Allegato 9 - Le politiche di prevenzione e di promozione della salute delle Regioni e degli Enti Locali

D. Quali sono le motivazioni per le politiche di prevenzione?

In Europa si registra una netta prevalenza di malattie non trasmissibili, come cancro, diabete, malattie cardiovascolari, patologie legate all'obesità e disturbi muscoloscheletrici.
Le malattie cardiovascolari (ipertensione, coronaropatie, disfunzioni cardiache e infarto) rappresentano la principale causa di morte nell'Unione Europea e sono all'origine del 40% circa dei decessi, per un totale di 2 milioni all'anno. Sono, inoltre, una delle principali cause di infermità di lunga durata e di abbandono del mercato del lavoro. La salute del cuore dipende fortemente dai comportamenti e dagli stili di vita. Per poter essere efficaci, le strategie di prevenzione devono pertanto concentrarsi su fattori chiave come il consumo di tabacco e alcol, l'alimentazione, l'attività fisica e lo stress psicosociale.
Il *fumo di tabacco* è la causa principale di morte evitabile, ma, nonostante siano stati compiuti notevoli progressi in questo campo, il numero dei fumatori nell'UE continua ad essere elevato: circa un terzo della popolazione. Oltre ai problemi di salute che ciò comporta, si registrano circa 650.000 decessi all'anno dovuti al fumo. Come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dall'Unione Europea, la "lotta al tabagismo" necessita di interventi che coinvolgono anche una serie di altre politiche, quali quelle economiche (prezzi e fiscalità) agricole (sussidi e conversione delle colture), da affiancare ai tradizionali strumenti della prevenzione e della promozione della salute.
Il *consumo di alcol* è un problema sanitario e sociale grave in tutta l'Unione Europea. L'Europa è la regione del mondo con la più grande percentuale di bevitori, i più alti livelli di consumo di alcol pro capite e un elevato livello di danni e problemi connessi all'alcol. Anche in questo campo è necessario un insieme di misure specifiche dirette a limitare l'accesso alle bevande alcoliche, in particolare tra i giovani, a ridurre l'esposizione di questi ultimi alla pubblicità del settore, a evitare il consumo di alcol da parte degli automobilisti e a migliorare l'educazione e l'informazione.

D. Quali sono le politiche attivate da OMS e UE in materia?

Negli ultimi dieci anni l'attenzione dell'OMS si è fortemente concentrata sulla necessità di definire strategie efficaci per la prevenzione di queste patologie: dalla Strategia Globale per la Prevenzione delle NCD- *Noncommunicable Disease* (Risoluzione Assemblea Mondiale della Salute OMS, 2000), alla Convenzione Quadro per il Controllo del Tabacco (OMS, 2003), dalla Strategia Globale su dieta, attività fisica e salute (Risoluzione Assemblea Mondiale della Salute OMS, 2004), alla Strategia Europea per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie Croniche Non Trasmissibili "*Gaining health*" (OMS, 2006).
L'Unione Europea ha, nel contempo, definito alcuni importanti documenti, quali il Libro Verde "Promuovere le diete sane e l'attività fisica" (CE, 2005), il Libro Bianco sulla Nutrizione (CE, 2007), ed il Libro Bianco "Strategia Europea sugli aspetti sanitari connessi ad alimentazione, sovrappeso e obesità" (CE, 2007).
Tutti questi documenti hanno in comune un quadro di riferimento per l'azione simile, caratterizzato dall'indicazione a sviluppare interventi di promozione della salute, rivolti alla popolazione sana, e programmi di prevenzione mirati agli individui ad alto rischio; sottolineano la necessità di azioni per il miglioramento della copertura e della qualità dell'assistenza sanitaria e per l'adattamento dei servizi sanitari alla cronicità, con l'obiettivo importante della riduzione sistematica delle disuguaglianze sociali, altro elemento che contraddistingue le patologie croniche.

D. Quali sono i determinanti della salute che incidono sulla salute e sulla prevenzione?

La priorità assoluta è, dunque, concentrarsi sui fattori che incidono sulla salute (i cosiddetti "determinanti della salute") e sulla prevenzione, favorendo la messa a punto di adeguate politiche a livello nazionale.
Nel Piano d'Azione 2008-2013 per l'attuazione della Strategia Globale per la Prevenzione delle malattie non trasmissibili (OMS, 2008), l'OMS raccomanda ai Paesi membri:

- di elaborare strategie incentrate sulla sensibilizzazione dell'opinione pubblica, sul miglioramento delle conoscenze, sul rafforzamento delle misure preventive, da incorporare nei programmi di riduzione delle disuguaglianze e della povertà e nelle politiche socio-economiche;
- di adottare approcci che coinvolgano tutti i settori del governo, garantendo, inoltre, un equo accesso ai servizi di assistenza sanitaria di base.

