

EUROPA

Comitato regionale per l'Europa cinquanteseiesima sessione

Copenaghen, 11-14 settembre 2006

EUR/RC56/8
+EUR/RC56/Conf.Doc./3
30 giugno 2006
60783

Guadagnare salute

La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche

Investire nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche potrebbe migliorare la qualità della vita e il benessere sia a livello individuale che sociale. Nella Regione europea dell'Oms, almeno l'86% dei decessi e il 77% del carico di malattia sono dovuti a questo vasto gruppo di patologie, accomunate da fattori di rischio, determinanti di salute e opportunità di intervento. Una migliore condivisione dei benefici ottenuti grazie a interventi efficaci avrebbe un impatto significativo, in termini di salute e di bilancio, per tutti gli Stati membri.

Come richiesto dalla risoluzione EUR/RC54/R4, questo documento propone una strategia europea sulle malattie croniche, globale e orientata all'azione, che tenga conto anche dell'esperienza e delle attività già consolidate degli Stati membri. La strategia, accompagnata da una bozza di risoluzione, viene sottoposta al parere degli Stati membri.

Indice

	Pag.
Riassunto	1
Introduzione	3
Le sfide.....	3
Le sfide per la salute e l'equità.....	3
Le sfide per le società e i sistemi sanitari.....	6
Potenzialità per migliorare lo stato di salute	7
Principi guida	11
L'approccio della strategia	11
Il programma quadro	16
Sostegno	16
Conoscenza.....	17
Regolamentazione e finanziamento	19
Competenze.....	21
Supporto alla comunità.....	22
Fornitura di servizi sanitari	23
Passare all'azione	24
La situazione attuale in Europa.....	24
Fare un passo avanti.....	25
Guardare al futuro: le tappe successive.....	28
Riferimenti bibliografici.....	29

Riassunto

In Europa, migliorare la salute delle persone è un obiettivo raggiungibile. Agendo globalmente sui principali fattori di rischio si può già ridurre grossa parte del carico di morti premature, malattie e disabilità che grava sui Paesi europei. Investendo nella prevenzione e migliorando il controllo delle malattie croniche si potrebbe migliorare la qualità della vita e il benessere, a livello sia individuale che globale. Visto il forte impatto sociale associato alla morbidità e alla mortalità prematura delle malattie croniche, si potrebbero condividere meglio i vantaggi degli interventi efficaci e apportare un guadagno a tutti i Paesi, in termini sia economici che di salute.

In Europa gran parte del carico globale di malattia è dovuto alle patologie croniche, che comprendono malattie cardiovascolari, cancro, disturbi mentali, diabete, malattie respiratorie croniche e muscolo-scheletriche. Questo vasto gruppo di malattie è caratterizzato da fattori di rischio, determinati di salute e opportunità di intervento comuni.

La Strategia europea contro le malattie croniche propone un approccio globale e integrato per affrontarle nel loro complesso:

- promuove a livello di popolazione programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie
- individua i gruppi ad alto rischio
- ottimizza la copertura della popolazione in termini di cure efficaci, cercando di integrare politiche di intervento e azioni in modo da ridurre al minimo le disuguaglianze.

Il traguardo finale di questa strategia è evitare le morti premature e ridurre in modo significativo il carico di malattia, migliorando la qualità della vita e rendendo più omogenee le aspettative di vita fra gli Stati membri. **Gli obiettivi specifici della strategia** sono interventi integrati sui fattori di rischio e i determinanti di salute, nello sforzo di consolidare i sistemi sanitari nella prevenzione e nel controllo delle malattie.

Sei messaggi chiave guidano l'azione:

- la prevenzione è efficace quanto più è duratura e va considerata un vero e proprio investimento in salute e sviluppo
- la società dovrebbe offrire un contesto ambientale che faciliti le scelte più salutari
- i servizi sanitari dovrebbero adattarsi a questo obiettivo, affrontando l'attuale carico di malattia e aumentando le opportunità di promozione della salute
- le persone dovrebbero essere messe nelle condizioni di promuovere la propria salute, di interagire con i servizi sanitari ed essere parte attiva della gestione delle malattie
- per garantire il diritto alla salute è fondamentale che tutti abbiano accesso alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e ai servizi sanitari
- a qualsiasi livello, i governi hanno la responsabilità di proporre politiche di intervento all'insegna della salute e di assicurare un'azione integrata in tutti i settori.

La strategia propone una struttura d'intervento per supportare i Paesi nella risposta alle malattie croniche, sulla base delle strategie già esistenti e degli interventi già in atto. Viene ribadita l'importanza dell'interdisciplinarietà e del ruolo di guida da parte dei ministeri della Salute: passo dopo passo, ciascun Paese deve innanzitutto valutare gli approcci correnti, quindi ridefinirli per rafforzare gli interventi di sanità pubblica e affrontare le malattie croniche nel modo più completo e integrato possibile. Per quanto i vari Paesi europei siano differenti nella loro sfida a

queste malattie, anche in termini di risorse e competenze, ognuno è in grado di mettere in atto una risposta efficace. Questa strategia si rivolge dunque all'Europa intera.

Introduzione

1. Questa strategia per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, globale e orientata all'azione, è stata messa a punto in risposta alla richiesta fatta dagli Stati membri in occasione della cinquantaquattresima sessione del Comitato regionale dell'Oms, nel 2004. Questo documento è il risultato di un ampio processo di consultazione che ha coinvolto diversi Paesi, esperti, organizzazioni non governative e altri soggetti interessati. Come richiesto dalla risoluzione EUR/RC54/R4, la strategia integra e aggiorna il programma quadro "Salute per tutti" e tiene conto degli impegni già presi dagli Stati membri attraverso le Conferenze ministeriali dell'Oms, delle strategie e delle risoluzioni rilevanti al riguardo, ma anche dell'esperienza maturata grazie al programma integrato di intervento sulle malattie croniche (Cindi).
2. Il documento è organizzato in otto sezioni e comincia presentando le logiche d'intervento, sulla base delle sfide affrontate dai Paesi dell'Oms Europa e delle risorse potenziali che già esistono per migliorare lo stato di salute. Il testo illustra anche un approccio d'azione strategico per una chiara visione d'insieme, il traguardo finale, gli obiettivi e i sei messaggi chiave come guida. La proposta è quella di un programma quadro strategico in grado di supportare gli Stati membri nella loro risposta alle malattie croniche, sulla base delle strategie già esistenti e degli interventi già in atto. Ulteriori dettagli, figure ed esempi di azioni saranno forniti nel prossimo rapporto dell'Oms Europa sulle malattie croniche, la cui pubblicazione è prevista per l'inizio del 2007.

Le sfide

Le sfide per la salute e l'equità

3. **Gran parte del carico di malattia in Europa è dovuto a una manciata di malattie, collegate da fattori di rischio comuni e determinanti di salute** (vedi tabella 1). Queste patologie, i loro fattori di rischio e i determinanti di salute sono più o meno gli stessi in tutta l'Europa e hanno superato le malattie trasmissibili in termini di costi sanitari, tenendo conto che alcuni Paesi affrontano un carico doppio, per malattie trasmissibili e non. In Europa le malattie cardiovascolari rappresentano il killer numero uno, in quanto sono responsabili di più della metà dei decessi: cardiopatie e ictus sono la causa principale di morte in tutti i 52 Paesi membri.

Tabella 1: decessi e carico di malattia dovuti alle malattie croniche nella Regione europea dell'Oms, per causa (stime del 2005)

Cause	Carico di malattia (migliaia di Daly)	% di tutte le cause	decessi (migliaia)	% di tutte le cause
malattie cardiovascolari	34.421	23%	5.067	52%
disturbi neuropsichiatrici	29.370	20%	264	3%
tumori maligni	17.025	11%	1.855	19%
malattie dell'apparato digerente	7.117	5%	391	4%
malattie respiratorie	6.835	5%	420	4%
disturbi degli organi di senso	6.339	4%	0	0%
malattie muscolo-scheletriche	5.745	4%	26	0%
diabete	2.319	2%	153	2%
malattie del cavo orale	1.018	1%	0	2%
totale delle malattie croniche	115.339	77%	8.210	86%
totale per tutte le cause	150.322		9.564	

Fonte: *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale*¹

4. **In Europa quasi il 60% del carico di malattia (in Daly) è causato da sette fattori di rischio principali:** ipertensione (12,8%), tabagismo (12,3%), alcol (10,1%), eccesso di colesterolo (8,7%), sovrappeso (7,8%), scarso consumo di frutta e verdura (4,4%), inattività fisica (3,5%). Anche il diabete è stato riconosciuto fra i fattori di rischio principali e può favorire lo sviluppo di malattie cardiovascolari. Questi fattori di rischio sono gli stessi in tutte le sottoregioni epidemiologiche dell'Europa (Eur-A, -B, -C)^a e nella maggior parte dei Paesi europei, sebbene l'ordine di classificazione sia diverso². Dei 52 Stati europei membri dell'Oms, in 37 la mortalità è dovuta soprattutto all'ipertensione, mentre in 31 il tabagismo è il fattore di rischio principale per il carico di malattia. L'alcol è il fattore di rischio principale sia per la disabilità sia per la mortalità in giovane età in Europa.
5. Questi fattori di rischio maggiori sono comuni a molte delle principali malattie diffuse in Europa. Per esempio, ciascuno di questi sette fattori di rischio è associato ad almeno due delle malattie principali e, a sua volta, ciascuna delle condizioni principali è associata a due o più fattori di rischio. Inoltre per molti individui, soprattutto quelli socialmente più svantaggiati, i fattori di rischio si accumulano e spesso si moltiplicano.

^a EUR-A: 27 Paesi con mortalità molto bassa sia fra i bambini, sia fra gli adulti

EUR-B: 16 Paesi con mortalità bassa sia fra i bambini, sia fra gli adulti

EUR-C: 9 Paesi con mortalità bassa fra i bambini e alta fra gli adulti

6. **Le malattie tendono anche ad accumularsi a livello individuale, possono cioè coesistere contemporaneamente diverse patologie.** Almeno il 35% degli uomini al di sopra dei 60 anni presenta due o più malattie croniche: il fenomeno, inoltre, è destinato ad aggravarsi progressivamente con l'età, soprattutto nelle donne. Salute fisica e mentale sono strettamente correlate, entrambe legate a determinanti comuni come situazioni abitative degradate, alimentazione povera, scarsa istruzione, oppure a fattori di rischio diffusi come l'alcol. La depressione, per esempio, è più comune nelle persone colpite da malattie fisiche che nelle persone sane, con una prevalenza che può arrivare fino al 33% nelle persone affette da tumori, al 29% fra gli ipertesi e al 27% fra i diabetici.
7. **Le malattie croniche hanno un'origine multifattoriale** e derivano da interazioni complesse tra gli individui e il loro ambiente, ma anche dalle effettive opportunità di promozione della salute e di riduzione dei principali rischi. Caratteristiche individuali (sesso, etnia, predisposizione genetica) e fattori protettivi, tra cui la solidità emotiva, oltre ai determinanti sociali, economici e ambientali (reddito, livello di istruzione, condizioni di vita e di lavoro), possono fare la differenza in termini di esposizione e vulnerabilità ai rischi per la salute. Questi determinanti di fondo, chiamati anche "cause delle cause", influenzano le opportunità di salute, i comportamenti salutari e lo stile di vita, ma anche l'insorgenza, la manifestazione e il decorso delle malattie.
8. Il patrimonio genetico è destinato a diventare sempre più importante per valutare il rischio individuale di sviluppare certe malattie, come per esempio diabete, cardiopatie, tumori, schizofrenia e morbo di Alzheimer. Per quanto i meccanismi di trasmissione ereditaria non siano ancora ben definiti, le interazioni tra geni e ambiente potrebbero giocare un ruolo determinante. Inoltre, la distribuzione delle malattie può variare in base all'etnia: per esempio, il diabete di tipo 2 è fino a 6 volte più frequente fra le popolazioni dell'Asia meridionale e fino a 3 volte fra gli individui di origine africana e afro-caraibica.
9. **Anche il genere può influenzare lo sviluppo e l'andamento dei fattori di rischio e di malattie** come l'obesità, le malattie cardiovascolari e i disturbi psichici. Per tutta la vita, uomini e donne assumono o ricevono ruoli sociali diversi, che sono valutati in modo differente. Questo influenza l'atteggiamento nei confronti dei rischi, dell'esposizione ai rischi o, al contrario, delle scelte più sane. Il diverso ruolo sociale determina anche la misura in cui uomini e donne possono accedere e controllare le risorse e la possibilità di prendere le decisioni indispensabili a proteggere la propria salute. Ne derivano profondi squilibri nei profili di rischio, nell'accesso e utilizzo dei servizi sanitari e nelle conseguenze per la salute.
10. **Le basi della salute dell'adulto si pongono nell'infanzia**, se non addirittura nella vita prenatale: un buon inizio è fondamentale per il successivo sviluppo. Le madri molto giovani, povere o con un basso livello d'istruzione sono quelle più a rischio di dare alla luce bambini sottopeso alla nascita e di non allattare al seno. A sua volta, il basso peso alla nascita è spesso associato al rischio di sviluppare malattie coronariche, infarto, ipertensione e diabete di tipo 2. Abitudini salutari come mangiare in modo equilibrato, fare esercizio fisico e non fumare si acquisiscono fin da piccoli, e dipendono fortemente dal comportamento dei genitori e degli adulti in generale. Una crescita lenta e uno scarso supporto emotivo durante l'infanzia possono tradursi successivamente in un eccesso di rischio di scarse condizioni fisiche e psichiche: per esempio, chi subisce abusi sessuali e altre violenze o incidenti durante l'infanzia è maggiormente esposto a fattori di rischio come tabagismo, inattività fisica, obesità grave e alcolismo in età adulta.
11. **Malattie e fattori di rischio non sono distribuiti uniformemente nella popolazione**, ma si concentrano soprattutto tra le persone più povere e vulnerabili. I gruppi più svantaggiati

