGs)

Il 25 settembre 2015, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha adottato la nuova agenda di sviluppo "Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development", elaborata sulla base di un'analisi accurata dei progressi ottenuti in seguito all'attuazione degli obiettivi di sviluppo del Millennio adottati nel 2000, della situazione globale rispetto alla salute a livello mondiale nel 2015 e delle principali sfide attese nei prossimi 15 anni.

Nell'Agenda di sviluppo figurano diciassette obiettivi di sviluppo sostenibile¹⁰:



L'obiettivo 3, specificamente dedicato alla salute e al benessere, è ambizioso ed esteso, ossia si prefigge di "Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età"; comprende tredici target¹¹, incluse 4 misure d'implementazione specificate da 3.a a 3.d. Quattro target riguardano le attività del Servizio di promozione e valutazione sanitaria:

- Entro il 2030, diminuire di un terzo la mortalità prematura delle malattie non trasmissibili attraverso misure di prevenzione e di cura, e promuovere la salute mentale e il benessere (3.4)
- Rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, tra cui il consumo di sostanze narcotiche e il consumo nocivo di alcol (3.5)
- Rafforzare l'attuazione della Convenzione Quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul controllo del tabacco in tutti i paesi, se del caso (3.a)

¹⁰ WHO. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO, 2015, p. 8, table 1.2

¹¹ Ivi, p. 8, table 1.3

- Rafforzare la capacità di tutti i paesi, in particolare dei paesi in via di sviluppo, per quanto concerne il riscaldamento climatico, la riduzione del rischio e la gestione dei rischi per la salute a livello nazionale e globale (3.d)

Come già osservato in precedenza¹², gli obiettivi di sviluppo sostenibili evidenziano che “... la salute è legata a parecchi obiettivi estranei all’ambito strettamente sanitario, ciò che dimostra quanto la salute influenza e, a sua volta, è influenzata da molti determinanti socioeconomici e ambientali”¹³.

L’obiettivo di sviluppo sostenibile relativo alla salute, “Garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età”, definisce vari indicatori globali, che dovrebbero permettere di monitorare e di valutare le azioni che sono e saranno intraprese: la speranza di vita e il tasso di mortalità prematura misurano effetti della prevenzione delle malattie non trasmissibili; più difficile invece determinare indicatori che misurano il benessere, che sappiamo interagire in modo intrinseco con la salute, in quanto lo stato di salute è un determinante importante del benessere soggettivo. L’equità infine è un concetto fondamentale degli obiettivi di sviluppo sostenibile che s’indirizzano a “tutti e a tutte le età”.

In Svizzera, la *Strategia globale Sanità 2020*¹⁴, la *Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili 2017-2024*¹⁵, così come la *Strategia nazionale dipendenze*¹⁶ e la *Rete Salute Psichica* si rifanno agli obiettivi di sviluppo sostenibile, tenendo conto del contesto politico e delle condizioni socio-economiche e sanitarie specifiche della Svizzera.

3.2 Determinanti della salute e fattori modificabili

La salute delle persone o di una popolazione è condizionata da numerosi fattori che non sono sempre distribuiti in modo equo (p.es. condizioni socioeconomiche) e/o modificabili (p.es. caratteristiche biologiche e genetiche). Inoltre esistono interazioni complesse tra parecchi fattori - denominati nel contesto della promozione della salute **determinanti della salute** – che possono avere effetti singoli o cumulativi positivi o negativi sullo stato di salute. Si utilizza il termine di **fattore di rischio**, quando esiste un’associazione statisticamente significativa tra un fattore specifico e la comparsa di una determinata malattia. Numerosi legami di causalità tra vari determinanti e lo stato di salute sono stati scientificamente stabiliti.

L’impatto sulla salute dei determinanti, modificabili e non modificabili, può essere modellizzato in maniera diversa in funzione dell’impatto finale considerato (p. es. patologia o evento specifico) e della tipologia dei determinanti osservati. Queste modellizzazioni permettono di stimare l’effetto globale degli interventi che si possono e/o si vogliono intraprendere per prevenire una determinata malattia o evento. Nel contesto che ci interessa, i due modelli presentati qui sotto permettono di stimolare la riflessione rispetto alla prevenzione delle malattie cardiovascolari (vedi figura 2),

¹² [WHO. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report. Geneva: WHO, 2008](#)

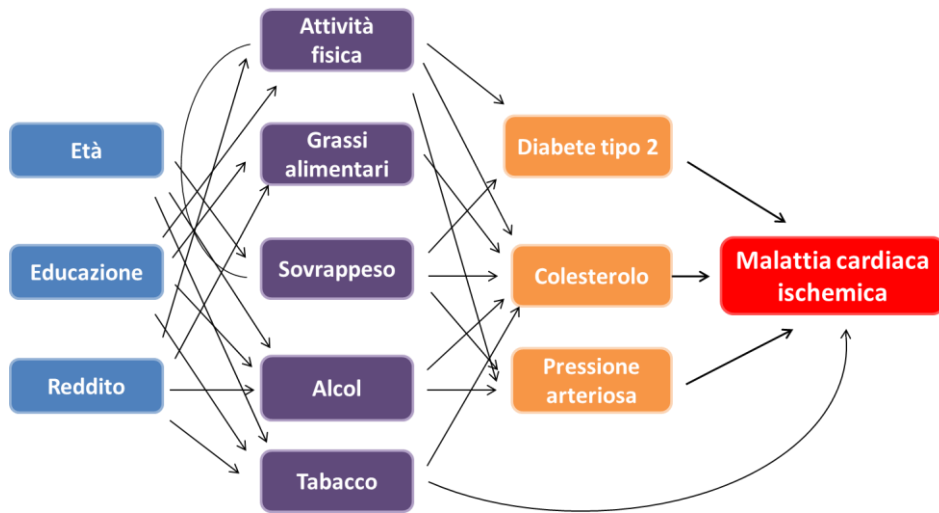
¹³ WHO. Health in 2015, p. 9

¹⁴ [Dipartimento federale dell’interno. Politica sanitaria: le priorità del Consiglio federale. Berna: Ufficio federale della sanità pubblica, 2013](#)

¹⁵ [Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili \(MNT\) 2017-2024. Berna: UFSP e CDS, 2016](#)

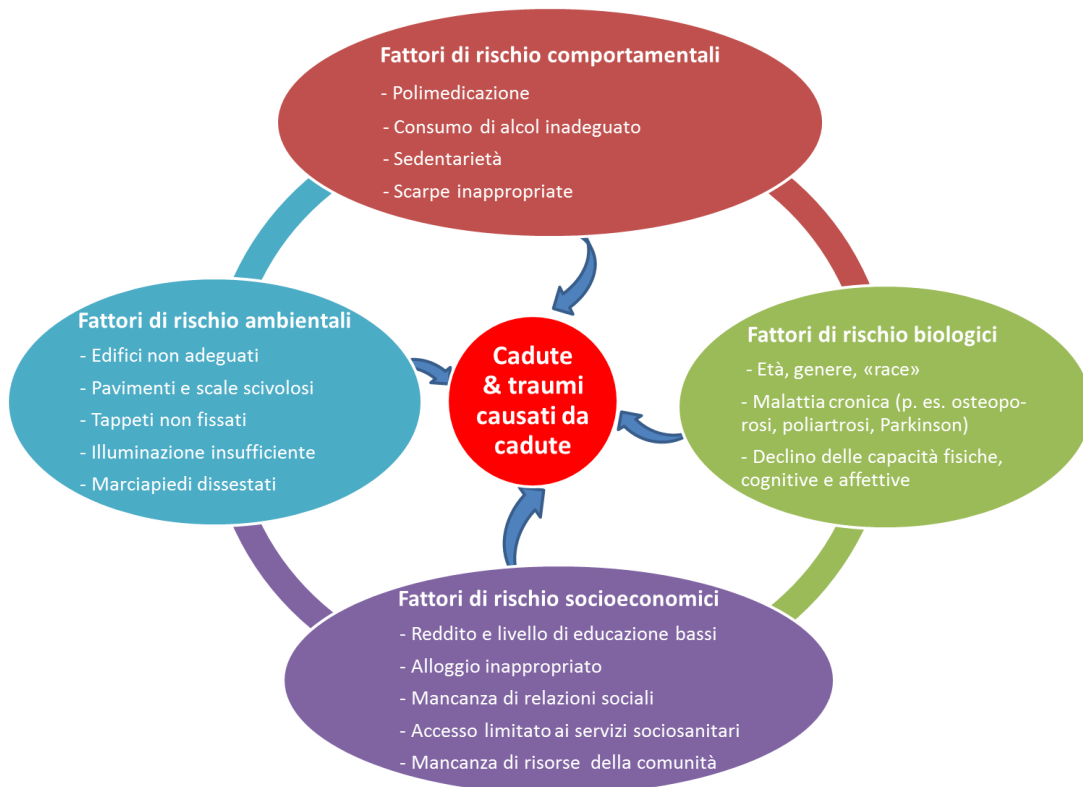
¹⁶ [Strategia nazionale dipendenze 2017–2024. Berna: Ufficio federale della sanità pubblica, 2015](#)

responsabili di decessi prematuri, e alla prevenzione delle cadute (vedi figura 3), fonti di importante morbilità e di perdita di autonomia negli anziani.



Adatto da fig.1: The causal chain

Figura 2: Principali fattori non genetici che influenzano la malattia coronarica¹⁷



Adattato da fig. 3: Risk factor model for falls in older age

Figura 3: Fattori di rischio di cadute in età avanzata¹⁸

¹⁷ WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO, 2009, p. 2, fig. 1

¹⁸ WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva: WHO, 2007, p. 5, fig. 3

Da osservare che il concetto di **fattore di rischio** corrisponde a un **indicatore di probabilità di possibile associazione** con una determinata condizione clinica; la sua assenza non esclude la comparsa della malattia, ma la sua presenza, o la compresenza di più fattori di rischio, ne aumenta notevolmente la probabilità. Il fattore di rischio può essere una caratteristica intrinseca o genetica, un aspetto del comportamento o uno stile di vita, un'esposizione ambientale.

Di converso i **fattori di protezione** sono statisticamente associati al mantenimento o alla protezione di un determinato stato di salute. Diversi fattori psicologici, sociali e comportamentali hanno un ruolo protettivo nel corso dell'adolescenza e dell'età adulta, aumentando la resistenza alle malattie, diminuendo o ritardando la comparsa di invalidità e permettendo un recupero più rapido in caso di malattia¹⁹.

Sia i fattori di rischio che i fattori di protezione sono potenzialmente modificabili quando sono legati ad un comportamento o a un contesto. Gli interventi di prevenzione e promozione della salute devono quindi privilegiare un approccio olistico orientato alle persone e ai vari ambienti (contesti di vita / sistemi) che identifichi ed agisca sui determinanti della salute modificabili.

I fattori di rischio e di protezione per la salute modificabili, che siano comportamentali, ambientali o socioeconomici, sono i campi d'azione privilegiati della prevenzione e della promozione della salute

3.3 Principi generali e processi di elaborazione dei programmi/progetti

I principi e processi, definiti e adottati nel 2013, sono stati utilizzati dal SPVS come base concettuale e come quadro di riferimento per sviluppare e validare degli strumenti di lavoro efficaci ed adatti ai programmi e progetti attuati in Ticino nel 2014-2015. In linea con i principi e processi sostenuti da Promozione Salute Svizzera, da enti e servizi dell'amministrazione federale, così come dai programmi in corso in vari cantoni, si continuerà a lavorare favorendo un approccio basato sui seguenti principi e processi generali:

- ✓ Prendere in considerazione i bisogni di salute delle persone e della popolazione durante tutte le fasi della vita (life-course approach)
- ✓ Applicare un approccio sistemico per l'elaborazione di programmi (modello PRECEDE PROCEED)
- ✓ Promuovere l'empowerment delle persone e delle comunità affinché esse possano scegliere ed esercitare un maggior controllo sui fattori modificabili che determinano la loro salute
- ✓ Promuovere un atteggiamento positivo rispetto alla salute basato sullo sviluppo e il mantenimento delle risorse di cui dispongono le persone e le comunità per proteggere e mantenere il miglior stato di salute possibile
- ✓ Garantire interventi basati sulle pari opportunità

¹⁹ [OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2002: réduire les risques et promouvoir une vie saine. Genève: OMS, 2002](#)

- ✓ Agire sui campi d'azione con un approccio inter- e multisetoriale
- ✓ Effettuare il monitoraggio e la valutazione delle azioni intraprese
- ✓ Sostenere le azioni sul lungo termine

I programmi / piani d'azione cantonali e di progetti specifici sviluppati tra il 2013 e il 2015 sono stati elaborati secondo la logica di lavoro proposta nel 2013:



4 La salute dei Ticinesi

In considerazione del principio che la salute della popolazione è una componente importante del benessere globale della società e della qualità di vita di ogni cittadino e che le principali cause di decesso e di morbilità sono dovute alle malattie croniche, la conoscenza della salute dei Ticinesi è indispensabile per sostenere delle misure appropriate di promozione della salute e di prevenzione delle malattie. Queste misure devono tenere conto anche delle persone già affette da incapacità o affezioni croniche, al fine di promuovere la miglior funzionalità e qualità di vita possibili nel corso della vita, analogamente a quanto affermato nella visione della *Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili*.