Consentire ai cittadini di compiere scelte più sane per i loro stili di vita comporta, pertanto, la necessità di sviluppare strategie nazionali globali e di vasta portata e richiede la collaborazione tra operatori sanitari, organizzazioni non governative, governi e responsabili della salute pubblica, organizzazioni dei pazienti, media e altre parti interessate.

D. Quale è la situazione in Italia?

In Italia, il carico di sofferenze dovuto alla morbosità dipende da un ristretto gruppo di cause: le malattie cardiovascolari e le neoplasie sono responsabili del 70% dei decessi, percentuale che supera l'80% quando si considerano anche il diabete, le malattie respiratorie e quelle dell'apparato digerente.
Tale quadro epidemiologico è frutto, da una parte, della progressiva riduzione a livelli minimi delle malattie infettive a carattere epidemico e, dall'altra, del progressivo invecchiamento della popolazione, che vede il nostro Paese in testa alle classifiche mondiali per aspettativa di vita.
Secondo alcune stime recenti, vi sarebbero in Italia circa 100 mila morti evitabili per il 56,6% mediante la prevenzione primaria, per il 16,6% attraverso diagnosi precoci e per la restante parte attraverso una migliore assistenza sanitaria. La prevenzione delle malattie croniche è la sfida per il prossimo futuro, prevenire le malattie croniche è possibile. Con interventi integrati e a largo spettro si possono ottenere risultati anche in tempi rapidi. È necessario, tuttavia, diffondere una nuova cultura della salute attraverso un approccio preventivo diverso che miri a modificare i comportamenti dei cittadini tenendo conto dei molteplici fattori non solo individuali, ma anche economici, sociali, ambientali, psicologici che sono alla base delle scelte individuali. È necessario anche il coinvolgimento delle Amministrazioni regionali e degli Enti locali, in particolare dei Comuni, del mondo della scuola, del mondo imprenditoriale e associativo: la prevenzione esclusivamente sanitaria non è efficace e solo la sinergia di strategie intersettoriali funziona, se il fine è di garantire a tutti una miglior qualità della vita, ossia di permettere di "Guadagnare Salute".

D. Quali sono le causa principali che determinano la centralità delle politiche della prevenzione?

La percentuale di anziani in Italia è tra le più alte del mondo, a causa della diminuzione delle nascite, ma soprattutto dell'aumento dell'aspettativa di vita (77 anni per gli uomini e 83 anni per le donne). Nel recente Libro Verde, poi trasformato con i suggerimenti pervenuti in Libro Bianco sul futuro del modello sociale, "La vita buona nella società attiva"[1], "si stima che nel 2045 gli ultrasessantacinquenni saranno il 30% della popolazione e gli ultraottantenni il 12%. Il peso delle malattie croniche, che già oggi colpiscono il 25% della popolazione e rappresentano il 70% della spesa, inciderà sempre più sul bilancio del sistema di *welfare*. Ad un allungamento della aspettativa di vita non corrisponde la garanzia di una proporzionale vita attiva. Per gli ultrasessantacinquenni è di quasi dieci anni la prospettiva di vita in condizioni di disabilità. Dei 2,5 milioni di disabili presenti in Italia, ben 900mila sono di fatto confinati in casa vivendo in strutture che, per le barriere architettoniche esistenti, non consentono il loro spostamento".
Tali fenomeni comportano una conseguente modificazione nella domanda di servizi sociali e sanitari. I dati epidemiologici identificano nelle malattie cardiovascolari la prima causa di morte e nei tumori la prima causa di anni di vita potenziali persi, e indicano come altre priorità le patologie dell'invecchiamento e della infanzia, il diabete e le malattie metaboliche.

[1] Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *La vita buona nella società attiva*, Roma, maggio 2009, pag. 16-17.

D. Si possono costruire modelli dinamici di integrazione tra sanità e sociale?

Da questi dati emerge come, da un lato, vanno considerati i bisogni dell'anziano attraverso la promozione di un modello dinamico di integrazione socio-sanitaria assistenziale, basato sull'offerta di servizi rivolti alla persona che sostengano la fragilità e realizzino una effettiva "presa in carico" dell'individuo, dall'altro occorre agire su più fronti per prevenire l'insorgere delle malattie croniche e favorire il più possibile il mantenimento dello stato di salute, aspetto fondamentale per l'ottenimento di una buona qualità di vita in tutte le fasce di età.

