

Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

USO DEL LATTE MATERNO E DEL LATTE UMANO DONATO NEI NEONATI GRAVI PRETERMINE IN TOSCANA: ARCHIVIO TERAPIE INTENSIVE NEONATALI (TIN) TOSCANE ON-LINE

Monia Puglia¹, Elettra Berti², Cristiana Bosi³, Anna Ingargiola², Letizia Magi⁴, Elena Martelli⁵, Simone Pratesi⁶,
Emilio Sigali⁷, Barbara Tomasini⁸, Luigi Gagliardi⁹, Franca Rusconi² e il Gruppo TIN Toscare on-line*

¹Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze; ²Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, Firenze;

³Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze; ⁴Ospedale San Donato, Arezzo; ⁵Ospedale S. Stefano, Prato; ⁶Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Firenze;

⁷Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa; ⁸Azienda Ospedaliero Universitaria Senese, Siena; ⁹Ospedale della Versilia, Viareggio (LU)

SUMMARY (*Breastfeeding and donor human milk in very preterm newborns in Tuscany*) - Breastfeeding or donor human milk are the first choice in preterm infant feeding. To analyze clinical practice concerning the enteral nutrition in very preterm newborns, data were collected by an area-based online registry (TIN Toscare on-line) including very preterm (< 32 weeks of gestational age) or very low birth weight (≤ 1500 g) infants born in Tuscany (years 2012-14), Italy. In this Region a network of human milk banks is in place since several years. The overall human milk prevalence (mother's own milk + human donor milk) was high both at the beginning of enteral nutrition and at complete enteral feeding (79.5% and 77.8% respectively). Human donor milk was used more frequently than mother's own milk to start enteral nutrition (66.9%), while breastfeeding rate was higher when newborns achieved complete enteral nutrition (36.4%). Rate of any breastfeeding at discharge overlapped those reported in national registries (62.3%), while it was higher than those reported from international reports (25-55%). These findings suggest that using human donor milk does not compromise the subsequent initiation of breastfeeding.

Key words: donor human milk; milk bank; preterm infant

franca.rusconi@meyer.it

Introduzione

Il latte materno è universalmente considerato l'alimento di prima scelta per tutti i neonati (1-3). Le evidenze scientifiche confermano che il latte materno rappresenta la migliore risorsa nutrizionale anche per il neonato pretermine, ovvero nato prima di 37 settimane di età gestazionale (EG). In caso di mancata disponibilità o insufficienza di latte materno, il latte umano donato rappresenta la migliore alternativa per l'alimentazione di questi neonati (1-4). Infatti, nonostante il trattamento termico a cui viene sottoposto per annullare il rischio infettivo, mantiene alcuni importanti effetti benefici. Rispetto alla nutrizione con formule per pretermine, l'uso del latte umano donato è stato associato a una ridotta incidenza di enterocolite necrotizzante, sepsi e altre infezioni e a una migliore tolleranza alimentare (2-5). In alcuni studi il latte umano è risultato inversamente associato a insorgenza di ipertensione arteriosa e insulino-resistenza a distanza (1, 5). Attualmente, vi sono pochi dati in letteratura sul tipo di nutrizione nel neonato pretermine, e in particolare riguardo l'utilizzo del latte umano donato. Lo scopo del presente studio è quello di analizzare la prevalenza d'uso di latte materno e di latte umano donato nei neonati gravemente pretermine (EG < 32 settimane) o di peso alla nascita molto basso (very low birth weight - VLBW ≤ 1.500 g) nella regione Toscana, al momento dell'inizio della nutrizione enterale, durante il ricovero e alla dimissione.

La Toscana ha messo a punto dal 2009 un Archivio accessibile in rete (TIN Toscare on-line), dove il personale sanitario abilitato di 17 punti nascita o terapia intensiva neonatale (TIN) regionali registra i dati anonimizzati relativi a tutti i neonati gravi pretermine o VLBW. Dal 2012 l'Archivio è stato arricchito con informazioni relative alla nutrizione enterale.

I dati analizzati di TIN Toscare on-line comprendono quelli di tutti i neonati registrati relativamente agli anni 2012-14 (ultimo anno completo disponibile). La completezza dell'Archivio è controllata ogni anno incrociando i dati relativi ai nuovi nati inseriti nell'Archivio con quelli registrati nel certificato di assistenza al parto e i casi eventualmente mancanti vengono inseriti dai centri nascita. Inoltre, ogni 3-4 mesi viene controllata la completezza delle singole variabili presenti nell'Archivio.

