

parte quattro

PASSARE ALL'AZIONE: LE TAPPE DEL SUCCESSO

CONTENUTO DEL CAPITOLO

- | | | |
|---|--|-----|
| 1 | Creare una struttura centrale di riferimento: il ruolo delle istituzioni | 122 |
| 2 | Organizzazioni internazionali, private e della società civile | 148 |

Questa parte del rapporto delinea le fasi che i ministeri della Sanità possono seguire per mettere in pratica gli interventi presentati nella terza parte. Contribuire alla prevenzione e al controllo delle malattie croniche è possibile, così come raggiungere l'obiettivo globale di prevenzione e controllo delle malattie croniche entro il 2015.

Ogni Paese ha una struttura di assistenza sanitaria a livello nazionale e locale. Non esiste una ricetta unica su come agire. Ci sono però alcune funzioni strategiche fondamentali che dovrebbero essere condivise a livello nazionale. La presenza di una struttura centrale di riferimento garantirà il coordinamento e l'integrazione tra le parti. Fondamentale sarà il contributo delle diverse istituzioni nazionali, del settore privato, della società civile e delle organizzazioni internazionali.

faccia a faccia

CON LE MALATTIE CRONICHE



MARIAM JOHN
«Posso farcela»

144



KUZHANTHIAMMAL
Ritornare a vedere

156

1 Creare una struttura centrale di riferimento: il ruolo delle istituzioni

Una politica governativa solida e trasparente è l'elemento chiave di una prevenzione e un controllo efficace delle malattie croniche. Questo capito-

lo propone un modello in più fasi che i ministri della Sanità possono utilizzare per creare un assetto strategico e normativo in cui altri settori possono operare con successo. Le direttive e le raccomandazioni fornite sono a disposizione dei decisori e dei pianificatori, a livello nazionale e locale.

- >> Un **modello nazionale comune** per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche potrà garantire il coordinamento e l'integrazione tra le parti in gioco
- >> Le strategie **integrate** di prevenzione e controllo sono le più efficaci, perché concentrate su fattori di rischio comuni, al di là di malattie specifiche
- >> Una strategia **globale** di salute pubblica richiede una combinazione di interventi rivolti sia all'intera popolazione, sia ai singoli individui
- >> Gran parte dei Paesi non disporrà subito di tutte le risorse teoricamente necessarie. Da qui l'opportunità di un approccio **per fasi**, che dia la precedenza alle attività più facili da realizzare in ogni singolo contesto
- >> I principali determinanti del carico di malattie croniche non sono di natura sanitaria: occorre perciò un piano d'azione **intersettoriale**, in tutte le fasi di sviluppo e attuazione della strategia di salute pubblica
- >> Per ogni fase e livello di intervento si dovrebbero stabilire gli **elementi irrinunciabili**, cercando di ridurre le disparità nel diritto alla salute

Una strategia a tappe

- 1 FASE DI PIANIFICAZIONE 1**
Valutare i bisogni della popolazione e prevedere l'azione
- 2 FASE DI PIANIFICAZIONE 2**
Delineare e adottare strategie politiche
- 3 FASE DI PIANIFICAZIONE 3**
Identificare le tappe di attuazione della strategia

Tappe di attuazione della strategia	Interventi a livello di popolazione		Interventi a livello dei singoli
	su scala nazionale	su scala locale	
Prima tappa BASE	Interventi attuabili a breve termine a partire dalle risorse esistenti.		
Seconda tappa ESTESA	Interventi attuabili a medio termine con aumento o redistribuzione delle risorse in base a proiezioni realistiche.		
Terza tappa AUSPICABILE	Interventi basati su prove di efficacia che superano la portata delle risorse esistenti.		

Introduzione alla **strategia a tappe**



La strategia a tappe è un approccio flessibile e concreto proposto ai ministri della Sanità per trovare il giusto equilibrio tra esigenze e priorità differenti negli interventi basati sulle evidenze scientifiche.



PANORAMICA

La strategia a tappe comprende sei tappe principali, tre di pianificazione e tre di attuazione, descritte nel dettaglio in questo capitolo.

La prima fase di pianificazione consiste nella valutazione del profilo attuale dei fattori di rischio della popolazione, quindi degli ambiti di intervento.

La seconda fase di pianificazione deve formulare e approvare una politica di intervento per le malattie croniche.

La terza fase di pianificazione deve identificare i mezzi più efficaci per attuare la politica di intervento. Per realizzarla nel modo più efficace, il fattore chiave può essere una combinazione oculata degli interventi.

Seguono quindi le fasi di attuazione: base, estesa e auspicabile. La scelta degli interventi di base è il punto di partenza e il fondamento per le azioni successive.

Questo capitolo propone dei passaggi specifici per i diversi stadi di attuazione. Non si tratta comunque di tappe obbligatorie, perché ogni Paese deve considerare una serie di fattori durante la fase decisionale dei primi interventi di base, tra cui la capacità di attuazione, l'accettabilità e il supporto politico.

DALLA PIANIFICAZIONE ALLA REALTÀ

La strategia a tappe ha il vantaggio di proporre un procedimento razionale che coordini più discipline in un unico canale di azione, ma non risolve automaticamente le difficoltà incontrate nella pianificazione dei programmi di prevenzione e controllo delle malattie croniche. In realtà, quello della sanità pubblica è un lavoro in espansione e molto sensibile al contesto, che riadatta continuamente la propria direzione. Le diverse fasi di pianificazione e attuazione possono infatti sovrapporsi tra loro a seconda dei singoli casi.

La priorità accordata ai diversi programmi sanitari è in parte il risultato di un atteggiamento politico più ampio. È importante inquadrare, se non prevedere, il clima politico nazionale o locale per sfruttare al meglio le opportunità.

Le esperienze personali possono influenzare profondamente le scelte dei leader politici. Sono molti gli esempi di capi di Stato che, dopo essere stati colpiti da una malattia, ne hanno fatto successivamente un tema prioritario a livello nazionale nelle politiche di intervento. Queste persone possono diventare dei forti alleati del cambiamento.

1

FASE DI PIANIFICAZIONE 1

Valutare i bisogni della popolazione e prevedere l'azione

Per quanto si sappia già molto sulle malattie, è la distribuzione dei fattori di rischio nella popolazione il dato chiave necessario ai Paesi durante la pianificazione dei programmi di prevenzione e controllo. Questa informazione può predire il carico futuro di malattia: deve quindi essere sintetizzata e diffusa per stimolare con successo l'adozione di politiche di intervento adeguate.

VALUTARE IL BISOGNO

L'Oms ha messo a punto uno strumento per aiutare i Paesi a reddito medio-basso a definire i loro profili dei fattori di rischio: si tratta di Steps (STEPwise approach to Surveillance), un approccio per fasi al monitoraggio.

Nei Paesi a reddito medio-basso, il progetto Steps dell'Oms ha lo scopo di potenziare la capacità di raccogliere piccole quantità di dati, ma di buona qualità, sui fattori di rischio.

- » Fase 1: tramite questionari, raccogliere informazioni su dieta, attività fisica, consumo di tabacco e di alcol.
- » Fase 2: utilizzare metodi di misurazione standardizzati per raccogliere i dati su pressione sanguigna, altezza e peso.
- » Fase 3: accanto alle misurazioni fisiche, effettuare prelievi di sangue per misurare i livelli di lipidi e di glucosio.

La maggior parte dei Paesi dispone delle risorse per raccogliere i dati indicati nei due primi stadi. Il terzo, invece, è molto più dispendioso e non è adatto a tutti i contesti. Il progetto Steps è concepito in modo flessibile per adattarsi al contesto locale e propone anche stadi più avanzati (come la tutela della salute orale o dell'infarto), pur incoraggiando la raccolta di dati standardizzati (7).

IN PRIMO PIANO RICHIESTE DI INTERVENTO IN AMERICA LATINA E NEI CARAIBI

L'Ufficio regionale per le Americhe dell'Oms (Amro) ha organizzato, in collaborazione con l'Unione internazionale contro il cancro, dei laboratori per proporre programmi e politiche di intervento sulla prevenzione del tumore della cervice uterina in America Latina e nei Caraibi. Hanno partecipato oltre 300 stakeholder appartenenti a ministeri della Sanità, organizzazioni non governative, associazioni mediche e professionali e agenzie internazionali.

I laboratori sono stati strutturati in modo da favorire la collaborazione tra i governi nazionali e le altre parti interessate, creando un luogo d'incontro per lo scambio di informazioni tecniche. Tra gli obiettivi, ottenere il consenso sulla necessità della prevenzione e del controllo dei tumori della cervice, pianificare modalità e tempistica e incoraggiare i Paesi a rafforzare e sviluppare i propri programmi di prevenzione e controllo dei tumori del collo dell'utero.

Dopo questi laboratori, oltre 10 Paesi della regione hanno valutato i propri programmi con l'assistenza dell'Amro, studiato piani strategici di azione e ricevuto sovvenzioni per avviare nuove strategie preventive per i tumori della cervice. Insieme ai ministri della Sanità, sono state stabilite la programmazione congiunta e le tempistiche di cooperazione tecnica. Ai Caraibi, durante l'incontro ristretto (Caucus) dei ministri della Sanità è stato presentato e varato un piano strategico per un approccio locale di screening e trattamento.

RICHIESTE DI INTERVENTO

Le informazioni sulle esigenze della popolazione devono essere sintetizzate e diffuse in modo da incoraggiare delle politiche di intervento a livello nazionale. I decisori dovrebbero conoscere le distribuzioni nazionali dei fattori di rischio, gli aspetti attuali e previsti delle malattie croniche nel Paese e l'esistenza di strategie di prevenzione e controllo con un buon rapporto costo-efficacia.

Tra le strategie comunicative per influenzare i decisori ci sono:

- » i mass media, che influenzano le opinioni del pubblico generale (elettori compresi, in certi casi), come pure quelle dei decisori stessi;
- » identificazione e coinvolgimento dei leader della comunità e di altri membri influenti della società perché diffondano i messaggi in diversi contesti;
- » incontri a tu per tu con i decisori politici.

MARIAM JOHN da grande vuole diventare ministro della Sanità. PAGINA 144



2

FASE DI PIANIFICAZIONE 2

Delineare e adottare strategie politiche

IN PRIMO PIANO
INDONESIA, UNA
STRATEGIA DI INTERVENTO

In Indonesia, la portata del problema delle malattie croniche è stata ignorata per molti anni perché mancavano informazioni affidabili. Le attività di prevenzione e controllo erano sparse, frammentarie e prive di coordinamento. Indagini periodiche sulle famiglie hanno poi rivelato che tra il 1980 e il 2001 i decessi per malattie croniche erano raddoppiati (dal 25% al 49%). Sono emerse le ripercussioni economiche e l'urgenza di instaurare una strategia integrata di prevenzione a livello nazionale, distrettuale e di comunità.