La salute va dunque considerata come un investimento da salvaguardare in tutte le politiche pubbliche destinate ad avere un impatto sulla salute dei cittadini. Essa è sempre meno dipendente dal solo Servizio Sanitario e sempre più condizionata da molteplici fattori economici, sociali, ambientali e dagli stili di vita e abitudini comportamentali che le persone assumono. In questa logica va certo reso più consapevole e responsabile l'individuo rispetto alle proprie scelte di vita ma, nel contempo, è evidente che bisogna incidere sul contesto affinché una scelta di alternative sia possibile, anzi sia facile. Vanno perciò attivati tutti gli attori presenti sul territorio al fine di costruire delle condizioni favorevoli a scelte di vita salutari.

D. Come nasce il Programma "Guadagnare Salute"?

Il Programma "*Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari*", promosso dal Ministero della Salute ed approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 maggio 2007, nasce proprio dall'esigenza di diffondere e facilitare l'assunzione di comportamenti che influiscono positivamente sullo stato di salute della popolazione, agendo sui principali fattori di rischio (scorretta alimentazione, inattività fisica, fumo ed abuso di alcol) di malattie cronico-degenerative (malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete). Elementi caratterizzanti del Programma sono:

- promozione della salute come bene pubblico attraverso l'integrazione tra le azioni che competono alla collettività e quelle la cui responsabilità è dei singoli individui;
- approccio trasversale ai fattori di rischio;
- definizione di strategie intersettoriali, tra loro coordinate, per poter agire anche sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici che condizionano l'insorgenza delle malattie croniche;
- stipula di appositi Protocolli di Intesa tra il Ministero della Salute, leader e promotore del Programma, e gli attori coinvolti sia delle istituzioni centrali, sia delle rappresentanze della società civile e del mondo produttivo, per lo sviluppo di interventi intersettoriali.

Guadagnare Salute si articola in quattro aree di intervento, relative ai quattro più importanti fattori di rischio di malattie croniche per la popolazione italiana:

1. Guadagnare Salute rendendo più facile una dieta più salubre (scorretta alimentazione);
2. Guadagnare Salute rendendo più facile muoversi e fare attività fisica (sedentarietà);
3. Guadagnare Salute rendendo più facile esseri liberi dal fumo (fumo);
4. Guadagnare Salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol (abuso di alcol).

All'interno di questo contesto delineato si inserisce il Progetto "Esperienze Intersettoriali per Guadagnare Salute" affidato dal CCM (Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie) al Formez e realizzato negli anni 2008-2009.
Il progetto affidato al Formez aveva il compito di implementare la realizzazione del programma nazionale presso le Regioni attraverso alcune azioni specifiche tra cui la sensibilizzazione in ciascuna Regione e la raccolta delle esperienze svolte nell'ambito della prevenzione dei quattro principali fattori di rischio di interesse. Il Formez ha individuato e schedato le esperienze in atto e ha costituito una Banca Dati nella quale sono state inserite, leggibili su un format comune, oltre 300 esperienze. Su queste si è poi proceduto a sviluppare una metodologia complessa di validazione delle pratiche promettenti che ha portato alla individuazione di indicatori basati sull'evidenza e all'attribuzione di un punteggio a ciascuna esperienza. In pratica, le esperienze sono state validate in BP. Al termine del progetto sono state premiate le due migliori esperienze selezionate in ciascuna Regione.

Siti segnalati:

- Sulla prevenzione dei quattro fattori di rischio: www.ministerosalute.it, (cliccare su Guadagnare Salute e poi su stili di vita)
- Sulle BP: www.formez.it, (cliccare sanità e Progetto Guadagnare Salute)
- *Knowledge Networks: Guidelines for Assessment, Working Paper* 2004, *International Institute for Sustainable Development* www.iisd.org
- *WHO, Regional Office for Europe, Draft Assessment of good practice in obesity interventions*, February 2008, EU/5074847
- DORS, Regione Piemonte, www.dors.it, Banca Dati Pro.Sa *on line*
- *Public Health Agency of Canada* htpp://www.publichealth.gc.ca.
  http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/index-eng.html

Volume: Esperienze delle Comunità Locali per Guadagnare Salute, ed. Formez,Roma 2009

Per coloro che desiderano intraprendere un intervento nel loro contesto, nel campo della salute pubblica o più specificamente in quello della promozione della salute, si prospettano oggi diversi approcci e due in particolare che in forma di modelli logici che guidano gli operatori nella validazione delle Buone Pratiche.

