

FORUM SULLA NON AUTOSUFFICIENZA

Strumenti, idee e soluzioni per il lavoro
di cura e l'integrazione socio-sanitaria

3-4 Novembre 2010 • Bologna

Promozione della salute degli anziani e strategie integrate.

Come e cosa valutare delle politiche d'integrazione: determinanti di
salute, prevenzione, riduzione dei costi sociali

Liliana Leone* Plenaria 4 Novembre 2010

*Direttore Studio CEVAS (Roma)

E-mail leone@cevas.it

Sito www.cevas.it



Premesse: analisi del problema

- La **disabilità aumenta con l'età**: nel 2009 il 9.7% nella popolazione dai 70-74 anni e il 44,5% degli 80enni.
- Il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia dovute ad alcune patologie che hanno in comune alcuni fattori di rischio; lo stile di vita responsabile del 60% della perdita di anni di vita in buona salute.
- La disabilità è **connessa ai sistemi regionali di Welfare** e al gradiente socioeconomico (Isole 5,7% e al Nord 4%)... il gradiente Nord-Sud tende ad ampliarsi: fattori di rischio maggiori tra giovani del Sud (v. Obesità, minore consumo frutta e verdura, sedentarietà..)
- **L'ADI**, Assistenza domiciliare integrata, **viene ritenuto un servizio strategico e un 'obiettivo di servizio'** (v. QSN 2007-2013)

Sproporzioni nella spesa socioassistenziale e sanitaria per gli anziani oggi



Nel 2007 la **spesa sanitaria per ultra 65enni** è stata pari a circa **44,68 miliardi** di euro

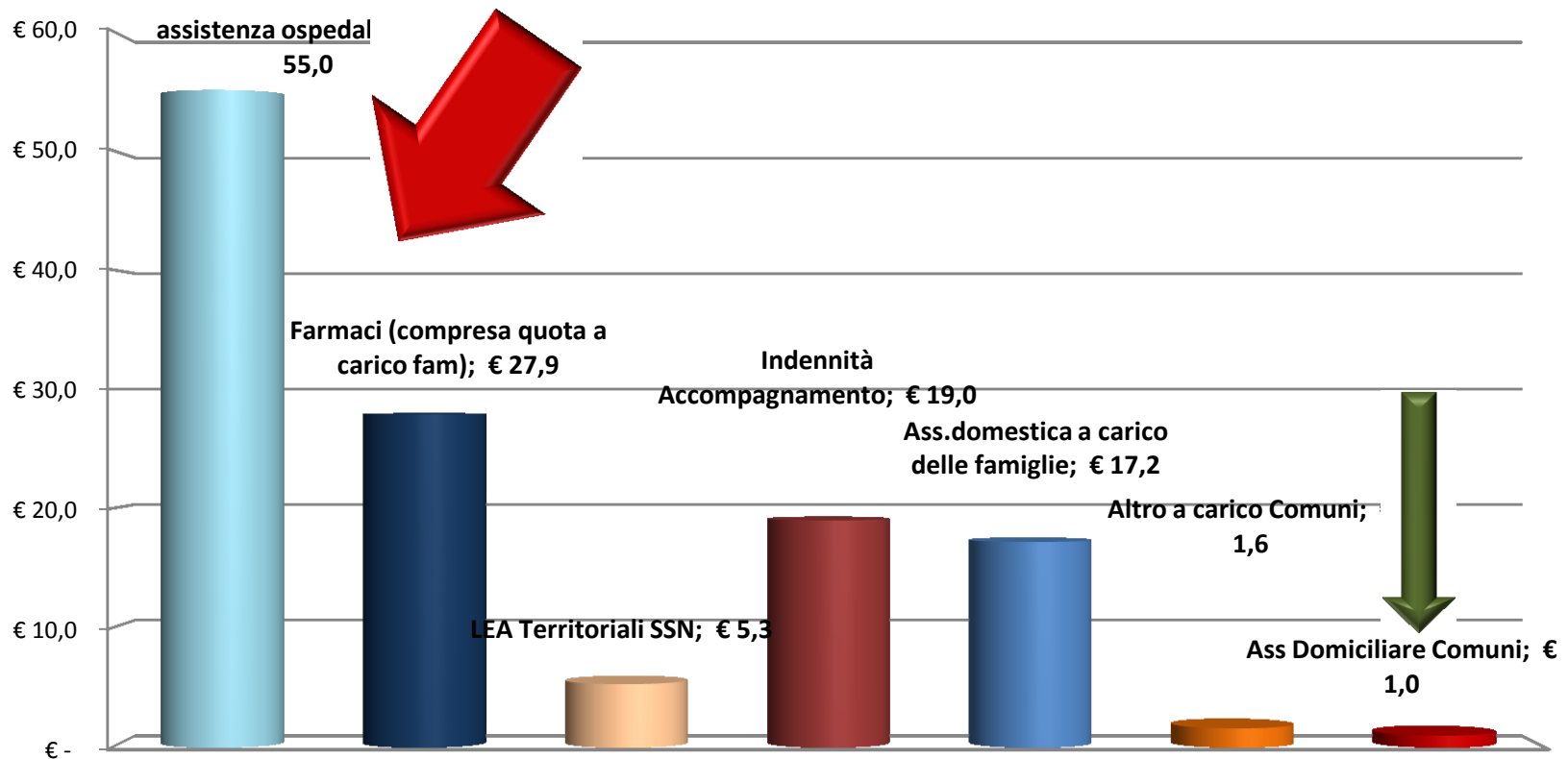
Il 51,5% del totale della spesa del SSN per le voci: ospedaliera, farmaceutica convenzionata e specialistica.