Per il presente studio sono stati esclusi i neonati deceduti, dal momento che il decesso avviene per lo più durante la prima settimana di vita, epoca di inizio della nutrizione enterale. Le variabili prese in considerazione sono state: età in giorni all'inizio della nutrizione enterale; età in giorni alla nutrizione enterale completa (definita come l'assenza di qualsiasi infusione a scopo nutrizionale, ad esempio amminoacidi); età alla dimissione; tipo di allattamento all'inizio della nutrizione enterale, al raggiungimento della nutrizione enterale completa e alla dimissione. La variabile "allattamento alla dimissione" si riferisce alla prescrizione effettuata al momento della dimissione e non prevede l'impiego di latte umano donato, considerando che il latte umano donato è garantito esclusivamente nel periodo di ricovero e non a domicilio, salvo casi eccezionali.

Sono state calcolate l'età mediana (in giorni) all'inizio della nutrizione enterale, al raggiungimento della nutrizione enterale completa e alla dimissione e la prevalenza d'uso di latte materno, latte di banca e latte di formula negli stessi momenti del ricovero. ►

(*) Gruppo TIN Toscare on-line: R. Banchini, M.C. Papi, D. Pecori, S. Pratesi, F. Mecacci, C. Dani, A. Ingargiola, M. Moroni, E. Berti, F. Rusconi, P. Fiorini, E. Sigali, M. Vuerich, C. Riparbelli, A. Boldrini, S. Dilucia, G. Panariello, B. Tomasini, A. Giovannoni, R. Moschetti, S. Tognetti, L. Capuzzo, S. Magnanensi, U. Gasperini, A. Brioschi, E. Martelli, P.L. Vasarri, C. Carlotti, R. Danieli, S. Gragnani, G.L. Benetti, M. Tiezzi, F. Civitelli, L. Magi, M. Martini, A. Cardinale, R. Bini, M. De Filippo, L. Cafaggi, C. Bosi, B. Gambi, M. Pezzati, S. Toti, M. Strano, P. Gabrielli, G. Placidi, L. Gagliardi, M. Puglia, R. Berni, A. Corsi, F. Voller.

Risultati

Dal 2012 al 2014 sono stati registrati in TIN Toscana on-line 1.042 neonati, pari all'1,1% dei nati vivi in Toscana. Per il presente studio sono stati esclusi dall'analisi 122 neonati deceduti per lo più durante i primi 7 giorni di vita. Quindi i neonati inclusi nello studio sono stati 920. Di questi, 731 (79,5%) sono neonati gravemente pretermine, i restanti 189 sono neonati VLBW con EG > 32 settimane. Il 74,5% dei neonati considerati ha un'EG di almeno 28 settimane, il 24,5% è nato a un'EG compresa tra le 23 e le 27 settimane. Per 11 neonati (1,2%) è stata riportata un'EG < 23 settimane. I 920 neonati inclusi nello studio hanno un'età mediana alla dimissione di 49 giorni (interquartile range - IQR = 37).

Il 76,3% dei neonati considerati ha iniziato la nutrizione enterale nel primo giorno di vita, con percentuali maggiori all'aumentare dell'EG: 54,9% a 22-25 settimane, 64,4% a 26-28 settimane, 81% a 29-31 settimane e 82% per i neonati di EG > = 32 settimane, ma VLBW (Figura). Il 91,7% dei neonati considerati inizia l'alimentazione entro il quarto giorno di vita.