D Quale è il modello Green? *

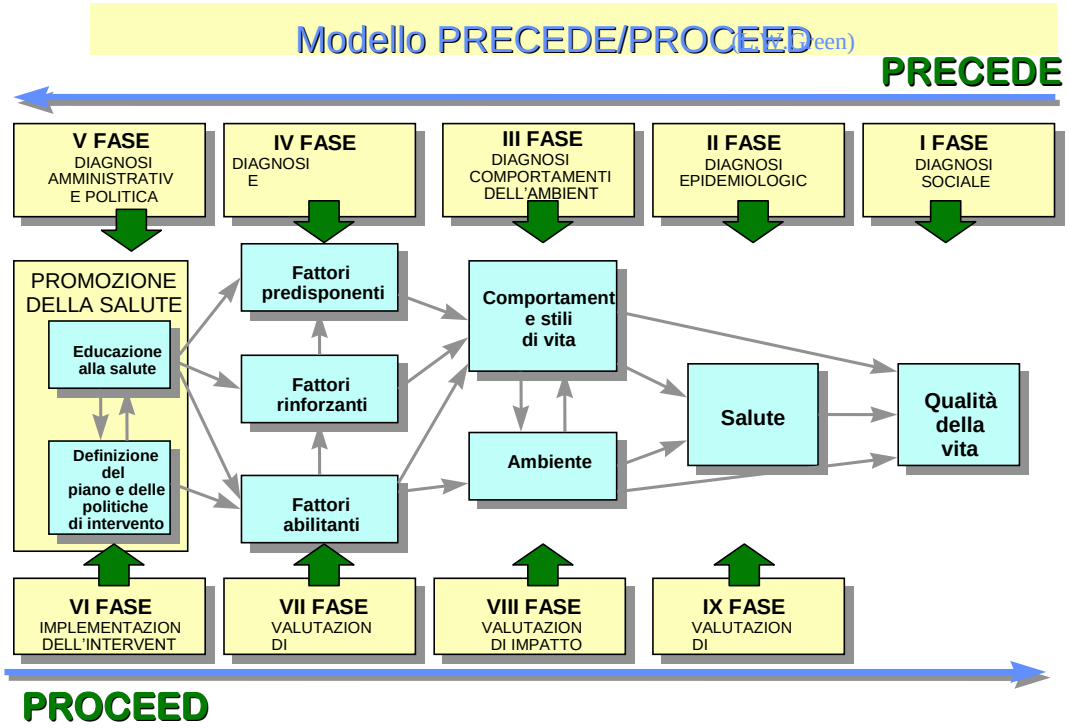
Il primo e più antico è quello di Green[2], poi anche elaborato e migliorato successivamente da Kreuter[3] a partire dal 1980. In sintesi, il modello è stato proposto inizialmente a fini esplicativi dei diversi fattori (predisponenti, abilitanti e rinforzanti), che determinano, in positivo e negativo, la salute. I fattori sono di natura diversa (psicologica, sociologica, economica, ambientale, fisio-patologica) e devono essere compresi e valorizzati adeguatamente, se si vuole ideare e realizzare un intervento efficace. Il modello distingue due momenti principali, lo studio e la preparazione (PRECEDE) e l'azione successiva (PROCEED).
Nelle prime 4 delle 9 fasi si effettua in maniera condivisa e partecipativa una raccolta di dati che devono permettere di comprendere e dare un valore ai fattori che determinano le caratteristiche del contesto che vogliamo cambiare. Ci si muove in diversi contesti di "valutazione iniziale", quello sociale (fase 1), quello epidemiologico (fase 2), quello comportamentale e ambientale (fase 3) e infine quello educativo e riorganizzativo (fase 4) che considera:

- i fattori predisponenti che, in positivo o negativo, influenzano il comportamento e la motivazione a modificarlo (atteggiamenti, fattori socio-demografici, valori, credenze);
- fattori rinforzanti che producono la persistenza (nel bene o nel male) di un certo comportamento e sono mediati da un giudizio personale. Per esempio, se non bevendo mi sento bene (giudizio) posso continuare a non bere (persistenza);
- i fattori facilitanti che concernono leggi e norme, barriere o al contrario abilità, risorse e opportunità e condizionano azioni di singoli o della collettività.

La quinta fase è quella dedicata alla valutazione della situazione amministrativa e politica che dovrà accogliere l'intervento e le cui risorse, capacità organizzative e di *leadership*, sono dei determinanti per la riuscita del nostro intervento.
Le prime 5 tappe configurano il "PRECEDE" mentre le altre 4 il "PROCEED". Questa seconda parte del modello parte dall'implementazione dell'intervento (fase 6) e prosegue con la valutazione di processo (fase 7) , di impatto (fase 8) e di risultato (fase 9).
Il modello è stato utilizzato per decenni nello studio, nella preparazione, nella realizzazione e valutazione di interventi in campo socio-sanitario, soprattutto nel campo della promozione della salute.
L'interesse nel campo dell'identificazione delle BP è legato al fatto che gli interventi che tengono conto al loro interno dei tempi e dei processi previsti nel modello, possono essere suggerite come BP.