Ispirandosi alla Strategia globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili dell'Oms, il ministero della Sanità dell'Indonesia ha avviato nel 2001 un processo di consultazione che ha portato al consenso nazionale sulle politiche di intervento per le malattie croniche. È stata organizzata una rete di collaborazioni per il monitoraggio, la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, che coinvolge programmi sanitari, associazioni professionali, organizzazioni non governative, istituzioni educative e altri partner del settore pubblico e privato (anche quelli che non si occupano direttamente di sanità). Il manuale Steps dell'Oms è stato tradotto in indonesiano e utilizzato come parte integrante dell'approccio generale di sorveglianza.

Nel 2004 il ministero della Sanità ha pubblicato un documento sulla politica nazionale di intervento che raccomandava di puntare sulle malattie principali con fattori di rischio comuni, mediante sorveglianza, promozione della salute, prevenzione e riforma dei servizi sanitari. Una strategia integrata, efficace e sostenibile di monitoraggio, prevenzione e controllo è stata riconosciuta come componente essenziale del programma di sviluppo sanitario nazionale.

Dopo la valutazione delle esigenze e la richiesta di azioni, la seconda fase di pianificazione consiste nel formulare e adottare una politica di intervento che stabilisca l'approccio alla prevenzione e al controllo delle principali malattie croniche e fornisca le basi per gli interventi dei prossimi 5-10 anni. Comprende anche piani per attuare questa politica di intervento.

Gli obiettivi principali di un piano di sanità pubblica per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche sono simili a quelli di qualsiasi politica sanitaria:

- » migliorare la salute della popolazione, specialmente dei più svantaggiati;
- » soddisfare le esigenze e le aspettative delle persone affette da malattie croniche;
- » fornire assistenza finanziaria per le spese associate alla malattia.

In tutti i Paesi una politica nazionale e una pianificazione sono essenziali per assicurare la dovuta priorità alle malattie croniche e per organizzare le risorse.

A livello locale, politiche di intervento, piani e programmi associati possono essere sviluppati a livello statale, regionale, provinciale, o comunale per soddisfare le esigenze locali.

PRINCIPI GUIDA

La politica di intervento per le malattie croniche dovrebbe basarsi sui seguenti principi guida:

- » strategia di sanità pubblica completa e onnicomprensiva;
- » interventi intersettoriali;
- » approccio a lungo termine;
- » attuazione per fasi, sulla base dei fattori e delle esigenze locali.

IN PRIMO PIANO
CINA, STRATEGIA
NAZIONALE
PER LE MALATTIE
CRONICHE

Il ministero della Sanità cinese, con il sostegno dell'Oms e la collaborazione di importanti settori della società, ha sviluppato un piano d'azione nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, concentrato su cardiopatie, tumori, broncopneumopatia cronica ostruttiva e diabete. Secondo le previsioni, sarà applicabile sul medio e lungo periodo e comprenderà un piano d'azione per 3-5 anni, continuazione di un precedente programma di prevenzione e controllo dei tumori in Cina (2004-2010), sviluppato dal ministero della Sanità.

Il piano nazionale mira a ridurre il livello generale dei fattori di rischio, a migliorare diagnosi precoce e trattamento e a fornire servizi sanitari accessibili e convenienti. Questo significa sviluppare un sistema nazionale di prevenzione e controllo che richiederà finanziamenti generali, cooperazione di settori diversi e costituzione di comitati di esperti a livello nazionale e locale. Inoltre, sarà necessario migliorare le competenze e istituire un sistema di monitoraggio nazionale e indagini periodiche sull'alimentazione e sulla salute (2).

STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA GLOBALE
E INTEGRATA

Politiche e piani di intervento globali e integrati sono essenziali, perché riducono al minimo la sovrapposizione e la frammentazione del sistema sanitario. Di conseguenza dovrebbero:

- » concentrarsi su malattie specifiche e fattori di rischio comuni;
- » riunire strategie di promozione, prevenzione e controllo;
- » enfatizzare la gestione dell'intera popolazione piuttosto che la gestione dei sottogruppi specifici;
- » integrare le diverse strutture, quali i centri sanitari, le scuole, i posti di lavoro e le comunità;
- » instaurare collegamenti espliciti con gli altri programmi governativi e le organizzazioni comunitarie.

Il programma di attuazione stesso dovrebbe essere completo e integrato perché:

- » è tanto impossibile quanto inutile predisporre programmi specifici per le diverse malattie croniche;
- » senza un'organizzazione nazionale c'è il rischio che le iniziative siano sviluppate o attuate indipendentemente l'una dall'altra, oppure che le opportunità per le sinergie non siano realizzate.

PIANO D'AZIONE INTERSETTORIALE

Il piano d'azione intersettoriale è necessario perché, come illustrato nella seconda parte, i determinanti del carico di malattie croniche non sono di natura sanitaria. Tra questi, la povertà, la mancanza di istruzione, cattive condizioni ambientali. I fattori di rischio più immediati, come dieta scorretta e inattività fisica, sono influenzati da settori esterni alla sanità, quali i trasporti, l'agricoltura e il commercio.

Per i piani d'azione servirebbe un comitato interdisciplinare. A livello nazionale, il piano d'azione dovrebbe essere concordato dal ministero della Sanità con i rappresentanti degli enti e delle organizzazioni pertinenti.

Diversi settori possono avere priorità differenti, talvolta persino conflittuali. In questi casi, il settore della salute pubblica deve avere la capacità di assumere il ruolo di guida, fornire gli elementi per soddisfare tutte le parti coinvolte e adattare le tempistiche e le priorità di diversi settori.

FASE DI PIANIFICAZIONE 2

Delineare e adottare strategie politiche

IN PRIMO PIANO CILE, CAMBIA IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Nel 2000 un'indagine nazionale sulle condizioni di vita e di salute, insieme ai dati sulla mortalità, ha illustrato chiaramente le considerevoli disparità sanitarie e la portata crescente delle malattie croniche in Cile. Sulla base di questi dati, il governo cileno si è impegnato a migliorare le condizioni di salute della popolazione, in particolare dei gruppi più svantaggiati. Sono stati così definiti gli obiettivi sanitari per il 2010, che comprendono la riduzione del tabagismo, dell'obesità nei bambini e nelle donne in gravidanza, dell'inattività fisica e della mortalità per malattie cardiovascolari, tumori e malattie respiratorie. Tra gli altri obiettivi ci sono la riduzione delle disabilità associate al diabete, la tutela della salute orale e un aumento delle cure palliative offerte ai pazienti terminali curati a domicilio.

Il governo si è impegnato ad assicurare l'accesso universale alle cure, la qualità delle terapie e la copertura finanziaria per 56 problemi di salute, 39 dei quali sono malattie croniche. Secondo questo piano d'azione, le assicurazioni private devono conformarsi alle stesse norme e linee guida del sistema pubblico.

La piena partecipazione di tutte le parti interessate e della società intera sotto la guida del ministero della Sanità è stata determinante. Una volta valutate le esigenze della popolazione, è stato possibile stabilire le priorità, assicurando così anche una distribuzione adeguata delle risorse.

UNA PROSPETTIVA A LUNGO TERMINE

I fattori di rischio cominciano ad accumularsi già prima della nascita. Dato che i comportamenti a rischio sono piuttosto diffusi anche fra bambini e adolescenti, le strategie di prevenzione dovrebbero includere programmi sanitari scolastici concentrati sulla promozione di una dieta sana, dell'attività fisica e sull'abolizione del fumo. Interventi mirati dovrebbero essere rivolti agli adolescenti più a rischio, che per esempio abbiano già iniziato a fumare o siano obesi. Anche iniziative generali, come il divieto di fumo in certi ambienti o il divieto della pubblicità e la tassazione del tabacco, sono strategie efficaci per tutelare la salute di bambini e adolescenti.

Il rapido invecchiamento della popolazione è un altro fattore di cui tenere conto nello sviluppo dei piani d'azione. La sfida per i decisori delle politiche sanitarie è ritardare l'esordio delle malattie croniche e migliorare il corso e la qualità della vita.

ATTUAZIONE PER FASI

La maggior parte dei Paesi non disporrà immediatamente delle risorse per svolgere tutte le attività previste dal piano d'azione generale. All'inizio si dovrebbe puntare sugli interventi di base realizzabili nell'immediato con le risorse disponibili. Le altre attività sono comprese nelle fasi di attuazione "estesa" e "auspicabile".

IN PRIMO PIANO TONGA, IL PIANO D'AZIONE INTERSETTORIALE

Durante gli anni Ottanta e Novanta, Tonga ha cominciato a rendersi conto del numero sempre maggiore di persone affette da cardiopatie, ma anche da diabete e relative complicazioni (cancrena, insufficienza renale, cecità). Fra gli adulti, la prevalenza del diabete è raddoppiata, arrivando a oltre il 15% in 25 anni, nonostante la maggior parte dei casi non siano stati diagnosticati, né curati.

Nel 2003, medici, operatori sanitari pubblici e rappresentanti delle agenzie internazionali per lo sviluppo si sono riuniti e hanno prodotto una strategia nazionale per le malattie croniche. Oltre ad ampie consultazioni con le parti interessate, è stata condotta un'indagine per identificare gli interventi già in corso.

Governo, chiese, organizzazioni non governative e agenzie per lo sviluppo hanno poi partecipato al laboratorio di follow-up, dove hanno prodotto la Strategia nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, basata su un approccio per fasi. Sono stati istituiti un comitato interdisciplinare per coordinare l'attuazione della strategia e la consulenza per il governo e quattro sottocomitati (attività fisica, alimentazione corretta, controllo del tabagismo e abuso d'alcol), responsabili della pianificazione e dell'attuazione operativa. La strategia è stata avviata nel marzo 2004, con il supporto dei media nazionali, ed è stata approvata successivamente dal Consiglio.

Tra i principali successi ci sono:

- ▶ il completamento dell'indagine nazionale su malattie croniche e fattori di rischio e la revisione della legge sul fumo;
- ▶ lo sviluppo di una proposta per il Parlamento per istituire un'Unità di promozione della salute finanziata dalle imposte sul tabacco;
- ▶ l'inclusione del controllo delle malattie croniche fra i "Millennium Goals" di Tonga.