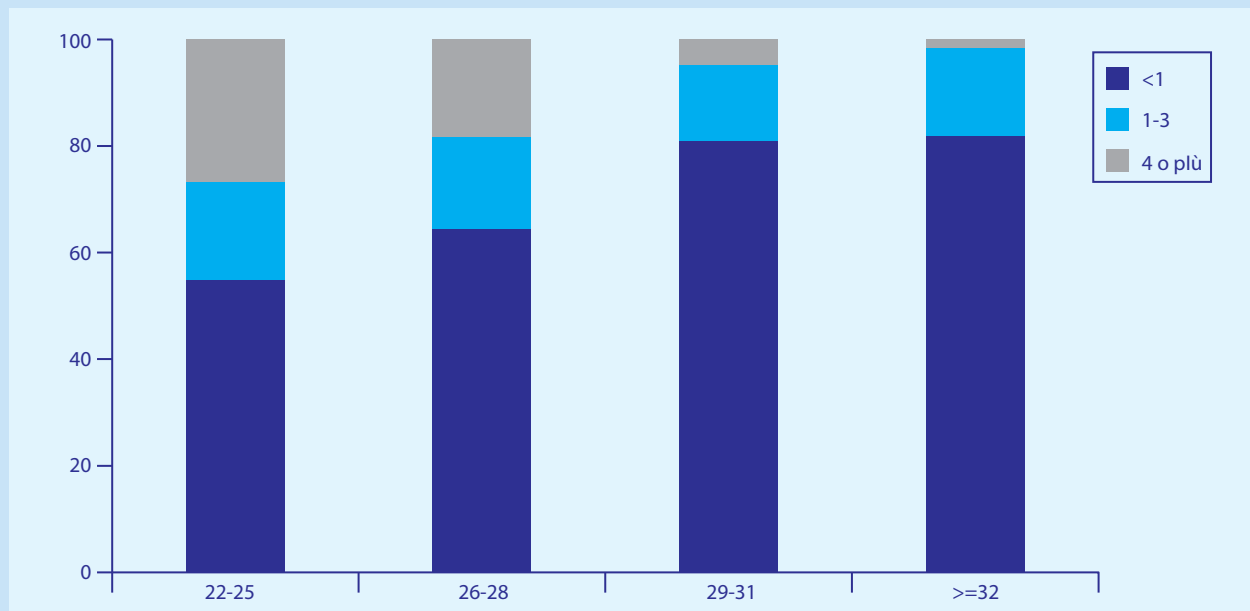


Figura - Giorni di inizio della nutrizione enterale per età gestazionale nei neonati gravi pretermine registrati in TIN Toscana on-line. Anni 2012-14

All'inizio della nutrizione enterale, la prevalenza di allattamento esclusivo (materno e umano donato) è del 79,5%. Il latte maggiormente impiegato in questa fase è il latte umano donato (66,9%), seguito dal latte materno (12,6%). L'allattamento complementare (materno più formula) rappresenta lo 0,9% del totale. L'alimentazione con formula adattata nelle prime fasi di alimentazione enterale è praticata nel 19,7% dei casi (Tabella). Per 4 neonati il dato non è riportato.

Il 47,9% dei neonati considerati raggiunge la nutrizione enterale completa entro i primi 10 giorni di vita (mediana: 11 giorni; IQR:13) e l'84,9% entro i primi 30 giorni.

Il tipo di nutrizione enterale maggiormente impiegato al momento della nutrizione enterale completa è costituito da latte umano. La prevalenza di allattamento esclusivo è del 77,8%. Il tipo di latte prevalente è il latte materno (36,4%), seguito dal latte umano donato (26,4%). Un altro 15% dei pazienti riceve latte materno più latte umano donato. Il restante 13,1% è allattato in maniera complementare (latte umano donato e/o materno + formula). Il 9,1% è nutrito con formula adattata (Tabella). Per 11 neonati il dato non è riportato.

Alla dimissione, il 27,4% dei neonati è allattato esclusivamente con il latte materno (con o senza aggiunta di fortificante), il 34,9% in maniera complementare sia con latte materno sia con formula adattata e il 37,7% è alimentato con formula (Tabella).

Tabella - Tipo di allattamento all'inizio della nutrizione enterale, al raggiungimento della nutrizione enterale completa e alla dimissione in neonati gravi pretermine registrati in TIN Toscana on-line. Anni 2012-14

Tipo di allattamento	Inizio nutrizione enterale		Nutrizione enterale completa		Dimissione	
	n.	%	n.	%	n.	%
Latte materno	115	12,6	331	36,4	252	27,4
Latte umano donato	613	66,9	240	26,4	-	-
Latte materno + formula adattata	8	0,9	255	28,1	321	34,9
Formula adattata	180	19,7	83	9,1	346	37,7
Totale	916*	100,0	909*	100,0	919*	100,0

(*) Per 4 neonati il dato non è disponibile all'inizio della nutrizione enterale, per 11 neonati al raggiungimento della nutrizione enterale completa e per un neonato alla dimissione

Discussione

Nei neonati gravi pretermine o VLBW vi è un generale ma non unanime consenso a iniziare precocemente l'alimentazione enterale, possibilmente entro le prime 24 ore di vita ossia non appena venga raggiunta la stabilità emodinamica (6, 7). Un inizio precoce sembra favorire la maturazione intestinale e lo sviluppo del microbiota intestinale, riducendo i processi infiammatori. Oltre il 90% dei neonati inclusi nel presente studio ha intrapreso la nutrizione enterale entro 4 giorni di vita e ciò si è verificato anche nei neonati che avevano una EG estremamente bassa (oltre il 50% dei neonati tra 22 e 25 settimane di EG ha intrapreso la nutrizione enterale nella prima giornata di vita).