---

[2] Green, Lw, et al., *Health education Planning: A diagnostic Approach,* Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Co, 1980.
[3] Green LW & Kreuter, *MW Health Promotion Planning: An Educational and Enviromental Approach*, 2nd edition ,(Palo Alto: Mayfield Co., 1991.
* I paragrafi che seguono sono tratti dal Volume Esperienze delle Comunità Locali per Guadagnare Salute, ed. Formez 2009, e sono scritti in particolare da Alberto Perra, Coordinatore del Comitato Tecnico Scientifico del Progetto



D. Come si articola il modello IDM di Kahan e Goodstadt?

Nel Progetto sviluppato dal FORMEZ, il modello cui si è maggiormente fatto riferimento per la preparazione della metodologia per la selezione delle Buone Pratiche è quello canadese dell'*Interactive Domain Model* (IDM)[4]. Con le parole degli autori, le Buone Pratiche di promozione della salute sono "*insiemi di processi e attività che siano coerenti con i valori di promozione della salute, con obiettivi e etica, teorie e credenze, evidence, comprensione dell'ambiente, che hanno più probabilità di raggiungere gli obiettivi di promozione della salute in una determinata situazione*".
In sintesi questo metodo è basato su tre aspetti fondamentali: le Pratiche, i punti di sostegno e la comprensione del contesto. La comprensione e l'utilizzazione di queste conoscenze/competenze sono alla base delle Buone Pratiche. Tanto più queste conoscenze permeano gli interventi, soprattutto in promozione della salute, tanto più tali interventi si configurano come Buone Pratiche. Per gli autori: *"Secondo il IDM, le nostre Pratiche saranno migliori se sono coerenti con la promozione della salute e riflettono o hanno basi di sanità pubblica e includono la comprensione del contesto".*
Idealmente, riferendosi alle diverse tappe della realizzazione di un intervento si potrebbe costruire una matrice incrociando con tali fasi gli aspetti fondamentali del modello IDM. Nella matrice che segue è schematizzata la proposta degli stessi autori.

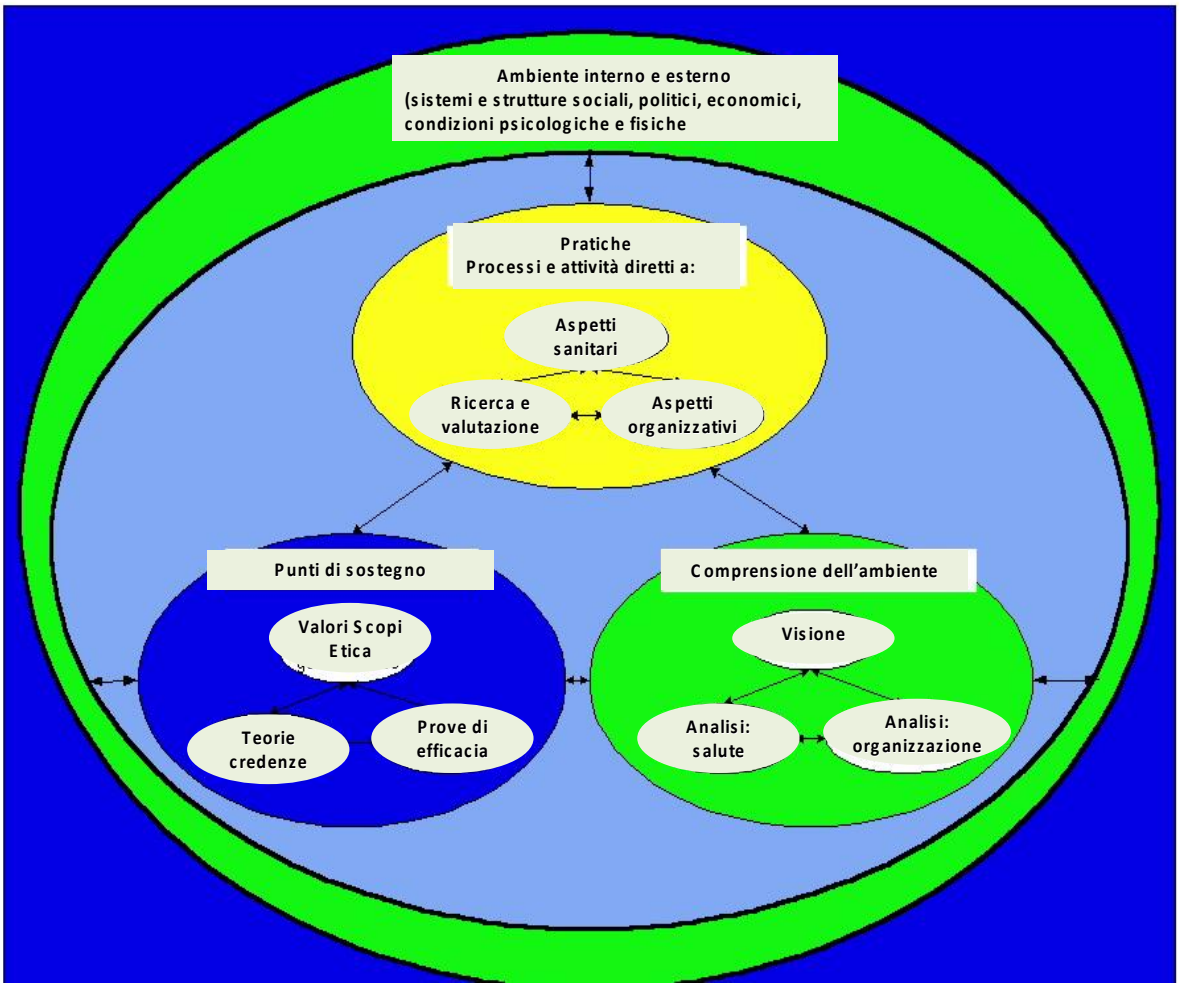
[4] Kahan B. & Goodstadt M.,*The IDM Manual: a guide to the IDM (Interactive Domain Model) Best Practices Approach to Better Health*, May, 2005, 3rd edition, Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto.
http://www.idmbestpractices.ca/idm.php?content=resources-idm