Questa strategia si è rivelata importante per coinvolgere l'assistenza esterna e per concentrare le risorse sugli interventi essenziali (3).

LE CHIAVI DEL SUCCESSO

Per il successo della formulazione e dell'adozione degli interventi, questi sono i fattori chiave:

- » un mandato politico di alto livello per una struttura nazionale di intervento;
- » un gruppo selezionato di parti interessate da coinvolgere nella valutazione delle esigenze, nella richiesta di intervento e nello sviluppo del piano d'azione nazionale;
- » la collaborazione internazionale per assicurare il supporto politico e tecnico;
- » un'ampia consultazione nel processo di redazione, discussione, revisione e modifica dei piani d'azione, fino al conseguimento dell'approvazione;
- » la consapevolezza che la consultazione del pubblico è importante quanto il contenuto per avere sostegno e accettazione;
- » sviluppo e attuazione di una strategia di comunicazione efficace in tutti gli stadi del processo;
- » uno sguardo concentrato su una serie ristretta di obiettivi per ottenere i risultati.

3

FASE DI PIANIFICAZIONE 3

Identificare le tappe di attuazione della strategia

La terza fase della pianificazione è capire come attuare al meglio gli interventi. Un approccio globale prevede una serie di misure da realizzare per fasi, in base alla loro fattibilità e all'impatto previsto sul contesto locale, considerando anche i potenziali limiti. Alcuni degli interventi scelti, come il riassetto dei sistemi sanitari per il controllo e la prevenzione delle malattie croniche, sono coordinati in primo luogo dal ministero della Salute. Altri sono principalmente responsabilità di altri settori di governo o del potere legislativo. In questi casi, il ministero della Salute, in quanto garante principale della salute pubblica, dovrebbe assicurare una collaborazione coordinata con i partner di governo.

È fondamentale decidere, a livello globale, regionale, nazionale o locale, come, dove e quando procedere con le diverse fasi di attuazione. Questo richiede evidenze scientifiche, esperienza, capacità di giudizio e di attuazione di strategie mirate. Innanzitutto si devono scegliere gli interventi più fattibili. È meglio realizzare poche attività, ma in modo appropriato, piuttosto che molte in maniera superficiale. Ogni Paese deve cercare inoltre di garantire che ogni nuova attività non si sovrapponga a quelle già in corso a livello locale (regionale o provinciale) e nazionale.

INDICATORI DI POLITICA SANITARIA
Finanziamenti
Leggi e regolamenti
Miglioramento della struttura urbana
Richieste di intervento
Mobilizzazione della opinione pubblica
Erogazione e organizzazione dei servizi sanitari

FINANZIAMENTI ALLA SANITÀ

I finanziamenti alla sanità sono un meccanismo importante per tradurre in realtà politiche e piani di intervento. La decisione di concedere finanziamenti sulla base dei principi di equità ed efficienza garantisce a tutti accesso e copertura sanitaria adeguati. L'attuazione di politiche e piani di intervento per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche può essere sostenuta grazie a diverse modalità di finanziamento (investimenti, stanziamento di risorse, appalti e rimborsi).

Fase di attuazione	Tappe suggerite
FASE 1 BASE	» Inserimento nel budget annuale di una voce relativa alla prevenzione e al controllo delle malattie croniche.
FASE 2 ESTESA	» Introduzione di imposte sul tabacco, i cui introiti vengono destinati a iniziative generali per la riduzione dei rischi e la promozione della salute.
FASE 3 AUSPICABILE	» Revisione e adattamento del sistema dei finanziamenti in base all'incidenza delle malattie e ai livelli di assistenza, puntando alla massima equità ed efficienza. » Inclusione nell'assistenza sanitaria di prevenzione e assistenza a lungo termine in caso di malattie croniche.

Come primo passo, è importante che nel budget sanitario annuale venga inserita una voce relativa alla prevenzione e al controllo delle malattie croniche. Questo assicurerà che simili attività non passino in secondo piano rispetto a tutte le altre priorità.

FASE DI PIANIFICAZIONE 3

Identificare le tappe di attuazione della strategia

IN PRIMO PIANO THAIHEALTH

La Thai Health Promotion Foundation (ThaiHealth) è stata istituita nel 2001 come organizzazione pubblica statutaria indipendente, dopo i successi ottenuti in tutta la Thailandia dal movimento anti-fumo. I finanziamenti annuali, circa 50 milioni di dollari, derivano dalle imposte sul consumo di alcol e sigarette. La promozione di politiche di intervento, gli sforzi della società civile e i risultati degli studi dell'Health System Research Institute hanno convinto il governo e il ministero delle Finanze dei possibili vantaggi per il Paese di un Fondo per la promozione della salute. L'obiettivo è quello di sostenere iniziative per ridurre i fattori di rischio e promuovere stili di vita sani.

ThaiHealth funziona da catalizzatore e sostiene soprattutto le attività che possono dare risultati immediati. L'organizzazione ha promosso alleanze e reti per sostenere la sanità e ha esteso le proprie attività per raggiungere più persone possibile. Il programma "credito aperto" consente alle organizzazioni comunitarie e ad altri di ricevere investimenti sicuri per le attività di promozione della salute, mentre il credito preventivo permette di realizzare progetti rivolti a obiettivi specifici come la promozione della salute a scuola. ThaiHealth ha avuto un ruolo fondamentale nella lotta al tabagismo, nelle campagne contro la guida in stato di ebbrezza e per la riduzione del consumo di alcol, nonché nelle attività per promuovere l'esercizio fisico.

Come accennato nella terza parte, una strategia efficace nella lotta al fumo è la tassazione del tabacco, che influenza anche l'alimentazione e il consumo di bevande. Gli introiti che ne derivano possono essere destinati a scopi specifici. Queste imposte non devono necessariamente diventare fisse, ma possono essere applicate occasionalmente per scopi particolari, come interventi di prevenzione generale.

Numerosi Paesi hanno destinato parte dei loro introiti tributari a particolari iniziative di promozione della salute. Un modello innovativo di gestione di queste entrate sono le fondazioni per la promozione della salute (vedi il box "In primo piano", a sinistra).

Le iniziative contro le malattie croniche devono prevedere interventi preventivi e una gestione adeguata della sintomatologia acuta e dell'assistenza a lungo termine (comprese riabilitazione, cure palliative e assistenza terminale).

Finanziare l'assistenza a lungo termine è una delle sfide più grandi nel futuro immediato, perché costituisce una delle spese più gravose per il sistema sanitario. Alcuni Paesi adottano premi speciali o fondi basati sulle imposte generali, o entrambi. I piani finanziari devono includere anche l'assistenza domiciliare.

LEGGI E REGOLAMENTI

Come accennato nella terza parte, leggi e regolamenti sono fondamentali per una politica di sanità pubblica efficace.

Fase di attuazione	Tappe suggerite
FASE 1 BASE	» Emanazione ed entrata in vigore di una legge per il controllo del tabagismo, in accordo con la Framework Convention on Tobacco Control dell'Oms.
FASE 2 ESTESA	» Normativa su standard ed etichettatura degli alimenti. » Provvedimenti per limitare e controllare la vendita e la pubblicità dei prodotti alimentari per bambini, per ridurre la presenza di grassi, sale e zucchero nei cibi per bambini, incentivando il consumo di frutta e verdura.
FASE 3 AUSPICABILE	» Emanazione di una legge a tutela dei diritti dei disabili e dei malati cronici.

IN PRIMO PIANO PAESI CON AMBIENTI DI LAVORO LIBERI DAL FUMO

In molti Paesi è stata emanata una legge che vieta il fumo negli ambienti di lavoro, per proteggere i non fumatori dal fumo passivo.

- » Il Bhutan ha bandito in tutto il Paese il fumo nei locali pubblici, inclusi ristoranti e bar.
- » A Cuba è stata approvata una legge contro il fumo in uffici, negozi, teatri, autobus e taxi, scuole, impianti sportivi e luoghi pubblici climatizzati.
- » In India è stata emanata una legge che proibisce il fumo nei locali pubblici, la pubblicità del tabacco sui media e la vendita ai minori.
- » In Irlanda vige una legge contro il fumo negli ambienti di lavoro, nei bar e nei ristoranti. Secondo i sondaggi, l'opinione pubblica è favorevole alla legge.
- » In Nuova Zelanda vige una legge contro il fumo all'interno di ambienti di lavoro, pub, club, ristoranti e scuole.
- » In Norvegia una legge proibisce di fumare nei luoghi di lavoro, nei bar e nei ristoranti.
- » In Italia è stata emanata una legge contro il fumo all'interno degli ambienti di lavoro e di tutti i luoghi pubblici, inclusi bar e ristoranti.
- » In centinaia di località dell'Australia, del Canada e degli Stati Uniti sono state emanate leggi contro il fumo all'interno degli ambienti di lavoro.

Le politiche di regolamentazione e le leggi specifiche per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche includono interventi per:

- » vietare il fumo nei luoghi chiusi;
- » vietare la vendita del tabacco ai giovani;
- » imporre avvertenze di carattere sanitario sui prodotti a base di tabacco;
- » vietare la pubblicità del tabacco (inclusa la sponsorizzazione di eventi sportivi e culturali);
- » controllare l'adeguata etichettatura degli alimenti sul mercato interno, incluse avvertenze, elenco degli ingredienti e indicazioni nutrizionali;
- » garantire la tutela dei diritti umani alle persone disabili o affette da malattie croniche.

FASE DI PIANIFICAZIONE 3

Identificare le tappe di attuazione della strategia

MIGLIORARE LA STRUTTURA URBANA

Come accennato nella terza parte, alcuni interventi urbanistici possono contribuire notevolmente a promuovere l'esercizio fisico. Una struttura urbana adeguata può indurre a passeggiare, andare in bicicletta o adottare altre forme di trasporto attivo.

Fase di attuazione	Tappe suggerite
FASE 1 BASE	» Consapevolezza, da parte di dirigenti e responsabili dell'urbanistica e dei trasporti, del possibile impatto della progettazione e dei trasporti sull'esercizio fisico e le malattie croniche.
FASE 2 ESTESA	» Pianificazione dei trasporti e della struttura urbana e decisioni su progettazione e costruzione tenendo conto delle componenti che influenzano l'esercizio fisico.
FASE 3 AUSPICABILE	» Per il futuro, pianificazione urbanistica, progettazione dei trasporti e costruzione di nuovi edifici che favoriscano trasporto attivo ed esercizio fisico.

