

Introduzione

L'impatto delle malattie croniche in Italia e negli altri paesi industrializzati è in continua crescita. I dati forniti dall'OMS¹ indicano che l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute ed il 75% delle spese sanitarie nei paesi europei sono causati da malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale, disturbi muscoloscheletrici ed altre malattie croniche. Più del 33% delle malattie nei bambini al di sotto dei 5 anni è dovuto a fattori ambientali. Prevenire l'esposizione a questi fattori di rischio salverebbe circa 4 milioni di vite all'anno solo fra i bambini, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo²

E' stato ampiamente dimostrato che la correzione dei principali fattori di rischio (fumo di tabacco, l'inquinamento ambientale, l'obesità, l'alimentazione scorretta, la sedentarietà, l'abuso di alcool) conduce in genere ad una riduzione delle malattie ad essi correlati, oppure quando questi non sono identificabili o risultano difficilmente rimovibili, un appropriato approccio diagnostico-terapeutico, può contrastare l'incremento di mortalità e morbosità, specialmente nei gruppi di popolazione socialmente ed economicamente più svantaggiati.

La situazione italiana

Le caratteristiche strutturali e epidemiologiche dell'Italia quali l'invecchiamento della popolazione, la ridotta natalità, l'aumento della cronicità, indicano come prioritarie le aree delle malattie cardiovascolari (principale causa di morte e di consumo di risorse sanitarie), dei tumori (prima causa di anni di vita potenziali persi), il diabete che colpisce circa 2 milioni di persone; il 40% dei diabetici è in soprappeso mentre gli obesi sono il 32% ed il 2/5 del campione considerato non svolge alcuna attività fisica (Fonte. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008). L'obesità inoltre è in aumento nell'insieme della popolazione e nei bambini, i giovani continuano ad essere attratti dal fumo di tabacco, le classi economiche più disagiate restano le quelle maggiormente esposte ai fattori di rischio, specialmente il fumo di tabacco, e abuso di alcool, sedentarietà ed alimentazione non corretta. Inoltre la prevalenza di patologie croniche dell'anziano è aumentata di circa il 50% negli ultimi 10 anni. Tali condizioni influenzabili da comportamenti individuali, sono fortemente sostenute anche da fattori ambientali e socioeconomici. Questi dati sottolineano l'importanza di iniziative volte a rilanciare la prevenzione sanitaria e della promozione della salute.

L'impegno nazionale

Il Ministero della salute e le Regioni si sono impegnate nella lotta alle malattie croniche nel piano nazionale di prevenzione attiva condiviso a Cernobbio nell'aprile del 2004. Il passo conseguente è stato l'istituzione del CCM, per creare un coordinamento (tra regioni, ministero, ISS, IZPS, IRRCS, la sanità militare, le agenzie regionali, gli osservatori ecc) per attuare in tutto il paese, in maniera uniforme, gli obiettivi di salute attraverso interventi di Prevenzione Attiva, offerti alla popolazione generale o ai gruppi più a rischio per malattie di rilevanza sociale, che vedono coinvolti in maniera integrata i vari attori del SSN impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria. Le altre istituzioni anche non sanitarie (della scuola, del lavoro, dell'ambiente, etc) devono cooperare attivamente per il raggiungimento degli obiettivi di salute. Gli ambiti del Piano nazionale di prevenzione attiva per il triennio 2005-2007, scaturiti dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, sono: la prevenzione della patologia cardiovascolare, la prevenzione delle complicanze del diabete, la diagnosi precoce dei tumori, le vaccinazioni, e la prevenzione degli incidenti stradali e domestici.

¹ Preventing chronic diseases: a vital investment, WHO, 2004

² Preventing disease through healthy environments: towards an estimate of the environmental burden of disease, WHO, 2006 http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease

Il Piano riconosce un punto alto di integrazione istituzionale scientifico tra i livelli di governo centrale ed i governi territoriali che si realizza attraverso il CCM

Inoltre il CCM con studio *PASSI*³ Sostiene le Regioni e l'Istituto Superiore di Sanità per sviluppare la sorveglianza sui fattori di rischio delle malattie croniche e le misure preventive e svolge anche attività di sostegno agli interventi intersettoriali, sviluppo di progetti per sostenere interventi regionali, di coordinamento tra i diversi attori ed il monitoraggio degli interventi.