Una matrice per la definizione delle BP basata sul modello IDM:

	Preparare le basi per l'azione	Fare il piano d'azione e di valutazione	Implementazione, riflessione e documentazione	Revisione dell'intervento
Punti di sostegno •Valori •Scopi •Etica •ecc				
Comprensione dell'ambiente •Visione organizzativa •Analisi sanitaria •ecc				
Pratiche •Far fronte a aspetti organizzativi •Ricerca e valutazione •ecc				

Il modello logico costruito dal FORMEZ costituisce lo strumento per la ricerca della conoscenza (evidence) disponibile Più specificamente, gli stessi autori del modello hanno raccolto quella che è la *evidence* per gli interventi nel campo della promozione della salute. Facendo riferimento ad alcuni criteri che ne costituiscono le azioni fondamentali (educazione, *advocacy*, organizzazione comunitaria, ecc.), si è costruito un modello logico (modificando l'IDM di partenza) che permettesse di evidenziare in quale misura gli interventi effettuati nel nostro Paese nel campo del Programma "Guadagnare Salute" fossero in armonia o si discostassero da questa matrice.

The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion & Public Health
Kahan & Goodstadt 2005 (revised from 2001 version)



Basandosi sulle ricerche di Kahan e Goodstadt, sono identificabili 12 criteri all'interno dei quali collocare le *evidence* e cioè le raccomandazioni, quando disponibili, su come si debbano realizzare le attività ivi contenute perché abbiano più probabilità di conseguire i risultati attesi.
Tali criteri sono:

1. Educazione sanitaria: processo pianificato e gestito di investimento nell'educazione per raggiungere miglioramenti nella salute di una popolazione.
2. Comunicazione per la salute: lo studio e l'uso delle strategie di comunicazione per informare e influenzare le decisioni individuali e della collettività al fine di migliorarne la salute.
3. Sviluppo organizzativo: nell'ambito dell'esistente, è il processo per il quale una collettività sviluppa la capacità interna di raggiungere i propri scopi più efficientemente ed efficacemente, e in maniera condivisa.
4. Sviluppo comunitario: è il processo che di proposito mira a cambiare in positivo le condizioni di una collettività, tramite un processo di interazione, comunicazione e mobilizzazione collettiva, e tramite la creazione di relazioni e reti tra diversi membri della Comunità.
5. Sviluppo strategie: è l'insieme di attività che portano a stabilire una nuova strategia che consiste in genere in ricerca, contatti, analisi, consulenze la cui sintesi produce delle raccomandazioni condivise.
6. *Advocacy*: sono tutte le forme di supporto attivo a un'iniziativa, progetto, azione, che si esprime attraverso interventi singoli o collettivi di richiesta, di argomentazione pubblica, di manifestazioni pubbliche.