dal punto di vista socioeconomico presentano un rischio almeno doppio di sviluppare malattie gravi e di morire prematuramente rispetto ai gruppi più avvantaggiati³. In tutti i Paesi europei, i livelli di istruzione, classe lavorativa e reddito si sono dimostrati fonti di squilibri nel diritto alla salute. La concentrazione crescente dei fattori di rischio nelle fasce socioeconomiche più svantaggiate porterà a un divario sempre più ampio nelle condizioni di salute.

12. **Anche gli eventuali progressi in campo sanitario non sono distribuiti in modo uniforme nella società**, con poche eccezioni. Quando tutte le classi sociali sono esposte in una certa misura a interventi sanitari, i gruppi socioeconomici più agiati tendono a reagire meglio e a trarre maggiori benefici. I tassi di mortalità stanno diminuendo proporzionalmente più in fretta tra le classi più ricche rispetto a quelle più povere, soprattutto per quanto riguarda le malattie cardiovascolari, ampliando sempre di più il divario fra le aspettative di vita dei due gruppi⁴. In Lituania, per esempio, il livello di istruzione ha creato nel tempo un forte divario in termini di mortalità per le principali cause, in entrambi i sessi: tra il 1989 e il 2001 si è osservata una considerevole diminuzione della mortalità tra gli individui con un livello di istruzione universitario e un netto aumento nelle persone con un livello di istruzione scarso o nullo.
13. **Queste malattie e le loro cause contribuiscono a creare le differenze nelle aspettative di vita in buona salute tra i Paesi europei e al loro interno**. Nell'Europa occidentale, la mortalità per malattie cardiovascolari è diminuita negli ultimi decenni. Per contro, nei Paesi dell'Europa dell'Est la mortalità prematura per cardiopatie può essere fino a dieci volte superiore rispetto all'Europa occidentale, con i tassi più elevati nella parte orientale. Le malattie prevenibili più comuni possono portare a un divario anche di vent'anni in termini di aspettative di vita in buona salute, in Europa e all'interno dei diversi Paesi.

Le sfide per la società e i sistemi sanitari

14. **Le malattie croniche hanno un impatto significativo sulla salute e sull'assistenza socio-sanitaria**, in termini di morte prematura, cronicità o disabilità. In alcuni Paesi, come per esempio la Danimarca, circa il 40% della popolazione convive con malattie croniche, percentuale destinata probabilmente ad aumentare, visto il progressivo invecchiamento della popolazione europea. Il 70-80% delle spese sanitarie sono stanziati proprio per queste patologie, anche perché questi pazienti gravano a lungo sui servizi di cura e assistenza. I costi sanitari e il rischio di ricoveri inutili aumentano notevolmente al crescere delle comorbidità. Il Regno Unito ha stimato che, delle undici principali cause di ricovero ospedaliero, otto sono malattie croniche e che il 5% dei ricoverati, spesso con una patologia a lungo termine, è associato al 42% di tutti i giorni di degenza per problemi acuti⁵.
15. Morire giovani o convivere con una malattia cronica o una disabilità ha delle ripercussioni economiche, sia per le famiglie che per la società. Datori di lavoro e società devono sostenere i costi dell'assenteismo, della minore produttività e del ricambio continuo dei lavoratori. Sulle famiglie e sulla società gravano invece le spese sanitarie (dirette e indirette), la riduzione dei guadagni, il pensionamento prematuro e una maggiore necessità di assistenza sociosanitaria. In Svezia si è stimato che il costo totale delle malattie muscolo-scheletriche è stato in gran parte indiretto, legato principalmente al congedo per malattia (31,5%) e al pensionamento precoce (59%). In Russia la stima della perdita in reddito nazionale per malattie cardiache, infarto e diabete ammontava nel 2005 a 11 miliardi di dollari internazionali.
16. **Le cure non sono sempre accessibili, disponibili o convenienti e la spesa può gettare le famiglie nell'indigenza**. Un inalatore di salbutamolo (per la cura dell'asma) può costare

l'equivalente di 15 giorni di stipendio per i lavoratori statali meno pagati di alcune zone d'Europa. Considerata la tendenza alla comorbidità tra i più poveri e il potenziale numero dei farmaci necessari per una cura efficace, non c'è da meravigliarsi che sostenere una terapia a lungo termine possa rappresentare un grosso impegno⁶. Inoltre, stigma e discriminazioni associati a malattie come il diabete e i disturbi mentali possono precludere le opportunità di lavoro e favorire l'associazione tra povertà e scarsa salute.

17. **In Europa, il cambiamento demografico si tradurrà in ulteriori sfide economiche, sociali e di bilancio** per i prossimi decenni: non solo si allunga la vita media, ma diminuiscono anche le nascite, con un potenziale calo della forza lavoro. Nell'Europa occidentale, il numero di persone di oltre 64 anni è più che raddoppiato sin dagli anni Cinquanta, mentre quello degli ultraottantenni è quadruplicato. Sotto molti punti di vista, questo scenario può essere letto come un trionfo della sanità pubblica, ma rappresenta anche una grossa sfida per il settore sociosanitario. Nell'Unione Europea si prevede che il rapporto tra le persone al di sopra dei 65 anni, economicamente non produttive, e quelle in età lavorativa sarà più che duplicato tra il 2005 e il nel 2050. Di conseguenza, è sempre più importante che le persone restino sane e autosufficienti per il maggior tempo possibile, per evitare decessi prematuri nella popolazione lavorativa di mezza età e ritardare il più possibile il manifestarsi delle malattie.
18. **Globalizzazione e urbanizzazione pongono altre sfide per la società.** La globalizzazione è associata alla tendenza delle popolazioni a reddito medio-basso a seguire diete poco sane, molto energetiche, ricche di grassi saturi, sali e zuccheri. In molti Paesi le persone dipendono da pochi rivenditori al dettaglio per l'acquisto quotidiano di cibo, mentre i mercati locali stanno scomparendo: questa tendenza, cominciata nell'Europa occidentale, si osserva ormai anche in alcune aree dell'Europa orientale. La crescita degli accordi commerciali, dei mercati comuni e della vendita transnazionale del tabacco e dell'alcol mina gli sforzi dei governi di esercitare un controllo effettivo sulla fornitura e sulla disponibilità. Chi abita in città sta diventando sempre più sedentario, come dimostrano anche l'aumento del trasporto motorizzato, l'espansione urbana e la riduzione delle opportunità di attività fisica quotidiana in casa, al lavoro e a scuola. Gli ambienti che non favoriscono il movimento, combinati con un'alimentazione poco sana e l'inattività fisica, hanno serie ripercussioni per i livelli di obesità, soprattutto tra i bambini, ma anche per altre malattie croniche come il diabete.
19. **Solo una porzione relativamente ristretta del budget del sistema sanitario è dedicata alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie croniche.** Secondo l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse), in media soltanto il 3% della spesa sanitaria totale è investita in programmi di prevenzione e di sanità pubblica nei Paesi Ocse, mentre la maggior parte è impiegata per la cura dei malati. Inoltre, le società filantropiche e gli aiuti internazionali si concentrano principalmente sulle malattie trasmissibili, distraendo l'attenzione da quelli che sono i principali responsabili del carico di malattia e dei decessi in una regione come l'Europa. Nel vecchio continente le malattie cardiovascolari sono responsabili di un numero di decessi 46 volte maggiore e di un carico di malattia 11 volte maggiore di quello complessivo provocato da Aids, tubercolosi e malaria.
20. **In genere, i servizi sanitari privilegiano la cura piuttosto che la prevenzione** e, in termini di modelli di cura, le malattie acute rispetto a quelle croniche. Questo riduce le opportunità di prevenzione, diagnosi precoce e terapia delle malattie croniche. Il 50% dei casi di diabete rimangono non diagnosticati. Tra i casi diagnosticati, il 50% presenta un controllo insoddisfacente del metabolismo, dei lipidi e della pressione sanguigna, sebbene sia ormai risaputo che fino all'80% dei diabetici morirà di una cardiopatia. Per alcune comuni malattie, la qualità delle cure è ancora tragicamente inadeguata e la sanità pubblica non è sempre in

grado di affrontare questa sfida. La carenza principale riguarda l'attuazione di interventi efficaci. Per esempio, ogni anno in Europa sono 30 mila le donne che muoiono di tumore della cervice uterina, con tassi di mortalità da due a quattro volte maggiori nei Paesi dell'Europa centrale e orientale rispetto all'Europa occidentale: per evitare queste morti basterebbero una diagnosi tempestiva e cure adeguate.