I LEA per Assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale degli anziani **2,77 miliardi** di euro (Min. Salute 2009). La quota per la prevenzione nei Paesi OCSE è pari al 3% della spesa SSN



L'Assistenza domiciliare agli anziani erogata dai Comuni= **0,52 miliardi** di euro (ISTAT 2007).

Spesa sociosanitaria per gli anziani e comparazione delle voci di spesa- 2007



- Per ogni Euro di spesa destinato ai Comuni all'Assistenza domiciliare agli anziani, quanto si spende per altre voci di spesa destinate alle persone ultra 65enni ? **55 euro di ass. Ospedaliera e 27,9 per farmaci.** (Leone 2010)

Invecchiamento e sostenibilità finanziaria per chi?

- L'invecchiamento comporterà un aggravio di spesa sanitaria aumentando il livello medio dei bisogni procapite, ma....dati i trend demografici e della non autosufficienza
- ***“.... il problema dell'invecchiamento riguarderà molto di più altri settori rispetto a quello strettamente sanitario”*** (Cislaghi AGENAS).
- *“La sproporzione tra volumi economici destinati al comparto sanitario e a quello socio-assistenziale non consente di immaginare effetti compensativi in futuro”*
- Nel 2002 i costi annuali totali diretti e indiretti dell'obesità nell'UE-15 si stima siano stati di 32 Miliardi di euro e tendono ad aumentare (v.all. Libro Bianco della Commissione Europea su obesità, Summary Impact Evaluation, 4, 2007), .

Per una strategia di gestione della non autosufficienza: la promozione della salute

La sostenibilità e il successo di politiche per la non autosufficienza dipendono in buona misura dalla capacità di ridurre:

- il carico di anni di vita persi in condizioni di disabilità la severità delle condizioni e
- Il numero delle persone non autosufficienti
- Allontanano il più possibile l'età di insorgenza
- Attraverso il controllo dei fattori di rischio e corretti stili di vita....alimentazione e attività motoria (non necessariamente sport o palestra)
-**SEMPRE e in ogni fase della vita.**

Le politiche integrate per la promozione della salute

- **Per fare dei progressi** e “*accrescere il controllo sugli elementi determinanti della salute*” (Carta Ottawa 1986) è essenziale un approccio di **politiche integrate** nei diversi setting di vita.
- Il contesto globale relativo alla promozione della salute è cambiato (Carta Bangkok 2005). Fattori critici che attualmente hanno una maggiore influenza:
 - **le crescenti disuguaglianze** all’interno e tra i Paesi
 - i nuovi **modelli di consumo e di comunicazione e la commercializzazione**
 - i **cambiamenti ambientali** a livello globale e l’**urbanizzazione**
- *Global Network of Age-friendly Cities (WHO 2009)*

Guadagnare salute.