Il PSN 2006-2008 in continuità con gli obiettivi strategici previsti dal precedente Piano 2003-2005 propone l'implementazione delle attività di informazione ed educazione sulle specifiche fonti di rischio (lavoro ambiente domestico, traffico, stili di vita), alle fasce di popolazione più a rischio (bambini, giovani, anziani, lavoratori).

Infine il Piano indica tra gli obiettivi strategici lo sviluppo di programmi per la tutela dell'ambiente, inteso come fattore di qualità della salute e propone di implementare la sorveglianza dei fattori di rischio ambientali e comportamentali, un sistema di sorveglianza degli incidenti stradali negli ambienti domestici e negli ambienti di lavoro, l'adozione di misure di prevenzione da adottare negli ambienti di vita indoor ed outdoor. Il Ministero si è impegnato in modo particolare in iniziative mirate a : ridurre l'esposizione al fumo passivo, prevenire l'iniziazione al fumo e sostenere la cessazione dal fumo attraverso azioni di sostegno per l'applicazione del divieto di fumo e di contrasto al fumo (promozione di luoghi di lavoro senza fumo, campagne di informazione specifiche per i nuovi fumatori, campagne di informazione per i giovani non ancora fumatori, sistemi di valutazione di impatto delle attività preventive).

Il Piano propone inoltre interventi mirati al mondo dell'infanzia e dell'adolescenza per la promozione di abitudini non sedentarie e la promozione di una corretta alimentazione. Contrastare il sovrappeso e l'obesità nelle giovani generazioni attraverso interventi che devono riguardare non soltanto l'abitazione e la famiglia ma anche la scuola e la città (educare ed investire in attività motorie e spazi liberi per attività fisica e per piste ciclabili ed infine diffondere la cultura dei cibi sani e di una alimentazione corretta. La scuola è indicata come l'ambito privilegiato di questi interventi, ma il patto con le altre istituzioni è fondamentale perché sono necessari investimenti individuali e collettivi. A titolo di esempio, abbiamo anche cercato di immaginare quali potessero essere le partnership da coinvolgere negli interventi, dalle Istituzioni ai privati, alle società scientifiche, alle associazioni, lasciando, comunque, le Regioni libere di decidere tra queste o le altre possibilità per ogni singola linea di intervento.

Ad esempio la prevenzione dell'iniziazione dei giovani al fumo può attuarsi tramite l'attivazione di interventi integrati di educazione alla salute rivolti ai ragazzi in età scolare (scuola media inferiore e primi anni della scuola superiore); la disassuefazione può essere favorita tramite il contributo dei MMG, i Centri Antifumo, l'attivazione presso ASL e Aziende ospedaliere di funzioni dedicate; la sospensione del fumo in gravidanza si può ottenere tramite interventi di informazione e l'organizzazione di sistemi di assistenza per le donne che fumano in gravidanza. Per la protezione della salute dei non fumatori possono essere attivate azioni di sostegno e di monitoraggio all'applicazione della legge 3/2003, attraverso una costante azione di informazione educazione sanitaria, accompagnate specie nei luoghi di lavoro da interventi educativi rivolti ai fumatori per favorire l'adozione di comportamenti non nocivi alla salute dei non fumatori e promuovere la disassuefazione anche attraverso l'offerta privilegiata di supporto.

La nuova legge 3/2003, articolo 51, entrata in vigore il 10 gennaio 2005 che ha esteso il divieto di fumo a tutti i locali chiusi con le sole eccezioni dei locali riservati ai fumatori e degli ambiti strettamente privati (abitazioni) ha già prodotto i primi risultati positivi a distanza di poco tempo dalla sua applicazione. Dall'indagine Multiscopo dell'ISTAT sul fumo in Italia emerge che nel periodo dicembre 2004-marzo 2005 i fumatori in Italia sono 11 milioni e 221 mila, mentre i dati ISTAT del 2003 riferivano una prevalenza di fumatori pari al 23,9% della popolazione adulta

³ <http://www.epicentro.iss.it/passi/sorv-passi.asp>

ultraquattordicenne. Dal confronto dei dati tra la rilevazione di dicembre 2004 e marzo 2005, cioè immediatamente prima e tre mesi dopo l'introduzione del divieto, si evidenzia: un calo significativo della percentuale di fumatrici (da 17,5% a 15,8%) ed un aumento del numero di persone che hanno tentato di smettere di fumare (dal 20,9% al 23%) che risulta più marcato tra le persone con titolo di studio più elevato. L'indagine Doxa condotta a marzo-aprile 2005 su un campione di 3114 persone di 15 anni e oltre ha rivelato rispetto a quanto emerso dall'indagine condotta nel 2004 alcune differenze anche se lievi : diminuzione dei fumatori correnti dal 26,2% al 25,6%. Gli ex fumatori sono aumentati passando dal 17,9% al 18,6%. In totale circa 500 mila fumatori hanno smesso di fumare nell'ultimo anno. Si è registrata anche un calo della vendita di sigarette nel periodo gennaio novembre 2005 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. I dati disponibili indicano che da gennaio a settembre 2005 si è osservato anche un significativo aumento delle vendite di prodotti sostitutivi della nicotina, che sono quasi raddoppiate.