Potenzialità per guadagnare salute

21. **Diversi interventi efficaci per prevenire e controllare le malattie croniche esistono già.** Infatti, si possono prevenire o modificare i fattori di rischio, l'insorgenza, la ricorrenza o la progressione della malattia, ma anche le disabilità e i decessi estremamente dolorosi e prematuri. I risultati possono ancora migliorare grazie a diagnosi tempestive, trattamenti adeguati e riabilitazione efficace. La sfida consiste nel garantire che le conoscenze esistenti siano migliori, più eque, applicate in modo che tutti possano trarne beneficio. Mentre in alcuni Paesi si sono raggiunti risultati significativi, il divario che ancora esiste all'interno e tra i diversi Paesi dimostra quanto ci sia ancora da fare per migliorare lo stato di salute in Europa.
22. **La prevenzione è la carta che offre maggiori potenzialità per il miglioramento.** Prendendo l'esempio delle coronaropatie, in Finlandia, grazie alla diminuzione dei principali fattori di rischio, è stato possibile ridurre complessivamente dell'80% la mortalità per questo tipo di malattie tra il 1972 e il 1992. Analogamente, in Irlanda circa la metà (48,1%) della riduzione del tasso di mortalità per coronaropatie tra il 1985 e il 2000 nella fascia d'età 25-84 anni è stata attribuita a trend favorevoli nei fattori di rischio. In entrambi i Paesi, i principali benefici si sono avuti grazie alla riduzione del colesterolo, del fumo e della pressione sanguigna.
23. **In generale, la prevenzione a livello di popolazione è la strategia più sostenibile a lungo termine** e consente di affrontare contemporaneamente diverse malattie croniche e i rispettivi fattori di rischio. Tra gli interventi efficaci per ridurre la prevalenza complessiva dei fattori di rischio nella popolazione ci sono, per esempio, la tassazione dei derivati del tabacco o la riduzione del contenuto di grassi, sali e zucchero nei prodotti alimentari. Intervendendo su più fattori di rischio a livello di popolazione, si possono indurre cambiamenti nei profili dei fattori di rischio che, pur modesti a livello individuale, su larga scala possono avere un impatto significativo sulla mortalità per malattie croniche. Nel Regno Unito, per esempio, si prevede che la mortalità per malattie cardiovascolari potrebbe dimezzarsi grazie a piccoli cambiamenti nei fattori di rischio: una diminuzione dell'1% del livello di colesterolo nella popolazione potrebbe ridurre del 2-4% la mortalità cardiovascolare; una riduzione dell'1% nella prevalenza dei fumatori potrebbe tradursi in 2000 decessi in meno ogni anno per malattie cardiovascolari; infine, riducendo dell'1% la pressione sanguigna diastolica nella popolazione si potrebbero evitare ogni anno circa 1500 decessi per cardiopatie.
24. **Bisogna cercare di ridurre le disuguaglianze di salute.** Nel Regno Unito, la morbilità legata alle complicanze del diabete è 3,5 volte più alta fra i poveri piuttosto che fra i ricchi. Inoltre, è stato dimostrato che gli uomini tra i 20 e i 64 anni che svolgono occupazioni semiartigianali o artigianali hanno un rischio di morte prematura per cardiopatie triplo rispetto a chi occupa posizioni professionali e manageriali. L'impatto dello status sociale e delle disuguaglianze sanitarie è immenso. Per colmare questo divario occorrono interventi basati su politiche che affrontino i principali determinanti di salute: la crescita economica, le disparità di reddito e la povertà, ma anche l'istruzione, l'ambiente lavorativo, la disoccupazione e l'accesso alle cure sanitarie. Quest'ampia gamma di interventi rivolti all'intera popolazione richiede un grosso sforzo alla società e la cooperazione del sistema sanitario con gli altri set-

tori. Il sistema sanitario ha bisogno di raggiungere diversi ambiti della società per renderli più consci del ruolo che svolgono nel favorire certe malattie e della loro responsabilità nel processo di miglioramento. Per loro natura, i tentativi di ridurre le disuguaglianze sociali nel campo della salute dovrebbero essere considerati come parte integrante delle politiche economiche e sociali, più che attività sanitarie distinte.

25. **La prevenzione deve agire contemporaneamente sulla popolazione e sul singolo individuo.** Se non si interviene sui pazienti ad alto rischio, l'impatto sulla morbilità e sulla mortalità a breve e a medio termine delle malattie croniche è piuttosto limitato. Negli individui con una scarsa tolleranza al glucosio, ad alto rischio per il diabete, un programma intensivo di modifica dello stile di vita può diminuire del 58% il rischio di sviluppare la malattia, mentre l'intervento farmacologico può ridurlo del 31%. Per esempio, la terapia farmacologica combinata (aspirina, betabloccanti, diuretico, statina) può ridurre del 75% il rischio di infarto miocardico (attacco cardiaco) tra i soggetti ad alto rischio. Tuttavia molte di queste misure efficaci non vengono messe in pratica. Secondo lo studio Euroaspire II, per esempio, in Europa ci sono ancora considerevoli opportunità di ridurre il rischio di cardiopatie ricorrenti modificando lo stile di vita, controllando rigorosamente i diversi fattori di rischio e usando in modo più efficace le terapie farmacologiche di comprovata efficacia. Bisogna anche tenere conto del fatto che in Europa circa la metà dei pazienti con coronaropatie richiederebbe un controllo più intensivo della pressione sanguigna.
26. **Lo screening può prevenire decessi e disabilità, ma anche migliorare la qualità della vita,** a patto che venga attuato in modo efficace e che sia disponibile una terapia efficace, accessibile e accettabile per chiunque la richieda. Per ora sono pochi i test di screening che si sono dimostrati in grado di identificare gli individui ad alto rischio e quelli disponibili richiedono un certo investimento ai sistemi sanitari per attuarli in modo efficace. Sottoporre degli individui ad alto rischio per malattie cardiovascolari a programmi di screening, e poi al trattamento, con un approccio generale, che tenga conto di più fattori di rischio contemporaneamente, avrebbe un miglior rapporto costo-efficacia piuttosto che concentrarsi soltanto su singoli fattori di rischio o su quelli basati su livelli dei singoli fattori di rischio definiti in modo arbitrario⁷. Nei Paesi con risorse sufficienti per assicurare cure adeguate ed efficaci, conviene sottoporre a screening gli individui per diagnosticare precocemente i tumori del collo dell'utero e della mammella, specialmente attraverso programmi organizzati di screening della popolazione^{8,9}. La retinopatia diabetica è una complicanza del diabete facilmente identificabile e curabile, ma è anche una delle cause principali della perdita della vista in Europa: con un programma regolare di screening e il trattamento degli individui ad alto rischio si potrebbe prevenire la cecità.
27. **Nell'Europa del ventunesimo secolo sono importanti sia gli approcci di popolazione sia quelli rivolti ai soggetti alto rischio,** sebbene le loro potenzialità di miglioramento e applicabilità possano variare nel tempo e da Paese all'altro. In quei Paesi europei dove non siano ancora state attuate strategie relativamente semplici ed economiche, come la tassazione del tabacco e la sostituzione dei grassi saturi con quelli insaturi, è probabile che gli approcci di popolazione avranno l'impatto maggiore, sebbene si dovrebbero introdurre in parallelo singole strategie mirate ai pazienti ad alto rischio. In quei Paesi europei dove invece siano già state attuate da decenni, e con successo, delle strategie di popolazione per affrontare i fattori di rischio, si potrebbe migliorare ulteriormente lo stato di salute avviando anche delle strategie mirate ai pazienti ad alto rischio..
28. **Il rischio personale di sviluppare una malattia può dipendere dall'interazione tra l'individuo, l'ambiente circostante e la suscettibilità individuale.** Mentre la riduzione e il controllo dei fattori di rischio più modificabili e dei determinanti principali restano le pietre

angolari dell'azione di prevenzione e controllo delle malattie croniche, è probabile che nei prossimi 5-10 anni si sviluppino sempre più test per malattie monogeniche e per la predisposizione genetica alle patologie più comuni. Sarà possibile sottoporre a test individui asintomatici per diagnosticare malattie genetiche e per identificare i soggetti ad alto rischio, consentendo così interventi più precoci e mirati, da effettuare prima della comparsa dei sintomi. E, a maggior ragione, si potrà sottoporre a test gli individui sintomatici per confermare la diagnosi e offrire nuove terapie. Non è ancora chiaro quanto questi progressi scientifici potranno migliorare lo stato di salute generale: è comunque probabile che avranno un forte impatto sull'organizzazione, il personale e la fornitura di servizi sanitari, oltre che sugli aspetti etici e sull'accessibilità.

29. **Gli interventi preventivi devono essere associati al rafforzamento dei fattori protettivi per la salute**, che possono favorire la capacità di recupero delle persone e la loro resistenza ai fattori di rischio e alle malattie¹⁰. Promuovere uno stile di vita sano fin dai primi anni di vita, grazie a un supporto adeguato per i genitori e i bambini piccoli, è un investimento importante per lo sviluppo fisico ed emotivo, con effetti a lungo termine. Far parte della rete sociale e sentirsi in relazione con gli altri può avere un potente effetto protettivo sulla salute. Un buon supporto sociale può fornire alle persone quelle risorse pratiche ed emotive di cui hanno bisogno, specialmente per affrontare i passaggi più delicati della vita. Tra gli interventi efficaci ci sono il miglioramento dell'ambiente sociale nelle scuole, sul posto di lavoro e nella comunità, il miglioramento dell'assistenza sociale per gli anziani e l'attuare programmi di formazione per preparare le persone a risolvere i problemi, fornendo loro suggerimenti di comportamento, per esempio su come gestire lo stress.
30. **Concentrare l'attenzione sugli interventi di provata efficacia e con un buon rapporto costi-benefici, ma anche migliorare la qualità degli interventi**, può essere un modo efficiente di utilizzare le risorse e di apportare miglioramenti allo stato di salute. Nella gestione delle malattie sono disponibili interventi efficaci per ridurre morbilità, disabilità e mortalità prematura, per quanto spesso si basano su diagnosi precoce e sistemi organizzati di cura per ottenere i risultati migliori¹¹. Per esempio, è stato dimostrato che la terapia dell'ictus in unità coronarica consente di ridurre del 25% la quota di persone che muoiono o dipendono dagli altri per le attività quotidiane di base. La sfida consiste nella capacità dei sistemi sanitari di adottare interventi efficaci su larga scala, per quanto la qualità delle cure possa migliorare anche in caso di risorse limitate.
31. Per migliorare la gestione delle malattie croniche, **i programmi devono tenere conto di entrambi gli approcci comuni, ma anche di quelli specifici, per ottimizzare i benefici**. I modelli basati sul miglioramento delle cure per le malattie croniche esistono già e sono attuati in numerosi Paesi, come per esempio l'Inghilterra e la Danimarca. Inoltre esistono programmi quadro o linee guida per la cura di malattie specifiche. Considerato il grado elevato di comorbilità, gli approcci di cura rivolti alle esigenze generali dei pazienti costituiranno probabilmente una strategia più promettente rispetto alla terapia delle singole malattie. Le linee guida per la gestione delle singole malattie potrebbero non prendere in considerazione la portata e l'impatto della comorbilità. In questa fase, il medico di medicina generale svolge un ruolo strategico per sostenere un approccio integrato di cura. La partecipazione attiva del paziente alla gestione della malattia può favorire il raggiungimento degli obiettivi di salute. Per esempio, insegnando alle persone affette da diabete di tipo 2 come autogestire la propria malattia, non solo si può aumentare il livello di consapevolezza dei pazienti, ma si possono migliorare i livelli ematici di glucosio ed emoglobina glicata, ridurre la pressione sanguigna, il peso corporeo e la necessità di cure.

32. **Investire nel trattamento delle malattie croniche può avere un impatto significativo in termini economici e di salute in molti Paesi a reddito medio-basso.** Per esempio, nei Paesi dell'Europa orientale e dell'ex-Unione Sovietica, la riduzione della mortalità adulta fino ai livelli dell'Unione europea, agendo sulle malattie croniche e sulle cause esterne, avrebbe un impatto significativo sulle aspettative di vita alla nascita, che si tradurrebbe in otto anni di vita guadagnati¹². Se entro il 2025 la Russia raggiungesse i tassi dell'Europa dei 15, il guadagno economico potenziale sarebbe pari al 29% del Pil del 2002¹³. Analogamente, concentrarsi sulla prevenzione e i principali determinanti di salute per migliorare la salute dell'intera popolazione e ridurre le disparità sanitarie è considerato strategico anche nei Paesi ad alto reddito, che lottano per contenere i costi sanitari in continuo aumento¹⁴.
33. **Lo strumento che potenzialmente potrebbe garantire il maggior successo nel miglioramento dello stato di salute è una strategia integrata,** che promuova contemporaneamente la promozione della salute a livello di popolazione e i programmi di prevenzione, individuando i gruppi e gli individui ad alto rischio e ottimizzando l'accesso della popolazione a trattamenti e cure efficaci. Affrontando i principali determinanti di salute e riducendo le disparità all'interno e fra i diversi Paesi si potranno fare ulteriori miglioramenti.