Da ricordare che la salute dipende da numerosi fattori. In un'ottica di salute pubblica è tuttavia opportuno focalizzare l'analisi su fattori potenzialmente modificabili tramite interventi che agiscono su comportamenti individuali e fattori ambientali e/o strutturali. Dati demografici e di mortalità erano stati presentati in dettaglio nel 2013. Per questo motivo, di seguito sono esposti i dati epidemiologici - basati in gran parte su sondaggi²⁰ - più recenti e significativi per rappresentare le tendenze attuali nel Cantone Ticino. I dati presentati per fascia di età descrivono la percezione dello stato di salute, i fattori che giocano un ruolo protettivo e quindi positivo per la salute ed infine i fattori e i comportamenti a rischio che possono influenzarla in modo negativo.

4.1 Dati epidemiologici nelle varie fasi della vita

a) Bambini e adolescenti

Le varie inchieste sulla salute non includono i bambini. I primi dati concernenti la percezione dello stato di salute, le abitudini e i comportamenti a rischio includono gli adolescenti tra gli 11 e i 15 anni (studio HBSC, dati 2014).

Percezione della salute, soddisfazione e rete sociale
9 adolescenti su 10 dicono di trovarsi in "buono" o "eccellente" stato di salute
8 adolescenti su 10 dicono di sentirsi soddisfatti della propria vita
Più di 8 adolescenti su 10 dichiarano di essersi innamorati di qualcuno
Più di 8 adolescenti su 10 dichiarano di poter parlare dei propri problemi con gli amici

Alimentazione

Confrontando i dati HBSC del 2014 con quelli del 2010 (figura 4), è possibile rilevare come, tra gli adolescenti ticinesi, l'alimentazione sembri seguire una tendenza al miglioramento. Infatti, per gli alimenti raccomandati come frutta e verdura, il trend pare orientato verso un aumento della frequenza di consumo. Per contro, alimenti non raccomandati quali bevande zuccherate, chips e bevande energetiche sembrano segnare, se non un lieve calo, quantomeno una certa stazionarietà. In particolare, gli adolescenti che consumano frutta e/o verdura una o più volte al giorno rappresentano rispettivamente il 45.8% (5.1 punti percentuali in più rispetto al 2010) e il

²⁰ [Bouvier Gallacchi M, et al. Strategia e programma quadro di prevenzione e promozione della salute, Cantone Ticino, 2013-2015. Bellinzona: Ufficio medico cantonale, 2013, p. 15](#)

35.7% (2.7 punti percentuali in più rispetto al 2010). Invece, per bevande zuccherate, chips e bevande energetiche le prevalenze risultano leggermente più basse e rispettivamente sono il 18.3% (-3.7 punti percentuali), il 5.9% (-0.3 punti percentuali) e il 2.7% (-3.0 punti percentuali).

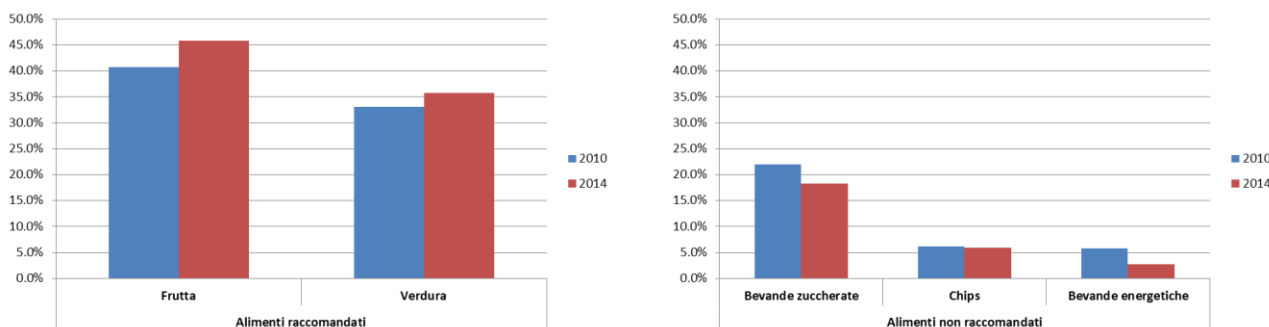


Figura 4: Prevalenza di consumo frequente (“una o più volte al giorno”) di alimenti raccomandati (sinistra) e non raccomandati (destra), per il 2010 (in blu) e per il 2014 (in rosso).

Attività fisica

L’analisi dei dati (figura 5) mostra come l’attività fisica, svolta negli ultimi 7 giorni per almeno 60 minuti e per 6-7 giorni alla settimana, evidenzia una relazione inversamente proporzionale rispetto all’età: al crescere dell’età si rileva una tendenza alla progressiva riduzione della frequenza dell’attività fisica. Si passa così dal 23.4% per gli undicenni a circa il 15.0% per i quindicenni²¹. Tuttavia, come per l’alimentazione, anche in questo caso i dati mostrano una certa tendenza positiva, poiché, rispetto al 2010, si misurano incrementi superiori ai 5 punti percentuali per undicenni, dodicenni e quattordicenni.

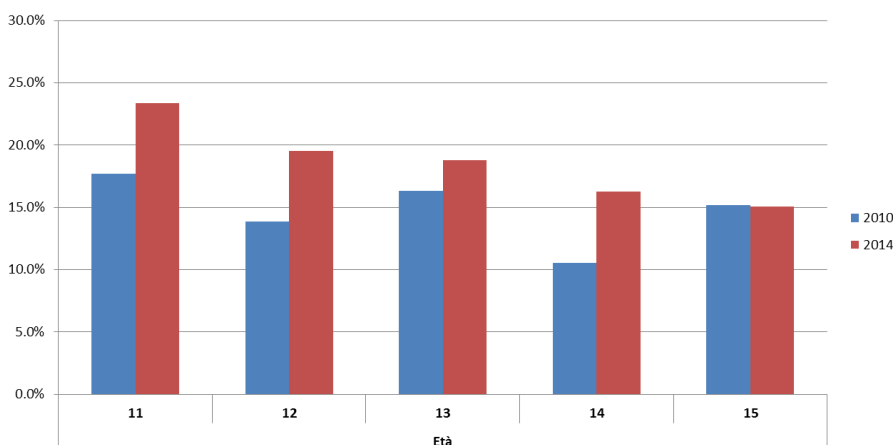


Figura 5: Prevalenza di attività fisica frequente (“almeno 60 minuti per 6-7 giorni la settimana”) negli ultimi 7 giorni per fascia d’età, per il 2010 (in blu) e per il 2014 (in rosso).

Un aspetto interessante da notare è come la frequenza dell’attività fisica risulti strettamente associata allo stato di salute dichiarato dai ragazzi (figura 6). Rappresentando, infatti, la relazione tra la frequenza settimanale con cui viene svolta l’attività fisica e l’autovalutazione del proprio stato

²¹ Il dato per i quindicenni dev’essere considerato con cautela in quanto la dimensione campionaria per questa fascia d’età è inferiore alle 30 unità.

di salute, si può rilevare un andamento direttamente proporzionale: un'attività fisica più frequente coincide con una maggior proporzione di ragazzi che dichiarano uno stato di salute eccellente. Più precisamente, tra coloro che non svolgono alcuna attività fisica, solo circa 3 su 10 valutano il proprio stato di salute eccellente. Al contrario, tra i ragazzi che svolgono attività fisica tutti i giorni della settimana, il numero di coloro che dichiara uno stato di salute eccellente sale a 6 su 10.

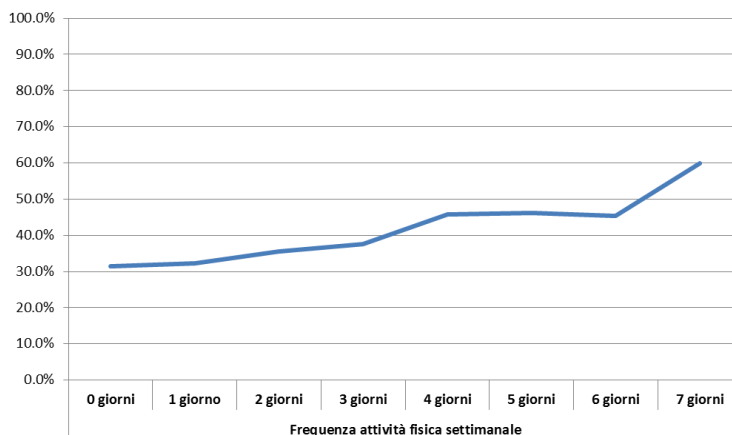


Figura 6: Prevalenza di una valutazione “eccellente” del proprio stato di salute rispetto alla frequenza (in giorni) con cui si è svolta attività fisica (“almeno a 60 minuti negli ultimi 7 giorni”) nel 2014.

Sonno

L'analisi dei dati relativi alla qualità del sonno, ha permesso di evidenziare la tendenza ad un progressivo peggioramento tra gli adolescenti ticinesi (figura 7). Il dato rappresentato, infatti, mostra un aumento, nell'arco di un quadriennio, della proporzione di giovani che dichiara difficoltà nell'addormentarsi almeno una volta a settimana negli ultimi 6 mesi. In particolare, nel 2010, gli adolescenti che dichiaravano problemi nell'addormentarsi erano circa 3-4 su 10; nel 2014 questo dato è salito a circa 5 su 10. È possibile rilevare una dinamica di peggioramento che cresce tra gli 11 e i 14 anni, con la variazione più marcata rispetto al 2010 per l'età di 13 anni (+15.1 punti percentuali).

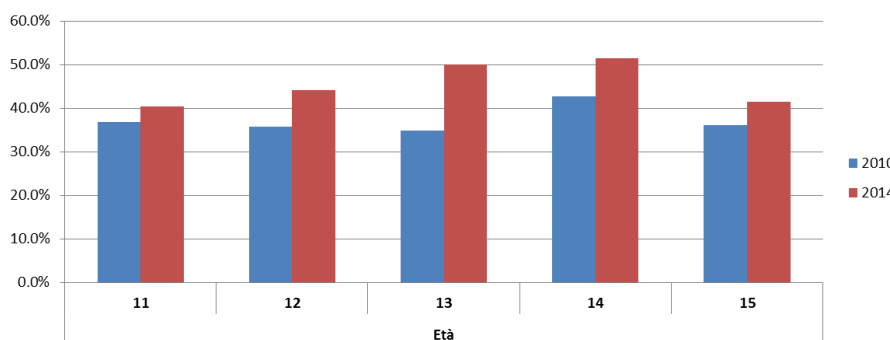


Figura 7: Prevalenza di adolescenti che dichiara difficoltà ad addormentarsi (“almeno una volta a settimana negli ultimi 6 mesi”) per fascia d'età, per il 2010 (in blu) e per il 2014 (in rosso).

Come per l'attività fisica, anche il sonno risulta strettamente associato con la salute percepita. In effetti, rappresentando la relazione intercorrente tra il dato inerente la difficoltà ad addormentarsi e il dato riguardante la valutazione del proprio stato di salute (figura 8), si rileva come, tra coloro che non hanno difficoltà ad addormentarsi, quasi 7 su 10 dichiarano uno stato di salute eccellente. Al

contrario, tra coloro che manifestano difficoltà ad addormentarsi, più di 8 su 10 dichiarano uno stato di salute pessimo.

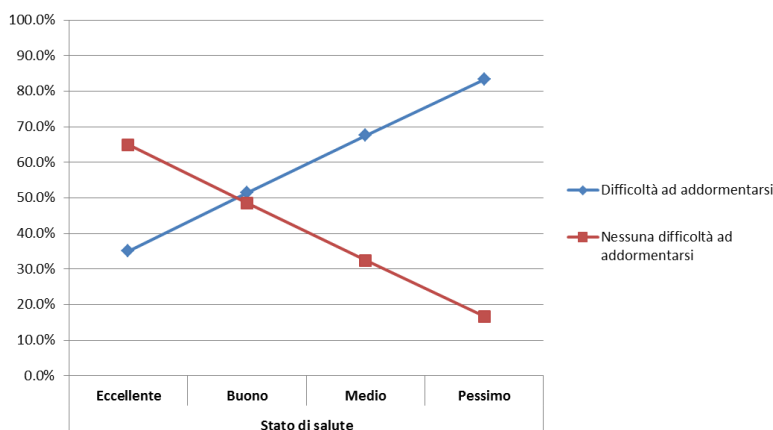


Figura 8: Prevalenza di adolescenti che dichiara di avere (linea blu) o non avere (linea rossa) difficoltà ad addormentarsi (“almeno una volta a settimana negli ultimi 6 mesi”) rispetto allo stato di salute dichiarato nel 2014.

Comportamenti a rischio

Per definire l’età a cui hanno inizio i comportamenti a rischio, si è rappresentata la prevalenza cumulativa tra gli 11 e i 15 anni²² di coloro che dichiarano di aver fumato una sigaretta (“più di un tiro”), che hanno bevuto alcol (“più di un sorso”), che si sono ubriacati e che hanno fatto uso di canapa. Ne risulta che, a 15 anni, circa 4-5 giovani su 10 hanno bevuto alcol, circa 3-4 su 10 hanno provato a fumare una sigaretta, quasi 2 su 10 si sono ubriacati e poco più di 1 su 10 ha fatto uso di canapa. In particolare, l’intervallo d’età che pare registrare l’accelerazione maggiore nei comportamenti a rischio è compreso tra i 13 e i 14 anni. Inoltre, rispetto al 2010, è possibile rilevare una generale riduzione nella prevalenza di coloro che provano per la prima volta alcol e tabacco tra gli 11 e i 15 anni, mentre resta praticamente invariata la prevalenza nell’inizio dell’uso di canapa.