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

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

- relazione tra determinanti e salute: la maggior parte di questi determinanti sono esterni al settore sanitario e questa sfida deve coinvolgere necessariamente tutti i settori
- promuovere l'accesso a un dieta salutare, a condizioni abitative, scolastiche e ambientali che facilitino l'attività fisica, migliorare l'ambiente lavorativo, la sicurezza economica.
- Non solo un '*...utilizzo coordinato di tutte le risorse dell'intero spettro di offerta del sistema sanitario*' (V. PNP 2010-2012)

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

C) Utilizzare misure fiscali per promuovere scelte più salutari

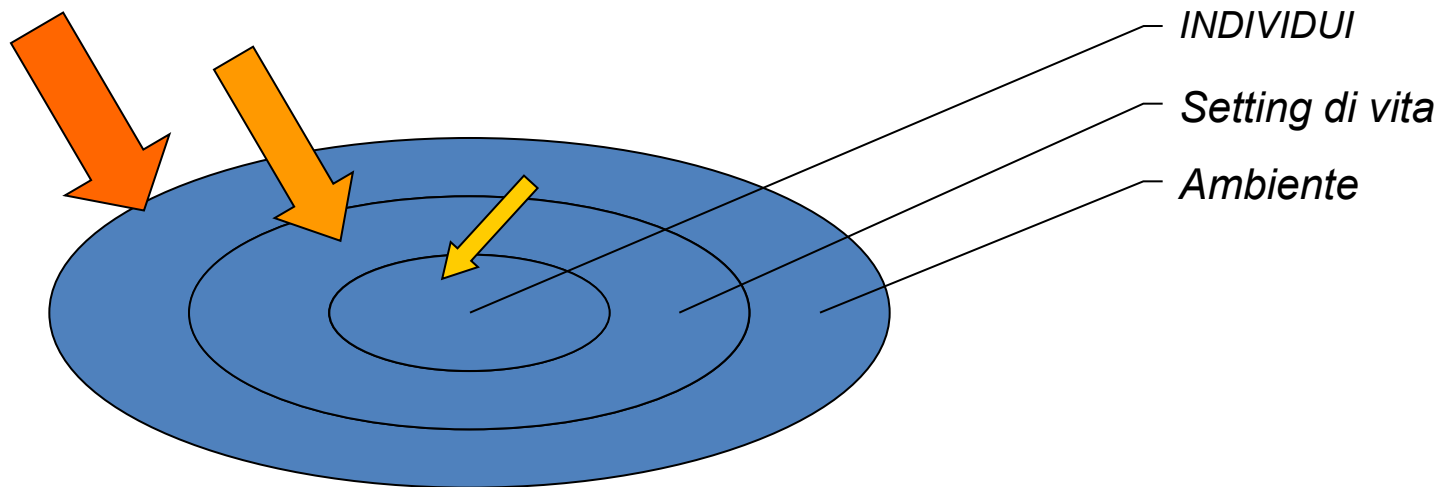
D) Utilizzare i finanziamenti sulla salute per indurre dei cambiamenti (OMS Europa 2006)

Guadagnare Salute. Italia

- Il programma “Guadagnare Salute” (DPCM 5/2007) nasce dall'esigenza di rendere più facili le scelte salutari. Il governo nazionale e quelli locali non possono condizionare direttamente le scelte individuali, ma sono tenuti a rendere più facili le scelte salutari e meno facili le scelte nocive attraverso:
- **informazione**, che può aumentare la consapevolezza e
- **azioni regolatorie**, incluse in strategie intersettoriali per modificare l'ambiente di vita.
- I comportamenti nocivi creano malattie che pesano sui sistemi sanitario e sociale, per contrastarli sono necessarie politiche:
- per **favorire la mobilità e l'attività fisica** delle persone (trasporti e verde urbano), per **sostenere il consumo di frutta e verdura**, per ridurre la **concentrazione di sale, zuccheri e grassi** negli alimenti e la quota di alimenti altamente calorici nella dieta, scoraggiare il più possibile **il fumo di sigarette e l'abuso di alcol**