In letteratura non sono presenti dati riguardo il tipo di latte impiegato all'inizio della nutrizione enterale nei neonati gravi pretermine. Nella nostra popolazione circa l'80% dei neonati gravemente prematuri o VLBW ha iniziato la nutrizione enterale con latte umano, con una netta prevalenza del latte umano donato rispetto al latte materno (66,9% vs 12,6%). In effetti, sono molteplici i fattori che possono compromettere un adeguato allattamento materno in caso di nascita pretermine, soprattutto nelle prime ore dopo il parto. Il ricovero del bambino in un reparto di TIN e la conseguente separazione dalla madre interrompe bruscamente il processo interattivo alla base della lattazione. Inoltre lo stress, la depressione e la preoccupazione materna svolgono un ruolo determinante sulla possibile compromissione del rilascio di ossitocina. Alcuni fattori di rischio legati alla prematurità, quali difficoltà nell'alimentazione e nell'attaccamento al seno, possono ulteriormente ostacolare l'allattamento materno. In questa fase il ricorso al latte umano donato rappresenta dunque una risorsa importante per la nutrizione enterale nei neonati gravi pretermine. È interessante notare come al raggiungimento della nutrizione enterale completa, che talvolta avviene tardivamente nei neonati ad alto rischio, la prevalenza di allattamento con latte umano (latte materno + latte umano donato) rimanga sostanzialmente stabile, con una inversione del rapporto latte materno/latte umano donato a favore dell'allattamento materno. Questo a conferma che il ricorso transitorio a latte umano donato non preclude né ostacola il successivo allattamento materno, qualora sia adeguatamente promosso e sostenuto dagli operatori sanitari (8). Per quanto riguarda il tipo di allattamento alla dimissione, l'allattamento materno, esclusivo (solo latte materno) e/o complementare (latte materno + latte di formula), è predominante (62,3%) con prevalenze d'uso simili a quelle nazionali riportate nel 2013 dall'Italian Neonatal Network (pari al 63%) (dati disponibili su: www.vtoxford.org).

Diversamente, in uno studio multicentrico condotto in 13 TIN italiane (9), solo il 54% dei neonati VLBW era alimentato con latte materno (esclusivo o complementare) al momento della dimissione. I pochi dati internazionali disponibili complessivamente mostrano prevalenze inferiori di allattamento alla dimissione: il Vermont Oxford Network (www.vtoxford.org) registra una prevalenza di allattamento pari al 55,8%, mentre sono riportate prevalenze consistentemente inferiori (circa 25-35%) in alcune regioni europee che hanno partecipato allo studio MOSAIC (10).

Gli incoraggianti risultati che abbiamo riportato in Toscana, in particolare per l'utilizzo del latte umano donato, sono da attribuire alla presenza di sei banche del latte che coprono tutto il territorio regionale (www.regione.toscana.it/-/banche-del-latte-materno). Le banche del latte umano donato hanno l'obiettivo di garantire la disponibilità e la distribuzione gratuita su indicazione medica del latte umano donato. Inoltre, assicurano la qualità e la sicurezza del latte donato attraverso lo screening delle donatrici, il controllo e la pastorizzazione del latte. Al fine di migliorarne l'organizzazione e l'efficienza, la Giunta Regionale Toscana ha disposto, prima in Europa, la costituzione della Rete Regionale delle Banche del Latte Umano Donato (ReBLUD).