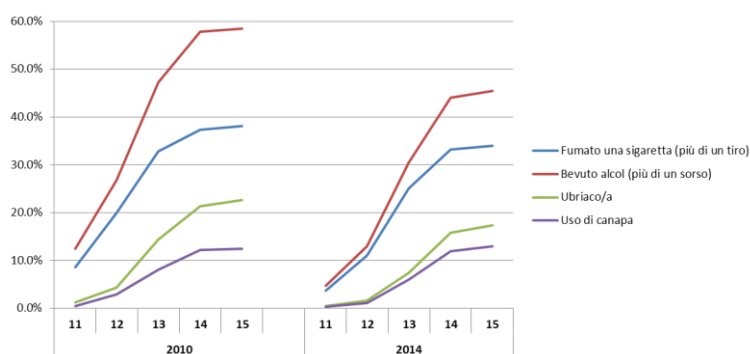


Figura 9: Prevalenza cumulativa di adolescenti che dichiara di avere bevuto alcol (linea rossa), fumato una sigaretta (linea blu), si è ubriacata (linea verde) o ha fatto uso di canapa (linea viola) per fascia d’età, nel 2010 (a sinistra) e nel 2014 (a destra).

²² La prevalenza cumulativa per una classe d’età è stata calcolata come somma tra la prevalenza per quell’età e le prevalenze di tutte le classi d’età precedenti. Quindi, ad esempio per l’alcol, il dato ai 15 anni è da interpretare come la proporzione di ragazzi di 15 anni che dichiara di aver già bevuto alcol tra gli 11 e i 15 anni. Questa specifica domanda è stata posta solo a ragazzi di età compresa tra i 13 e i 15 anni.

b) Adulti

I dati relativi presentati di seguito provengono dall'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS, dati 2012). Questi dati descrivono la percezione dello stato di salute, le abitudini e i comportamenti a rischio. Inoltre presentano degli indicatori, detti fattori di rischio metabolico, comunemente utilizzati a livello internazionale per consentire la comparazione tra popolazioni di paesi differenti.

Percezione e attenzione alla propria salute, soddisfazione al lavoro
8 adulti su 10 giudicano il proprio stato di salute tra "buono" e "molto buono"
8 adulti su 10 dichiarano di non essere limitati nelle attività quotidiane per un problema di salute
Più di 8 adulti professionalmente attivi su 10 dicono di essere soddisfatti dal proprio lavoro
8 adulti su 10 dicono di aver fatto controllare la loro pressione arteriosa negli ultimi 12 mesi

BMI e sedentarietà

I dati relativi all'indice di massa corporea (IMC)²³, evidenziano in Ticino nel 2012 una tendenza crescente delle prevalenze in funzione dell'età. La proporzione di persone con un indice ponderale elevato, infatti, cresce in modo quasi lineare fino ai 55-64 anni, passando da circa 1 persona su 10 in sovrappeso o obesa tra i 15-19 anni a più di 5 persone su 10 tra i 55 e i 64 anni (Figura 10). Parallelamente - anche se in modo più discontinuo - la sedentarietà cresce proporzionalmente con l'età, passando da circa 1 persona inattiva su 10 tra i 15 e i 19 anni, a più del doppio tra i 55 e i 64 anni (figura 10).

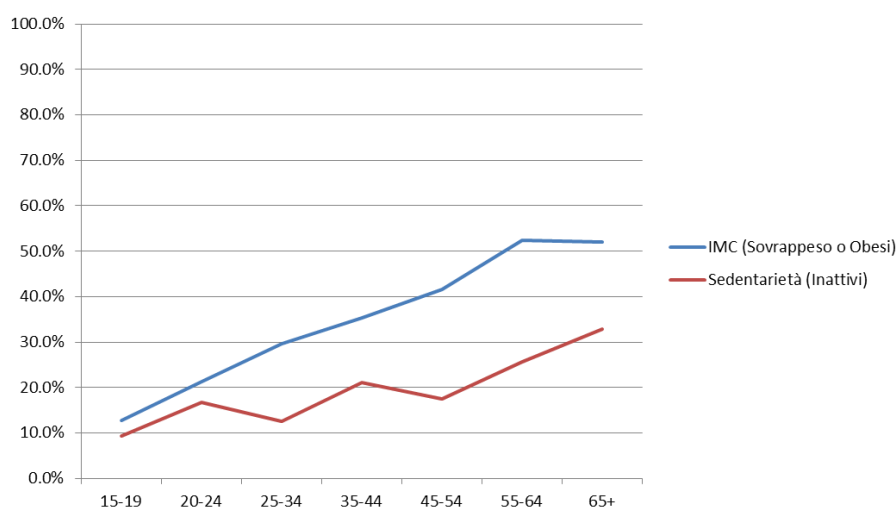


Figura 10: Prevalenza per fascia d'età di giovani-adulti con un indice di massa corporea (IMC) elevato (linea blu) e che si dichiarano inattivi (linea rossa), in Ticino nel 2012.

È interessante notare come, tra le persone che si dichiarano "attive", 8 su 10 descrivono il proprio stato di salute tra buono e molto buono. Questa proporzione scende invece a circa 5 su 10 tra coloro che si dichiarano "inattive" (figura 11)

²³ L'indice di massa corporea corrisponde al rapporto tra peso, espresso in kg, e quadrato dell'altezza, espressa in metri, utilizzato come indicatore per valutare i rischi correlati al sovrappeso e all'obesità in soggetti adulti

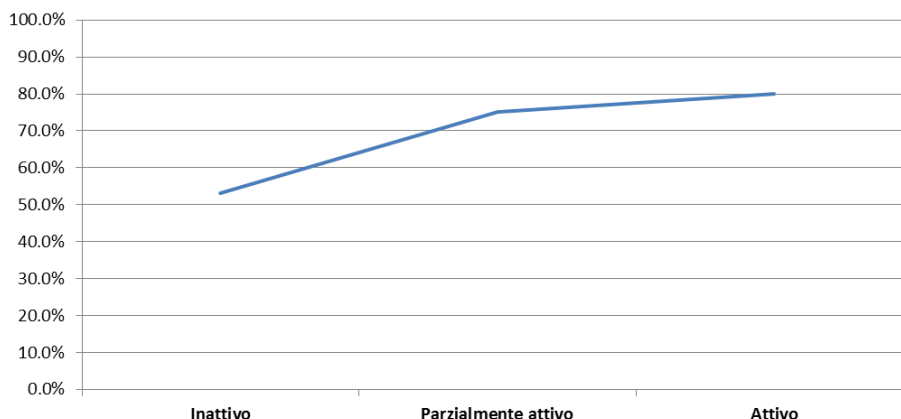


Figura 11: Prevalenza di giovani-adulti che valutano il proprio stato di salute da buono a molto buono rispetto al livello di attività fisica praticata (inattivo, parzialmente attivo e attivo), in Ticino nel 2012.

Sfera psicologica

L’Indagine sulla salute in Svizzera (ISS 2012) misura il disagio psicologico attraverso un indice sintetico denominato Mental Health Inventory (MHI)²⁴. Tale indice è il risultato dell’integrazione di 5 stati d’animo rilevati dalle persone nel corso delle 4 settimane precedenti l’indagine e sono: essere nervoso, giù di morale, calmo o sereno, scoraggiato, felice.

Il grafico riportato (figura 12) mostra la prevalenza in Ticino del disagio psicologico di grado da medio a importante e, come si può notare, circa un quarto della popolazione sembra risentirne. Il dato è superiore alla media svizzera e tale differenza risulta statisticamente significativa. La tendenza sembra indicare un maggior disagio nelle donne rispetto agli uomini e la fascia d’età più interessata sembra quella compresa tra i 50-64 anni.

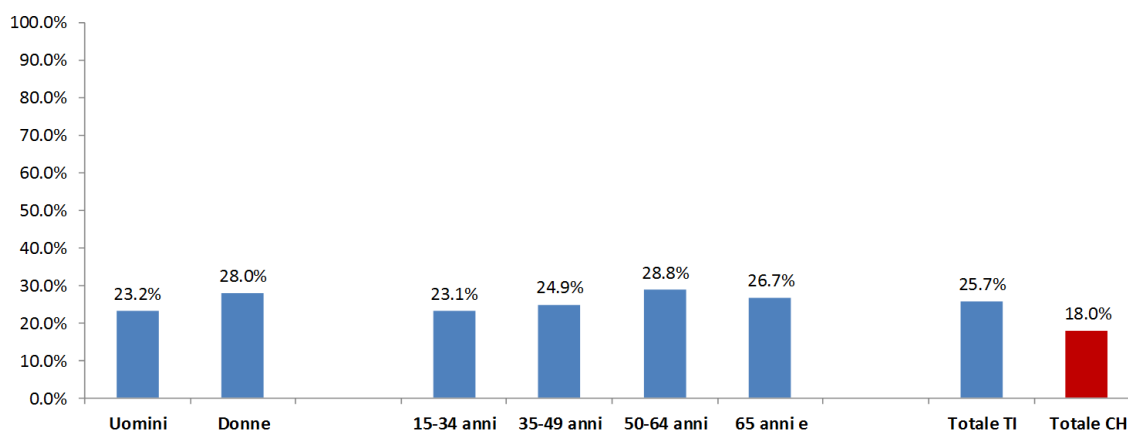


Figura 12: Prevalenza di persone che presentano dei sintomi di disagio in Ticino nel 2012

²⁴ L’MHI-5, una scala della salute mentale composta da 5 domande, è uno dei moduli del questionario sullo stato di salute MOS SF-36 (36-item Short-Form Health Survey Questionnaire). Per ulteriori dettagli, vedi: Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical Care 1992; 30: 473–48

Considerando singolarmente le cinque variabili e comparandole tra uomini e donne (figura 13), si osserva un contributo dei fattori globalmente simile tra i due sessi ma delle ampiezze, in termini di prevalenza, maggiori nelle donne. Le tendenze riscontrate sembrano suggerire che le due variabili più rilevanti nella determinazione del disagio psicologico siano il nervosismo e l'essere raramente o mai calmo e sereno.

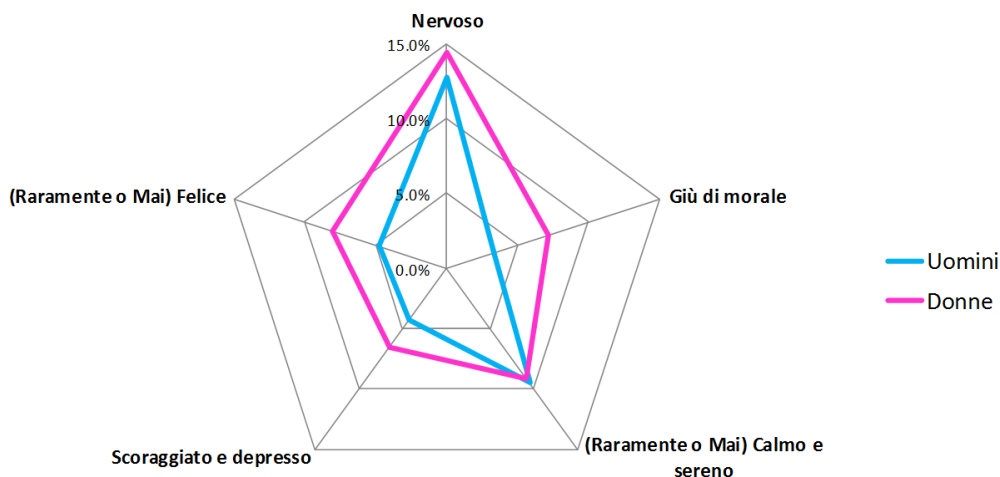


Figura 13: Prevalenza delle componenti del disagio psicologico per sesso in Ticino nel 2012

Paragonando invece le varie fasce d'età (figura 14), si può rilevare che il pattern del disagio psicologico pare subire delle modificazioni nel corso del tempo. Infatti, se tra i 15-34 anni paiono prevalere nervosismo e assenza di calma e serenità, nelle fasce d'età successive anche altri aspetti tendono ad acquisire progressivamente importanza come, ad esempio, la mancanza di felicità, con delle maggiori ampiezze nei 50-64 anni.

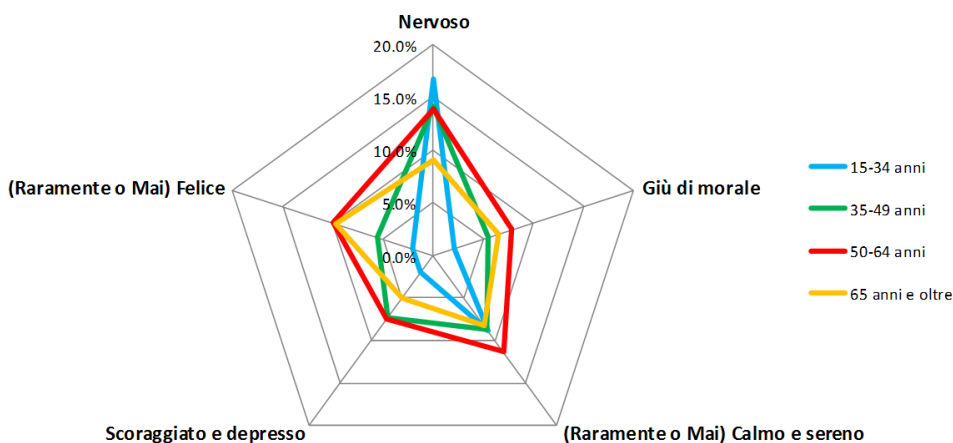


Figura 14: Prevalenza delle componenti del disagio psicologico per fascia d'età in Ticino nel 2012

L'analisi delle caratteristiche comportamentali e dello stato di salute fisico delle persone affette da un disagio di grado medio-alto ha mostrato che tra esse: 32.9% sono sottopeso, 41.6% sono

sedentarie, 33.6% fumano regolarmente, 42.2% hanno un consumo d'alcol cronico a rischio, 83.5% assumono dei psicofarmaci e 49.0% soffrono di disturbi fisici importanti.