Approccio ecologico o integrato di promozione della salute e prevenzione

- **Interventi indirizzati sulle determinanti ambientali**- come disponibilità del cibo, qualità e prezzo, opportunità di attività motoria e socializzazione, accessibilità alcol e fumo- possono modificare gli stili di vita e ridurre le ineguaglianze di salute
- Approccio di prevenzione diretta e meccanismi: informazione e responsabilizzazione dei singoli



Perché un focus su strategie integrate di promozione della salute? (i)

- Si saprebbe 'cosa fare' per promuovere una vecchiaia il più possibile senza disabilità (OMS 2006).
- In Europa quasi il 60% del carico di malattia è causato da pochi fattori di rischio: ipertensione, tabagismo, alcol, eccesso di colesterolo, sovrappeso, scarso consumo di frutta e verdura e inattività fisica. (OMS)
- Il cambiamento demografico si tradurrà in **ulteriori sfide** economiche, sociali e di bilancio: già nel 2007 il 61% della spesa farmaceutica e il 50% della spesa per assistenza ospedaliera pubb/priv era assorbito dagli ultra 65enni.

V. PROGRAMMA WORKSHOP del 3 novembre 2010, ore 14.30 *Piani di prevenzione regionali per la salute degli anziani: pratiche innovative di integrazione di servizi e politiche (A cura di Liliana Leone CEVAS)*

Perché un focus su strategie integrate di promozione della salute? (ii)

- Cambio di **paradigma da bio-medico/sociale**, contrasto malattia/salute
- **Evidence based**. Garantirebbero outcome di salute più significativi e interventi theory based. (V.fattori di rischio OMS 2006, teorie del cambiamento del comportamento di Ajzen 2004, percezione del rischio.)
- Rappresentano la **principale strategia** sostenibile per ridurre il trend della non autosufficienza dovuto a malattie croniche
- **Sostenibilità** e possibilità di alleanze e **'mobilitazione' di risorse** presenti nelle comunità locali anche inaspettate (v. Grossisti farine speciali che riforniscono panificatori, urbanisti e uff tecnici..)

Perché un focus su strategie integrate di promozione della salute? (iii)

MA.....

- Sono le **più complesse** sul piano dei meccanismi di governance e **richiedono una tematizzazione che supera la 'singola materia'** e obiettivi parziali dei singoli servizi della sanità
- Con fatica obiettivi di promozione della salute vengono assunti all'interno di **sistemi premiali di ruoli apicali** della sanità (v. Lombardia Direttori generali ASL e Gruppi di cammino)
- Sono le più **'incomprese'** e soggette a **usi retorici**
- **L'industria farmaceutica** che funge da volano per la ricerca & innovazione e **l'industria alimentare** hanno interessi spesso **divergenti** : il caso delle 'piramidi alimentari' (Nestle, 2008 USA)
- **Occorre sviluppare un Frame teorico adeguato per la valorizzazione e valutazione** di tali strategie (v.Piani Prevenzione regionali)

Un frame per l'integrazione: cosa sono le politiche integrate (i)

- ***“...sono politiche che mirano a produrre, in parte per via attiva e in parte per impatti indiretti, effetti d'integrazione sulle materie trattate”.***
- auspicabili per obiettivi complessi: welfare, ambiente, salute.
- effetti d'integrazione sono desiderabili come valore aggiunto ad impatti settoriali e parziali di politiche in atto ed evitare danni, rischi e costi sociali.
- Implicano *una possibile visione e tematizzazione integrata delle materie*
- *...ma le materie sono tipicamente complesse e articolate in discorsi pubblici e disciplinari differenti e divaricati, spesso inconciliabili. Un punto di vista integrato come è possibile con una “perdita del centro”?(Donolo 2003)*

Un frame per l'integrazione: cosa sono le politiche integrate (ii)

- Nuovo ruolo di "**advocacy della salute dei cittadini**" del SSN che mette in evidenza le ricadute delle politiche governative, regionali e locali sulla stessa.
- **Arene politiche.** Operare in rapporto ad altri settori dell'economia significa fare i conti con un'arena politica in cui gli interessi spesso non convergono:
- *"C'è un conflitto fondamentale tra il bisogno di consumare meno zucchero, grassi, alcol per prevenire l'obesità e altre malattie e gli interessi delle industrie che producono alimenti e bevande a vendere quantitativi maggiori di tali prodotti"* (OMS 92,2007).