RICHIESTE DI SOSTEGNO

Come già accennato, le richieste di sostegno possono essere determinanti per avviare una politica nazionale per la prevenzione delle malattie croniche. Queste iniziative comprendono strategie di informazione sui rischi, di motivazione ai cambiamenti e di diffusione di idee nella società.

Fase di attuazione	Tappe suggerite
FASE 1 BASE	» Identificazione degli opinion leader in grado di tenere aggiornato il pubblico sul carico crescente delle malattie croniche, sull'esistenza di interventi efficaci e sulla necessità di una partecipazione collettiva.
FASE 2 ESTESA	» Rinforzo delle richieste di intervento, per promuovere la riduzione dei fattori di rischio tra le popolazioni suscettibili.
FASE 3 AUSPICABILE	» Realizzazione di iniziative di sostegno globali e integrate, che prevedano più strategie di comunicazione.

IN PRIMO PIANO INDIA, MIGLIORARE LA STRUTTURA URBANA

A Chennai, in India, il diabete è particolarmente diffuso tra le persone a medio reddito e tra chi pratica poca attività fisica. Compresa l'importanza dell'esercizio fisico, gli abitanti sono riusciti a ottenere generose donazioni e contributi dai residenti per costruire un parco. Identificata un'area, hanno chiesto il permesso edilizio all'amministrazione comunale. Il parco è stato completato nel 2002, ricco di siepi, alberi, fontane e con un'area giochi per i bambini. Ogni anno gli abitanti versano un contributo individuale per la manutenzione del parco.

Un sondaggio successivo ha dimostrato che le persone dedite a regolare esercizio fisico si sono triplicate (da meno del 15% al 45%). Sulle orme di questo successo, largamente riportato anche dai giornali locali, un'altra comunità di Chennai ha deciso di costruire un proprio parco (4).

Ci sono diversi interventi specifici sulla struttura urbana che possono contribuire notevolmente a stimolare l'esercizio fisico:

- » scale ben illuminate e facilmente accessibili negli edifici a più piani;
- » piste pedonali e ciclabili, sia nelle città sia nelle zone rurali;
- » strutture sportive, ricreative e per il fitness;
- » progettazione di strutture urbane compatte piuttosto che irregolari.

IN PRIMO PIANO REGNO UNITO: MANGIARE PIÙ FRUTTA E VERDURA

Attualmente il consumo di frutta e verdura nel Regno Unito è di circa tre porzioni al giorno. Il progetto "5 a day" mira a portarlo al livello giornaliero raccomandato di cinque porzioni, contribuendo così a raggiungere l'obiettivo nazionale di ridurre la mortalità per cancro e cardiopatie, fermare l'obesità fra i bambini, in crescita anno dopo anno, e ridurre le disuguaglianze in termini di aspettative di vita.

Il progetto "5 a day" ha diverse aree di intervento, affiancate da un piano di valutazione e controllo. Prevede informazioni e suggerimenti per i consumatori attraverso campagne pubblicitarie in televisione e alla radio, volantini, manifesti, opuscoli, articoli e

pubblicità su internet e riviste, oltre all'ideazione di uno specifico logo. Tra i partner locali e nazionali ci sono aziende, dipartimenti governativi e altre agenzie. Grazie allo School Fruit and Vegetable Scheme, quasi due milioni di scolari tra i quattro e i sei anni hanno ricevuto gratuitamente una porzione di frutta e verdura al giorno. Secondo un sondaggio condotto nell'ottobre del 2003, più di un quarto dei bambini e delle loro famiglie ha ammesso di consumare più frutta a casa dopo avere aderito al progetto, compresi i gruppi socioeconomici più svantaggiati. Secondo alcuni studi iniziati nel dicembre 2004, il 37% delle persone ha dichiarato di avere consumato frutta o verdura in quantità "molto maggiori" o "poco superiori" nel corso degli ultimi 12 mesi. Anno dopo anno, la consapevolezza del messaggio "5 a day" è aumentata progressivamente, dal 43% dell'ottobre 2000 al 58% dell'ottobre 2004.

FASE DI PIANIFICAZIONE 3

Identificare le tappe di attuazione della strategia

MOBILITAZIONE DELLA COMUNITÀ

Come illustrato nella terza parte, la mobilitazione della comunità è fondamentale per creare e attuare politiche e programmi efficaci e sostenibili di prevenzione e controllo delle malattie croniche.

Fase di attuazione	Tappe suggerite
FASE 1 BASE	» Creazione di una rete di comunicazione tra membri e organizzazioni della comunità, operatori sanitari e politici per condividere le informazioni e favorire consulenze e collaborazione.
FASE 2 ESTESA	» Attuazione e valutazione di programmi comunitari per la prevenzione delle malattie croniche. » Realizzazione sistematica di programmi di educazione sanitaria nelle scuole per prevenire le malattie croniche.
FASE 3 AUSPICABILE	» Le comunità si assumono la responsabilità dell'attuazione dei programmi per la prevenzione delle malattie croniche e del relativo monitoraggio. » Rafforzamento della prevenzione delle malattie croniche nei luoghi di lavoro, soprattutto se autogestita.

SFRUTTARE LE SCUOLE PER PROMUOVERE ESERCIZIO FISICO E DIETA SANA

Nei Paesi in via di sviluppo sono in corso progetti su vasta scala nelle scuole per ridurre l'obesità, migliorare l'alimentazione e favorire l'esercizio fisico. Il Brasile ha stabilito che il 70% degli alimenti offerti nelle mense scolastiche dovesse essere il meno possibile elaborato. Il Cile ha incluso più frutta e verdura nel programma nazionale di refezione scolastica. In Cina, i ministeri della Salute e dell'Istruzione hanno incoraggiato la promozione della salute nelle scuole (vedi il box "In primo piano" nella pagina accanto). Anche Malesia, Messico, Corea del Sud, Sudafrica e Thailandia hanno avviato programmi analoghi. In Corea del Sud, governo e dietologi hanno collaborato per garantire una dieta tradizionale e sana. I programmi che adottano messaggi e metodi calati nel contesto culturale hanno sicuramente più probabilità di successo (5).

IL POSTO DI LAVORO

Il posto di lavoro è un ottimo punto di partenza per ridurre i fattori di rischio e promuovere una gestione opportuna delle malattie croniche. Il prossimo capitolo riporta, nella sezione sul settore privato, un'analisi dettagliata di ruoli e funzioni che può ricoprire il posto di lavoro.

IN PRIMO PIANO CINA, I PROGETTI NELLE SCUOLE

È dal 1995 che i ministeri della Salute e dell'Istruzione della Cina collaborano con altre agenzie interne e con l'Oms per diffondere il concetto di "promozione della salute a scuola" come mezzo per migliorare la salute.

Nella provincia dello Zhejiang, la dieta poco sana è alla base non solo della denutrizione, ma anche dell'obesità tra i bambini in età scolastica. Nel 2000 la Commissione provinciale per l'istruzione e l'Istituto per l'educazione sulla salute dei Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie hanno lanciato un progetto per promuovere la salute a scuola e migliorare così le abitudini alimentari. Agli organi competenti dell'istruzione è spettato il compito di gestire le scuole, migliorare l'ambiente scolastico e curare l'educazione sanitaria nelle scuole. Gli organi della sanità si sono invece occupati dell'elaborazione e supervisione di linee guida di salute pubblica, del monitoraggio della prevalenza delle malattie e delle misure di prevenzione.

Il progetto per la promozione della salute a scuola della provincia di Zhejiang ha migliorato le abitudini alimentari di 7500 studenti e delle loro famiglie, nonché di 800 insegnanti e addetti, e ha impegnato attivamente i diretti interessati nella pianificazione, attuazione e valutazione degli interventi. Da un sondaggio è emerso un miglioramento generale di conoscenze, attitudini e comportamenti alimentari (6, 7).

FASE DI PIANIFICAZIONE 3

Identificare le tappe di attuazione della strategia

EROGAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

Come dimostrato nella terza parte, molti Paesi devono riorganizzare i servizi sanitari, tradizionalmente concentrati soprattutto sulle malattie acute, ridistribuendo le risorse in modo da controllare e prevenire adeguatamente anche le malattie croniche.

ADOTTARE LINEE GUIDA BASATE SU PROVE DI EFFICACIA

Per promuovere un'assistenza sanitaria evidence based servono linee guida complete e basate su prove di efficacia. Le linee guida relative ai trattamenti dovrebbero essere approvate a livello nazionale, sostenute dalle società scientifiche e calibrate in base al contesto e alle risorse. Per diffonderne l'utilizzo, le linee guida dovrebbero essere adottate nelle procedure di valutazione e nella redazione di registri clinici e schede dati.

Fase di attuazione	Tappe suggerite
FASE 1 BASE	» Produzione di linee guida standard complete per la gestione dei pazienti, da adottare a livello nazionale.
FASE 2 ESTESA	» Adozione delle linee guida cliniche nella pratica quotidiana, anche grazie a promemoria e indicazioni visive, per aiutare gli operatori sanitari a fornire un'assistenza basata su prove di efficacia.
FASE 3 AUSPICABILE	» Riscontro continuo e monitoraggio dell'attuazione delle linee guida cliniche a livello nazionale e locale, dei centri di assistenza e dei singoli operatori sanitari.

L'IMPORTANZA DI BASARSI SUL RISCHIO GLOBALE

Come già accennato, si può prevenire l'insorgenza di una malattia identificando e riducendo i fattori di rischio. In caso di malattia conclamata, le strategie di prevenzione permettono anche di evitare le complicanze.

Nel fare una previsione del rischio, è meglio basarsi su più fattori di rischio, piuttosto che su uno solo, per decidere il trattamento. Nella maggior parte dei casi, una combinazione di più interventi è il mezzo migliore per minimizzare il rischio.

L'accesso ai farmaci essenziali dovrebbe essere un elemento chiave della strategia di intervento, grazie a una selezione razionale, prezzi accessibili e finanziamenti sostenibili. Per attuare con successo queste politiche sui farmaci, si dovrebbe riorganizzare la gestione delle forniture all'interno del sistema sanitario.