Principi guida

34. Il contesto di riferimento per questa strategia europea si integra nel programma dell'Oms Europa intitolato "Salute per tutti"¹⁵. In quanto tale, condivide la visione della salute come diritto fondamentale, i suoi valori irrinunciabili di equità, solidarietà e partecipazione e l'invito per i politici ad applicare questi valori per una gestione eticamente accettabile dei sistemi sanitari. All'interno di questo programma quadro, la strategia ripropone cinque concetti chiave che dovrebbero guidare le politiche di intervento a tutti i livelli in ogni Paese:
- obiettivo finale di ogni politica sanitaria è fare in modo che ogni individuo raggiunga le migliori condizioni di salute possibili
 - colmare il divario sanitario all'interno e tra i diversi Paesi è fondamentale per la sanità pubblica
 - elemento vitale per lo sviluppo sanitario è la partecipazione di tutti i cittadini
 - lo sviluppo sanitario richiede necessariamente strategie integrate e investimenti intersettoriali sui determinanti di salute
 - ogni settore della società è responsabile dell'impatto delle proprie attività sulla salute.
35. In linea con l'approccio di "Salute per tutti" e con la definizione di salute della Costituzione dell'Oms, la salute è uno stato di benessere complessivo e "non semplicemente l'assenza di malattia", così come la politica sanitaria è molto di più della sola "cura dei pazienti". In quanto diritto, la salute non consiste soltanto in un'assistenza sanitaria tempestiva e appropriata, ma riguarda anche i relativi determinanti. Ogni governo ha la responsabilità di agire sui determinanti sociali della salute e di tradurla in politiche di intervento, mettendo tutti nelle condizioni di fare scelte salutari e, in ultima analisi, di essere in buone condizioni di salute indipendentemente da età, sesso, etnia, ecc. Di conseguenza, in linea con l'approccio "Salute per tutti", questa strategia affronta tutti i quattro tipi di programmi necessari per il miglioramento della salute: azione sui determinanti di salute, promozione di stili di vita sani, prevenzione e programmi di diagnosi precoce, assistenza centrata sui pazienti.

L'approccio della strategia

36. La strategia è incentrata sia sulla prevenzione sia sul controllo delle malattie croniche.

La strategia indica da una parte come agire sui fattori modificabili di malattia, disabilità e morte prematura, dall'altra come migliorare lo stato di salute e la qualità della vita degli individui già malati. La strategia cerca di prevenire o modificare i fattori di rischio e di prevenire l'insorgenza o la progressione delle malattie, le disabilità, le sofferenze o la morte prematura.

37. La strategia è rivolta a tutte quelle malattie croniche accomunate dagli stessi fattori di rischio, determinanti di salute e opportunità di prevenzione. Questo approccio è considerato più efficace ed efficiente, data la natura multifattoriale delle principali malattie croniche e la tendenza all'accumularsi dei fattori di rischio e alla comorbilità, soprattutto negli individui socialmente più vulnerabili.

38. Un approccio a tutto tondo richiede l'integrazione totale della promozione della salute con la prevenzione e la gestione delle malattie, con interventi diretti all'intera popolazione, agli individui ad alto rischio e a quelli con malattia in fase precoce o stabilizzata. **L'approccio della strategia si basa su alcune componenti chiave.**

L'APPROCCIO DELLA STRATEGIA

Un approccio a tutto tondo per affrontare le malattie croniche nel loro complesso:

- a) favorisce programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie a livello di popolazione
- b) agisce direttamente su gruppi e individui ad alto rischio
- c) ottimizza la copertura della popolazione con trattamenti e cure efficaci, integrando in modo sistematico politiche di intervento e azioni per ridurre le disuguaglianze nell'accesso alla salute.

39. Per essere efficace, un approccio di questo tipo richiede interventi integrati sui fattori di rischio e i rispettivi determinanti di salute in diversi settori, accanto allo sforzo di migliorare l'attività di prevenzione e controllo dei servizi sanitari. **La prospettiva, il punto di arrivo e gli obiettivi della strategia sono elencati di seguito.**

PROSPETTIVA

Un'Europa che promuova la salute, libera da malattie croniche prevenibili, morti premature e disabilità evitabili.

PUNTO DI ARRIVO

Evitare le morti premature e ridurre significativamente il carico di malattia per le malattie croniche attraverso un'azione integrata, migliorando la qualità della vita e rendendo più equa l'aspettativa di vita in salute all'interno e fra gli Stati membri.

AZIONI

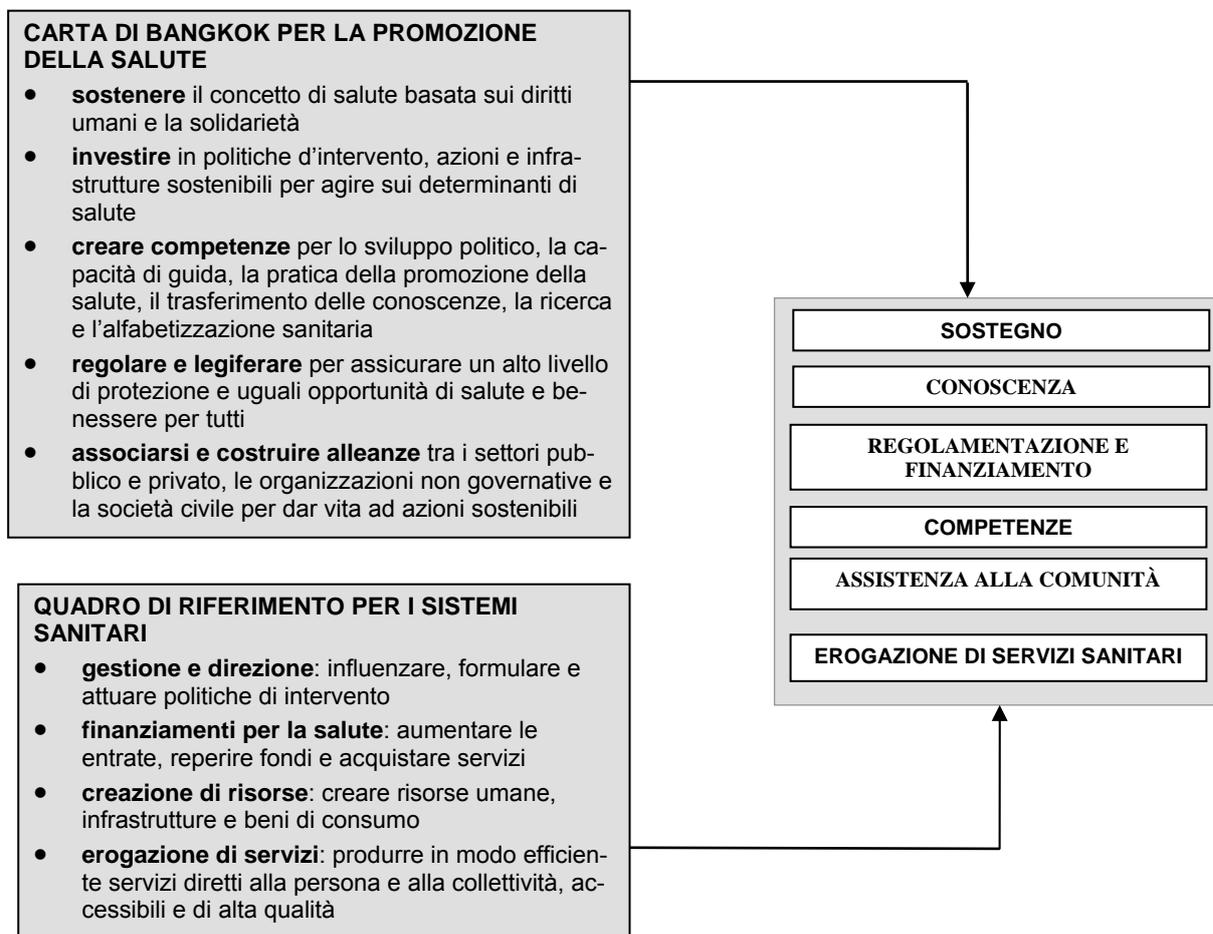
- Agire in modo integrato e intersettoriale sui fattori di rischio e sui relativi determinanti di salute
- rafforzare i sistemi sanitari per migliorare la prevenzione e il controllo delle malattie croniche.

40. A guidare l'azione sono i **sei messaggi chiave** della Strategia europea delle malattie croniche:

1. la prevenzione è efficace quanto più è duratura e va considerata un vero e proprio investimento in salute e sviluppo
2. la società dovrebbe offrire un contesto ambientale che faciliti le scelte più salutari
3. i servizi sanitari dovrebbero adattarsi a questo obiettivo, affrontando l'attuale carico di malattia e aumentando le opportunità di promozione della salute
4. le persone dovrebbero essere messe nelle condizioni di promuovere la propria salute, di interagire con i servizi sanitari ed essere parte attiva della gestione delle malattie
5. per garantire il diritto alla salute è fondamentale che tutti abbiano accesso alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie e ai servizi sanitari
6. a qualsiasi livello, i governi hanno la responsabilità di proporre politiche di intervento all'insegna della salute e di assicurare un'azione integrata in tutti i settori.

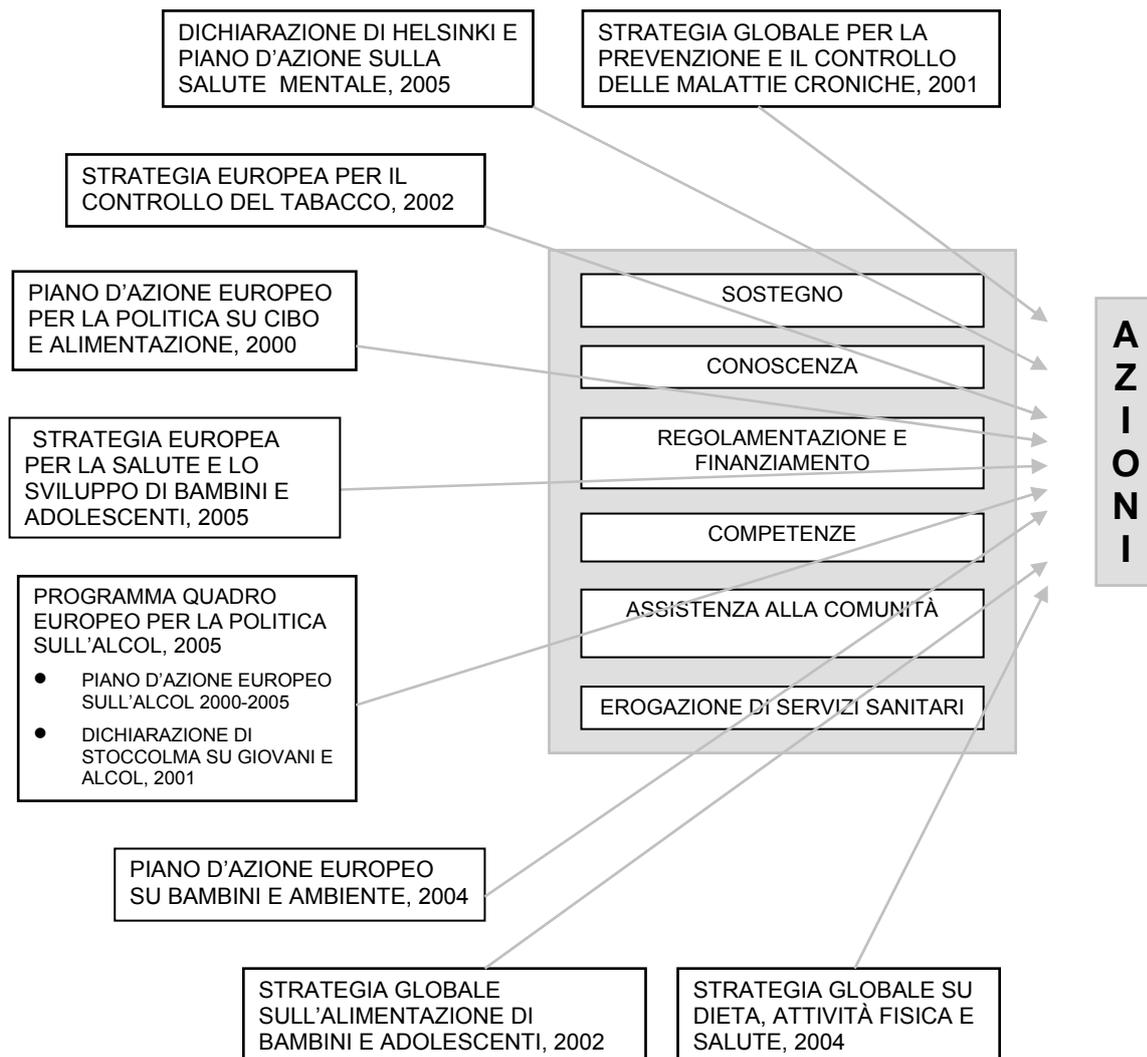
41. Per aiutare gli Stati membri a rivedere e rafforzare la prevenzione e il controllo delle malattie croniche è stato proposto un quadro di riferimento, che aiuta a definire come organizzare l'azione e come sfruttare gli interventi già in atto. **Il quadro di riferimento per l'azione contro le malattie croniche** (vedi figura 1) è tratto da due importantissimi programmi già esistenti, la Carta di Bangkok per la promozione della salute in un mondo globalizzato¹⁶ e il programma dell'Oms sui sistemi sanitari¹⁷, combinando la promozione della salute con la prevenzione delle malattie e l'assistenza sanitaria. Il quadro di riferimento all'azione è anche ispirato e coerente con i programmi attuativi proposti dal rapporto globale *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale*¹ e dalla Visione Cindi¹

Figura 1: Quadro di riferimento per l'azione contro le malattie croniche



42. Questa strategia dà agli Stati membri l'opportunità di riunire in un unico programma coerente e capace di rinforzare mutualmente gli interventi già avviati, quelle strategie e i piani d'azione dell'Oms rilevanti per un'azione a lungo termine sulle malattie croniche (figura 2). Non si tratta di ripetere o di sostituire con nuove strategie i programmi precedenti, ma di realizzare una strategia nuova che, basandosi sulle esperienze già acquisite, ne rafforzi il mandato e promuova un'azione integrata per raggiungere la meta finale comune. Occorre una combinazione di approcci verticali e orizzontali, che però devono essere ben coordinati e integrati per ottimizzare tutte le potenziali sinergie.