Approcci di promozione della salute e loro evoluzione

Dalla 1° generazione

1. Dal **singolo fattore di rischio**, sostanza o comportamento
2. Da Focus su una **singola componente**
3. Da programmi ***knowledge oriented***, allarmisti e centrati sull'informazione



Alla 2° generazione

1. ***cluster*** di atteggiamenti e comportamenti
2. A programmi multidimensionali e ***comprehensive***
3. **Le conoscenze** sono focalizzate sui comportamenti 'positivi' e **orientate alle soluzioni**. Focus sui mediatori psicologici e sociali, sulle ***Life Skills*** e sulla modificazione di atteggiamenti e credenze

Da 1° generazione

4. Da metodi informativi-educativi *top-down* →

5. Da iniziative indirizzate a **target di singoli individui** avulse da contesti →

6. Da **integrazione verticale** su singolo settore di policy →

A 2° generazione

4. **Meccanismi *peer-to peer*** e metodi di formazione attivi con alto coinvolgimento e partecipazione dei destinatari

5. **Approcci 'contestuali', con modelli poco standardizzati.** Promozione di setting salutogenici. A livello **U.E. e WHO: *network delle scuole per la salute o delle città a misura di anziani.*** Iniziative indirizzate a beneficiari intermedi

6. **Approccio ecologico e integrazione trasversale** (politiche intersettoriali) tra differenti tipi di politiche.

Tratto da: Leone L, 2010

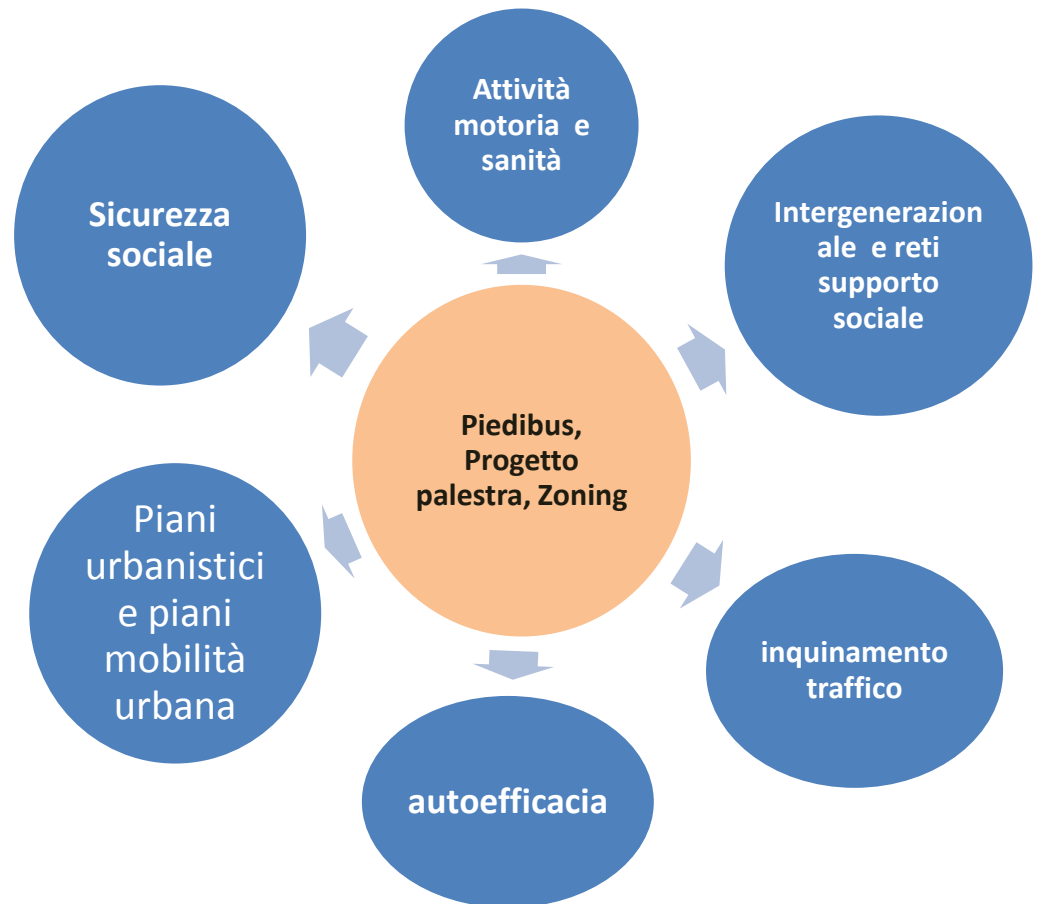
Promozione della salute e funzioni regolamentative