Fattori di rischio metabolico

Tra gli indicatori più frequentemente utilizzati a livello internazionale nella valutazione della salute della popolazione - con riferimento in particolare alle malattie non trasmissibili - vi sono i fattori di rischio metabolico quali ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete. E' bene considerare che questi parametri solo parzialmente sono legati agli stili di vita – e dunque modificabili – poiché esiste una rilevante componente genetica che ne determina l'origine e lo sviluppo in età più avanzata.

Dall'analisi dei dati (figura 15) è possibile notare come ipertensione e ipercolesterolemia evidenzino una crescita ad alta correlazione fino ai 64 anni. In particolare, tra i 20 e i 34 anni ne soffre circa 1 persona su 10; tale proporzione tende a crescere linearmente fino a raddoppiare tra 45 e 54 anni (circa 2 persone su 10) per poi accelerare ulteriormente, quadruplicando tra 55 e 64 anni (circa 4 persone su 10). Il diabete, invece, segue una crescita più lenta, concentrata soprattutto nel passaggio tra i 45-54 anni e i 55-64 anni (circa 1 persona su 10).

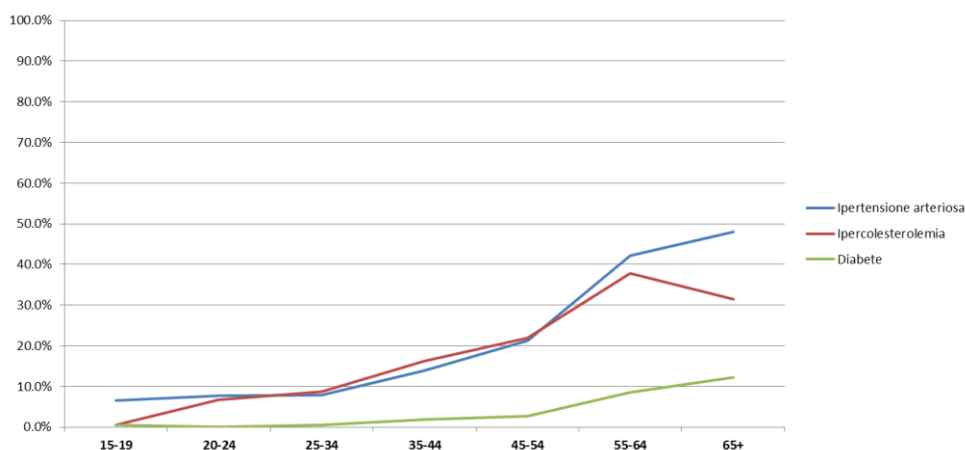


Figura 15: Prevalenza di giovani-adulti che dichiarano di soffrire di ipertensione arteriosa (linea blu), di ipercolesterolemia (linea rossa) e di diabete (linea verde), in Ticino nel 2012.

Comportamenti a rischio

Confrontando comportamenti a rischio come il consumo di alcol e tabacco (figura 16), è possibile rilevare che, in Ticino nel 2012, l'andamento delle prevalenze varia in funzione dell'età. Più precisamente, il comportamento tabagico si connota come un comportamento precoce e principalmente giovanile, raggiungendo un massimo di circa 4 persone su 10 nella fascia d'età dei 25-34 anni. Da qui segue un repentino declino che porta la prevalenza a stabilizzarsi a circa 3 persone su 10 dai 35-44 anni fino ai 55-64 anni. Diversamente dal comportamento tabagico, il consumo regolare di alcol (almeno due volte al giorno) si caratterizza come un fenomeno tardivo, tipico dell'età avanzata e legato principalmente al consumo di vino. Si può notare come l'aumento

della prevalenza sia praticamente lineare a partire dai 35-44 anni, passando da una proporzione inferiore a 1 persona su 10 ad una prossima a 2 persone su 10 all'età di 55-64 anni.

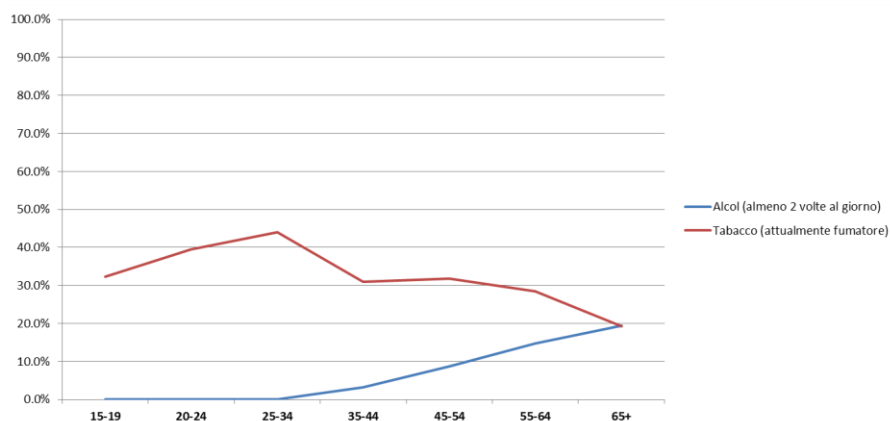


Figura 16: Prevalenza di giovani-adulti che consumano alcol almeno due volte al giorno (linea rossa) e che dichiarano di essere attualmente dei fumatori (linea blu), in Ticino nel 2012.

c) Anziani

L'analisi dei dati (ISS, 2012) relativi alla popolazione anziana ha privilegiato un approccio basato sulla qualità di vita, l'autonomia funzionale, i rischi specifici e le caratteristiche della rete sociale. Ritenuto come la popolazione anziana presenti dei bisogni differenti in considerazione delle caratteristiche appena elencate, ma soprattutto del contesto abitativo (in autonomia o in casa per anziani), è opportuno puntualizzare che i dati considerati, ad eccezione del dato sulla popolazione residente nelle case per anziani, riguardano unicamente le persone che vivono a domicilio.

Percezione della salute, rete sociale ed autonomia
Più di 5 persone di 65+ su 10 giudicano il proprio stato di salute tra "buono" e "molto buono"
9 persone di 65+ su 10 dichiarano avere una o più persone di fiducia con cui poter parlare di problemi personali
Malgrado la presenza di un handicap fisico in 4 persone di 80+ su 10, meno di 2 persone su 10 dichiarano limitazioni nella vita quotidiana
1 persona su 100, tra 65 e 79 anni, risiede in una casa per anziani; 16 persone su 100 a partire dagli 80 anni ²⁵

Limitazioni funzionali, strumentali e nelle attività della vita quotidiana

Dato il livello raggiunto in Ticino in termini di speranza di vita tra le più alte al mondo – superiore a 81 anni per gli uomini e 85 anni per le donne – risulta più informativo descrivere il grado di salute degli anziani in termini di qualità della vita piuttosto che in termini di mortalità. Uno dei fattori che

²⁵ [Soins de longue durée dans les établissements de personnes âgées. In: Rapport de base sur la santé pour le canton du Tessin. Lausanne: Obsan, 2014, p. 111](#)

influenza sensibilmente tale qualità è rappresentato dalle limitazioni fisiche che possono, al contempo, ridurre tanto l'autonomia e l'indipendenza quanto il benessere soggettivo (limitazioni nelle attività della vita quotidiana e strumentali). Tra queste si possono distinguere tre tipi di limitazioni: le limitazioni funzionali (vedere, udire, parlare, camminare), le limitazioni nelle attività della vita quotidiana (mangiare, coricarsi, vestirsi, andare in bagno, farsi la doccia senza aiuto) e le limitazioni nelle attività strumentali della vita quotidiana (preparare i pasti, usare il telefono, fare acquisti, svolgere lavori domestici, usare i trasporti pubblici senza aiuto). Dall'analisi emerge che, in Ticino nel 2012, le limitazioni funzionali tendono al raddoppio di prevalenza nel passaggio dai 65-79 anni agli 80 e più (rispettivamente da circa 2 persone su 10 a circa 4 persone su 10). Un andamento simile, anche se con prevalenze ridotte circa della metà, è riscontrabile anche per le limitazioni nelle attività della vita quotidiana e per le attività strumentali (figura 17).

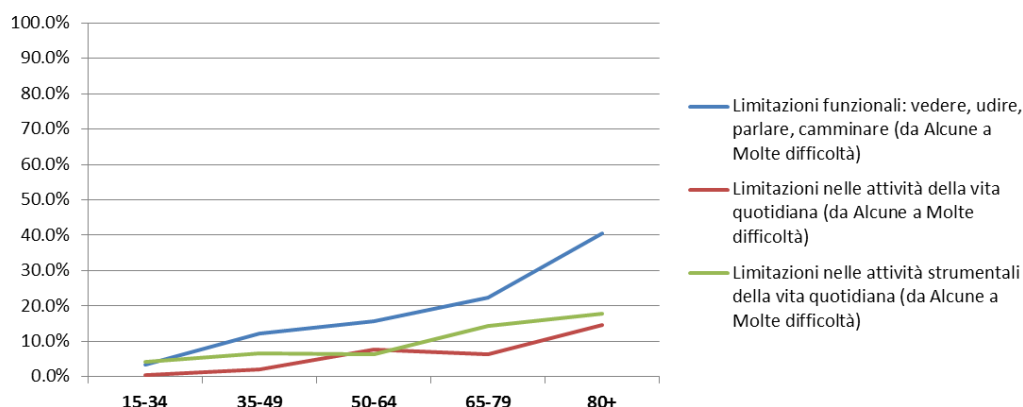


Figura 17: Prevalenza di persone che percepiscono da alcune a molte difficoltà nelle limitazioni funzionali (linea blu), nelle limitazioni nelle attività della vita quotidiana (linea rossa) e nelle limitazioni nelle attività strumentali della vita quotidiana (linea verde), in Ticino nel 2012.

Assunzione farmaci

Le tendenze relative all'assunzione di farmaci in Ticino (figura 18), permettono di rilevare un andamento simile e un picco di prevalenza per due specifiche categorie di farmaci: quelli contro l'ipertensione e quelli contro il colesterolo. In particolare, gli anti-ipertensivi mostrano una crescita nella prevalenza nell'assunzione quotidiana praticamente lineare rispetto all'età fino ai 65-79 anni, seguita poi da una stabilizzazione nel passaggio agli 80 anni (circa 4 persone su 10). È rilevabile, inoltre, una marcata tendenza all'assunzione di sonniferi a partire dai 65 anni (circa 2 persone di 80 anni e più su 10), una crescita progressiva di farmaci contro il diabete (dagli 80 anni, 1 persona su 10) e una prevalenza nell'assunzione quotidiana di antidolorifici che, a partire dai 50-64 anni, resta costante nel corso del tempo (circa 1 persona su 10).

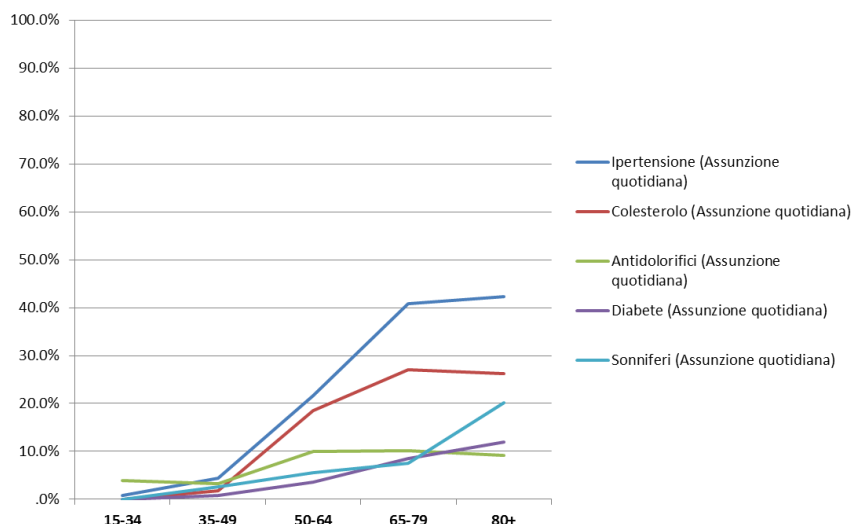


Figura 18: Prevalenza nell'assunzione quotidiana di farmaci in Ticino nel 2012: contro l'ipertensione (linea blu), contro il colesterolo (linea rossa), antidolorifici (linea verde), contro il diabete (linea viola) e sonniferi (linea azzurra).