Figura 2: Un approccio globale e orientato all'azione



43. Nella prossima sezione, intitolata "Il quadro di riferimento per l'azione" (punti 45-62), le sei aree evidenziate nelle figure 1 e 2 saranno ulteriormente analizzate, anche con esempi che mostreranno come integrarle fra loro. Il quadro di riferimento dà anche l'opportunità di rispondere ai messaggi chiave e identificare gli ambiti che non siano ancora affrontati da altre strategie e piani d'azione, sottolineando l'importanza dei determinanti di salute e della riduzione delle disuguaglianze.

44. La strategia europea per le malattie croniche lancia una sfida a tutti i governi e decisori: analizzare e decidere quali opportunità d'intervento sono le più adatte per realizzare gli obiettivi

della strategia. Per quanto i Paesi europei siano diversi tra loro e debbano affrontare sfide differenti nei confronti delle malattie croniche, con risorse e competenze non sempre equiparabili, si può comunque rispondere alle esigenze di tutti. Questa strategia dovrebbe innanzitutto guidare gli Stati membri nella valutazione dei loro approcci già in atto e, in secondo luogo, aiutarli a ridefinire questi approcci per sviluppare e rafforzare politiche di sanità pubblica che affrontino le malattie croniche in modo globale. La maggior parte delle azioni richiede strumenti, attori e contesti specifici, trattati diversamente nelle prossime due sezioni. La sezione intitolata “Passare all’azione” approfondisce il ruolo del governo, e in particolare quello del ministero della sanità, nelle fasi di sviluppo, attuazione, monitoraggio e valutazione della politica per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche. L’impegno politico è decisivo per l’attuazione di qualsiasi intervento e sarà presentato nella sezione successiva.

Il quadro di riferimento per l’azione

45. Questa sezione prende in considerazione le sei aree del programma quadro introdotte nella sezione “L’approccio della strategia” (36-44), descrivendo gli ambiti compresi nell’area e fornendo degli esempi di azioni da includere. Si basa sulle strategie e i piani d’azione dell’Oms già esistenti, ma anche su altri materiali rilevanti al riguardo, come i documenti della prossima conferenza ministeriale dell’Oms Europa sulla lotta all’obesità: *Promoting physical activity for health - a framework for action in the Who European Region*, il prossimo piano d’azione dell’Oms Europa su cibo e alimentazione, la proposta per la fase successiva della strategia dell’Ufficio regionale dell’Oms per i Paesi europei sul rafforzamento dei sistemi sanitari¹⁹. Questa sezione è rivolta innanzitutto ai ministeri della salute e ai responsabili delle scelte di sanità pubblica, per quanto anche altri soggetti, come per esempio le organizzazioni non governative, il settore privato e alcuni gruppi della comunità, possano trarne degli esempi utili per il proprio lavoro.

Advocacy

46. Il sostegno alla salute è una combinazione di azioni individuali e sociali, concepite per ottenere l’impegno e il supporto delle istituzioni, l’accettazione sociale e dei sistemi di supporto per un particolare obiettivo o programma di salute. Lo scopo è creare condizioni di vita favorevoli al mantenimento della salute e all’acquisizione di stili di vita sani. Come principale strategia per la promozione della salute, il sostegno può assumere varie forme, compreso il coinvolgimento dei mass media, l’azione diretta di lobby politica e la mobilitazione pubblica, per esempio creando gruppi di interesse su temi definiti. I responsabili delle scelte di sanità pubblica, in particolare i ministeri della salute, sono tenuti ad agire come avvocati di se stessi, dimostrando il proprio ruolo di guida per la salute, a livello governativo e rispetto agli altri settori, soprattutto attraverso politiche di grosso impatto sulla salute e sui relativi determinanti.

47. Di seguito sono elencati alcuni esempi di azioni specifiche.

Sostenere il diritto alla salute in tutte le politiche di intervento, in ambito governativo e inter-settoriale:

- evidenziare la relazione tra determinanti e salute, ma anche il fatto che la maggior parte di questi determinanti sono esterni al settore sanitario e che questa sfida deve coinvolgere necessariamente tutti i settori

- sottolineare come la prevenzione delle malattie croniche sia un investimento proficuo anche per altri settori e per lo sviluppo complessivo, con benefici per la produttività, l'occupazione, la coesione sociale e lo sviluppo economico
- sviluppare meccanismi che facilitino il lavoro congiunto all'interno dei Paesi, per esempio grazie alla costituzione di comitati intersettoriali e alla condivisione di risorse, obiettivi e valori
- incoraggiare strategie a livelli superiori per ridurre i rischi per la salute e migliorare la qualità della vita: promuovere l'accesso a una dieta salutare, a condizioni abitative, scolastiche e ambientali che facilitino l'attività fisica, migliorare l'ambiente lavorativo, la sicurezza economica, ecc
- utilizzare la valutazione dell'impatto sulla salute come strumento per giudicare gli effetti potenziali di una politica di intervento, di un programma o di un progetto sanitario e la distribuzione di questi effetti nella popolazione
- sostenere le politiche lavorative favorevoli alla famiglia, assistendo in particolare le donne che lavorano durante la fase di allattamento al seno.

Sostenere l'azione sui determinanti di salute di natura sociale, assumendo un ruolo guida nel settore sanitario:

- assicurarsi che venga data la priorità agli investimenti per promuovere la salute della popolazione, per il loro potenziale contributo allo sviluppo sociale ed economico
- rivedere le politiche di intervento e i servizi in modo da adeguarli all'età, al sesso, all'etnia e alle esigenze dei gruppi più vulnerabili (per esempio eseguendo controlli di equità per valutare l'accesso dei diversi gruppi socioeconomici ai servizi sanitari)
- favorire i fattori di protezione nei servizi di assistenza sanitaria (per esempio aumentando il supporto e la partecipazione sociale alle fasi decisionali del lavoro dei team di assistenza)
- ridurre l'impatto della cattiva salute fra i poveri, facilitando il rientro al lavoro dei malati cronici
- sviluppare servizi speciali per i gruppi più difficili da raggiungere, come i senzatetto e gli immigrati.

Evidence e conoscenza

48. I decisori politici sono sempre più incoraggiati a basare le politiche di intervento, la sanità pubblica e la fornitura dei servizi su conoscenze condivise ed evidenze scientifiche: attuare interventi inefficaci porta a una dispersione delle risorse e potrebbe risultare controproducente a livello sia individuale che sociale²⁰. Per soddisfare gli obblighi di gestione responsabile e di *governance*, i ministeri della salute hanno bisogno di un buon sistema informativo di routine per sostenere il processo decisionale, fornire le informazioni per la valutazione delle esigenze sanitarie e la definizione delle priorità, ma anche per provvedere ai mezzi per monitorare processi e risultati. Grazie a un'ampia serie di indicatori e ai dati disaggregati in categorie di popolazione importanti come reddito, età, sesso ed etnia, i responsabili politici possono valutare come i vantaggi sanitari siano distribuiti nella popolazione e analizzare come raggiungere l'equità.
49. Le decisioni generali di politica sanitaria dovrebbero basarsi sulle migliori dimostrazioni di efficacia disponibili ottenute da un'ampia gamma di fonti. Tuttavia, in mancanza di prove scientifiche definitive e condivise non si deve restare inattivi, soprattutto in presenza di grossi rischi per la salute. In sanità pubblica le decisioni vanno prese in modo trasparente e democratico, riconoscendo le complessità e le incertezze dei contesti in cui si agisce. Questo principio può essere uno strumento utile nella gestione del rischio.

50. Migliorare l'alfabetizzazione sanitaria, ovvero l'accesso del pubblico alle informazioni sulla salute e la capacità di comprenderle e utilizzarle in modo efficace, è essenziale per prendere decisioni in modo consapevole e partecipato. Molte persone sono stimolate a rivolgersi ai servizi di assistenza sanitaria on line, per curarsi autonomamente e partecipare alla fase decisionale, specialmente quando si sentono vulnerabili, malate, sofferenti o in ansia per la propria salute.

51. Di seguito sono mostrati alcuni esempi di azioni specifiche.

Utilizzare meglio le conoscenze esistenti:

- mettere in luce quali interventi si potrebbero migliorare, basandosi sulle prove di efficacia e contenendo i costi, e quali si dovrebbero ridurre perché inefficaci
- istituire meccanismi per mettere in pratica la ricerca in modo più rapido ed efficace
- nella formazione degli studenti e nei programmi di educazione continua in medicina (Ecm) per il personale sanitario includere i principi basilari della prevenzione, spesso sacrificati rispetto ai modelli di cura o di assistenza dei casi acuti.

Produrre nuove conoscenze e informazioni:

- valutare e monitorare le politiche di intervento e i servizi di routine
- creare o rafforzare le istituzioni responsabili dell'ideazione delle politiche di intervento, della consulenza, delle valutazioni o delle ricerche al riguardo
- identificare e colmare le carenze nel settore della ricerca o negli interventi di sanità pubblica, eventualmente riconsiderando l'assegnazione delle risorse
- istituire sistemi di sorveglianza per monitorare i dati grezzi (e disaggregati) sulla salute della popolazione, sui rischi sanitari e sui determinanti di salute
- rafforzare le conoscenze sulle connessioni tra determinanti e conseguenze per la salute
- al momento di finanziare nuovi studi, accertarsi che siano compresi sia uomini che donne (a meno che sussistano motivi giustificabili di esclusione, basati su prove o motivi clinici), che tutti i sottogruppi di popolazione siano rappresentati nel campionamento e che le differenze osservate siano indicate nei risultati.

Facilitare l'uso delle conoscenze nella fase di progettazione politica:

- facilitare la comunicazione tra ricercatori, consulenti e politici, per esempio rafforzando o creando *ex novo* istituti nazionali scientifici per la sanità pubblica
- sviluppare le competenze di sanità pubblica utilizzando in modo vantaggioso le informazioni per valutare le esigenze sanitarie e definire le politiche di intervento.

Impiegare le conoscenze come mezzo di coinvolgimento e di impegno:

- collaborare con i media per migliorare la comunicazione dei rischi sanitari e l'informazione per il pubblico
- coinvolgere il pubblico nella definizione delle priorità e nelle fasi decisionali di sanità pubblica
- assicurarsi che le persone possano accedere alle informazioni sanitarie importanti che riguardano la salute, ma anche incoraggiare e facilitare la ricerca delle informazioni
- informare il pubblico sui progressi tecnologici nel campo della genetica, sulle nuove opportunità offerte da queste scoperte e sulle relative implicazioni di carattere etico
- utilizzare i meccanismi che favoriscono l'alfabetizzazione sanitaria, come i servizi di supporto alle decisioni dei pazienti e i corsi di autogestione delle malattie, considerando che l'analfabetismo e la lingua possono ostacolare questo processo

- incrementare l'alfabetizzazione sanitaria e la competenza comunicativa tra quei professionisti che, pur lavorando al di fuori del settore sanitario, hanno un impatto sulla salute e i suoi determinanti: insegnanti, forze di polizia, pianificatori urbanisti, operatori sociali, giornalisti.