Riferimenti bibliografici

1. American Academy of Pediatrics, section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-41.
2. Davanzo R, Maffei C, Silano M, *et al.* Allattamento al seno e uso del latte materno/umano. Position Statement 2015 di Società Italiana di Pediatria (SIP), Società Italiana di Neonatologia (SIN), Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche (SICuPP), Società Italiana di Gastroenterologia Epatologia e Nutrizione Pediatrica (SIGENP) e Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP) (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2415_allegato.pdf).
3. Underwood MA. Human milk for the premature infant. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:189-207.
4. Moro GE, Arslanoglu S, Bertino E, *et al.* XII Human Milk in Feeding Premature Infants: Consensus Statement. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2015;61:S16-9.
5. Quigley M, McGuire W. Formula versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;(4):CD002971.
6. Dutta S, Singh B, Chessell L, *et al.* Guidelines for feeding very low birth weight infants. *Nutrients* 2015;7:423-42.
7. Bombell S, McGuire W. Early trophic feeding for very low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD000504.
8. Ministero della Salute. Promozione dell'uso di latte materno nelle Unità di Terapia Neonatale ed accesso dei genitori ai reparti. Raccomandazione congiunta di Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento al seno (TAS), Società Italiana di Neonatologia (SIN) e Vivere Onlus. 2016 (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2497_allegato.pdf).
9. Davanzo R, Monasta L, Ronfani L, *et al.* Breastfeeding at NICU discharge: a multicenter Italian study. *J Hum Lact* 2013;29:374-80.
10. Bonet M, Blondel B, Agostino R, *et al.* Variations in breastfeeding rates for very preterm infants between regions and neonatal units in Europe: results from the MOSAIC cohort. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2011;96:F450-2.

COSTRUZIONE PARTECIPATA DEL PIANO PER LA SALUTE (2015-25) DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO COME CORNICE COMUNE ALLE POLITICHE SOCIALI E SANITARIE

Pirous Fateh-Moghadam¹, Sara Carneri², Patrizia Gentile², Andrea Anselmo³, Ileana Olivo⁴ e Silvio Fedrigotti⁵

¹Osservatorio per la Salute, Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale della PA di Trento;

²Unità di Missione Strategica per la Trasparenza e la Partecipazione della PA di Trento;

³Servizio Politiche Sanitarie, Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale della PA di Trento;

⁴Servizio Politiche Sociali, Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale della PA di Trento;

⁵Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale della PA di Trento

SUMMARY (*The development of the Trentino Health Plan: a participatory process*) - In December 2015 the government of the Autonomous Province of Trento adopted the Health Plan 2015-2025. The overall goal of this strategic health plan is to lengthen life expectancy with a specific focus on quality of life and well-being, increasing equity and reducing premature and preventable deaths. The plan's conceptual framework is based on two key elements: the definition of health as physical, mental, and social well-being and, second, the need for the awareness that promoting health relies on action taken on individual, economic, social, and environmental determinants with the participation of all sectors of society and government. The plan has been developed following a participatory approach by means of working groups, web platforms, and sharing of experiences through consultations and workshops, engaging all stakeholders and the general public. During two phases, of 2 and 1/2 months each, about 1,200 contributions and proposals have been collected, two thirds of which have been integrated into the plan. The plan changed substantially from its first draft (22 pages, 29 areas of intervention) to the final version (44 pages, 63 areas of intervention). It took 18 months to complete the entire process, from the development of the first draft to the final approval.

Key words: health plan; health-in-all-policies; participatory approach

Pirous.FatehMoghadam@provincia.tn.it

Introduzione

A dicembre 2015 la Provincia Autonoma (PA) di Trento si è dotata di un Piano per la salute di valenza strategica (2015-25), che mette al centro la salute come benessere fisico, mentale e sociale (non solo assenza di malattia) e fa proprio l'approccio *health in all policies* promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. La salute riguarda infatti tutte le politiche - ambiente, agricoltura, urbanistica, turismo, cultura, scuola - poiché spesso le decisioni di settore possono concorrere a rafforzare o, al contrario, ridurre la buona salute delle persone. Il Piano si basa sulle strategie di riferimento internazionali (1) e sull'esame del contesto epidemiologico e sociale del Trentino. Individua alcune finalità strategiche, cinque macro-obiettivi e alcuni ambiti di intervento per l'implementazione.

Il documento è il risultato di un processo partecipativo a cui hanno aderito sia gli addetti ai lavori che i cittadini.

In Trentino la popolazione gode di buona salute e ha una lunga aspettativa di vita (2). Il Piano si pone l'obiettivo di migliorare ulteriormente questa situazione, di ridurre progressivamente le morti premature ed evitabili e di aumentare l'equità e il potere decisionale del singolo e della comunità. Per raggiungere questi obiettivi si propone di investire sulle risorse per la salute, contrastare i principali fattori di rischio e ottimizzare il sistema dei servizi sociosanitari.

Materiali e metodi

Nel 2014 l'Osservatorio per la Salute, del Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale, avvia e coordina un gruppo di lavoro che elabora il Piano per la salute. Due i punti di partenza: la definizione della salute come benessere fisico, mentale e sociale (e non semplice assenza di malattia) e la consapevolezza che per promuovere e rafforzare la salute occorre intervenire su più fattori: di natura individuale, economica, sociale e ambientale.