Cadute, alcol, sedentarietà e psicofarmaci

Le cadute rappresentano un parametro indiretto rilevante su una potenziale perdita anche notevole di autonomia e qualità di vita. A loro volta le cadute sono particolarmente condizionate da fattori comportamentali e farmacologici.

Comparando gli andamenti di cadute, consumo di alcol, sedentarietà e assunzione di psicofarmaci (figura 19), si può notare che la sedentarietà non subisce variazioni di rilievo fino ai 70-74 anni. Tuttavia, a partire da questa fascia di età si osserva un incremento considerevole della prevalenza che passa, rispettivamente, da circa 2 persone a quasi 5 persone su 10. Le cadute e l'assunzione di psicofarmaci seguono un andamento simile: una tendenza alla crescita costante della prevalenza a partire dai 65-69 (più di 3 persone su 10 a 75 anni e più). Infine, il rischio medio-alto nel consumo di alcol non sembra subire variazioni significative tra i 60-64 e i 75 anni e oltre, e corrisponde a circa 1 persona su 10.

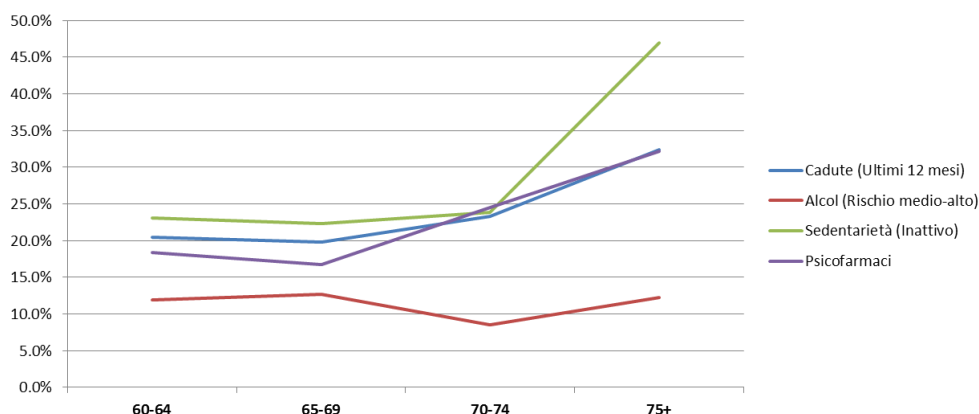


Figura 19: Prevalenza della sedentarietà (linea verde), delle cadute negli ultimi 12 mesi (linea blu), dell'assunzione di psicofarmaci (linea viola) e del rischio medio-alto nel consumo di alcol (linea rossa), in Ticino nel 2012.

Relazioni sociali

Per descrivere le relazioni sociali tra le persone più anziane, sono state analizzate tre differenti prevalenze: quella relativa a coloro che dichiarano di avere un numero ridotto di persone su cui poter contare (pari a 1-2), quelle che dichiarano di avere un numero ampio di persone su cui poter contare (superiore a 5) e quelle che dichiarano di percepire il senso di solitudine con una frequenza che va da qualche volta a molto spesso (figura 20). Dai dati emergono almeno due aspetti interessanti: il primo è che la prevalenza di chi dichiara di poter contare su un gruppo piccolo di persone tende ad aumentare progressivamente fino a raggiungere un massimo in età avanzata. Il secondo aspetto è che, a fronte di questa riduzione, non si rileva un corrispondente aumento della sensazione di solitudine. Curiosamente, infatti, laddove il gruppo di persone su cui poter contare è più ampio, il senso di solitudine percepito è più elevato (5-6 persone su 10), mentre dove il gruppo di persone su cui poter contare si riduce, la prevalenza per il senso di solitudine tocca il suo minimo (3-4 persone su 10).

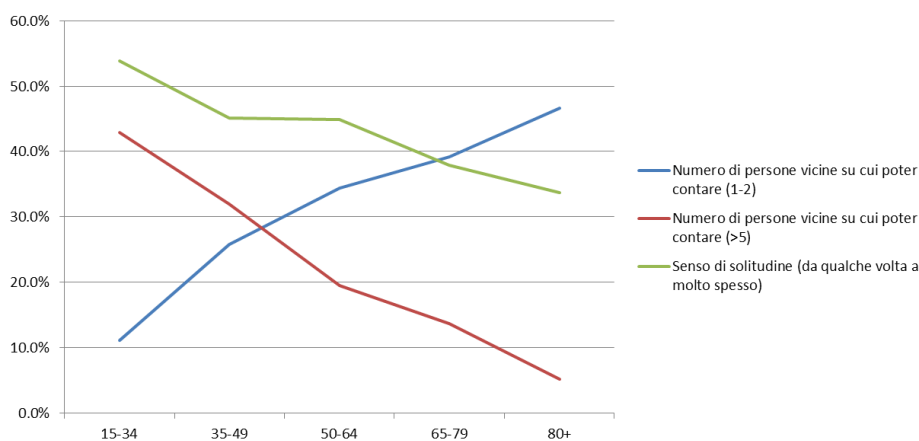


Figura 20: Prevalenza che dichiara di avere attorno a sé un gruppo di persone su cui contare di una dimensione pari a 1-2 unità (linea blu), pari a più di 5 unità (linea rossa) e prevalenza di persone che dichiara di percepire un senso di solitudine con una frequenza che va da qualche volta a molto spesso (linea verde), in Ticino nel 2012.

4.2 Bisogni d'intervento

In sintesi, dagli indicatori di salute, in particolare quelli più recenti per quanto concerne la fascia di età giovanile, emergono i seguenti aspetti:

- **Percezione dello stato di salute**

Anche se inferiore alla media nazionale (il 74% dei Ticinesi considera la propria salute buona o molto buona rispetto al 80.2% della media svizzera), la percezione dello stato di salute risulta globalmente buona in tutte le fasce d'età se si tiene conto dell'insorgenza inevitabile di affezioni croniche con l'avanzare degli anni.

- **Esami preventivi**

I ticinesi rivolgono un'attenzione particolare ad esami preventivi quali, ad esempio, il controllo della pressione arteriosa e del tasso di colesterolo (in Ticino rispettivamente l'80.5% e il 57.8% contro il 74,9% e il 44.5% della media svizzera).

- **Stato ponderale**

L'evoluzione dello stato ponderale (indice di massa corporea, IMC) sull'arco della vita non mostra ancora un'inversione di tendenza positiva, anche se si osserva nei più giovani un consumo lievemente più frequente di frutta e verdura e meno frequente di bevande zuccherate; la proporzione di persone fisicamente attive, se pure cresciuta negli ultimi dieci anni, rimane tuttora inferiore alla media svizzera (60.8% di persone attive in Ticino contro il 72.5% in Svizzera nel 2012). Tale tendenza è sicuramente da sostenere e sviluppare precocemente poiché, come mostrano i dati, il declino di una regolare attività fisica è rilevabile già a partire dall'adolescenza.

- **Sedentarietà**

La proporzione di persone che adotta uno stile di vita sedentario cresce progressivamente con l'età, fino a raggiungere il suo massimo in età avanzata. Questo tipo di comportamento si sviluppa probabilmente in modo insidioso, poiché le attività quotidiane, lavorative e non, si svolgono principalmente oggi con un livello molto ridotto di attività fisica. Questo determina un certo grado di inconsapevolezza che porta alla sottovalutazione del fenomeno. Inoltre è bene considerare che la sedentarietà non è un evento isolato bensì strettamente associato ad altri aspetti come la cattiva alimentazione, l'incremento dello stato ponderale, i fattori di rischio metabolico (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete) e, in ultima istanza, le principali malattie non trasmissibili come quelle cardiovascolari, il cancro e il diabete. Parallelamente a ciò, è importante ricordare che ridurre la sedentarietà determina effetti positivi anche sulla salute percepita: un'attività fisica regolare, infatti, si riflette in una valutazione significativamente migliore del proprio stato di salute.

- **Qualità del sonno**

Una tendenza sempre più documentata e marcata, sia a livello nazionale che internazionale, è la riduzione della qualità del sonno. Questo fenomeno, un tempo associato ad una fase avanzata della vita, oggi si caratterizza sempre più come evento precoce che inizia a manifestarsi a partire dall'adolescenza. Più che a fattori organici, è molto probabile che le ragioni siano in parte riconducibili agli stili di vita e, per questo, siano potenzialmente modificabili. Tuttavia occorre studiare maggiormente il fenomeno per poterlo meglio caratterizzare e individuare così interventi opportuni. È, infine, importante ricordare come questa tendenza sia da seguire con particolare attenzione in quanto risulta essere strettamente associata allo stato di salute percepito, alla conseguente qualità di vita e alla potenziale assunzione di psicofarmaci negli anni successivi.

- **Disagio psicologico**

Il disagio psicologico può avere diverse cause ed essere il risultato di un momento di difficoltà o di una condizione prolungata che una persona può trovarsi ad affrontare nel corso della propria vita. Dai dati emerge che, in Ticino, circa un quarto della popolazione dichiara sintomi di disagio, associati soprattutto a un elevato nervosismo e a una ridotta sensazione di serenità. In particolare, le donne e la fascia d'età compresa tra i 50 e i 64 anni risultano i gruppi di popolazione più sensibili a questa problematica. Dato che il disagio psicologico può rappresentare una condizione in grado di evolvere in disturbi ben più seri - ad esempio quelli dello spettro depressivo - è importante approfondire il tema mediante un'indagine specifica. Dovrebbe essere possibile, in questo modo, quantificare la reale dimensione del problema, descrivere i fattori di rischio e di protezione ad esso associati e definire la gamma dei bisogni

della popolazione in termini di promozione della salute e prevenzione. L'obiettivo è la progettazione e l'implementazione di interventi atti a fornire ai gruppi bersaglio le competenze in termini di gestione del disagio e resilienza.

• **Consumo di tabacco e alcol**

Resta importante l'attenzione rivolta ai comportamenti a rischio quali il consumo di alcol e di tabacco. Dai dati emerge che l'iniziazione a tali comportamenti è precoce attestandosi frequentemente tra i 13 e i 14 anni. Tuttavia, è interessante notare come l'evoluzione degli stessi segua poi dinamiche differenziate: il tabagismo raggiunge il suo picco tra i 25-34 anni a cui segue un parziale declino e una relativa stabilizzazione; il consumo cronico di alcol, invece, tende a crescere significativamente a partire 40-50 anni, raggiungendo le prevalenze più elevate in età avanzata.

4.3 Misure di prevenzione e promozione della salute

Le misure di prevenzione e di promozione della salute possono interessare vari contesti e gruppi bersaglio (figura 21). Per quanto concerne le misure di prevenzione raccomandate in ambito medico, sebbene il numero annuo di consultazioni mediche si situa nella media nazionale, il Ticino risulta essere il cantone in cui la proporzione di persone che effettua esami della pressione arteriosa e del tasso di colesterolo è tra le più alte in Svizzera, tra l'altro, con una prevalenza sostanzialmente identica tra uomini e donne. Un discorso analogo vale per gli esami relativi al depistaggio del cancro (collo dell'utero, seno, prostata) che evidenziano delle prevalenze significativamente superiori rispetto alla media nazionale.

Accanto a misure di cura e prevenzione - storicamente legate all'ambito sanitario - è essenziale lavorare anche a monte su stili di vita e comportamenti in quanto cause evitabili di malattia. Si tratta di un approccio di promozione della salute volto a elaborare e implementare interventi mirati sui determinanti della salute e sui fattori modificabili, così da rendere consapevoli e responsabilizzate le persone e le comunità affinché sviluppino delle competenze rispetto al mantenimento e/o miglioramento della loro salute.



Figura 21: Definizione delle aree d'intervento di prevenzione e promozione della salute

L'obiettivo finale della promozione della salute è di favorire, più che il semplice concetto del rispetto di una raccomandazione, la partecipazione pro-attiva delle persone alle scelte che possono permettere di avere un maggior controllo sulla propria salute, mantenendola e/o migliorandola.

Tale prospettiva implica una continua analisi dei bisogni, una definizione precisa di gruppi target e di misure appropriate, strategie mirate di comunicazione, implementazione e valutazione degli interventi.

5. Raccomandazioni per il periodo 2017-2020

5.1 Contenuti del programma quadro

L'analisi degli indicatori di salute della popolazione ticinese conforta nella scelta delle priorità per fascia di età, definite nel 2013, per quanto concerne l'adozione e il mantenimento di abitudini e comportamenti favorevoli alla salute rispetto ai temi dell'alimentazione, dell'attività fisica, del consumo di alcol e tabacco. L'obiettivo finale infatti è la riduzione dell'impatto delle principali malattie non trasmissibili soprattutto in termini di morbilità. Oltre a questi classici indicatori, si è voluto prestare maggiore attenzione alla sedentarietà, al sonno e al disagio psicologico, tematiche che si distinguono per: i) nuove tendenze rispetto al passato (per esempio il sonno negli adolescenti), ii) differenze statisticamente significative e durature tra la Svizzera e il Ticino (ad esempio, livello di sedentarietà, caratteristiche del disagio).