Regolamentazione e finanziamento

52. Leggi e regolamenti sono elementi fondamentali della politica e della pratica di sanità pubblica. La regolamentazione è riconosciuta fra le responsabilità dei ministeri della salute e riguarda sia la definizione delle norme di comportamento per chi opera nel sistema sanitario, non solo per i rappresentanti del ministero della sanità o del settore pubblico, sia l'osservanza di queste norme. Mentre i programmi quadro normativi possono essere estremamente efficaci per il contenimento dei costi degli interventi di sanità pubblica, la mancanza di impegno e di risorse può inibire la capacità di un governo di eseguire e applicare i regolamenti.
53. In campo sanitario, i finanziamenti possono rappresentare un mezzo importante per trasformare piani e politiche di intervento in azioni. Il finanziamento sanitario è un termine complessivo che comprende la riscossione delle entrate, la raccolta di fondi per affrontare i rischi per la popolazione, anche grazie alla promozione della solidarietà sociale, e l'acquisto di servizi, con le risorse stanziare per i fornitori e tra gli interventi sanitari, in modo da ottimizzare i benefici per la salute della popolazione. Esistono diversi meccanismi di finanziamento per promuovere un cambiamento nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche, tra cui gli incentivi per migliorare la qualità dell'assistenza e dei servizi, le riduzioni delle spese sanitarie vive, l'eliminazione delle barriere finanziarie per accedere all'assistenza necessaria.
54. Di seguito sono mostrati alcuni esempi di azioni specifiche a livello internazionale, nazionale o locale.

Sviluppare e applicare programmi quadro normativi (legislazione, regolamenti, ordinanze, trattati):

- ridurre la pubblicità, le sponsorizzazioni e la promozione di prodotti come il tabacco, l'alcol e certi cibi, specialmente fra i giovani, gli educatori e nelle attività sportive
- proteggere le persone dal fumo passivo, vietando il fumo in tutti i luoghi pubblici, inclusi mezzi di trasporto pubblico, luoghi di lavoro, bar, ristoranti, scuole e ospedali
- utilizzare le leggi sulle licenze e sulla vendita per controllare la fornitura di tabacco e alcol, in particolare per i giovani
- rafforzare gli attuali provvedimenti normativi di sanità pubblica, come per esempio la legislazione sulla guida in stato di ebbrezza
- utilizzare la leggi sui diritti umani a fini di sanità pubblica, per esempio promuovendo la salute come diritto umano, riducendo lo sfruttamento dei bambini da parte di imprenditori economici, ostacolando le discriminazioni in base a età, sesso, etnia e i trattamenti degradanti per le persone con problemi psichici
- controllare la qualità delle informazioni rivolte ai consumatori di certi prodotti, tra cui cibi, tabacco, alcol e farmaci, attraverso la regolamentazione e il monitoraggio dei contenuti, delle confezioni e della vendita
- sviluppare un processo di etichettatura degli alimenti chiaro e comprensibile, per aiutare i consumatori a scegliere cibi più sani
- tramite accordi volontari oppure obbligatori, lavorare con l'industria per ridurre i livelli di sali, grassi e zuccheri aggiunti ai prodotti alimentari e la vendita di cibi e bevande troppo calorici e poco nutrienti per i bambini

- regolamentare l'ambiente urbano, per esempio attraverso la valutazione dell'impatto sulla salute del trasporto e delle proposte di sviluppo urbano, per incentivare lo spostamento a piedi e in bicicletta, ridurre il sovraffollamento e aumentare le opportunità di interazione sociale
- promuovere la sicurezza ambientale e sul posto di lavoro, controllando l'inquinamento dell'aria e l'esposizione alle polveri e ai prodotti chimici pericolosi, agli agenti fisici e biologici, in particolare durante la gravidanza, l'infanzia e l'adolescenza.

Utilizzare misure fiscali per promuovere scelte più salutari:

- cooperare con i settori economici e agricoli a livello internazionale, nazionale e locale per incrementare la disponibilità di frutta, verdura e altri alimenti più sani a prezzi più convenienti
- collaborare con l'industria e altri fornitori per migliorare l'accesso a servizi più convenienti che promuovano l'attività fisica
- utilizzare i sussidi per influenzare il comportamento alimentare in ambienti come la scuola e i luoghi di lavoro
- eliminare i sussidi per la produzione di beni non salutari come il tabacco e trasferire gradualmente i sussidi dalla carne e dai prodotti caseari a quelli ortofrutticoli
- attuare una politica di tassazione che assicuri un prezzo reale elevato per i prodotti del tabacco e gli alcolici
- attuare una politica fiscale che promuova un trasporto più ecologico e sostenibile, con incentivi per andare a piedi, in bicicletta o con i mezzi pubblici
- valutare la possibilità di impiegare tasse sul cibo e altre misure fiscali per influenzare alimentazione e comportamento.

Utilizzare i finanziamenti sulla salute per indurre dei cambiamenti:

- considerare lo stanziamento finanziario come mezzo per redistribuire le risorse in base alle diverse esigenze, al carico di malattia, al contenimento dei costi degli interventi e al potenziale miglioramento della salute, tenendo presente "il carico doppio" delle malattie trasmissibili e non trasmissibili in alcuni Paesi
- prendere in considerazione l'eventualità di usare le risorse generate dalle "tasse del peccato" (sul tabacco, sull'alcol, ecc) per finanziare le attività di promozione della salute, soprattutto dove il carico di malattia è maggiore e privilegiando gli interventi che affrontano più fattori o comportamenti a rischio, piuttosto che solo il semplice controllo del consumo di tabacco e alcol
- impiegare i modelli di finanziamento per la sanità per ridurre le barriere economiche nell'assistenza e assicurare l'accesso generale ai servizi preventivi e alle cure di base
- considerare di impiegare degli incentivi finanziari per migliorare i servizi di prevenzione e la qualità dell'assistenza ai malati cronici, per esempio attraverso un meccanismo di pagamento dei medici di base.

Competenze

55. Sono previste tre principali risorse all'interno di un sistema sanitario: risorse umane (operatori sanitari, specialisti di sanità pubblica, ecc), infrastrutture (edifici, attrezzature, ecc) e beni di consumo (farmaci, tecnologie, ecc). L'investimento in queste risorse è necessario per produrre interventi sanitari di alta qualità e offrire una grossa varietà di servizi.
56. I punti chiave riguardo alle risorse umane sono la formazione di un numero adeguato e delle tipologie necessarie di operatori sanitari, la giusta collocazione e la competenza, qualità e produttività di questi operatori. Lo spostamento dell'equilibrio dai problemi di salute acuti a

quelli cronici pone nuove e diverse richieste al personale sanitario, le cui abilità e competenze devono essere ampliate per sostenere un modello di assistenza integrato e più centrato sul paziente²¹. Un problema particolare che riguarda l'Europa è la sfida per mantenere la disponibilità, le abilità e la motivazione nel sistema della sanità pubblica, soprattutto considerando le alternative più attraenti disponibili altrove e che si possono ottenere andando all'estero. In ambito sanitario, i medici clinici potrebbero essere percepiti come dotati di un maggior "prestigio sociale" rispetto agli operatori della sanità pubblica. Viceversa, il lavoro "invisibile" di coloro che si occupano di prevenzione e promozione della salute spesso non viene riconosciuto abbastanza in termini di istruzione, politiche relative al personale sanitario e opportunità di carriera.

57. Di seguito sono mostrati alcuni esempi di azioni specifiche.

Investire nelle risorse umane in campo sanitario:

- formare gli operatori sanitari presenti e futuri per migliorarne le conoscenze e le competenze nella prevenzione e controllo delle malattie croniche, favorendo una modalità di assistenza che tenga conto delle differenze socioculturali e di genere
- rafforzare competenze e infrastrutture della sanità pubblica puntando su una formazione mirata nella definizione delle politiche di intervento, sulla ricerca e sulle competenze della sanità pubblica e ricercando i mezzi per migliorare la disponibilità, la motivazione e la distribuzione degli operatori
- preparare i pazienti a essere una risorsa per sé e per gli altri nella gestione della malattia e nella prevenzione, per esempio adottando il modello del "paziente esperto"
- fare un uso migliore delle risorse umane già esistenti, per esempio aumentando le opportunità di promozione della salute e prevenzione nel lavoro di infermieri, dentisti e farmacisti.

Sviluppare strutture, laboratori, attrezzature, tecnologie e farmaci:

- assicurare che le attrezzature di base necessarie per la prevenzione, come i dispositivi per misurare la pressione, le bilance, i misuratori di picco di flusso respiratorio e i glucometri, siano precisi, affidabili e facilmente disponibili
- utilizzare la valutazione delle tecnologie sanitarie come strumento per passare dalle tecnologie più costose a quelle più convenienti e appropriate
- assicurare una formazione adeguata sull'utilizzo e la manutenzione delle tecnologie più costose, in modo da trarre il massimo beneficio dall'investimento
- sostenere l'adesione dei pazienti alle terapie (per assicurarne l'accesso a cure efficaci), insegnando loro l'uso corretto di strumenti sanitari come i glucometri, favorendo l'autogestione della malattia.

Supporto alla comunità

58. Gli individui possono appartenere a comunità diverse, definite secondo geografia, occupazione, gruppi sociali, attività e interessi condivisi. Queste persone possono condividere aspetti culturali, valori e norme e possono essere concordi su temi e obiettivi comuni. Le comunità possono sostenere le persone attraverso l'istituzione di reti sociali e la mobilitazione dell'assistenza sociale. Queste, insieme, possono promuovere la coesione e sostenere gli individui nei passaggi più difficili della vita o in caso di vulnerabilità. La comunità può agire sulla salute degli individui favorendo l'azione collettiva, che può influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute, la qualità della vita e il benessere di tutti. Luoghi quotidiani come la scuola o il posto di lavoro sono contesti in cui gli individui possono modificare attivamente l'ambiente e creare o risolvere i problemi di salute. Le comunità possono anche organizzarsi in modo che gli individui e le famiglie si assumano alcune responsa-

bilità per favorire il benessere e la salute, sia per sé che per gli altri. Ecco quindi, per esempio, che alcune associazioni di pazienti o gruppi di supporto assistono le famiglie e i pazienti che soffrono di un particolare disturbo cronico. Il trasferimento di poteri alle comunità per facilitarne l'organizzazione e il coinvolgimento nel dibattito pubblico e nella fase decisionale è fondamentale per progredire verso una maggiore equità nel diritto alla salute.

57. Di seguito sono riportati alcuni esempi di azioni specifiche.

Sviluppare comunità di sostegno che favoriscano i fattori protettivi:

- spronare gli individui ad agire per promuovere la propria salute e quella della propria famiglia
- incoraggiare la partecipazione sociale e rafforzare i mezzi per il supporto sociale, come l'istituzione delle reti all'interno della comunità o la creazione di luoghi di interazione
- promuovere la responsabilità sociale, l'accettazione e la comprensione delle diversità sociali ed etniche, per migliorare l'integrazione delle minoranze.

Lavorare sistematicamente nei diversi settori per ridurre i fattori di stress e migliorare la capacità di ripresa:

- promuovere la salute fin dai primi anni di vita, supportando adeguatamente le relazioni tra genitori e figli dalla nascita, assistendo i genitori con figli piccoli e le giovani madri nello sviluppo delle competenze genitoriali
- ridurre gli abusi sui bambini e l'abbandono, lottando contro tutte le violenze sessuali, che comportano anche un maggiore rischio di malattie fisiche e mentali in età adulta.