Due le finalità strategiche: migliorare la salute di tutti (relativamente alle disuguaglianze nella salute) e affinare la governance per la salute (come interagiscono istituzioni e organizzazioni sociali, si relazionano con i cittadini e prendono le decisioni). Cinque i macro-obiettivi, connessi e interdipendenti tra loro.

Macro-obiettivi tematici

- 1 Più anni di vita in buona salute (per aumentare il benessere e ridurre i maggiori problemi di salute seguendo un approccio sull'intero ciclo di vita);
- 2 un contesto di vita e di lavoro favorevole alla salute (per rendere più facile la conduzione di una vita salutare e sostenibile agendo sul contesto di vita e lavoro);
- 3 un sistema sociosanitario con la persona al centro (per rendere i servizi alla persona più vicini al cittadino, più efficaci, più sicuri, più sostenibili e più equi).

Macro-obiettivi trasversali

- 4 Ridurre le disuguaglianze sociali nella salute e aumentare la solidarietà;
- 5 migliorare la comunicazione tra istituzioni e cittadinanza e la competenza in salute della popolazione.

Per arrivare a un documento di Piano completo e condiviso, è stato avviato un processo partecipativo.

Consultazione pubblica (in due fasi) e partecipazione

Il processo partecipativo (Figura 1 - Fasi e attività del processo partecipativo) ha previsto due fasi di consultazione online, molte iniziative informative sul territorio, tavoli di lavoro e seminari pubblici per l'avvio e la restituzione dei risultati.

La prima bozza di Piano viene illustrata, a novembre 2014, a un pubblico di addetti ai lavori: referenti del sociale e della sanità, oltre a rappresentanti delle istituzioni locali, delle associazioni e del terzo settore.

A dicembre inizia la consultazione online. Sulla piattaforma web (<https://partecipa.tn.it>) viene messa a disposizione la bozza del Piano per fare valutazioni, commenti e nuove proposte. La consultazione è accompagnata da numerose presentazioni pubbliche per spiegare struttura e contenuti del Piano e modalità per partecipare. A metà febbraio si chiude con circa 340 contributi e 27 documenti inviati al Dipartimento - da oltre 80 tra associazioni, enti e organizzazioni - e pubblicati online.

Tra febbraio e marzo, il materiale viene analizzato da un tavolo tecnico. La seconda bozza del Piano integra molti contributi emersi durante la consultazione (circa due terzi tra proposte/commenti sono stati accolti), secondo criteri di pertinenza e congruenza. Alcune parti del documento vengono riformulate (in particolare il terzo macro-obiettivo) e vengono aggiunti 14 nuovi ambiti di intervento. Particolare attenzione è stata data al linguaggio, comprensibile e non in gergo tecnico-burocratico.

Ad aprile 2015 viene organizzato un seminario di restituzione pubblica dei risultati e prende il via la seconda fase di consultazione, aperta a tutti i cittadini. Il processo viene accompagnato da iniziative di promozione della partecipazione su tutto il territorio. Vengono coinvolte le Comunità di Valle, con serate informative e tavoli di lavoro. Tutto il processo è supportato da newsletter, link sul sito della PA, materiali informativi (cartoline e segnalibri) veicolati attraverso le biblioteche e i centri servizi. Vengono attivati canali social e un sito web dedicato (<https://io.racconto.partecipa.tn.it>) con l'obiettivo di diffondere l'iniziativa e dare informazioni.

In due mesi e mezzo, la piattaforma di consultazione (IoPartecipo) ha oltre 3.000 visitatori; 230 sono le persone intervenute in modo attivo con 840 contributi. Hanno partecipato persone di tutte le fasce d'età (19-70 anni), in prevalenza con un elevato livello di istruzione, maschi e femmine ripartiti in modo uniforme. Assente la voce dei cittadini stranieri (10% della popolazione). Per colmare questo vuoto, ad agosto 2015 viene organizzato un incontro (World Café), in collaborazione con il CINFORMI (l'agenzia provinciale che affronta tutte le questioni legate ai migranti), cui aderiscono 20 cittadini stranieri che operano come mediatori culturali.

Chiusa la consultazione online, tutti i contributi sono stati poi analizzati e valutati da un gruppo di lavoro multidisciplinare, che ha integrato il documento (circa due terzi tra proposte/commenti sono stati accolti), riformulato alcune parti (in particolare il primo e secondo macro-obiettivo), aggiunto 7 nuovi ambiti di intervento e scartato circa 35 proposte perché non pertinenti.