Gli obiettivi generali del programma quadro rimangono invariati e sono formulati sulla base del modello di Kalache & Kickbusch²⁶ riguardante lo sviluppo e il mantenimento delle capacità funzionali nel corso della vita:

- Crescere e svilupparsi in salute durante l'infanzia e l'adolescenza
- Vivere e mantenersi in salute in età adulta
- Invecchiare in modo sano in età avanzata

Al fine di realizzare questi obiettivi generali, il programma quadro prevede rispetto ai temi prioritari il proseguimento delle attività di promozione della salute e di prevenzione nei quattro campi d'azione - comportamento individuale, contesto / ambiente di vita, messa in rete / coordinamento, comunicazione - già definiti nel 2013-2015. Il programma prevede di continuare lo sviluppo e l'adattamento a livello cantonale dei programmi nazionali contemplati nella *Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili* e delle misure che ne derivano e di consolidare i progetti cantonali intersettoriali / interdipartimentali esistenti.

Inoltre si continuerà a seguire e, se necessario, ampliare i temi trasversali riguardo l'ambiente e la migrazione, temi che richiedono particolare attenzione ed impegno per la salute pubblica.

Per quanto concerne i vari aspetti della vaccinazione, le attività previste (aggiornamento del Calendario vaccinale svizzero, implementazione delle raccomandazioni e delle strategie nazionali, promozione della vaccinazione presso la popolazione e i professionisti interessati) continueranno ad essere concordate e effettuate con gli altri servizi dell'UMC.

Gli obiettivi specifici di programma e i rispettivi indicatori di valutazione figurano nei documenti concernenti i singoli programmi e progetti tematici.

²⁶ Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. World Health 1997; 50:4-5

a) Attività di promozione della salute

Nel 2016, Promozione Salute Svizzera ha modificato le sue condizioni quadro, proponendo ai cantoni di includere nei programmi d'azione cantonali oltre alla fascia di età giovanile anche la popolazione anziana e sostenendo sia progetti nell'ambito dell'alimentazione e del movimento che progetti legati all'agio e al benessere. Considerato che il programma d'azione cantonale "Peso corporeo sano" cofinanziato da Promozione Salute Svizzera è terminato a dicembre 2016, il SPVS ha elaborato un nuovo programma d'azione cantonale per il periodo 2017-2020, denominato "Promozione della salute", la cui richiesta di sostegno finanziario è stata approvata dal Consiglio di Fondazione di Promozione Salute Svizzera a inizio novembre 2016. Questo nuovo programma prevede in un primo tempo, a partire da gennaio 2017, lo svolgimento di progetti che promuovono l'adozione e il mantenimento di comportamenti favorevoli alla salute rispetto all'alimentazione e il movimento nei giovani / anziani e nei vari contesti di vita; in seguito all'attuazione di questi progetti, il programma d'azione cantonale potrà essere completato con lo sviluppo di progetti in relazione con l'agio e il benessere, sempre per i due gruppi bersaglio.

Altre attività di promozione della salute sono sostenute attraverso progetti cantonali intersettoriali nell'ambito della migrazione e nel contesto della promozione della mobilità lenta (progetto Meglio a piedi).

b) Attività di prevenzione

Le attività di prevenzione per quanto concerne il consumo di tabacco e alcol comprendono sia misure di prevenzione comportamentale individuale che misure di prevenzione strutturale. Gli obiettivi generali dei rispettivi programmi sono: sviluppare competenze personali rispetto alla salute, favorire il cambiamento di un comportamento a rischio, agire sulle norme sociali per modificare abitudini o comportamenti nocivi per la salute e, in particolare, tutelare la salute giovanile.

Il Gruppo operativo salute ambiente ha come missione di elaborare e attivare, se del caso, piani e procedure per prevenire e/o mitigare l'impatto sulla salute di situazioni ambientali prevedibili, quali i periodi di canicola e di smog estivo (ozono) / invernali (polveri sottili). Verrà discussa la necessità di sviluppare attività più specifiche nel contesto dei cambiamenti climatici e, se del caso, le relative modalità d'implementazione.

Il progetto Alleanza contro la depressione, appena iniziato, prevede lo sviluppo di attività di prevenzione e di presa in carico precoce e appropriata della depressione. Il progetto fa parte della pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2015-2018 il cui finanziamento è stato approvato nel marzo 2015. Gli interventi verranno elaborati e implementati sotto la supervisione del SPVS per la parte prevenzione e dell'OSC per la parte cure sanitarie.

c) Progetto-pilota Girasole

Questo progetto, cofinanziato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), fa parte delle misure del Piano d'azione della Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili in fase di elaborazione. Il progetto Girasole promuove attività di prevenzione e

promozione della salute tramite l'empowerment e il coaching di pazienti che consultano regolarmente il loro medico di famiglia. Al termine della fase pilota (ottobre 2016 – dicembre 2017), che comprenderà una valutazione esterna complessiva del progetto, si deciderà se diffondere ed ancorare queste attività di prevenzione all'insieme dei medici di famiglia sia in Ticino che in altri cantoni.

d) Modalità e metodologia di lavoro

I vari programmi, progetti e singoli interventi prevedono il coinvolgimento degli attori interessati e attivi sul territorio permettendo la collaborazione e il coordinamento delle attività tra i partner. La definizione dei bisogni, l'elaborazione dei programmi / progetti e la loro valutazione seguono sempre le varie tappe di pianificazione del modello PRECEDE-PROCEED, adottato nel 2013²⁷.

5.2 Implementazione del programma

5.2.1 Risorse umane

Al 31 dicembre 2016, il Servizio dispone di 10 collaboratori che rappresentano 8.1 unità attive. Sono da segnalare inoltre 0.6 unità inserite a tempo determinato nel Servizio ed attribuite all'Ufficio del medico cantonale per il progetto "Alleanza contro la depressione" che si svilupperà nei prossimi quattro anni nell'ambito della pianificazione OSC.

Circa il 25% delle attività del SPVS è legato alla gestione corrente del servizio e alla collaborazione intradipartimentale, il 75% restante è dedicato allo sviluppo, al coordinamento, all'implementazione e alla valutazione dei programmi così come all'informazione della popolazione e di gruppi specifici.

5.2.2 Principali partner

Amministrazione cantonale

- Dipartimento del territorio
 - Sezione della mobilità
 - Ufficio dell'aria, del clima e delle energie rinnovabili
 - Ufficio segnaletica stradale

- Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport
 - Ufficio delle scuole comunali
 - Ufficio delle scuole medie
 - Ufficio fondi Swisslos e Sport-toto
 - Ufficio dello sport

- Dipartimento delle finanze e dell'economia
 - Ufficio per lo sviluppo economico

²⁷ [Strategia e programma quadro 2013-2015, p.11](#)

- Dipartimento della sanità e della socialità
 - Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio
 - Ufficio del sostegno a enti e attività per le famiglie e i giovani
- Dipartimento delle istituzioni
 - Progetto Strade più sicure
 - Sezione Polizia amministrativa

Amministrazione federale

- MeteoSvizzera
- Regia federale degli alcol
- Vari Uffici (sanità pubblica, statistica, sport, ecc.)

Organizzazioni internazionali

- OMS – Regions for Health Network

Fondazioni e associazioni cantonali

- Agenzia Derman di interpretariato interculturale, SOS Ticino
- Associazione PIPA – Prevenzione incidenti persone anziane
- Associazione Svizzera Non-fumatori
- Associazione Traffico Ambiente
- Associazione ticinese delle strutture d'accoglienza per l'infanzia
- ATTE Associazione ticinese terza età
- Conferenza cantonale delle famiglie diurne
- Fondazione IdéeSport
- Fourchette verte Ticino
- Ingrado - Servizi per le dipendenze
- Mobilità pedonale svizzera
- OMCT
- Pro Juventute – Associazione Svizzera italiana
- Radix Svizzera italiana
- Servizi Assistenza e Cura a Domicilio (SACD)
- slowUp Ticino
- Ticino Addiction
- Ufficio prevenzione incidenti Ticino

Fondazioni e associazioni nazionali

- Addiction Suisse
- Collegio di medicina di base
- Fondo per la prevenzione del tabagismo
- Fondo lotteria intercantonale
- Promozione Salute Svizzera

5.2.3 Risorse finanziarie

Gli investimenti a favore della prevenzione e della promozione della salute sono in parte sostenuti dalla Confederazione, in parte a preventivo del Cantone. L'ammontare complessivo in CHF dei vari programmi e progetti è annualmente di circa:

■ Programma Promozione della salute	
○ prima parte alimentazione e attività fisica (2017-2020)	639'500
○ seconda parte agio e benessere (event. 2019-2020)	250'000
■ Programma cantonale Prevenzione del tabagismo (2015-2018)	685'000
■ Alcol e altre dipendenze (accordi annuali)	745'000
■ Alleanza contro la depressione (programma quadriennale)	150'000
■ Progetto Meglio a piedi (accordi annuali)	70'000
■ Progetto-pilota di prevenzione e promozione (progetto Girasole 2017)	100'000
■ Promozione della salute nelle scuole (accordi annuali)	80'000
■ Promozione della salute in vari setting (accordi annuali)	100'000
■ Studi e ricerche epidemiologiche (accordi quadriennali ISS e HBSC)	65'000
■ Ambiente GOSA (accordi annuali)	30'000
■ Migrazione (accordi annuali)	20'000
■ Varia (quota associazioni)	10'000

Il programma d'azione cantonale Promozione della salute, il programma cantonale Prevenzione del tabagismo, il Piano di azione cantonale alcol e il progetto-pilota Girasole sono cofinanziati rispettivamente dalla Fondazione Promozione Salute Svizzera, dal Fondo per la prevenzione del tabagismo, dal Fondo alcol tramite la decima dell'alcol e dall'Ufficio federale della sanità pubblica.

L'importo complessivo annuale a carico del Cantone ammonta a CHF 670'000.

L'attuazione del Programma quadro di prevenzione e promozione della salute 2017-2020 non comporta, nelle condizioni attuali, nessun nuovo importo a carico del Cantone.

6 Sintesi

Sulla base degli indicatori di salute più recenti e degli indicatori di valutazione disponibili, il presente Programma quadro si prefigge di proseguire le misure e attività di prevenzione e promozione della salute, implementate negli ultimi anni e ritenute pertinenti, e di sviluppare nuovi progetti nell'ambito di un programma d'azione cantonale di promozione della salute, sostenuto e cofinanziato da Promozione salute svizzera, nell'arco dei prossimi quattro anni.

Visione: garantire una vita sana e promuovere il benessere per tutti a tutte le età
(OMS, Health in 2015, 2015)

PROGRAMMA QUADRO SPVS 2017 - 2020

	Promozione della salute	Prevenzione		
Programmi cantionali Sviluppo e adattamento dei programmi nazionali	Programma d'azione cantonale a) Alimentazione, movimento 2017 - 2020	Programma d'azione cantonale tabagismo 2015-2018		
	Target	0-20 anni 65+ anni	Target	Adolescenti Adulti
	Responsabilità	UMC - SPVS	Responsabilità	UMC - SPVS
	Coordinamento	SPVS	Coordinamento	SPVS
	Finanziamento	DSS / PSCH	Finanziamento	DSS / FPT
		b) Agio e benessere	Piano cantonale alcol 2015 - 2018	
	Target	0-20 anni 65+ anni	Target	Giovani Senior
	Responsabilità	UMC - SPVS	Responsabilità	UMC - SPVS
Coordinamento	SPVS	Coordinamento	SPVS	
Finanziamento	DSS / PSCH	Finanziamento	Fondo Alcol	
Progetti cantionali intersettoriali / interdipartimentali	Migrazione e salute 2016-2019	Salute e ambiente 2016 - 2019		
	Target	Migranti vulnerabili	Target	Persone a rischio Popolazione generale
	Responsabilità	GA intersettoriale	Responsabilità	GOSA
	Coordinamento	SPVS	Coordinamento	SPVS
	Finanziamento	DSS	Finanziamento	DSS
		Miglior a piedi	Alleanza contro la depressione	
	Target	Bambini, anziani	Target	Adulti
	Responsabilità	GA intersettoriale	Responsabilità	GA DSP
Coordinamento	SPVS	Coordinamento	SPVS	
Finanziamento	DSS-DT (DI, DECS)	Finanziamento	DSS	
Progetti pilota Non inseriti in programmi cantionali	Girasole			
	Target	Adulti		
	Responsabilità	UMC - SPVS		
	Coordinamento	SPVS		
	Finanziamento	DSS / UFSP		

7 Allegati

Allegato I: Glossario Prevenzione e Promozione della salute²⁸

Benessere (Wellbeing/Wellness)

Il benessere è lo stato ottimale di salute di singoli individui e gruppi di persone, caratterizzato da due aspetti fondamentali: la realizzazione delle massime potenzialità di una persona a livello fisico, psichico, sociale, spirituale ed economico e la soddisfazione delle aspettative del proprio ruolo nella famiglia, nella comunità, nel contesto lavorativo e in altri contesti.

Riferimento bibliografico: [Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health Prom Int 2006; 21 \(4\): 340-5](#) (trad e adatt.SPVS)

Il benessere percepito (*subjective wellbeing*) si basa su tre aspetti: la valutazione - aspetti negativi e positivi - della propria vita (*life evaluation*), i sentimenti e le emozioni personali (*affect*) e il funzionamento e la realizzazione delle proprie potenzialità (*eudaimonia*). La salute è un determinante importante del benessere percepito; altri determinanti possono essere il tipo di personalità, la cultura, i contatti sociali, il reddito, l'attività professionale.