Fase di attuazione	Tappe suggerite
FASE 1 BASE	» Monitoraggio costante del consumo di tabacco e offerta di supporto a chi vuole smettere di fumare. » Nell'assistenza sanitaria primaria, disponibilità per tutti di farmaci di prima linea, come l'aspirina, e di farmaci per ridurre il colesterolo e la pressione sanguigna.
FASE 2 ESTESA	» Controllo sistematico dei livelli di rischio globale dei pazienti, monitorati con visite regolari. » Interventi farmacologici basati su linee guida adattate al contesto locale e al rischio globale, piuttosto che su valutazioni arbitrarie di singoli fattori di rischio. » Disponibilità di farmaci di seconda e terza linea contro le malattie croniche.
FASE 3 AUSPICABILE	» Disponibilità di piani globali di prevenzione nell'ambito dell'assistenza primaria.

FASE DI PIANIFICAZIONE 3

Identificare le tappe di attuazione della strategia

COSTRUIRE UN SISTEMA INFORMATIVO EFFICACE

In ambito clinico, i sistemi informativi aiutano a coordinare l'attività delle istituzioni sanitarie, a organizzare le informazioni relative ai malati, a rintracciare dati individuali e a pianificare l'assistenza, ma anche a facilitare l'automonitoraggio dei pazienti e a preparare gli operatori sanitari a seguire i pazienti nel follow-up. Anche con poche risorse, si possono creare sistemi efficaci, da registri informatizzati a schemi su carta, scritti o rappresentati graficamente.

Fase di attuazione	Tappe suggerite
FASE 1 BASE	» Nell'ambito dell'assistenza primaria, introduzione di registri di base cartacei e di archivi per i malati cronici.
FASE 2 ESTESA	» Nell'ambito dell'assistenza primaria, introduzione di registri di base informatizzati e archivi medici per i malati cronici. » Condivisione dei dati dei pazienti tra i centri d'assistenza primaria, ospedali e centri specialistici.
FASE 3 AUSPICABILE	» Creazione di una rete informatizzata di informazione clinica, che colleghi le strutture sanitarie.

INCORAGGIARE L'AUTOGESTIONE DEI PAZIENTI

Tutti i pazienti devono essere messi nelle condizioni di affrontare quotidianamente e con efficacia la propria malattia. A questo proposito, operatori sanitari e personale non specialistico possono tenere corsi individuali o di gruppo, anche per telefono o via computer (vedi il box sottostante, "In primo piano").

Fase di attuazione	Tappe suggerite
FASE 1 BASE	» Informazioni di base per i pazienti sui fattori di rischio e, quando è opportuno, sulle malattie croniche. » Consapevolezza, fra i malati cronici, dell'importanza dell'autogestione e della disponibilità di sostegno da parte della comunità.
FASE 2 ESTESA	» Possibilità per i pazienti di frequentare seminari e incontri formativi sulla gestione delle malattie croniche.
FASE 3 AUSPICABILE	» Sistema informatizzato di autovalutazione da parte dei pazienti, per creare profili personalizzati di autogestione della malattia. » Supporto aggiuntivo riguardo all'autogestione ai pazienti affetti da malattie croniche, per telefono o via internet.

IN PRIMO PIANO INGHILTERRA E GALLES, UN APPROCCIO CALATO SUL PAZIENTE

In Inghilterra e Galles sono più di 17 milioni le persone affette da malattie croniche, con un impatto notevole sul Servizio sanitario nazionale e sui servizi sociali. I malati cronici hanno più probabilità di consultare il proprio medico di base, di essere ricoverati e di restare in ospedale più a lungo rispetto a chi non soffre di questi disturbi.

Il Piano di miglioramento del Ssn ha messo a punto una strategia di governo per migliorare l'assistenza offerta ai malati cronici, abbandonando la tipica assistenza inten-

siva adottata in caso di malattie acute, a favore di un approccio sistematico, con il paziente al centro. L'obiettivo del Public Service Agreement è migliorare le condizioni di salute delle persone affette da malattie croniche, offrendo un'assistenza personalizzata per i soggetti più a rischio e riducendo i ricoveri in emergenza del 5% entro il 2008, grazie a un miglioramento della qualità del servizio nelle strutture di base e comunitarie.

Molti malati cronici mostrano miglioramenti significativi quando vengono supportati nella gestione dei sintomi e della terapia. Per questo, il Ssn ha istituito l'Expert Patient Programme, che ha già coinvolto numerose Unità sanitarie di base in tutto il Paese, aiutando migliaia di pazienti, e che verrà applicato sull'intero territorio entro il 2008.

MARIAM JOHN

«**POSSO**

FARCELA»

TANZANIA



MARIAM JOHN HA 13 ANNI e ha le idee chiare su quello che vuole fare da grande: **il ministro della Sanità. È sicura che «un ministro della Sanità può aiutare gli altri e vuole che tutti stiano bene». «Ho buoni voti, so di potercela fare», aggiunge fiera.**

Nel febbraio 2005, il ginocchio di Mariam ha cominciato a gonfiarsi, al punto da impedirle quasi di camminare. Poco dopo le è stato diagnosticato un cancro alle ossa. Da allora si è sottoposta a sedute di chemioterapia e radioterapia, un'esperienza quasi insopportabile. «Sarei disposta a farmi amputare la gamba, se servisse a calmare il dolore», ammette.

Il giorno in cui è stata scattata la fotografia Mariam non ha potuto sottoporsi alla radioterapia, perché all'Istituto oncologico di Dar es Salaam è andata via la corrente. Prima di venirlo a sapere si era trascinata dolorosamente fuori dal letto con l'aiuto della nonna. Per mezz'ora

era rimasta seduta in lacrime sulla sedia a rotelle, senza alcun supporto per la gamba gonfia.

Nonostante la terribile sofferenza e l'enorme fatica, Mariam riesce comunque a sorridere. Maria, la sua migliore amica e compagna di classe, è una sua grande fan. «Quello che mi tira su sono le sue lettere. Lei crede che io possa guarire. Vorrei che anche gli altri la pensassero come lei».

Nome	Mariam John
Età	13 anni
Paese	Tanzania
Diagnosi	Cancro alle ossa



Non sfruttare le risorse disponibili per prevenire e controllare le malattie croniche mette in pericolo le generazioni future.

FASE DI PIANIFICAZIONE 3

Individuare le fasi di attuazione della politica di intervento

FORNIRE UN'ASSISTENZA CONTINUATIVA

In condizioni ideali, le strutture sanitarie (di base, ospedaliere e comunitarie) dovrebbero fornire a tutti dei servizi integrati tra loro, senza soluzione di continuità, dalla prevenzione alla riabilitazione e alle cure palliative.

Fase di attuazione	Tappe suggerite
FASE 1 BASE	» Terapia del dolore per tutti i malati terminali.
FASE 2 ESTESA	» Cure palliative per tenere sotto controllo dolore e sintomi, consentendo così una morte dignitosa. » Istituzione di programmi comunitari di riabilitazione.
FASE 3 AUSPICABILE	» Disponibilità di servizi interdisciplinari di riabilitazione.

PROMUOVERE L'INTERDISCIPLINARIETÀ

I team interdisciplinari possono essere formati da medici, infermieri, "pazienti esperti" e altri. All'interno di strutture localizzate in zone rurali o poco raggiungibili sono sempre più comuni i team virtuali, come nel caso di medici specialisti in collegamento telefonico con medici di base.

Fase di attuazione	Tappe suggerite
FASE 1 BASE	» Formazione degli operatori sanitari di base da parte di esperti nella gestione delle malattie croniche, per decidere quando richiedere un'assistenza specialistica.
FASE 2 ESTESA	» Per i centri sanitari localizzati in zone rurali, collegamento a distanza con specialisti, sia per la consultazione, sia per l'invio e il rinvio dei pazienti.
FASE 3 AUSPICABILE	» Costituzione di team sanitari interdisciplinari di base che comprendano, dove possibile, medici, infermieri, professionisti associati al settore della sanità e "pazienti esperti".

GARANTIRE LA COMPETENZA DEL PERSONALE SANITARIO

Per stimolare, creare e sostenere i miglioramenti, il personale sanitario è un elemento essenziale. I ministri della Sanità dovrebbero collaborare con i ministri dell'Istruzione e le associazioni professionali per garantire un'adeguata formazione del personale sanitario nella gestione e prevenzione delle malattie croniche.

Terminato il percorso formativo, gli operatori sanitari possono ancora ampliare le loro competenze con un aggiornamento professionale regolare. Tra le attività ci sono corsi, lezioni e attività pratiche di follow-up, costantemente valutate. Le associazioni dei medici, degli infermieri e le altre associazioni professionali del settore sanitario sono partner validi per fornire una formazione continua in campo medico.

Fase di attuazione	Tappe suggerite
FASE 1 BASE	» Inclusioni, nella formazione di base degli operatori sanitari, di informazioni e nozioni sul controllo e la prevenzione delle malattie croniche.
FASE 2 ESTESA	» Opportunità di formazione sul luogo di lavoro.
FASE 3 AUSPICABILE	» Progetti per una formazione professionale continua nel campo della gestione e della prevenzione delle malattie croniche.

2 Organizzazioni internazionali, private e della società civile

È difficile che singole organizzazioni o gruppi riescano ad affrontare temi complessi di sanità pubblica come la prevenzione e la gestione delle malattie croniche solo con le proprie risorse. La strategia per fasi avviata dai governi può essere realizzata al meglio collaborando con le organizzazioni internazionali, la società civile e il settore privato. Questo capitolo mostrerà come si può realizzare nella pratica questa collaborazione.

- » È indispensabile la **cooperazione** tra gruppi, organizzazioni e settori diversi
- » Il **settore privato** è uno dei partner per il controllo e la prevenzione delle malattie croniche
- » La **società civile** ha un ruolo distinto da quello del settore privato e del governo e stanziare risorse umane e finanziarie per il controllo e la prevenzione delle malattie croniche
- » Anche **filantropi** e **organizzazioni internazionali** sono determinanti nella risposta alle malattie croniche

PARTNERSHIP

Per "partnership" si intende una collaborazione fra parti diverse con l'obiettivo di raggiungere un obiettivo comune grazie a una suddivisione ragionata delle attività. In campo sanitario le partnership sono indispensabili, perché offrono a tutti i settori nuove opportunità di lavorare insieme per il bene comune. Per essere il più efficaci possibile, dovrebbero operare nel contesto globale della prevenzione e del controllo stabilito dal governo (vedi il capitolo precedente).

Lavorare in associazione garantisce sinergie ed evita non solo sovrapposizioni e ripetizioni, ma anche competizioni inutili e disperse. Le partnership hanno inoltre la potenzialità di diffondere i benefici di un'iniziativa molto di più di quanto potrebbero fare singoli soggetti, come è avvenuto per esempio in Pakistan (vedi il box accanto, "In primo piano").