Promuovere la salute in ambienti strategici come scuole, ospedali, posti di lavoro:

- promuovere il "trasporto attivo", specialmente per recarsi a scuola o al lavoro
- migliorare i servizi di refezione scolastica e di mensa nei posti di lavoro, assicurando scelte alimentari più corrette
- adattare i posti di lavoro e stimolare i cambiamenti nell'ambiente urbano in modo da incentivare l'attività fisica.

Permettere a tutti i membri della comunità di esprimersi al meglio:

- assicurare a tutti i membri di una comunità le stesse opportunità di migliorare la propria salute
- aumentare le opportunità educative e occupazionali per le persone con problemi psichici
- rimuovere le barriere all'occupazione, come le discriminazioni verso i disabili e i malati cronici come i diabetici
- assistere le persone anziane facendo in modo che si mantengano fisicamente attive e indipendenti più a lungo possibile.

Erogazione dei servizi sanitari

60. In un sistema sanitario, fornire servizi implica trovare il modo più efficiente di produrre e rendere accessibile la migliore combinazione possibile di servizi. Le sfide fondamentali sono assicurare la copertura della popolazione in termini di assistenza di base, fare in modo che i servizi siano veramente rivolti agli utenti e che la qualità, la sicurezza e la reattività dei servizi siano monitorate e migliorate. Un'organizzazione adeguata dei servizi e la gestione dei servizi di informazione possono favorire questo processo.

61. Per affrontare efficacemente l'attuale carico di malattia, occorre spostare l'attenzione da un modello medico e curativo di assistenza sanitaria, in grado di fornire solo un supporto im-

mediato, non programmato ed episodico, a un sistema maggiormente adeguato ai malati cronici. Occorre un approccio più sistematico ed efficace, in grado di fornire assistenza in base alla richiesta, in collaborazione con i pazienti affetti da disturbi cronici o a lungo termine. Questa assistenza personalizzata dovrebbe avvenire in un contesto ambientale favorevole, in grado di promuovere le opportunità di salute.

62. Di seguito, alcuni suggerimenti per azioni specifiche.

Spostare il paradigma dell'assistenza verso un modello per le malattie croniche:

- migliorare l'integrazione tra le diverse strutture assistenziali (strutture di assistenza primaria, ospedali, pronto soccorso, ecc), per esempio attraverso la gestione dei casi e l'istituzione di team multidisciplinari.

Rendere i servizi sanitari più attivi nella promozione della salute:

- sfruttare i fattori di stimolo già citati (istruzione, formazione, finanziamenti) per aumentare le opportunità di promozione della salute e prevenzione delle malattie
- assicurarsi che lo staff ospedaliero e le procedure di assistenza supportino l'allattamento al seno fin dall'inizio, in tutte le sue fasi.

Migliorare gli standard di assistenza:

- utilizzare gli indicatori delle prestazioni dei sistemi sanitari e i meccanismi di controllo di qualità per misurare, monitorare e presentare con relazioni regolari la qualità dell'assistenza fornita
- stabilire, sulla base delle evidenze scientifiche, come supportare i medici ospedalieri nella pratica clinica e nell'attuazione delle linee guida
- nei malati cronici, sviluppare la capacità di migliorare la qualità dell'assistenza ricevuta e dei risultati sulla propria salute, per esempio insegnando e stimolando i pazienti a controllare meglio il proprio disturbo, dotandoli anche degli strumenti adeguati
- sfruttare degli incentivi finanziari, per esempio, incrementando i pagamenti al crescere della qualità delle prestazioni cliniche.

Migliorare la programmazione e la fornitura dei servizi:

- creare modelli e reti di servizi che vadano oltre i confini dell'assistenza sociosanitaria, puntando su servizi basati sulla comunità che favoriscano i pazienti con malattie croniche
- sviluppare e attuare programmi nazionali di assistenza per affrontare le malattie dall'impatto maggiore, come il diabete e le cardiopatie, individuandone le caratteristiche specifiche e le necessità dei pazienti che già convivono con la malattia, delle loro famiglie e degli operatori sanitari
- mettere in piedi servizi rivolti specificamente ai giovani e agli anziani, tenendo anche in considerazione le problematiche di genere
- migliorare l'equità, la convenienza e l'accessibilità ai servizi fra i gruppi emarginati e disagiati
- garantire la presenza di rappresentanti degli utenti e degli addetti all'assistenza nei gruppi responsabili della programmazione, della fornitura, del monitoraggio e dell'ispezione dei servizi
- garantire che tutti i programmi di prevenzione e cura tengano conto del principio di pari opportunità, impiegando sia uomini che donne nella fase di progettazione.

Passare all'azione

La situazione attuale in Europa

63. **L'Europa è varia e i diversi Paesi non si trovano allo stesso livello nella lotta alle malattie croniche.** Nella maggior parte dei casi sono già in vigore diverse misure di intervento che riguardano le malattie croniche e i loro fattori di rischio (tabella 2). Questa situazione riflette l'ampia varietà delle problematiche di questa sfida che i Paesi devono affrontare e delle loro capacità di reazione. Negli ultimi cinque anni sono emerse tendenze positive, con un numero sempre maggiore di Paesi che sviluppano politiche d'intervento specifiche e leggi *ad hoc* per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, anche prevedendo voci di bilancio dedicate. Ancora adesso è più facile che i Paesi seguano protocolli nazionali o mettano in atto linee guida e procedure standard per malattie come il diabete, le cardiopatie e il cancro, piuttosto che avere strumenti analoghi per controllare il peso corporeo o l'attività fisica.

Tabella 2: politiche, programmi e legislazioni relative alle malattie croniche in vigore nei Paesi europei: percentuale dei Paesi coinvolti con le misure rilevanti in vigore

	politica nazionale di sanità pubblica	programma nazionale specifico	norma specifica, legge, legislazione, decreto ministeriale
prevenzione e controllo delle malattie croniche	74	--	--
controllo del consumo di tabacco	74	66	97
alimentazione/dieta	63	53	92
attività fisica	50	45	74
controllo del consumo di alcol	50	45	34
ipertensione	40	42	--
diabete	53	53	--
malattie cardiovascolari	53	53	--
ictus	48	37	--
tumori	61	61	--
malattie respiratorie croniche	34	26	--
altre malattie croniche	26	26	--

Fonte: indagine Oms sulle politiche di intervento e sulle competenze relative alle malattie croniche in vigore in Europa tra il 2005 e il 2006: hanno risposto 38 dei 52 Paesi

64. **I Paesi hanno percorso strade diverse per arrivare allo stadio attuale.** Spesso il punto di partenza è un singolo fattore di rischio o una singola malattia, probabilmente dietro la spinta di un interesse del ministero della salute o dell'università. Non è raro trovare Paesi dotati di un piano di prevenzione dei tumori o delle malattie cardiovascolari, insieme a misure di controllo del tabagismo o dell'alimentazione. Nelle fasi iniziali queste attività possono avere una portata limitata e non essere integrate fra loro. Nel tempo, l'azione può estendersi e acquisire una natura più intersettoriale, ma se questi programmi agiscono solo in verticale e non si connettono in maniera orizzontale si perdono delle occasioni, si raddoppia lo sforzo e si spreca risorse.

65. In alcuni Paesi, la prevenzione delle malattie croniche potrebbe essere integrata e riguardare più fattori di rischio o malattie differenti. Per esempio, dovrebbe esserci un'unica strategia su alimentazione, attività fisica e prevenzione dell'obesità. Mentre sono stati fatti progressi significativi nella prevenzione a livello di popolazione, sono andate perse le occasioni di coinvolgere e orientare il sistema sanitario verso iniziative più allargate di natura sociale per affrontare i determinanti di salute. Per esempio, se anche esistono linee guida nazionali per

la prevenzione delle malattie cardiovascolari che hanno un approccio multisettoriale, spesso i sistemi sanitari rimangono inadeguati a metterle in pratica, specialmente nell'ambito dell'assistenza primaria. Analogamente, per quanto un Paese si concentri sulla necessità di ridurre le disuguaglianze o di migliorare l'impatto dell'ambiente sulla salute, non sempre quest'azione è collegata alla prevenzione delle malattie croniche.

66. Soltanto in pochi Paesi c'è un approccio globale e integrato alla prevenzione e al controllo delle malattie croniche. In questo scenario, l'ideale per un'azione efficace sarebbe un approccio multisettoriale alla prevenzione delle malattie croniche, centrato su fattori di rischio comuni e rivolto sia alla popolazione generale, sia ai gruppi ad alto rischio. Ci sarebbe così l'opportunità di migliorare la promozione della salute e la prevenzione delle malattie nell'ambito dei servizi sanitari, grazie anche al miglioramento dell'assistenza primaria, alla riforma del sistema sanitario e a meccanismi di finanziamento adeguati. Eventuali carenze nella qualità dell'assistenza ai malati cronici verrebbero individuate e affrontate con programmi adeguati, monitorando le prestazioni e coinvolgendo gli utenti e gli operatori nella programmazione e nella fornitura. Gli sforzi per affrontare i determinanti di salute andrebbero integrati fra loro e collegati: le politiche sanitarie nazionali concentrate su singole malattie dovrebbero essere sostituite o integrate con quelle dirette sulle cause a monte, i determinanti di salute. In questo modo si potrebbero identificare le possibilità di intervento per ridurre sistematicamente le disparità sanitarie: la valutazione dell'impatto sulla salute verrebbe istituzionalizzata e si favorirebbero quelle politiche all'insegna del principio "salute per tutti".

Fare un passo avanti

67. **I governi hanno un ruolo strategico nella lotta alle malattie croniche.** Fra le loro responsabilità c'è anche il ruolo fondamentale di guida nella risposta a queste malattie, e i ministeri della salute sono particolarmente coinvolti nel promuovere e richiedere i cambiamenti (vedi punti 46-47), nel coordinamento e nell'agevolazione dei contributi governativi e settoriali. La prevenzione delle malattie croniche va considerata come un investimento in salute e sviluppo, fondamentale per ridurre le disparità sanitarie. Tutti risentirebbero di una mancanza di intervento. Da parte dei livelli superiori del governo ci deve essere l'impegno per migliorare la salute e ridurre le disparità, ma anche di informare e indirizzare tutte le politiche di intervento verso un obiettivo comune. Occorre investire nella salute sia all'interno che all'esterno del settore sanitario, eventualmente redistribuendo le risorse, se necessario. Per ottenere un impegno di alto livello e il sostegno per un'azione integrata, i governi possono avere bisogno di istituire dei comitati esecutivi di governo con il potere di assegnare le risorse dipartimentali singolarmente e, a livello di collettività, con l'autorità di promuovere il cambiamento, coordinare gli interventi, monitorare l'impatto e avere la responsabilità per il conseguimento dell'obiettivo. Le risorse sono essenziali per l'attuazione della strategia e devono essere commisurate all'obiettivo da raggiungere.
68. **Per formulare e attuare una risposta al problema delle malattie croniche occorre coinvolgere diversi soggetti interessati**, a tutti i livelli. Tra i soggetti che possono collaborare con il governo ci sono: altre autorità nazionali e internazionali, per esempio responsabili di sanità, alimentazione, agricoltura, finanza, ambiente e trasporti, istruzione e attività per i giovani, sport e attività ricreative; i pianificatori sanitari e sociali, i fornitori e gli operatori; le agenzie di sanità pubblica e gli istituti di ricerca; i pianificatori urbanistici; il settore privato, l'industria e gli imprenditori; le organizzazioni non governative e le associazioni professionali; la società civile (pazienti, badanti e pubblico in generale); la stampa. Le industrie possono avere un ruolo significativo nel promuovere stili di vita, scelte e opportunità saluta-

ri, purché si impegnino a mantenere questa linea all'insegna della salute anche in tutte le altre pratiche commerciali. Potenzialmente, l'industria può influire sulla produzione e la vendita dei prodotti, ma anche sulle responsabilità dei datori di lavoro e sul loro impatto sulle comunità locali. Un patto di collaborazione, un forum, una piattaforma o un'alleanza delle parti interessate possono facilitare il lavoro multisettoriale.