Un altro punto forte del PSN è favorire le varie forme di partecipazione del cittadino. La partecipazione è intesa in senso ampio, sia come diretta partecipazione del cittadino/utente/paziente alle scelte preventive, terapeutiche e assistenziali. Il cittadino consapevole (empowered) deve essere il primo attore delle scelte che riguardano la sua salute. E' fondamentale promuovere i processi di informazione e comunicazione tra cittadino ed istituzioni sanitarie e cittadini ed operatori.

La non autosufficienza: gli anziani

La classifica dei Paesi più vecchi stilata dall'ONU vede al primo posto⁴ il nostro Paese, con una percentuale di popolazione anziana del 25%

I dati ISTAT attestano che al 1 gennaio 2005 la popolazione italiana di 65 anni e più è superiore a 11 milioni. Aumenta la percentuale di popolazione over 80 i grandi vecchi. Per il 2050 è previsto un ulteriore aumento soprattutto delle fasce di età compresa fra i 75 ed i 79 anni. Le conseguenze legate all'invecchiamento della popolazione conducono ad alcune importanti implicazioni sociosanitarie ed economiche e pongono una serie di problemi urgenti ed indilazionabili: l'estensione del periodo di morbilità (aumento del periodo di vita con esposizione a malattie e/o patologie croniche, invalidità); I dati dello studio ILSA⁵ e Studio Argento⁶ hanno evidenziato un quadro non troppo rassicurante riguardo alla diffusione tra gli anziani di fattori di rischio per la salute, non solo sanitari (fumo alcol, sovrappeso, obesità, alimentazione non corretta) ma anche socioeconomici, associati a tassi più elevati di patologie croniche invalidanti, disabilità e mortalità generale. Da alcuni studi sui bisogni socio-sanitari degli anziani in Italia (Studi Argento e ILSA, 2003) hanno evidenziato:

- Aumento di prevalenza delle patologie croniche dell'anziano (+50% negli ultimi 10 anni)
- Aumento di diffusione tra gli anziani dei fattori di rischio ambientali e socioeconomici (tassi più elevati di patologie croniche invalidanti, disabilità e mortalità evitabili)
- Aumento di isolamento o scarsa integrazione sociale dell'anziano, per modificazione delle strutture familiari, dell'organizzazione urbanistica e sociale delle città e > degli *anziani hard to reach* per condizioni di estremo isolamento

Lo studio ILSA dimostra che possibili interventi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie croniche invalidanti e della disabilità e interventi strutturali, di sostegno alla famiglia e di rafforzamento della rete sociale formale ed informale, costituiscono un investimento in direzione del sostegno e della promozione dell'anzianità attiva e si traduce in minori costi dovuti al sostegno della non autosufficienza, spesso attivata proprio dalla mancanza di promozione e di stimoli. Il PSN propone interventi in grado di affrontare la molteplicità di fattori che concorrono a determinare ad aggravare la situazione di non autosufficienza, fino all'identificazione di forme di

⁴ Population aged 60 years or older 2002 <http://www.un.org/esa/population/populations/ageing/Graph.pdf>

⁵ Studio longitudinale italiano sull'invecchiamento) <http://www.italz.it/CNRPFINV/risultat.htm>

⁶ Studio Argento. Indagine sulla salute nella terza età. Indagine campionaria, 2002
www.epicentro.iss.it/focus/anziani/per7%20maggio_roma1.pdf -

presa in carico da parte dei servizi territoriali, in sinergia con i servizi sociali dei Comuni, di persone anziane più fragili. Si propone, quindi, una cultura promozionale dei servizi alla persona, in cui, sotto la guida delle istituzioni pubbliche, la collettività diviene soggetto facilitatore del benessere dei suoi anziani e il terzo settore viene chiamato ad un ruolo attivo nella progettazione, nell'organizzazione e nella gestione di servizi per gli anziani, soprattutto in condizioni di maggiore fragilità.