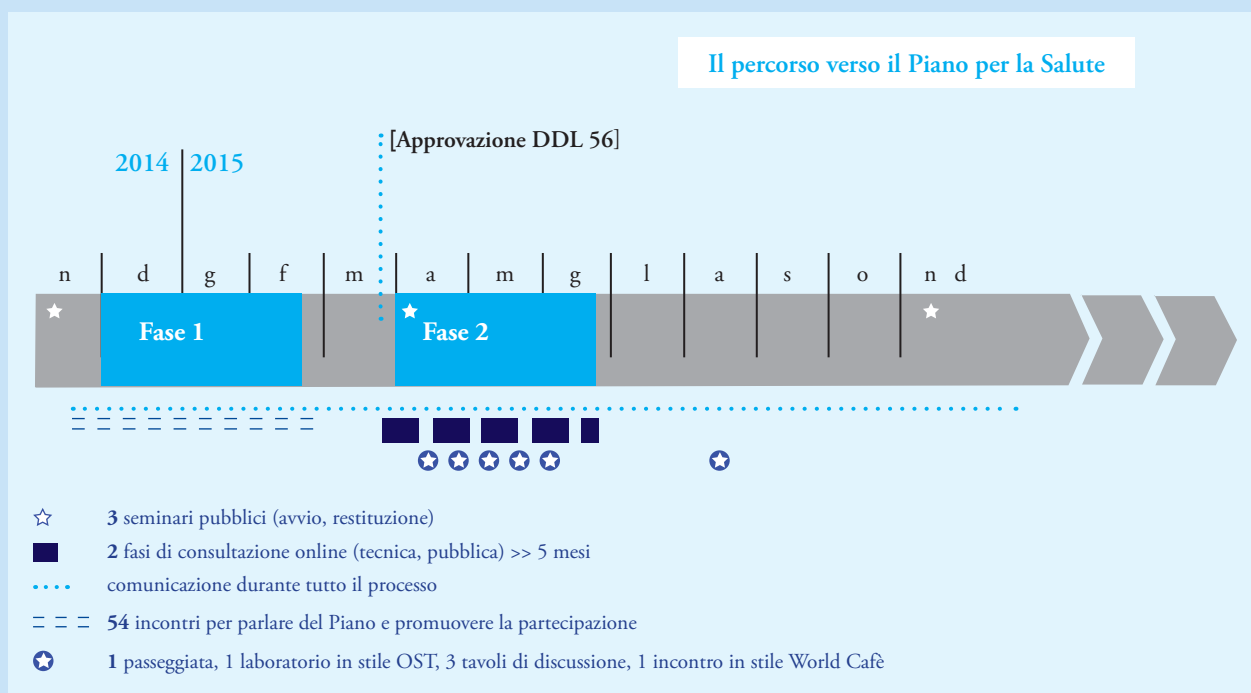


Figura 1 - Fasi e attività del processo partecipativo

Risultati

Complessivamente, tra la prima e seconda fase di consultazione, i contributi sono stati oltre 1.200. Mentre la prima versione del Piano conteneva 29 aree di intervento e 22 pagine, la versione definitiva contiene 63 aree di intervento e 44 pagine (Figura 2) (3, 4).

I contributi di carattere operativo, laddove pertinenti con l'impianto generale, sono stati archiviati, per essere ripresi in vista dell'elaborazione dei piani operativi.