IN PRIMO PIANO PAKISTAN, PARTNERSHIP PUBBLICO-PRIVATO

In Pakistan, l'accordo tripartito di collaborazione tra settore pubblico e privato, sotto la guida dell'organizzazione non governativa Heartfile e in collaborazione con il ministero della Salute e l'Ufficio dell'Oms pakistano, ha lanciato il progetto di un'associazione per creare e attuare una strategia nazionale di controllo e prevenzione delle malattie croniche. L'associazione ha elaborato un piano d'azione strategico, ancora da realizzare.

Per allargare il campo d'azione dell'associazione al settore privato, si stanno stringendo accordi trasparenti anche con industrie di informatica, aziende coinvolte nella produzione, trasporto, conservazione e commercio di prodotti alimentari, scuole private, personale specializzato nella segnaletica stradale e case produttrici di impianti di trattamento delle acque reflue. Si sta inoltre valutando la possibilità di costituire partnership con aziende farmaceutiche (8).

FATTORI DI SUCCESSO

Le associazioni ottengono il massimo dei risultati quando:

- » si affidano alle specifiche competenze di ogni partner;
- » stabiliscono obiettivi specifici e risultati attesi;
- » definiscono con chiarezza responsabilità e ruoli di ogni partner;
- » si basano sul pieno accordo di tutti i partner.

Per creare e gestire con efficacia associazioni di questo tipo ci vuole un'organizzazione adeguata. Esistono diverse tipologie di modelli organizzativi, dalla semplice affiliazione alla creazione di un'entità legale separata e indipendente.

CONFLITTI D'INTERESSE

Quando si costituisce una partnership, è necessario definire chiaramente i conflitti d'interesse reali o presunti, sia di singoli staff, sia di intere organizzazioni partner (per esempio, non ha senso la collaborazione con aziende per la lavorazione del tabacco o la produzione di armi).

CREARE DELLE RETI

Per "reti" si intendono gruppi di organizzazioni o di individui che condividono un interesse comune, costantemente in contatto tra loro per lavorare in modo più efficace. Sotto sono riportati due diversi esempi di rete.

IN PRIMO PIANO CARMEN

L'iniziativa Carmen (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmisibles) ha l'obiettivo di migliorare le condizioni di salute nelle Americhe riducendo i fattori di rischio per malattie croniche. Fulcro del progetto è la prevenzione primaria di fattori di rischio come consumo di tabacco, alimentazione povera e inattività fisica.

Costituita inizialmente da cinque tra Paesi e territori, la rete Carmen si è allargata a 16 (Argentina, Aruba, Brasile, Canada, Cile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curacao, El Salvador, Guatemala, Panama, Perù, Porto Rico, Trinidad e Tobago, Uruguay). Ogni membro dispone di un piano d'azione nazionale o regionale per il controllo e la prevenzione delle malattie croniche, di un organo interno al ministero della Salute che guidi le attività e, solitamente, di un gruppo di coordinamento che gestisca le attività a livello di ogni singolo Paese. La rete funge da epicentro per la promozione, la diffusione e la gestione delle conoscenze, da supporto tecnico e da punto di partenza di direttive, innovazioni e progetti per il miglioramento continuo della prevenzione delle malattie croniche nelle Americhe.

Il segretariato della rete Carmen è presso l'Ufficio regionale dell'Oms per le Americhe, che ha più possibilità di collaborare e condividere informazioni a livello interregionale. Sono state istituite o sono in fase di sviluppo reti simili anche in altre regioni dell'Oms.

IN PRIMO PIANO PROCOR

Procor è un sistema di comunicazione innovativo basato sullo scambio di e-mail, per creare un forum internazionale in cui strutture sanitarie, ricercatori, operatori sanitari pubblici e cittadini possano scambiarsi informazioni e contribuire a sensibilizzare l'opinione pubblica sulla diffusione di malattie cardiovascolari nei Paesi a reddito medio-basso.

Il forum ha dei moderatori che vagliano i messaggi, le richieste di informazioni e le indicazioni cliniche e di sanità pubblica, per garantire un profilo alto della discussione dal punto di vista scientifico (per informazioni, collegarsi a www.procor.org).

IL SETTORE PRIVATO

PROGRAMMI PER LA SALUTE SUL POSTO DI LAVORO

Negli ambienti di lavoro, le iniziative che promuovono stili di vita più sani contribuiscono a ridurre il rischio di malattie croniche non solo fra i lavoratori, ma anche in generale. Molte persone vengono influenzate sul posto di lavoro dal comportamento dei colleghi con cui trascorrono gran parte della propria giornata.

Ci sono molti interventi e progetti che possono essere realizzati con successo anche con risorse limitate, a vantaggio di datori di lavoro e dipendenti, come mostra l'esempio di Mobility India (vedi il box accanto, "In primo piano"). Bastano una mensa che offra pasti sani, ambienti di lavoro e sistemi di ventilazione puliti e liberi dal fumo, dispositivi di assistenza ai disabili, incentivi all'attività fisica. Una volta realizzati programmi e strategie di base, qualora fossero disponibili maggiori risorse, i datori di lavoro possono introdurre iniziative a medio e lungo termine.

IN PRIMO PIANO MOBILITY INDIA

Mobility India è un'iniziativa nata nel 1994 per promuovere la mobilità tra le persone disabili attraverso opere di sensibilizzazione, promozione, ricerca, servizi e integrazione nella società. A Mobility India si deve la creazione del Millennium Building on Disability, il Centro di ricerca e formazione per la riabilitazione motoria in India, struttura modello per incentivare altre organizzazioni a operare nel campo delle malattie e delle disabilità croniche e per sensibilizzare l'opinione pubblica sul problema dell'accessibilità. La sede è stata costruita nel rispetto di ogni genere di disabilità e il 40% del personale è disabile.

La struttura è quindi dotata di rampe, segnali in Braille, pavimenti con superfici diverse per guidare chi è affetto da problemi visivi, bagni privi di barriere architettoniche, interruttori e lavandini facilmente accessibili, un ascensore che prevede segnalazioni uditive e una porta dotata di sensori ultrasensibili, adeguati parcheggi riservati, corridoi perfettamente accessibili e ambienti di lavoro con arredamento mantenuto sempre nella stessa posizione, combinazioni di colori contrastanti e luce naturale per gli ipovedenti.

Il fatto che il personale di Mobility India, costituito da persone con esperienza diretta di disabilità o di malattie croniche, possa recarsi in una struttura accessibile ha creato un ambiente in cui lavorare con fiducia e dignità (9).

IN PRIMO PIANO LA CECITÀ DEI FIUMI

Negli anni Ottanta l'azienda farmaceutica Merck aveva scoperto una nuova applicazione del farmaco Mectizan® (ivermectina) per prevenire l'oncocososi, nota anche come "cecità dei fiumi". Nel 1987 ha deciso di donarlo a chiunque ne avesse bisogno finché la malattia non fosse stata eradicata in tutto il mondo. Delle quasi 18 milioni di persone infettate dal parassita, oggi sono 250 mila quelle diventate cieche in modo irreversibile. Il Mectizan® non può restituire la vista ma, se assunto precocemente, protegge contro ulteriori aggravamenti. Basta un'unica dose all'anno di questo farmaco per uccidere la larva responsabile della malattia e bloccare il prurito e il deterioramento agli occhi, anche se le persone affette sono obbligate ad assumerlo per più di vent'anni. Il progetto di donazione del Mectizan® è un esempio di programma di salute pubblica efficace, che potrebbe fare da modello per altre problematiche sanitarie a livello internazionale.

DONAZIONE DI FARMACI E RIDUZIONE DEI PREZZI

L'accesso adeguato ai farmaci è essenziale. Il settore privato può donarli o fornirli a prezzi accessibili come parte di un progetto nazionale, contribuendo alla distribuzione di prodotti come farmaci di base e dispositivi medicali. In proposito, un esempio di successo è il programma di donazione del Mectizan® (vedi il box a sinistra, "In primo piano").

KUZHANTHIAMMAL si è giovata dell'intervento della società civile. **PAGINA 156**



RICERCA E SVILUPPO DI FARMACI

Lo sviluppo di nuovi farmaci o dispositivi medicali potrebbe contribuire alla cura di molte malattie croniche. Il settore privato ha un ruolo importante nel colmare questo divario, tanto quanto le collaborazioni tra pubblico

e privato, che possono accelerare il progresso scientifico nel campo di specifiche malattie grazie a investimenti strategici. Per esempio, grazie alla diagnostica basata sulle biotecnologie si possono determinare glicemia e lipidemia con precisione e a minor costo, senza laboratori ad alta tecnologia e personale specializzato. Tecnologie alternative di somministrazione dell'insulina, come spray nasali, potrebbero ridurre il bisogno di personale competente, aghi medicali e refrigerazione, rivoluzionando la gestione del diabete. Apparecchi acustici a prezzi accessibili (vedi il box accanto, "In primo piano") costituiscono una grossa priorità di sanità pubblica.

IN PRIMO PIANO APPARECCHI ACUSTICI A PREZZI ACCESSIBILI

Secondo le stime dell'Oms del 2001, più del 90% dei 250 milioni di persone che in tutto il mondo sono affette da menomazioni dell'udito e sordità (due terzi vivono nei Paesi in via di sviluppo) potrebbe trarre beneficio da apparecchi acustici. Attualmente, la produzione annua di apparecchi acustici copre circa il 33% del fabbisogno nei Paesi ad alto reddito, ma meno del 3% in quelli a medio e basso reddito.

Nei Paesi a basso e medio reddito il prezzo degli apparecchi acustici varia tra 200 e 500 dollari ed è proibitivo per la maggior parte delle persone. Quasi tutte le aziende sono restie a fornire apparecchi acustici a prezzi accessibili su vasta scala, per la presunta mancanza di un mercato sostenibile e di infrastrutture per distribuirli.

Fornire servizi e apparecchi acustici adeguati e a prezzi accessibili in tutto il mondo sarebbe un modo efficace ed economico di avere un impatto positivo. Una fornitura sostenibile su scala abbastanza vasta nei Paesi a basso e medio reddito sarebbe importante anche per migliorare i criteri di accesso e di equità.