7. Coinvolgimento gruppi di interesse (GI). Rispetto al Progetto si è considerato questo criterio seguendo due dimensioni: (1) in quale momento il GI viene coinvolto (ideazione, pianificazione, realizzazione e valutazione dell'intervento), (2) quanto è "vera" la partecipazione dei GI.
8. Collaborazione intersettoriale: la definizione è deducibile dal Progetto Formez.
9. Ricerca operativa: è la ricerca finalizzata ad analizzare e migliorare la *performance* di un sistema.
10. Progettazione condivisa: è un aspetto compreso, se si vuole, all'interno del punto di partecipazione dei gruppi di interesse, ma tenuto separato per la sua importanza. Infatti, la non partecipazione alla progettazione dei gruppi di interesse diminuisce le probabilità di successo di qualsiasi progetto di promozione della salute.
11. Valutazione partecipativa: valgono le considerazioni di cui al punto precedente. In particolare la valutazione partecipativa è strategica. Non organizzarla con queste caratteristiche, implica necessariamente minore "produzione di consapevolezza" nella progettazione dell'intervento e, quindi, minore riuscita del progetto di promozione sanitaria.
12. Analisi e riferimento a valori di popolazione: il "*best* o buono" delle Pratiche non si riferisce unicamente a quelle di documentata efficacia in letteratura, ma anche a quelle esperienze che, più da vicino, incarnano e rispondono ai valori di una Comunità. Non tenere conto di questo postulato significa compromettere la riuscita di un qualsiasi intervento di promozione. Gli interventi devono, nella loro costruzione e realizzazione, tenere conto dei valori e principi della Comunità all'interno dei quali prendono vita. Gli obiettivi di tale modello sono: (1) quello di permettere una ricerca della letteratura in maniera sistematica; (2) di fungere da griglia di riferimento per l'analisi dei progetti che si candidano come Buone Pratiche; (3) di valutazione partecipativa dei due progetti per Regione che sono stati laureati come Buone Pratiche.