Riferimento bibliografico: [OECD. OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-Being. Paris: OECD, 2013](#) (trad. SPVS)

Competenze di salute (Health Literacy)

L'*health literacy* indica le abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere alle informazioni, di comprenderle e utilizzarle in modo da promuovere e mantenere un buono stato di salute

Riferimento bibliografico: [Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998](#) (trad. DoRS)

In alcuni contesti, l'*health literacy* è tradotto come "alfabetizzazione sanitaria" che fa riferimento al corretto utilizzo del sistema sanitario.

²⁸ La fonte principale utilizzata per redigere questo glossario è il glossario della promozione della salute voluto dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e pubblicato per la prima volta nel 1986 nella collana *Health for All Series*, ampiamente rivisto e aggiornato nel 1998 con il titolo *Health Promotion Glossary* e aggiornato nuovamente nel 2006 con l'inserimento di nuovi termini (*Health Promotion Glossary: New Terms*). Per la traduzione in italiano del glossario dell'OMS ci si è basati sull'edizione curata dal Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS Regione Piemonte al quale l'OMS ha concesso i diritti di traduzione e pubblicazione:

- Glossario OMS della Promozione della Salute, a cura del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS, 2012. Trad di: Health Promotion Glossary (WHO, 1998)
Traduzione disponibile all'indirizzo: <http://www.dors.it/dl.php?idalleg=991>
- Glossario OMS della promozione della salute: nuovi termini, traduzione a cura del Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute DoRS, 2007. Trad di: WHO Health Promotion Glossary: new terms (WHO, 2006)
Traduzione disponibile all'indirizzo: <http://www.dors.it/dl.php?idalleg=980>

Determinanti della salute (Determinants of health)

Sono l'insieme dei fattori personali, sociali, economici ed ambientali che determinano lo stato di salute di persone o popolazioni.

Riferimento bibliografico: [Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998](#) (trad. DoRS modificata SPVS)

I fattori che influenzano la salute sono molteplici e interagiscono tra loro. La promozione della salute ha a che fare essenzialmente con azioni e sensibilizzazione (*advocacy*), volte ad affrontare tutti i determinanti potenzialmente modificabili, non solo quelli legati alle azioni individuali, quali i comportamenti e gli stili di vita, ma anche i determinanti sanitari, ambientali e socioeconomici. La combinazione di questi fattori produce condizioni di vita differenti, che hanno un impatto sulla salute.

Riferimento bibliografico: [Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998](#) (trad. DoRS modificata SPVS)

Educazione alla salute (Health education)

L'educazione alla salute comprende le opportunità di apprendimento costruite consapevolmente che implicano modalità di comunicazione finalizzate a migliorare le competenze rispetto alla salute. Ciò include il miglioramento delle conoscenze e lo sviluppo di abilità psicosociali che contribuiscono alla salute degli individui e delle comunità.

Riferimento bibliografico: [Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998](#) (trad. DoRS modificata SPVS)

L'educazione alla salute concerne non solo la comunicazione d'informazioni, ma anche lo sviluppo della motivazione, delle competenze e dell'autostima necessarie per agire nell'ottica di migliorare la propria salute.

Riferimento bibliografico: [Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998](#) (trad. SPVS)

Empowerment per la salute (Empowerment for health)

Nell'ambito della promozione della salute, si definisce "empowerment" il processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute.

Riferimento bibliografico: [Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998](#) (trad. DoRS)

L'empowerment può essere un processo sociale, culturale, psicologico o politico attraverso il quale gli individui e i gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale e intraprendere azioni di carattere politico, sociale e culturale che consentano loro di soddisfare tali bisogni. Attraverso questo processo gli individui riescono a percepire una più stretta corrispondenza tra i propri obiettivi di vita e il modo in cui raggiungerli, ma anche una correlazione tra gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti.

Viene fatta una distinzione tra empowerment degli individui ed empowerment di comunità. Il primo si riferisce soprattutto alle capacità del singolo individuo di prendere decisioni e di assumere il

controllo della propria vita. L'empowerment di comunità, invece, si riferisce agli individui come insieme che a livello collettivo agiscono per riuscire a influenzare e controllare maggiormente i determinanti della salute e la qualità di vita nella propria comunità.

Riferimento bibliografico: [Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998](#) (trad. DoRS)

Prevenzione delle malattie (Disease prevention)

La nozione di prevenzione descrive l'insieme delle azioni, delle attitudini e dei comportamenti finalizzati ad evitare l'insorgenza di malattie o traumatismi o a mantenere e migliorare la salute.

Riferimento bibliografico: Bourdillon F, Brucker G et Tabuteau D. *Traité de santé publique*. Paris: Flammarion, 2004 (trad. SPVS)

La prevenzione delle malattie comprende non solo misure finalizzate a prevenire l'insorgenza delle malattie come ad esempio la riduzione dei fattori di rischio, ma riguarda anche misure volte ad arrestare l'evoluzione di una malattia già insorta e a ridurre le conseguenze.

Riferimento bibliografico: [Glossary of terms used in Health for all series. Geneva: WHO, 1984](#) (trad. SPVS)

Complessivamente le misure di prevenzione si possono suddividere in due categorie: quelle comportamentali e quelle strutturali.

- **Prevenzione comportamentale**
Misure di prevenzione orientate sulla persona e/o gruppi di persone che hanno come scopo lo sviluppo di competenze personali nell'ambito della propria salute e il cambiamento di un comportamento a rischio
- **Prevenzione strutturale**
Misure di prevenzione che hanno lo scopo principale di agire sulle strutture e sugli ambienti, cercando di modificare e/o proporre alternative ad abitudini o comportamenti nocivi per la salute, condivisi da un gruppo di persone.

Promozione della salute (Health promotion)

La promozione della salute è il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla.

Riferimento bibliografico: [Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO, 1986](#) (trad. DoRS)

Questo processo non comprende solo azioni volte a rafforzare le abilità e le capacità dei singoli individui ma anche azioni volte a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche in modo da ridurre il loro impatto sulla salute del singolo e della collettività.

Esso considera la salute come una risorsa con la quale un gruppo o un individuo può:

- realizzare le proprie aspirazioni e soddisfare i propri bisogni
- evolvere o adattarsi al contesto nel quale vive

Riferimento bibliografico: [Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO, 1986](#) (trad e adatt. SPVS)

Il documento dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS "Salute 2020" propone quattro aree prioritarie di intervento:

- Investire in salute attraverso un approccio che considera l'intero arco della vita e mirare all'empowerment delle persone
- Affrontare le principali sfide per la salute nel campo delle malattie non trasmissibili e trasmissibili
- Rafforzare i sistemi sanitari centrati sulla persona, le capacità in salute pubblica e la preparazione, la sorveglianza e la risposta alle emergenze
- Creare comunità resilienti e ambienti favorevoli alla salute individuale e collettiva

L'obiettivo condiviso è quello di migliorare in misura significativa la salute e il benessere delle popolazioni, ridurre le disuguaglianze nella salute, rafforzare la salute pubblica e garantire sistemi sanitari centrati sulla persona che siano universali, equi, sostenibili e di elevata qualità.

Riferimento bibliografico: [Santé2020. Copenhagen: OMS Bureau régional de l'Europe, 2013](#) (trad. Ministero della salute italiano e DoRS)

Nel campo di attività del SPVS la promozione della salute mira a creare le condizioni affinché le persone e le comunità abbiano la capacità di esercitare un controllo sulla propria salute e di migliorarla e, quindi, di soddisfare i propri bisogni e adattarsi al variare delle condizioni di vita. La promozione della salute vuole essere un processo dinamico e partecipativo, che garantisca nel contempo equità e sostenibilità.

Protezione della salute (Health protection)

La protezione della salute ricopre l'insieme delle misure e delle attività che contribuiscono a ridurre al minimo il rischio di problemi di salute relativi a fattori ambientali, in particolare nel campo degli infortuni, della sicurezza e della salute sul posto di lavoro, dei rischi ambientali, della sicurezza alimentare e dei farmaci, dell'igiene orale. La priorità è quindi data alla creazione di un ambiente sano con la speranza di proteggere la salute delle persone e della collettività.

Riferimento bibliografico: [Glossaire européen en santé publique. Paris: Université de Paris, Département de santé publique, 2003](#) (trad. SPVS)

Qualità di vita (Quality of life)

La qualità di vita è definita dalle percezioni che le persone hanno della propria posizione nella vita in relazione al contesto culturale e al sistema di valori in cui vivono e rispetto ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi. Si tratta di un concetto ampio che include, in un sistema complesso, lo stato di salute fisico e psicologico di una persona, il livello d'indipendenza, le relazioni sociali, le credenze personali e la propria relazione con le componenti più importanti dell'ambiente.

Riferimento bibliografico: What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Forum 1996; 17(4): 354-6 (trad. DoRS modificata SPVS)

Questa definizione mette in evidenza l'idea che la qualità di vita si riferisce ad una valutazione soggettiva che ha dimensioni sia positive sia negative e che si inserisce in un contesto culturale, sociale e ambientale. L'OMS ha definito sei grandi ambiti per descrivere gli aspetti essenziali della qualità della vita in una prospettiva transculturale: un ambito fisico (ad es. energia e stanchezza), un ambito psicologico (ad es. sentimenti positivi), il livello di indipendenza (ad es. mobilità), le relazioni sociali (ad es. concreto sostegno sociale), l'ambiente (ad es. accesso ai servizi sanitari) e le credenze personali (ad es. senso della vita). Gli ambiti riguardanti la salute e la qualità di vita sono complementari e parzialmente sovrapposti.

Riferimento bibliografico: [Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998](#) (trad. DoRS)

La qualità di vita riflette la percezione delle persone nel vedere che sono soddisfatti i propri bisogni e che non sono negate le opportunità di essere felici e di sentirsi realizzati, indipendentemente dallo stato di salute fisico o dalle condizioni socioeconomiche. L'obiettivo di migliorare la qualità di vita è diventato un obiettivo sempre più importante nella promozione della salute, accanto alla prevenzione dei problemi di salute evitabili; ciò assume una particolare rilevanza quando si cerca di soddisfare i bisogni degli anziani, delle persone disabili, dei malati cronici e dei malati in fase terminale.

Riferimento bibliografico: [Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998](#) (trad. DoRS)

Salute (Health)

Definizione storica

La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solo l'assenza di malattia o di infermità.

(Costituzione OMS 1948)

Nel contesto della promozione della salute, la salute viene considerata non tanto come condizione astratta quanto come mezzo al servizio di un fine. In concreto, la si può rappresentare come una risorsa che permette alle persone di condurre un'esistenza individuale, sociale ed economica produttiva.

Riferimento bibliografico: [Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO, 1986](#) (trad. SPVS)

La salute è una risorsa per la vita di tutti i giorni e non lo scopo dell'esistenza. Si tratta di un concetto positivo che valorizza le risorse sociali e personali, così come le capacità fisiche.

Riferimento bibliografico: [Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO, 1986](#) (trad. DoRS)

La salute è creata e vissuta nei vari contesti della vita quotidiana laddove si impara, si lavora, si gioca o si ama.

Riferimento bibliografico : [Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO, 1986](#) (trad. SPVS)

In linea con l'assunto che la salute sia un diritto umano fondamentale, la Carta di Ottawa mette in evidenza alcuni prerequisiti necessari: pace, cibo e abitazione, istruzione, risorse economiche adeguate, ecosistema stabile ed uso sostenibile delle risorse, giustizia ed equità. Il riconoscimento di questi prerequisiti sottolinea la complessità dei legami tra le condizioni sociali ed economiche,

l'ambiente fisico, gli stili di vita individuali e la salute. Questi legami permettono una comprensione olistica della salute, fondamentale per definire la promozione della salute.

Riferimento bibliografico: [Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998](#) (trad. DoRS)

Nell'ambito delle attività del SPVS, la salute è la capacità di adattamento, d'interazione e di autogestione delle persone e delle comunità di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive poste dall'ambiente e dalle condizioni di vita.

Riferimento bibliografico: Huber M. How should we define health? BMJ 2011; 343:d4163 (trad. e adatt. SPVS)

Salute globale (Global health)

La salute globale viene definita come un'area di studio, ricerca e pratica che pone l'accento sul miglioramento della salute e sulle pari opportunità di salute di tutte le persone in tutto il mondo. La salute globale considera le questioni di salute transnazionali, i relativi determinanti e soluzioni; coinvolge molte discipline – scienze sociali, umane, naturali, biomediche, epidemiologia, ecc. - e promuove una collaborazione interdisciplinare.

Riferimento bibliografico: Koplan JP et al. Towards a common definition of global health. Lancet 2009; 373: 1993-5 (trad. e adatt. SPVS)

La salute globale riguarda gli impatti transnazionali della globalizzazione sui determinanti e sui problemi di salute che si collocano oltre il controllo delle singole nazioni.

Riferimento bibliografico: [Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health Prom Int 2006; 21 \(4\): 340-5](#) (trad. DoRS)

I problemi dell'agenda della salute globale comprendono le disuguaglianze causate da modelli di commercio e d'investimento internazionali, gli effetti del cambiamento climatico globale, la vulnerabilità delle popolazioni migranti, il marketing di prodotti dannosi da parte delle società transnazionali e la trasmissione di malattie dovuta agli spostamenti delle persone tra i diversi paesi. La differenza fondamentale tra i problemi di salute globale e quelli che concernono la salute internazionale è che i primi sfidano il controllo da parte delle istituzioni dei singoli paesi. Queste minacce globali alla salute richiedono collaborazioni di promozione della salute sia a livello nazionale che internazionale.