Per lo sviluppo di questo progetto, l'Oms ha definito le Linee guida per servizi e apparecchi acustici nei Paesi in via di sviluppo, che stabiliscono la necessità di collaborazione tra settore pubblico e privato, tra governi dei Paesi in via di sviluppo e aziende produttrici. Di recente, Oms e attori principali si sono riuniti per costituire una rete indipendente e collaborativa, WWHearing (World-Wide Hearing Care for Developing Countries), raccogliere informazioni sulle forniture e i fabbisogni nei Paesi in via di sviluppo, favorire la fornitura di servizi e di apparecchi acustici a prezzi accessibili, incentivare l'associazione tra settore pubblico e privato, ma anche promuovere progetti per l'applicazione, il follow-up, la riparazione e la formazione nell'utilizzo di questi dispositivi. Studi pilota per testare l'efficacia di queste associazioni stanno nascendo in quattro delle regioni dell'Oms.

IN PRIMO PIANO NUOVA ZELANDA, ACCORDO CON L'INDUSTRIA ALIMENTARE

Nel 1999, alcune ricerche hanno mostrato come la salute dei neozelandesi fosse minacciata più da un'alimentazione poco sana e da uno scarso esercizio fisico piuttosto che da altri fattori di rischio, come per esempio il fumo. A fronte di questa situazione, il governo della Nuova Zelanda ha messo a punto la strategia Healthy Eating - Healthy Action (Heha), con la partecipazione di un'ampia gamma di addetti ai lavori.

Tra gli operatori attivi della Heha ci sono membri dell'industria degli alimenti e delle bevande che, nel settembre 2004, hanno promosso un'intesa per il loro settore. Tutti i produttori, distributori, rivenditori, commercianti, pubblicitari e media operanti nel settore alimentare e firmatari dell'accordo hanno riconosciuto o reclamizzato che l'obesità è uno dei principali fattori di rischio per la salute e che il settore alimentare può aiutare ad affrontare il problema, attraverso obiettivi chiave come ridurre l'obesità, migliorare l'alimentazione e promuovere l'esercizio fisico. Compiti e iniziative stabiliti dall'Accordo per il settore alimentare sono stati valutati in maniera indipendente (70).

Alcune aziende hanno già modificato i loro prodotti, riducendone le dimensioni e modificandone gli ingredienti. Altre hanno introdotto prodotti a basso contenuto di sale o di grassi, oppure hanno proposto anche frutta e verdura all'interno dei fast food. Si tratta di iniziative volontarie da parte delle aziende, che probabilmente sono state accelerate grazie alle campagne di sensibilizzazione.

SVILUPPO E RICERCA DI PRODOTTI ALIMENTARI E BEVANDE

Nel settore degli alimenti e delle bevande, le iniziative per ridurre sia il contenuto di grassi, zucchero e sale negli alimenti trattati, sia le dimensioni delle porzioni, aumentare le possibilità di scelta e rivedere le pratiche di marketing possono contribuire a migliorare la salute. Tra le raccomandazioni della Strategia globale dell'Oms per l'alimentazione, l'attività fisica e la salute rivolte al settore degli alimenti e delle bevande ci sono:

- » limitare il livello di grassi saturi, acidi grassi trans, zuccheri liberi e sale negli alimenti;
- » sviluppare e offrire ai consumatori alternative nutrizionali accessibili, sane e nutrienti;
- » provare a introdurre prodotti nuovi di maggior valore nutritivo (71).

IN PRIMO PIANO REGNO UNITO, RIDURRE IL CONTENUTO DI SALE NEGLI ALIMENTI

Nel novembre del 2003, il Regno Unito ha ospitato un summit sul sale a cui hanno partecipato ministri della salute, il Chief Medical Officer, il presidente della Food Standards Agency, commercianti di generi alimentari, produttori, ristoratori e associazioni sanitarie e di consumatori, per discutere programmi di riduzione del sale nei cibi e rispettare così l'obiettivo del governo di ridurre nella popolazione, entro il 2010, il consumo pro capite dai 9,5 grammi a una media di 6 grammi al giorno.

Il summit si è concluso con la definizione di programmi di riduzione su vasta scala in più fasi, con l'intervento di diverse aziende e settori. Tuttavia, si sono rese necessarie ulteriori iniziative per rispettare l'obiettivo definito. È stato concordato un programma d'azione congiunto tra il Dipartimento della salute e la Food Standards Agency, a seguito di incontri del settore e della presentazione di ulteriori progetti. Fino al febbraio del 2005, circa 65 organizzazioni chiave del settore alimentare hanno incontrato i funzionari di governo per discutere i progetti di riduzione del sale, attribuendo 52 incarichi su tutto il settore alimentare.

Nel settembre del 2004, la Food Standards Agency aveva lanciato una campagna di alto profilo per sensibilizzare i consumatori sul consumo di sale. I sondaggi mostrano ora un aumento costante del numero di persone che riconoscono di consumare troppo sale e che stanno cercando di ridurlo. Tra agosto 2004 e gennaio 2005 si sono riscontrati:

- » un aumento del 32% delle persone che dichiarano di sforzarsi di ridurre l'apporto di sale;
- » un aumento del 31% di chi controlla il contenuto di sale sull'etichetta;
- » un aumento del 27% delle persone che affermano che il contenuto di sale condiziona sempre l'acquisto di un prodotto.

La fase successiva del piano d'azione con le aziende alimentari comprende:

- » stabilire obiettivi per specifiche categorie di alimenti, specialmente quelli a maggiore apporto di sale; gli obiettivi proposti sono stati identificati dopo un dibattito con l'industria alimentare e dopo consultazioni con il settore pubblico, prima della pubblicazione degli obiettivi nel novembre del 2005;
- » ottenere ulteriori piani a lungo termine, con tappe specifiche misurabili, per raggiungere l'obiettivo nazionale di abbassare entro il 2010 l'apporto giornaliero di sale a un valore medio di 6 grammi e di garantire la chiarezza dei dati di tutte le organizzazioni competenti, per poter verificare con certezza le eventuali riduzioni;
- » garantire la riduzione del contenuto di sale soprattutto in alimenti come cereali, carne, pizza, ma anche pasti pronti e prodotti per la ristorazione veloce, che nel Regno Unito sono la fonte principale di sale per gli adulti;
- » sviluppare un piano d'azione chiaro per il settore della ristorazione e la vendita al pubblico, che comprenda linee guida per la riduzione del sale specifiche, in accordo con i principali portatori di interesse.

Grazie a una serie di dibattiti a livello mondiale, l'Oms sta incoraggiando questo tipo di iniziative da parte delle aziende del settore alimentare e delle bevande, dei rivenditori e delle organizzazioni non governative, che però risultano in genere più gestibili e meglio controllate a livello regionale o locale. La Commissione europea ha lanciato una Piattaforma per la riduzione volontaria ma misurabile del contenuto di sale, zuccheri e grassi nei cibi e per fornire ai consumatori informazioni più complete sui prodotti. Organismi di controllo nazionali e organizzazioni regionali hanno inoltre stabilito direttive e obiettivi per ridurre il contenuto di grassi, sale e zuccheri nei prodotti alimentari. La Food Standards Agency del Regno Unito ha sviluppato un piano nazionale che comprende tra gli obiettivi anche la riduzione del sale negli alimenti (vedi il box accanto, "In primo piano").

ALTRI RUOLI

Tra gli altri ruoli del settore privato c'è la condivisione di informazioni ed esperienze. Il settore privato ha competenze essenziali e specifiche, preziose per controllare e prevenire le malattie croniche. Per esempio, le competenze di marketing, pubblicità e promozione di marchi di qualità possono essere sfruttate per sensibilizzare l'opinione pubblica e rendere le campagne più incisive.

Anche con le donazioni il settore privato può contribuire al controllo e alla prevenzione delle malattie croniche.

La media e il settore dello spettacolo possono sfruttare programmi, visibilità e personaggi noti per diffondere messaggi chiave sulle malattie croniche.

INDIA



RITORNARE A VEDERE

KUZHANTHIAMMAL

PER KUZHANTHIAMMAL LE PREOCCUPAZIONI SONO INIZIATE DUE ANNI FA, quando la patina bianca che le annebbiava l'occhio sinistro sembrava non voler più scomparire. Le impediva di lavorare la sua terra e di prendersi cura della nipote adolescente. Come per molti indiani, una visita in ospedale era fuori questione per motivi sia economici, sia geografici.

Poco dopo la comparsa dei primi sintomi, Kuzhantiammal ha sentito parlare di un centro mobile di diagnostica oculistica in un villaggio vicino e ha deciso di andarci. In pochi minuti era già in lista d'attesa per un intervento chirurgico gratuito per la settimana seguente presso la clinica oculistica Madwai Aravind.

Il programma copriva anche i costi di trasporto. «Un autobus mi ha portato in ospedale insieme ad altri sette pazienti malati di cataratta», ricorda. All'Aravind, il 70% dei

Nome	Kuzhantiammal
Età	67 anni
Paese	India
Diagnosi	Cataratta

pazienti con malattie

della vista è sostenuto da opere di beneficenza.