L'ondata di caldo dell'estate del 2003, in cui si verificò un incremento di mortalità nella popolazione anziana ed in particolare gli anziani di età superiore ai 75 anni, fragili per condizioni di salute, socioeconomiche e ambientali ma soprattutto per la solitudine, ha posto all'attenzione i problemi nuovi posti dall'invecchiamento della popolazione da un lato, e dalla frammentazione dei tessuti sociali e relazionali dei contesti urbani, dall'altro.

Nell'estate del 2004 il Ministero della salute ha promosso e finanziato in 4 delle città (Genova, Milano, Torino, Roma) più colpite dagli eventi del 2003 un servizio innovativo di presa in carico dell'anziano, il Servizio di custodia sociosanitaria, che da una parte sviluppa interventi mirati di sorveglianza attiva e di prevenzione sociale e sanitaria nei confronti di gruppi di popolazione anziana *hard to rich* e dall'altra mira a sviluppare maggiori sinergie tra le politiche sanitarie e sociali e le altre politiche in grado di influenzare i fattori (ambientali e socioeconomici) che incidono sulla salute e la qualità della vita degli anziani più a rischio. Il servizio si fonda sull'attività di servizi di prossimità di quartiere che svolgono azioni di supporto alla rete parentale/amicale o si sostituiscono ad essa, nei casi di persone anziane non autosufficienti che vivono da sole. I risultati attesi sono ridurre la mortalità evitabile correlata alle alte temperature ambientali ma anche garantire alla persona anziana il diritto di vivere il più possibile in un ambiente di vita di tipo familiare attivando contatti con una serie di servizi ed interventi, sia pubblici sia privati, e programmando e attivando nei confronti degli anziani selezionati dal progetto risposte diversificate e personalizzate. Le principali finalità dei quattro progetti si possono così riassumere: creare un osservatorio attivo sul territorio o quartiere sulla condizione degli anziani ivi residenti (condizioni sociali, sanitarie, economiche, abitative e relazionali); individuare, far emergere le situazioni di maggior fragilità e rischio per favorire una adeguata programmazione degli interventi ed un'organizzazione dei servizi più aderente ai bisogni della popolazione anziana target; sviluppare la "sorveglianza attiva" delle condizioni psicofisiche, igieniche ed ambientali delle persone anziane costituenti il campione in esame, in modo da garantire l'efficace prevenzione di eventuali difficoltà e disagi provocati da eventi critici; potenziare i canali di comunicazione dell'anziano, specialmente degli anziani che vivono in condizioni di particolare isolamento o difficoltà, attraverso un supporto telefonico (Call Center) e prevenire i casi di isolamento; creare una rete di protezione sociale e sanitaria formale ed informale ed una rete di relazioni, attorno agli anziani più fragili, che stabilisca un ponte fra i bisogni della singola persona anziana ed il sistema complessivo dei servizi e delle opportunità.

I primi risultati di due anni di sperimentazione dimostrano che l'ulteriore implementazione della rete dei custodi sociali sviluppata nel 2005 ed il potenziamento delle azioni collegate a livello di sistema integrato socio-sanitario, hanno prodotto dei risultati positivi sul piano della riduzione della mortalità e dei ricoveri sia ospedalieri che in RSA.

Lavorare per il futuro per ridurre le morti premature e vivere meglio

Le conoscenze per raggiungere questo obiettivo sono già disponibili, le soluzioni sono efficaci ed economicamente convenienti. Per avere successo è necessaria un'azione globale ed integrale, da parte dei governi, delle istituzioni, ma anche da parte della *comunità* e degli esperti della salute. Lavorare anche per il futuro, vuol dire promuovere politiche sanitarie in senso più egualitario verso gli obiettivi di salute, costruendo e diffondendo informazione scientifica sulle differenze sociali nella salute, promuovendo la ricerca sui determinanti di salute, sviluppando azioni concrete per contrastare i fattori di rischio e creando reti locali di attori sanitari, sociali, professionali ed istituzionali interessati, facilitando il coordinamento e l'integrazione delle politiche settoriali di lotta ai determinanti non sanitari e di moderazione delle conseguenze sulla salute. Come primo passo è

fondamentale diffondere le conoscenze più recenti, sia ai professionisti che operano in prima linea, sia al pubblico in generale. Per realizzare tutto ciò sono necessari alcuni interventi concreti e mirati a