69. **L'obiettivo di salute più importante è ridurre le disparità sociali correlate alle malattie croniche.** In tutti i Paesi c'è un legame significativo tra status sociale e morbilità e mortalità per malattie croniche. Ignorare questo fatto potrà soltanto ostacolare il processo di miglioramento della salute della popolazione. Grazie a una strategia globale per prevenire e controllare le malattie croniche nel settore sanitario e ad approcci multisettoriali per affrontare i determinanti sociali più importanti, si possono individuare le opportunità di intervento più appropriate ed efficaci per ridurre le disparità sanitarie e definire le priorità.
70. **La fase decisionale del governo dovrebbe svolgersi in modo trasparente** ed essere aperta al dibattito e alla valutazione del pubblico, riconoscendo le incertezze e limiti delle conoscenze attuali ma bilanciando la portata del rischio. Un'ampia e aperta consultazione sulle proposte e sui programmi può migliorarne la qualità e facilitarne l'accettazione e l'attuazione. Questo può richiedere nuovi meccanismi, come la valutazione regolare dell'impatto sulla salute, per facilitare il dibattito pubblico su questi temi. I media hanno un ruolo importante nel comunicare al pubblico i temi più caldi. Anche la società civile e le organizzazioni non governative possono avere un ruolo importante nell'indirizzare i consumatori su certi temi, stimolando l'azione, creando lobby e influenzando il governo a cambiare le cose e agendo come organismo di vigilanza per l'attuazione della strategia.
71. **I Paesi hanno bisogno di costruire su quanto è già in atto e dove è presente.** Molti approcci e iniziative già esistono, ma si trovano in stadi di sviluppo e di attuazione differenti, con diversi livelli di successo: in questo modo si perdono notevoli opportunità di coerenza e sinergia degli sforzi. Per esempio, integrando gli impegni già assunti su problemi diversi, come consumo di tabacco e alcol, salute psichica, ambiente e salute infantile si raggiungerà un risultato migliore. Un gruppo che coordini i diversi governi e un piano d'azione potrebbero fungere da punto di riferimento per i vari programmi congiunti dell'Oms e per le strategie collegate alla prevenzione delle malattie croniche, incluso il lavoro da parte delle rispettive controparti dell'Oms a livello nazionale. Alcuni Stati membri hanno nominato all'interno degli istituti nazionali di salute pubblica delle agenzie con funzioni di sostegno, mediazione, monitoraggio e valutazione delle strategie sulle malattie croniche, in grado anche di fare da consulenti nelle decisioni politiche.
72. **La strategia europea sulle malattie croniche dà la possibilità di stabilire un programma quadro unitario,** una sorta di ombrello che copre tutte le singole componenti verso un obiettivo comune. In questo senso, i Paesi dovrebbero considerare le seguenti fasi:
- riunire insieme tutti i soggetti che hanno facoltà decisionali nel campo della salute, non solo nell'ambito del sistema sanitario, ma anche nella società allargata, compresi gli altri settori governativi le cui politiche possono influenzare la salute
 - fare un'analisi della situazione che prenda in esame la dimensione del problema e tutti i suoi aspetti (socioeconomici, etnici, geografici, di genere) che possono contribuire a identificare le opportunità e priorità di azione
 - valutare gli interventi già in atto, la competenze e le risorse attuali, i punti di forza e di debolezza, il divario attuale e le opportunità
 - tra i diversi interventi possibili basati sulle evidenze scientifiche, scegliere quelli più importanti e più facilmente realizzabili nel contesto nazionale

- definire obiettivi chiari e specifici, in accordo con le particolari esigenze e priorità del Paese, che siano espliciti e abbiano una certa rilevanza a livello locale
- sviluppare un piano d'attuazione che indichi chiaramente cosa debba essere fatto, da chi e quando, identificando i ruoli delle diverse parti in gioco e i principali propulsori del cambiamento
- mettere in piedi sistemi per monitorare e valutare sistematicamente politiche e programmi di intervento, per dare poi un ritorno agli enti responsabili.

73. **Monitoraggio, valutazione e sorveglianza sono punti particolarmente importanti.** Dei 38 Paesi europei che hanno risposto alla già citata indagine dell'Oms (vedi tabella 2), 32 hanno un sistema informativo nazionale che copre le malattie croniche e i principali fattori di rischio, 35 includono le malattie croniche nel rapporto annuale sulla salute e 29 considerano le malattie croniche nel loro sistema di sorveglianza regolare, o di routine. Tuttavia, i Paesi tendono a inserire nel proprio sistema di sorveglianza delle malattie croniche soprattutto diabete, malattie cardiovascolari e tumori, piuttosto che fattori di rischio come tabagismo, alimentazione, mancanza di attività fisica e consumo di alcol. L'azione del governo dovrebbe tenere in particolare considerazione i seguenti punti:

- i sistemi informativi devono avere competenze e qualità sufficiente per fornire dati utili nella fase decisionale, nella definizione delle priorità e nello stanziamento delle risorse
- i normali sistemi di sorveglianza devono essere in grado di monitorare la salute della popolazione, valutare gli aspetti necessari per divenire parte integrante dell'intervento e ci devono essere finanziamenti sufficienti per la ricerca nella sanità pubblica, in particolare per le misure di contenimento dei costi e gli interventi a livello di popolazione
- i sistemi di sorveglianza devono tenere conto di tutte le informazioni rilevanti raccolte tra i settori e i dati dovrebbero essere raccolti, analizzati e riportati per età, sesso, etnia per facilitare il monitoraggio delle disparità
- considerata l'ampiezza della strategia e la natura multifattoriale delle malattie croniche, diventa essenziale utilizzare un'ampia serie di indicatori nel monitoraggio del processo e dei risultati, valutando i determinanti di salute, i fattori di rischio e le malattie
- le agenzie di sanità pubblica e gli istituti di ricerca potrebbero aver bisogno di maggior supporto e competenze, per assumere un ruolo nuovo e più ampio nell'assistenza tecnica.

74. **Tutti i Paesi europei possono affrontare efficacemente le malattie croniche, nonostante le differenze in termini di risorse e competenze.** Fra le soluzioni di efficacia comprovata si va da quelle relativamente convenienti, come la tassa sul tabacco, a quelle più costose, come l'impiego delle statine, da quelle più semplici, come il monitoraggio e il controllo della pressione, a quelle più complesse come le unità coronariche²². Tutti i Paesi hanno interesse a utilizzare le risorse, solitamente limitate, nel modo più efficiente possibile. Gli interventi di basso impatto o con uno scarso rapporto costo-efficacia possono essere progressivamente ridotti, se sono già utilizzati su larga scala, oppure, se la copertura attuale è bassa, non implementati. Viceversa, andrebbe favorita la diffusione degli interventi ad alto impatto o con un buon rapporto costo-efficacia: non sfruttarli sarebbe un'opportunità persa. L'insieme delle misure attuate da un Paese dipende dal contesto: per esempio, alcuni interventi dipendono più di altri dal livello di capacità istituzionale e organizzativa del sistema sanitario. Lo stanziamento delle risorse e la definizione delle priorità fra le malattie o gli interventi sanitari sono influenzati anche da fattori epidemiologici, medici, politici, etici e culturali.

Guardare al futuro: le tappe successive

75. Oggi la principale sfida di sanità pubblica che l'Europa deve affrontare è ridurre la minaccia delle malattie croniche. Scopo di questa strategia è fornire un approccio globale e orientato all'azione per la prevenzione e controllare queste patologie. Per quanto siano diversi e presentino una grande varietà di problematiche, tutti i Paesi europei possono reagire in modo efficace.

76. L'Oms può supportare il lavoro degli Stati membri in diversi modi.

Rafforzare la cooperazione internazionale, bilaterale e multilaterale:

- facilitare l'impegno politico sollecitando gli investimenti nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche, temi importanti da inserire nell'agenda politica
- istituire meccanismi di intervento sui determinanti di salute attraverso un approccio multi-settoriale, in particolare per le questioni sovranazionali
- stringere alleanze con i principali attori internazionali in Europa, comprese le organizzazioni intergovernative e non governative, per favorire il sostegno e l'intervento contro le malattie croniche
- creare una rete di controparti nazionali come meccanismo consultivo dell'Oms per favorire l'attuazione della strategia europea contro le malattie croniche.

Facilitare lo scambio delle informazioni, la collaborazione tecnica e l'acquisizione di competenze:

- rafforzare il ruolo di riferimento dell'Oms nell'assistenza ai Paesi
- aumentare il coordinamento, la coerenza e la sinergia tra i programmi attuali che affrontano aspetti diversi della prevenzione e del controllo delle malattie croniche
- produrre un rapporto europeo sulle malattie croniche a supporto di questa strategia, oltre a diversi strumenti utili per lo sviluppo, il monitoraggio e la comunicazione degli interventi
- pubblicare casi di studio ed esempi di buona prassi.

Ricerca, monitoraggio e sorveglianza:

- collaborare con le altre agenzie per migliorare la sorveglianza delle malattie croniche all'interno dei Paesi e in tutta l'Europa
- sviluppare e adattare gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione degli interventi, tenendo conto delle variabili socioeconomiche e di genere
- identificare, e successivamente ridurre, le carenze nella ricerca sui temi importanti per la sanità pubblica.

Riferimenti bibliografici

- ¹ *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale*. Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2005
(http://who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Italian%20full%20report.pdf).
- ² *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*. Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2005
(http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050909_1).
- ³ Wilkinson R., Marmot M. (ed), *Social determinants of health: the solid facts*. Seconda edizione. Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2005
(<http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>).
- ⁴ Mackenbach JP., *Health inequalities: Europe in profile*. Bruxelles, Commissione Europea, 2006
(http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf).
- ⁵ *Supporting people with long-term conditions. An Nhs and social care model to support local innovation and integration*. Londra, Dipartimento della Salute, 2005
(<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/09/98/68/04099868.pdf>).
- ⁶ *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2003 (http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/).
- ⁷ Third Joint European Societies' task Force on cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice, "European Guidelines for Cvd Prevention". *European Journal of cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2003; 10: Supplement 1.
- ⁸ *National cancer control guidelines: policies and managerial guidelines*. Seconda edizione. Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2002
(<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>).
- ⁹ *Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice*. Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2006 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_gep/index.htm).
- ¹⁰ *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*. Summary report. Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2004
(http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf).
- ¹¹ *European action towards better musculoskeletal health. A public health strategy to reduce the burden of musculoskeletal conditions*. Lund, Ospedale universitario di ortopedia, 2000
(http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_15_en.pdf).
- ¹² Rechel B., Shapo L., McKee M., *Millennium Development Goals for health in Europe and Central Asia: relevance and policy implications*. Washington, Banca Mondiale, 2004 (World Bank Working Paper n. 33).
- ¹³ *Dying too young: addressing premature mortality and ill health among the Russian working population*. Washington, Banca Mondiale, 2005 (World Bank Report n. 32377-RU).

¹⁴ Wanless D., *Securing good health for the whole population. Final report*. Londra, HM Treasury, 2004 (http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm).

¹⁵ *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2005 (European Health for All Series, n. 7, <http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf>).

¹⁶ *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2005 (http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/print.html).

¹⁷ *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2000 (<http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>).

¹⁸ *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The Cindi vision*. Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2004 (<http://www.euro.who.int/document/E83057.pdf>).

¹⁹ *Next phase of the Who Regional Office for Europe's Country Strategy: Strengthening health systems* (<http://www.euro.who.int/document/RC55/edoc09rev1.pdf>) e *Strengthening European health systems as a continuation of the Who Regional Office for Europe's Country Strategy "Matching services to new needs"* (Comitato regionale dell'Oms Europa, risoluzione EUR/RC55/R8, http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_2). Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2005.

²⁰ *The Mexico Statement on Health Research. Knowledge for better health: strengthening health systems*. Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2005 (allegato al documento A58/22 dell'Assemblea mondiale sulla salute, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_22-en.pdf).

²¹ *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions*. Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2005 (http://www.who.int/chronic_conditions/resources/workforce_report.pdf).

²² Jamison DT. et al (ed), *Disease control priorities in developing countries*. Seconda edizione. Washington, Ibrd/Banca Mondiale e Oxford University Press, 2006 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?call=bv.View..ShowTOC&rid=dcp2.TOC&depth=2>).