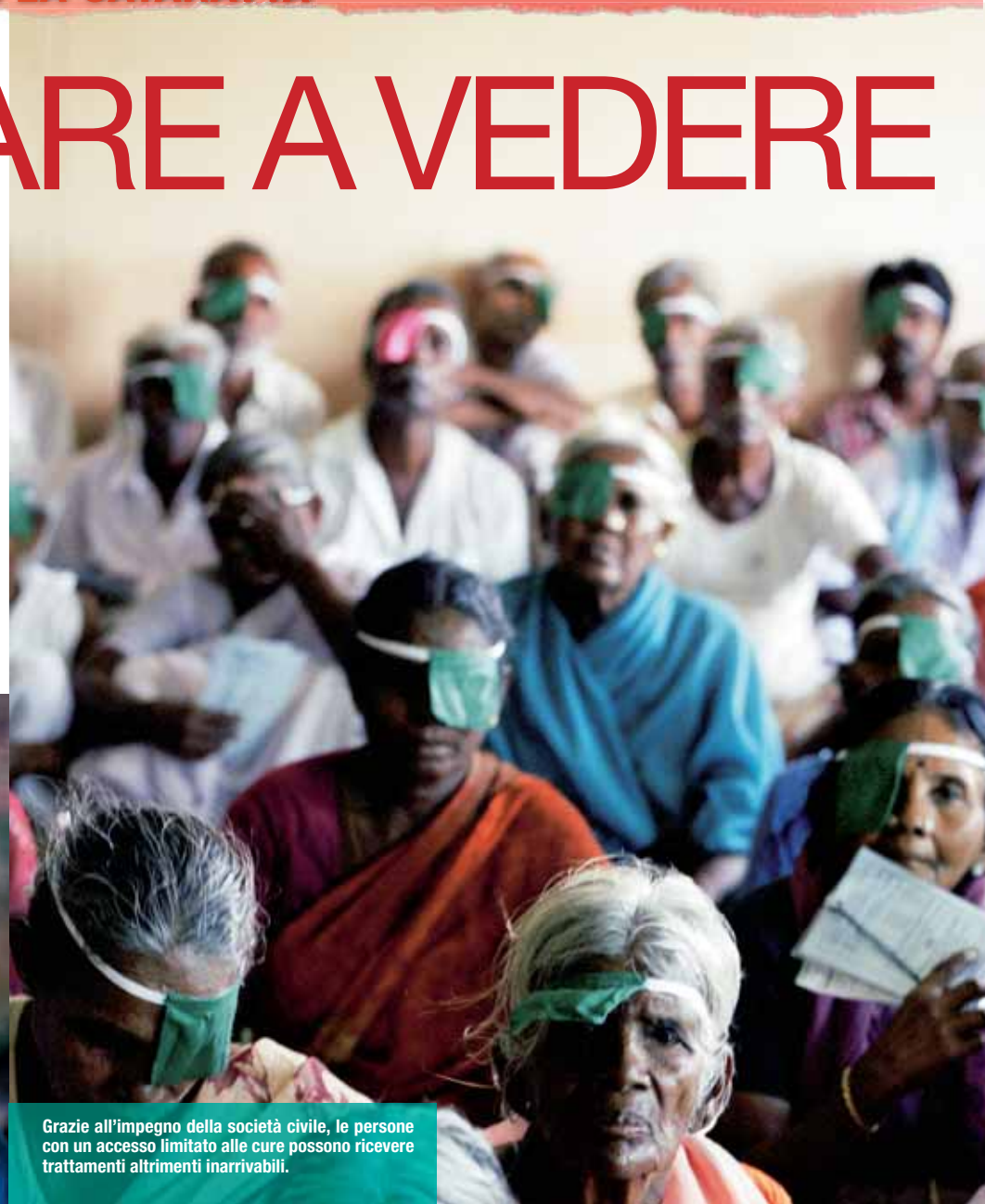
Il restante 30%, costituito da clienti paganti, sovvenziona gli interventi effettuati gratuitamente.

Inoltre, l'ospedale vende all'estero tre quarti delle lenti che produce, per autofinanziarsi.

Qualche mese dopo, la 67enne Kuzhantiammal è stata operata con successo anche all'altro occhio.

«Queste lenti artificiali sono miracolose.

È come risvegliarsi e scoprire che tutti i problemi sono scomparsi», spiega sorridendo.



Grazie all'impegno della società civile, le persone con un accesso limitato alle cure possono ricevere trattamenti altrimenti inarrivabili.

LA SOCIETÀ CIVILE

Per società civile si intende un'ampia gamma di organizzazioni essenzialmente private e indipendenti dalle istituzioni di governo che però, allo stesso tempo, non hanno fini prettamente commerciali, né hanno come

obiettivo principale la distribuzione di utili fra dirigenti e proprietari. La società civile include enti di beneficenza, organizzazioni non governative, associazioni professionali e gruppi di advocacy.

Queste organizzazioni forniscono risorse umane e finanziarie per risolvere molte problematiche relative al controllo e alla prevenzione delle malattie croniche (vedi il box "In primo piano"). Inoltre, il loro ruolo è diverso da quello dei governi e del settore privato. Spesso la società civile opera parallelamente o in associazione con il governo e il settore privato. A volte, su questioni di salute pubblica, ha addirittura più influenza. Può incoraggiare iniziative volte a:

- » favorire la diffusione delle informazioni;
- » promuovere il dibattito pubblico;
- » guidare la mobilitazione dei cittadini;
- » incentivare l'intervento dei politici;
- » organizzare campagne ed eventi per stimolare tutti i soggetti coinvolti;
- » migliorare l'erogazione dei servizi sanitari;
- » creare una collaborazione tra i diversi addetti ai lavori.

IN PRIMO PIANO GIORNATA MONDIALE DEL CUORE E DEL DIABETE

Uno dei modi in cui le organizzazioni non governative possono attirare l'attenzione su certe tematiche è indire una volta all'anno giornate all'insegna della salute. La Federazione mondiale per il cuore ha dato il via nel 2000 alla Giornata mondiale del cuore, per sensibilizzare l'opinione pubblica sul controllo e la prevenzione delle cardiopatie, soprattutto nei Paesi a basso e medio reddito. La Giornata mondiale del cuore viene celebrata ogni anno, l'ultima domenica di settembre. Il programma è sponsorizzato dall'Oms e dall'Unesco ed è riconosciuto dall'Unicef. Nel 2000 hanno partecipato 63 Paesi e 103 organizzazioni appartenenti alla Federazione mondiale per il cuore, dando il via a programmi nazionali. Entro il 2004 sono stati coinvolti più di 100 Paesi e 312 organizzazioni, tra membri e partner. L'Unesco ha distribuito il materiale sulla Giornata mondiale del cuore ai propri 175 uffici regionali e a 7500 scuole. L'Ufficio regionale dell'Oms per l'Africa ha distribuito il materiale a 46 nazioni africane ed è stato coinvolto nell'istituzione di programmi nazionali. Nel mondo sono state raggiunte 365 milioni di persone tra lettori, spettatori e ascoltatori (solo in inglese).

Allo stesso modo, la Federazione internazionale per il diabete celebra ogni anno la Giornata mondiale del diabete, il 14 novembre. A questo evento partecipano a livello mondiale le 185 associazioni che costituiscono la Federazione, oltre a 145 Paesi e ad altre associazioni e organizzazioni, operatori sanitari e persone interessate alle problematiche legate al diabete. La Federazione produce vari materiali di supporto per tutti i suoi membri, che a loro volta li distribuiscono ai diabetici e alle loro famiglie, al pubblico generico, agli operatori sanitari e ai media, così come ai politici a livello locale e nazionale.

ORGANIZZAZIONI INTERNAZIONALI

Le organizzazioni internazionali, comprese le agenzie delle Nazioni Unite, i donatori e le banche di sviluppo hanno un ruolo essenziale. Parte delle loro attività è descritta in questo rapporto. È fondamentale che gli interventi di organizzazioni legate all'Onu, enti intergovernativi, organizzazioni non governative, associazioni professionali, enti di ricerca e del settore privato siano ben coordinati.

In particolare, l'Organizzazione mondiale della sanità ha ricevuto diversi mandati globali dai propri enti governativi per attuare iniziative di controllo e prevenzione delle malattie croniche, come per esempio la Strategia globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, la Strategia globale per l'alimentazione, l'attività fisica e la salute e la Convenzione quadro dell'Oms sul controllo del tabacco. Inoltre, numerosi mandati sono stati adottati dagli enti governativi regionali dell'Oms. Il loro scopo è fornire le basi per attuare iniziative internazionali a sostegno degli sforzi prodotti a livello regionale e nazionale per prevenire e controllare le malattie croniche e i fattori di rischio più comuni.

CONCLUSIONI

Arrestare e invertire la pandemia dilagante delle malattie croniche è una sfida cruciale e urgente per la sanità pubblica. Per fortuna esistono già strategie adeguate, fattibili ed efficaci. L'obiettivo globale di salvare 36 milioni di vite entro il 2015 può essere raggiunto attraverso interventi tempestivi e coordinati.

Esistono diverse iniziative efficaci per prevenire e controllare le malattie croniche, grazie alle quali molti Paesi sono già riusciti a ridurre la mortalità dovuta a queste malattie.

Ognuno ha un proprio ruolo nello sviluppo del programma. Nei Paesi a basso reddito, è necessario attuare immediatamente politiche di supporto per ridurre i fattori di rischio e arginare la rapida diffusione di queste malattie. Dove le malattie croniche rappresentano un problema riconosciuto, servono misure ulteriori, non soltanto di prevenzione attraverso iniziative globali e individuali di riduzione dei fattori di rischio, ma anche di gestione della malattia e prevenzione delle sue complicazioni.

Accettare la sfida relativa al controllo e alla prevenzione delle malattie croniche, specialmente in un contesto di priorità concorrenti, richiede coraggio e ambizione. D'altra parte, sprecare le conoscenze già disponibili sarebbe sconsiderato e metterebbe in pericolo le generazioni future. Dal momento che le conoscenze scientifiche per prevenire le malattie croniche ci sono già, non ci sarebbero scuse nel lasciare morire ogni anno milioni di persone a causa di queste malattie. Le cose da fare sono tante e impegnative, ma la strada da percorrere è chiara.

BIBLIOGRAFIA

1. *STEPS: a framework for surveillance*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/ncd_surveillance/en/steps_framework_dec03.pdf, accessed 5 July 2005).
2. Wang L, Kong L, Wu F, Bai Y, Burton R. Preventing chronic diseases in China. *Lancet* (in press).
3. Tonga Ministry of Health. *A National Strategy to Prevent and Control Noncommunicable Diseases in Tonga*. Nuku' Alofa: Tonga MOH, 2003.
4. Mohan V, Shanthirani CS, Deepa R. Glucose intolerance (diabetes and IGT) in a selected south Indian population with special reference to family history, obesity and life style factors – The Chennai Urban Population Study (CUPS 14). *Journal of the Association of Physicians of India*, 2003, 51:771–777.
5. Doak C. Large-scale interventions and programmes addressing nutrition-related chronic diseases and obesity: examples from 14 countries. *Public Health Nutrition*, 2002, 5(1A):275–277.
6. Xia SC, Zhang XW, Xu SY, Tang SM, Yu SH, Aldinger C et al. Creating health-promoting schools in China with a focus on nutrition. *Health Promotion International*, 2004, 19:409–418.
7. Glasauer P, Aldinger C, Yu SH, Xia SC, Tang SM. Nutrition as an entry point for health-promoting schools: lessons from China. *Food, Nutrition and Agriculture*, 2003, 33:27–33.
8. Nishtar S. The National Action Plan for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases and Health Promotion in Pakistan – Prelude and finale. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2004, 54(12 Suppl. 3):S1–8.
9. Mobility India (<http://www.mobility-india.org/>, accessed 5 July 2005).
10. *Healthy eating – healthy action, orange kai – orange pumau. Implementation plan: 2004–2010*. Wellington, Ministry of Health, 2004 (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsi/> accessed 5 July 2005).
11. *Global strategy on diet, physical activity and health*. World Health Assembly resolution WHA57.17. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf, accessed 5 July 2005).