1. Consolidare in tutto il territorio nazionale la rete per la prevenzione collettiva territoriale rappresentata dai dipartimenti di prevenzione, nel rispetto dei diversi modelli organizzativi regionali e consolidare in tale rete la funzione epidemiologica
2. Promuovere sinergie tra ARPE, Dipartimenti di prevenzione, Istituti Zooprofilattici sperimentali, e le strutture tecniche del Ministero della salute
3. Promuovere l'integrazione tra prevenzione, cure primarie e percorsi diagnostico-terapeutici, tenendo nella giusta considerazione il ruolo dei determinanti sociosanitari
4. Migliorare il coordinamento con le Istituzioni anche non sanitarie, promuovere politiche integrate e intersettoriali ai vari livelli
5. Migliorare il sistema informativo a supporto della rete per la prevenzione (amb e sanitaria), definizione di indicatori
6. Rendere più accessibili le informazioni sullo stato della salute e dell'ambiente per ricercatori, operatori di sanità pubblica e cittadini anche ai fini di una efficace comunicazione istituzionale.
7. Inoltre è fondamentale promuovere iniziative per favorire lo sviluppo di comunità in grado di rafforzare i fattori protettivi della salute (Communities for health):
 - Implementare le iniziative di promozione della salute in scuole, ospedali e luoghi di lavoro (Educazione sanitaria)
 - Rafforzare le reti di sostegno e solidarietà sociale verso i gruppi più vulnerabili della popolazione
 - Valorizzare il ruolo dell'associazionismo (terzo settore, volontariato, associazioni pazienti e loro familiari)

Su queste basi si fonda il programma promosso dal Ministero "Guadagnare salute – Rendere facili le scelte salutari" che attraverso un'azione sinergica tra più ministeri e un'attività di informazione e comunicazione univoca intende promuovere scelte di vita salutari. Il programma propone un'azione coordinata di contrasto ai principali fattori di rischio, un approccio integrato focalizzato non solo sugli aspetti sanitari ma anche sulle implicazioni ambientali, sociali ed economiche. I principali obiettivi sono: ridurre l'iniziazione al fumo, promuovere un'alimentazione corretta, ridurre l'abuso di alcole e promuovere l'attività fisica. Prevede il coinvolgimento e la condivisione degli obiettivi da parte di tutti gli attori coinvolti, dalle amministrazioni centrali e regionali e dagli enti locali ai settori privati. Tale programma è un investimento per ridurre nel lungo periodo il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e nel breve periodo facilitare il processo di cambiamento in cui il cittadino diviene il primo attore del processo di promozione della salute per uno sviluppo sostenibile.

Occorre progettare ed attuare nell'immediato futuro misure volte a conoscere e affrontare efficacemente le malattie croniche, dando maggiore rilievo alle iniziative finalizzate alla promozione di azioni individuali e sociali mirate a ottenere sostegno politico e consenso sociale per ogni programma di salute teso a creare condizioni di vita favorevoli a stili di vita salutari; promuovere/coordinare politiche integrate a livello di sistema sanitario per modificare i determinanti sociali, giocare un ruolo essenziale nella prevenzione delle conseguenze negative delle condizioni di rischio, nella sorveglianza e nel sostenere che la prevenzione dei rischi è una priorità nelle altre politiche: educative, agricole, commerciali, ambientali, lavori pubblici ecc. implementare le iniziative di promozione della salute in scuole, ospedali e luoghi di lavoro (Communities for health)

L'azione della comunità per la salute implica persone che agiscono collettivamente per guadagnare maggior influenza e controllo sui determinanti della salute e la qualità della vita. Le situazioni in cui

le persone sono impegnate in attività quotidiane favoriscono la possibilità di agire insieme per avere un ambiente più favorevole alla salute e affrontare insieme I problemi associati alla salute. Lo sviluppo di partnership ed alleanze tra settore pubblico, società civile e settore privato possono aiutare gli sforzi cooperativi per ottenere migliori outcomes.

“Ogni amministrazione locale dovrebbe dialogare con i cittadini, le organizzazioni locali e le imprese private e adottare una propria Agenda 21 locale. Attraverso la consultazione e la costruzione del consenso, le Amministrazioni locali dovrebbero apprendere ed acquisire dalla comunità locale e dal settore industriale, le informazioni necessarie per formulare le migliori strategie” [Conferenza delle Nazioni Unite su Ambiente e Sviluppo (UNCED) di Rio de Janeiro, 1992]