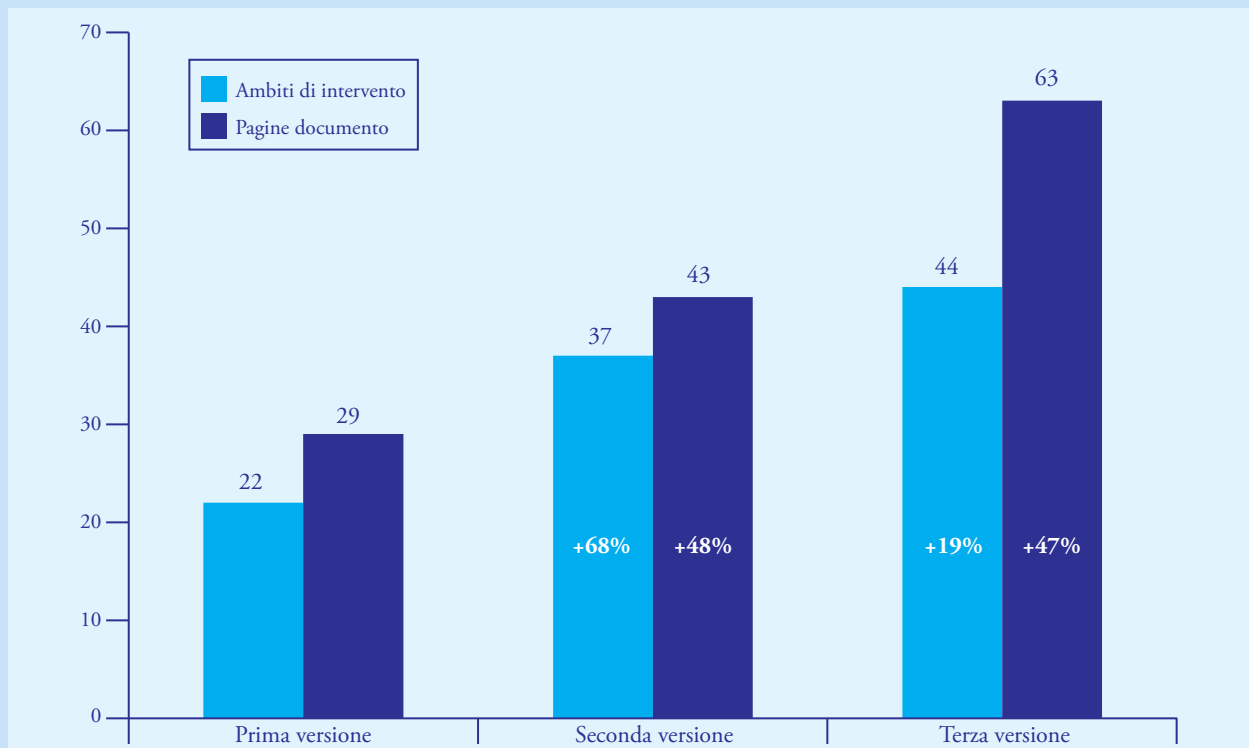


Figura 2 - Evoluzione del Piano salute dovuta alla partecipazione

Conclusioni

La prima bozza di Piano, messa online a dicembre 2014, è stata sottoposta a consultazione e più volte rivista, riscritta, integrata, dandone conto pubblicamente. Il processo si è concluso con l'approvazione del Piano nei tempi previsti, consegnando, dopo 18 mesi di lavoro, alla PA di Trento uno strumento strategico importante. Il processo di costruzione del Piano ha fatto emergere la difficoltà di trovare un linguaggio comune - trasversale alle discipline e ai servizi - per declinare la definizione di salute in concreto. Ha messo anche in evidenza come parlare di salute implichi un cambiamento di paradigma non banale e soltanto in parte accettato fino in fondo dagli addetti ai lavori nel campo sociale e nella sanità, come in altri settori che sono chiamati a dare concretezza alla strategia di salute in tutte le politiche. Su questo terreno la sfida è aperta.

Dichiarazione sul conflitto di interessi

Gli autori di questo fascicolo dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. WHO. Health 2020, Sustainable Development Goals (www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals-sdgs).
2. Il profilo di salute della Provincia Autonoma di Trento (www.trentinosalute.net/Contenuti/Notizie/Il-profilo-di-salute-della-provincia-di-Trento).
3. Taking a participatory approach to development and better health. Examples from the Regions for Health Network. (Case studies), WHO; 2015 (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/294064/Taking-participatory-approach-development-health-malmo-skane.pdf).
4. Adopting a broader concept of health and well-being in the development of the Trentino health plan (2015–2025): a participatory process, WHO; 2016 (www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/318141/RHN-Trentino-health-plan-20152025.pdf?ua=1).

Comitato scientifico, ISS

A. Bella, C. Donfrancesco, C. Faralli, A. Filia, L. Galluzzo, C. Giambi, I. Lega, L. Penna, P. Luzi, M. Maggini, S. Mallone, L. Nisticò, L. Palmieri, P. Barbariol, P. Scardetta, S. Spila Alegiani, A. Tavilla, M. Torre

Comitato editoriale, ISS

P. De Castro, C. Faralli, M. Maggini, A. Spinelli

Istruzioni per gli autori

www.epicentro.iss.it/ben/come-preparare.asp

e-mail: ben@iss.it