Riferimento bibliografico: [Smith BJ, Tang KC & Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health Prom Int 2006; 21 \(4\): 340-5](#) (trad. SPVS)

Salute pubblica (Public health)²⁹

La salute pubblica è la scienza e l'arte di promuovere la salute, prevenire le malattie e prolungare la vita attraverso gli sforzi organizzati della società.

Riferimento bibliografico: adattamento dall'"ACHESON Report", Londra 1988³⁰

²⁹ Il termine "salute pubblica" è il corrispondente di "public health", anche se in Italia è piuttosto frequente l'uso del termine "sanità pubblica" per "public health". Risulta invece essere una peculiarità tutta svizzera. quella di usare il termine "sanità pubblica" per "sistema sanitario".

La salute pubblica è un concetto sociale e politico volto a migliorare la salute, a prolungare e migliorare la qualità della vita di intere popolazioni, attraverso la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e altre forme di intervento per la salute.

Nell'ottica della promozione della salute, rispetto alla definizione originaria, è emerso nella letteratura il concetto di "nuova salute pubblica" (new public health) che comprende una visione globale del modo in cui gli stili di vita e le condizioni ambientali determinano lo stato di salute. Questo nuovo concetto si basa inoltre sulla consapevolezza della necessità di mobilitare risorse e investire nelle politiche, nei programmi e nei servizi che creano, mantengono e tutelano la salute, sostenendo stili di vita sani e creando ambienti favorevoli alla salute.

Riferimento bibliografico: [Health Promotion Glossary. Geneva: WHO, 1998](#) (trad. SPVS)

³⁰ Acheson D et al. Public health in England: the report of the Committee of inquiry into the future development of the public health function. London: HMSO, 1988

Allegato 2: Tabella di valutazione dei progetti svolti nel 2013-2015

TEMI PRIORITARI	Gruppi bersaglio											
	Bambini <i>Scopo: crescere e svilupparsi in salute</i>			Adolescenti <i>Scopo: crescere e svilupparsi in salute</i>			Adulti <i>Scopo: vivere e mantenersi in salute</i>			Anziani <i>Scopo: Invecchiare in modo sano</i>		
	Obiettivi Programma	Misure	Risultati operativi 2015	Obiettivi Programma	Misure	Risultati operativi 2015	Obiettivi Programma	Misure	Risultati operativi 2015	Obiettivi Programma	Misure	Risultati operativi 2015
Alimentazione equilibrata e sufficiente movimento	La maggioranza dei moltiplicatori (educatori, insegnanti, genitori, operatori sociosanitari) coinvolti dalle misure aumenta le proprie conoscenze e competenze	Formazione docenti e genitori nell'ambito del Programma d'azione cantonale Peso corporeo sano (PAC – PCS)	67 docenti formati 923 genitori raggiunti 1015 bambini raggiunti				La popolazione conosce le raccomandazioni di alimentazione equilibrata e attività fisica regolare	Informazione e formazione di moltiplicatori tramite i progetti del Programma d'azione cantonale Peso corporeo sano (PAC – PCS)	67 docenti formati 923 genitori raggiunti 130 famiglie diurne formate 8 educatori di nidi dell'infanzia formati	Le persone anziane conoscono le raccomandazioni sull'attività fisica regolare	Diffusione di materiale informativo	11 mila copie della brochure "Se mi muovo mi mantengo in forma" prodotto e distribuito dall'associazione PIPA
		Formazione famiglie diurne, educatori asili nido (PAC – PCS)	130 famiglie diurne formate 8 educatori di nidi dell'infanzia formati (progetto pilota in corso)			Promozione di ristoranti, mense aziendali Fourchette Verte		22 marchi Adulti (16-64 anni) per mense, ristoranti, self-service 38 marchi per eventi grande pubblico o eventi temporanei	Sostegno all'attuazione di progetti specifici		Aggiornamento formazione monitori Allez Hop	
					Partecipazione a manifestazioni di grande pubblico (Slow Up, Sportissima, ecc.) (PAC – PCS)	Partecipazione a slowUp 2013/14/15 (60'000 flyer, 70'000 persone) Sportissima 2013/14/15 (30'000 persone) EstateInsieme Bellinzona: servizi 1'181 "Piatto della salute"		Informazione tramite media	Publicazione di 6 articoli dell'associazione PIPA su settimanali a larga diffusione (Azione, Cooperazione, ...) Publicazione di materiale informativo sul sito internet dell'associazione PIPA			
	Il numero delle scuole e degli asili nido che offrono dei pasti equilibrati ai bambini con marchio Fourchette Verte è aumentato rispetto al 2013	Assegnazione di marchi Fourchette Verte (PAC – PCS)	2 nidi dell'infanzia hanno ottenuto il marchio 1 catering che serve un nido dell'infanzia ha ottenuto il marchio 12 marchi Junior (4-15 anni) sono stati attribuiti				Il numero dei comuni che sostiene misure infrastrutturali favorevoli al movimento aumenta rispetto al 2012	Interventi di sensibilizzazione e sostegno dei comuni per uno sviluppo territoriale basato sui determinanti della salute		Il numero dei comuni che sostengono misure infrastrutturali per il movimento degli anziani aumenta rispetto al 2013	Interventi di sensibilizzazione e sostegno dei comuni per uno sviluppo territoriale basato sui determinanti della salute	Locarno estensione PMS Anziani 2015 3 interventi di sensibilizzazione realizzati da PIPA in collaborazione con Mobilità Attiva nei centri diurni di Monte Carasso, Melide e Bellinzona
	Il numero di luoghi d'accoglienza (asili nido, scuole, famiglie diurne) con proposte di alimentazione equilibrata e occasioni di movimento è aumentato rispetto al 2013	Interventi presso istituti scolastici, asili nido, famiglie diurne (PAC – PCS)	8 istituti scolastici 130 Famiglie diurne 1 nido dell'infanzia							Nei Meglio a piedi gli anziani che si spostano a piedi aumentano	Interventi di informazione e di motivazione della popolazione anziana	
	Aumentano il numero di bambini che vanno a scuola a piedi e il numero dei comuni che sostengono misure strutturali favorevoli al movimento rispetto al 2010	Sensibilizzazione dei comuni a cambiamenti strutturali	27 Comuni con PMS (6500 allievi SI/SE/SM) Premio upi Bellinzona nel 2013				Il numero di persone che raggiunge la soglia attiva di movimento aumenta rispetto al 2012	Sostegno all'attuazione di progetti specifici (Urban training/ Paprika, ecc.)	Progetto Girasole (avviato feb. 2015): preparazione per l'implementazione del progetto-pilota: - formazione 4 medici formatori - sviluppo del materiale informativo e strumenti Coaching Salute e Paprika - repertorio attività fisica Ticino (564 attività, 200 percorsi)	Gli anziani che raggiungono la soglia attiva di movimento aumenta rispetto al 2012	Sostegno all'attuazione di progetti specifici (Urban training, Paprika, ecc.)	
		Sostegno alla realizzazione di PMS	Sussidi Swisslos ai PMS 300'000 CHF Manuale PMS 500 copie distribuite Sito internet MaP Facebook MaP									
Valutazione dell'impatto degli interventi sulla prevalenza dei bambini in sovrappeso	Realizzazione di uno studio di coorte											

Benessere e agio		Gli allievi delle scuole medie migliorano le competenze e aumentano le loro risorse personali per fronteggiare situazioni di disagio e di conflitto	Interventi di sensibilizzazione	Mostra Conflitti e litigi in 3 scuole medie, raggiunti: 1047 allievi 140 docenti 440 genitori Diario scolastico pubblicato in 18 mila copie distribuito agli allievi delle scuole medie					
Consumo di tabacco		La frequenza degli adolescenti non fumatori è in aumento rispetto ai dati HBSC 2010	Interventi di sensibilizzazione degli adolescenti in vari setting Progetto di monitoraggio delle abitudini tabagiche dei giovani	2014: elaborazione del PCT 2015-2018 2015: implementazione PCT tramite 5 partner sul territorio di 10 progetti, tra cui: Teatro interattivo (Radix): 9 scuole medie, 750 allievi, coinvolgimento di docenti e famiglie Mostra No Smoking Be Happy (ASN): 3000 allievi SME, 172 classi, 188 insegnanti Progetto Apprendistato senza fumo (Lega Polmonare TI): 98 apprendisti Progetto Ever:Fresh (Fondazione Idée:Sport): 3200 giovani coinvolti, 43 coach	Il numero di fumatori regolari diminuisce rispetto al 2012	Sensibilizzazione specifica dei fumatori regolari Progetti previsti dal PCT 2015-2018: Progetto Aziende senza fumo: 2 aziende coinvolte Progetto Consulenza collettiva/aziendale: 3 aziende coinvolte			
		Il divieto di vendita di tabacco ai minorenni è rispettato	Interventi di sensibilizzazione dei commercianti e gerenti di esercizi pubblici Implementazione di misure di controllo	Attività di ASN e Radix Svizzera italiana Realizzazione di test d'acquisto in 8 distretti per 5 distinte categorie commerciali (PCT 2015-2018)		Programmi ambulatoriali di disassuefazione Servizi di consulenza per fumatori Hospital Quit Support	Formazione di: - 9 medici - 1 dentista - 1 farmacista - 20 professionisti del settore socio-sanitario Presi in carico: - 299 pazienti pari a 869 consultazioni (PCT 2015-2018)		
Consumo di alcol		La frequenza di adolescenti con un consumo puntuale eccessivo di alcol e relative conseguenze sanitarie è in diminuzione rispetto ai dati HBSC 2010	Interventi di sensibilizzazione degli adolescenti e di commercianti/organizzatori di eventi Creazione di una rete di prevenzione e riduzione del danno Creazione e coordinamento di una banca dati ad hoc	Attività di Radix Svizzera italiana nell'ambito del contratto di prestazione 2013-2015 Istituzione dei gruppi di lavoro "Interventi nei pronto soccorso" e "Focus group monitoraggio consumo ricreativo" nell'ambito del Piano d'azione cantonale alcol 2015-2018 Prevista dal PAC 2015-2018, in fase di sviluppo	Il numero di persone con un consumo problematico di alcol diminuisce rispetto al 2012	Interventi di sensibilizzazione della popolazione generale Formazione continua specifica (depistaggio e diagnosi precoce) degli operatori medico sanitari Accesso alla rete di cura	Partecipazione a eventi nell'ambito della settimana alcol 2015 Sensibilizzazione del personale sanitario del pronto soccorso e sviluppo di procedure di intervento per i casi di intossicazione etilica acuta (PCA 2015-2018) Creazione e coordinamento del Gruppo di accompagnamento al Piani d'azione cantonale alcol 2015-2018	Interventi di sensibilizzazione informazione degli anziani Coordinamento e creazione di una banca dati ad hoc	Realizzazione di 15 rappresentazioni del teatro forum Ala mè età nei centri diurni ATTE, Pro Senectute e Generazione Più Prevista dal PAC 2015-2018, in fase di sviluppo
		Il divieto di vendita di alcol ai minorenni è rispettato	Interventi di sensibilizzazione dei commercianti, gerenti di esercizi pubblici Implementazione di misure di controllo	Attività di Radix Svizzera italiana nell'ambito del contratto di prestazione 2013-2015 Realizzazione di test d'acquisto in 8 distretti per 5 distinte categorie commerciali (PCA 2015-2018)	Gli interventi di prevenzione del danno correlato all'alcol sono sostenuti dalla popolazione	Informazione della popolazione Sensibilizzazione e formazione per i responsabili di manifestazioni locali Definizione di regole condivise durante gli eventi più importanti del Cantone	Attività dei partner del Gruppo di accompagnamento PAC 2015-2018 Attività di consulenza di Radix Svizzera italiana Istituzione dei gruppi di lavoro "Focus group monitoraggio consumo ricreativo" (PAC 2015-2018)	Interventi di sensibilizzazione e di messa in rete delle principali associazioni: - ATTE, - Pro Senectute - Generazione Più - PIPA e dei medici di famiglia	Realizzazione di una giornata di messa in rete degli attori cantonali Pomeriggio di formazione per i coordinatori dei centri diurni socio-assistenziali in collaborazione con l'Ufficio anziani Pomeriggio di studio per medici di famiglia

Consumo di farmaci				Le cadute in relazione ad un consumo non adeguato di farmaci e/o di alcol diminuiscono rispetto al 2013	Sensibilizzazione del personale medico e socio-sanitario	2 pomeriggi di formazione (oltre 200 operatori coinvolti)	
				Le principali associazioni che si occupano di anziani promuovono l'uso adeguato di farmaci	Interventi di sensibilizzazione di messa in rete delle principali associazioni ATTE, Pro Senectute, Generazione Più, PIPA	Informazione dei responsabili cantonali di ATTE, Pro Senectute e Generazione Più Messa a disposizione di 2000 copie dell'opuscolo Ala mè età	
				Gli anziani conoscono i rischi legati alla polifarmacoterapia e sanno come adottare un comportamento appropriato	Interventi di sensibilizzazione e informazione degli anziani	Realizzazione di 15 rappresentazioni del teatro forum Ala mè età nei centri diurni ATTE, Pro Senectute e Generazione Più Distribuzione di 2000 copie dell'opuscolo Ala mè età presso i centri diurni	
Promozione della salute	2 giornate di formazione nell'ambito del CAS – SUPSI annuale per infermieri di famiglia						