Figura 1 - Numero esperienze per Regione

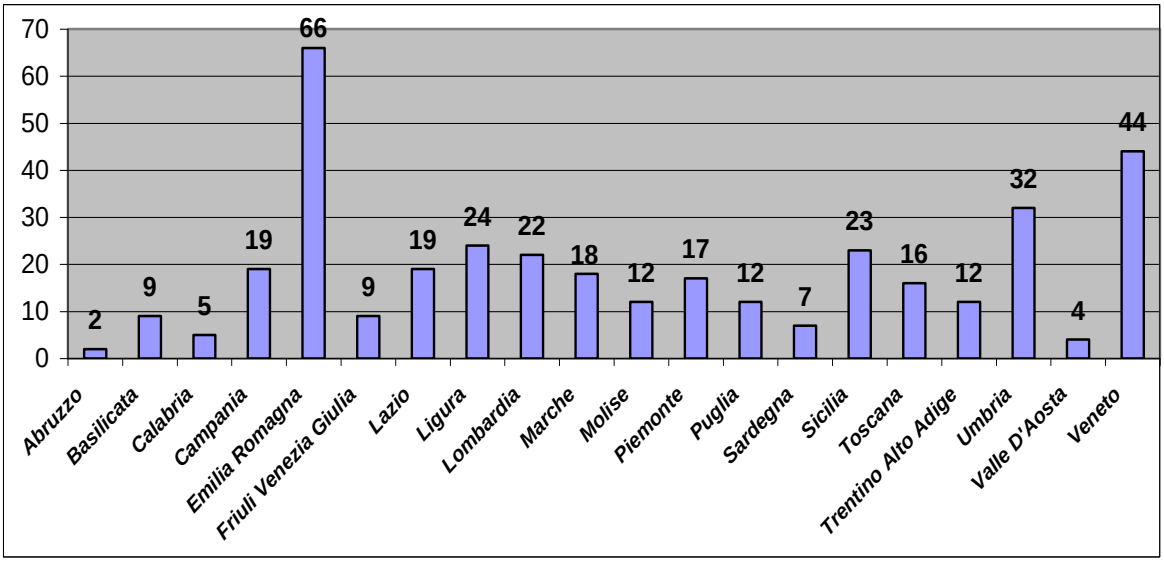


Figura 2 - Distribuzione percentuale Enti proponenti

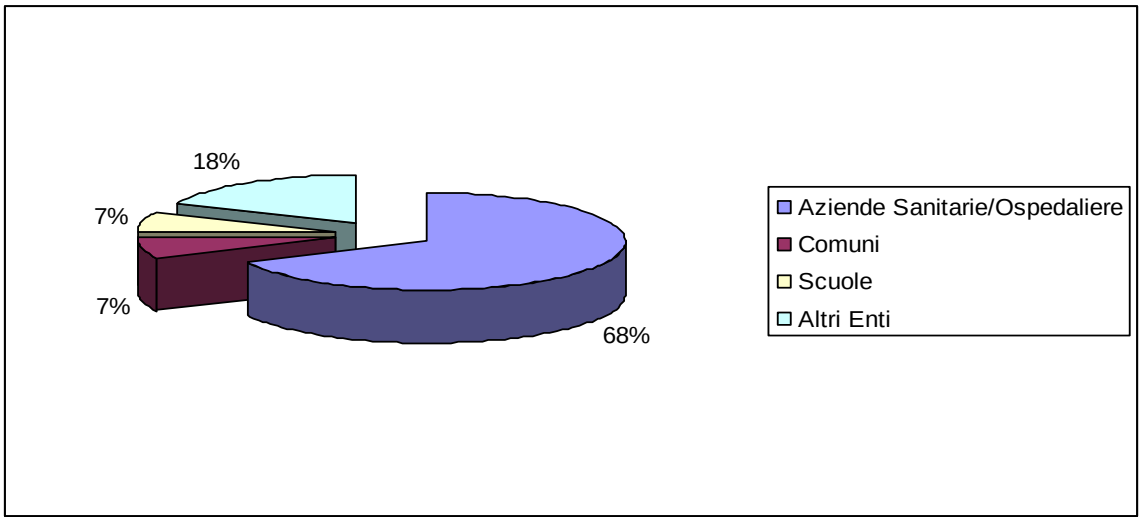


Figura 3 - Distribuzione percentuale progetti per fattore di rischio

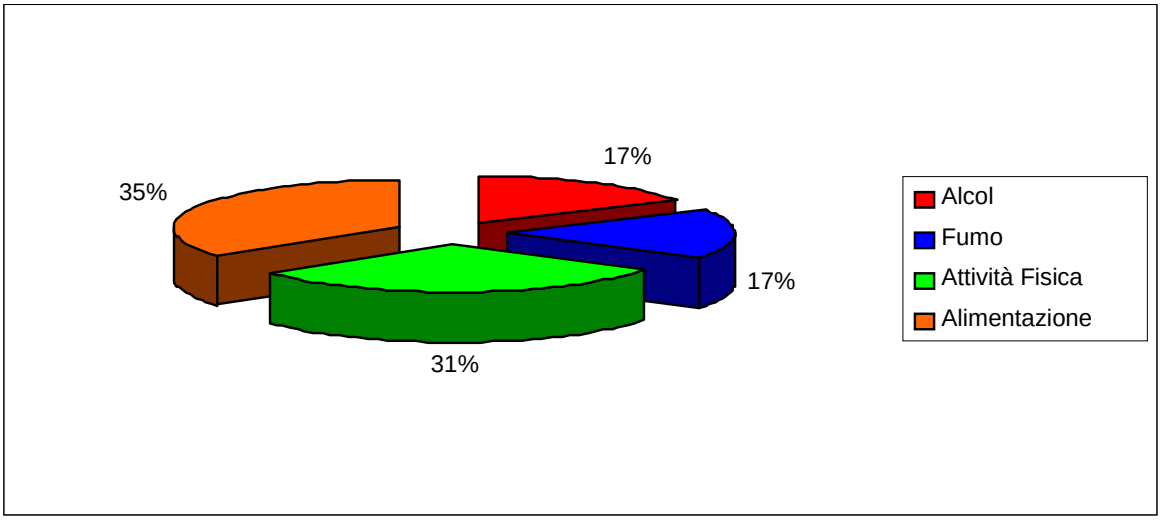
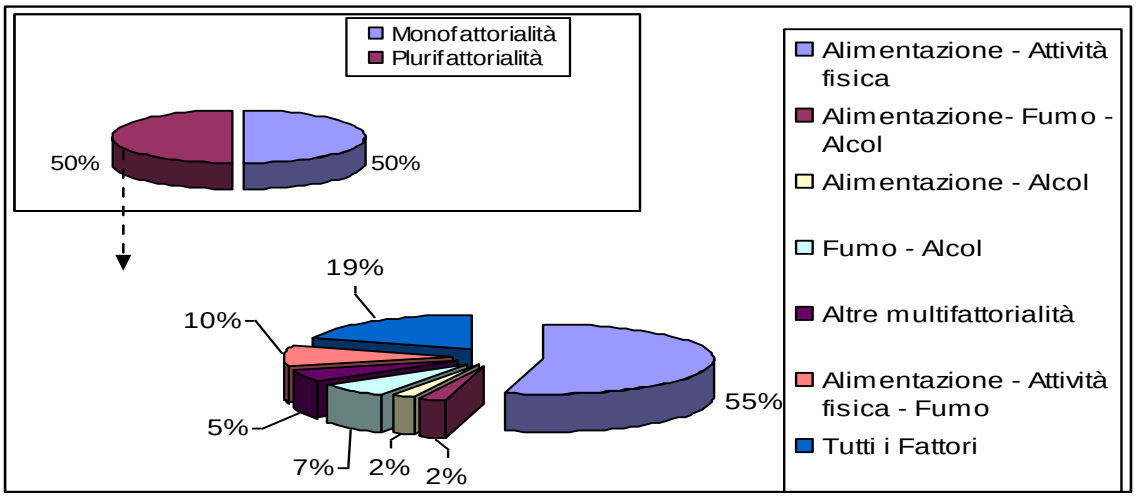



Figura 4 - Distribuzione percentuale per plurifattorialità