Le misure regolamentative non implicano necessariamente rapporti top-down di tipo gerarchico e hanno diversi gradi di 'cogenza':

1. a carattere sanzionatorio con meccanismi 'command & control' e funzione dissuasiva
 2. Funzione di indirizzo e **'moral suasion'** finalizzata ad **orientare i comportamenti.**
- Nell'era della *'networked governance'* occorre riconoscere il ruolo di **forme di meta-regolazione**, opzioni volontarie e forme d'auto-regolazione.
 - sempre più chiamati a "difendere le ragioni della Salute, spiegando e convincendo, non più disponendo"
 - Non solo funzioni di comando e controllo ma di *networking* e di mobilizzatori di risorse umane e conoscitive

Sono interventi che producono effetti multipli su più ambiti di policy: salute in tutte le politiche

- Multilevel e multicomponent perchè i comportamenti a rischio 'clusterizzano'
- Embedded nei contesti e nelle reti locali
- Riconoscono le risorse e le conoscenze sparse
- Tempi lunghi di coordinamento e cura delle relazioni
- Effetti a lungo termine e sostenibilità
- Approcci ecologici e rinuncia a modelli sinottici di programmazione



I casi analizzati: alleanze e settori di policy

POLITICHE ALIMENTARI:

- protocolli con associazioni di categoria dei Panificatori (Regione Lombardia), con commercianti frutta e verdura (ASL Bergamo) per incidere sull'accessibilità e politiche dei prezzi (Progetto Batti cinque)



Regione Lombardia **Guadagnare Salute**

CON MENO SALE NEL PANE C'È PIÙ GUSTO E ... GUADAGNI IN SALUTE!

Presente ogni giorno sulle nostre tavole, il pane è quotidiana fonte di sale nella nostra dieta. Per questo, rispettando gusto, fragranza e qualità,

**IL TUO FORNAIO HA SCELTO
DI PRODURRE IL PANE RIDUCENDO
IL CONTENUTO DI SALE
A TUTELA DELLA TUA SALUTE**

Il sale favorisce l'aumento della pressione arteriosa, principale causa di infarto e di ictus. Assumere gradualmente e consumare meno sale ha un effetto positivo sulla salute perché riduce la pressione arteriosa, migliora la funzionalità del cuore, renal sanguigni e reni, aumenta la resistenza delle ossa.

(Fonte: Ministero della Salute)

CEVAS **ASL Bergamo** **Regione Lombardia**

SPORT, ATTIVITA' MOTORIA E MOBILITA':

- attività motoria e promozione della salute nel Piano di prevenzione nazionale e della Regione Veneto, Gruppi di cammino ASL Bergamo, Progetto, Palestra Sicura, Attività motoria e facoltà cognitive dell'anziano (Facoltà Foro Italico IUSM), Il progetto del Veneto contro la sedentarietà. Protocolli con palestre e federazioni sportive, MMG, IUAV, CAI



URBANISTICA: salute e ambiente costruito, Zonizzazione, chiusura al traffico aree pedonali a traffico controllato, piste ciclabili, accessibilità aree verdi e servizi, trasporti e mobilità (Linee Guida 2010 e Piano di prevenzione regionale dell'Emilia-Romagna: il rapporto tra ambiente costruito e salute della popolazione anziana, 23/3/2005)

RETI EMERGENZA: gestione emergenza caldo con anagrafe fragilità e sistema allerta: reti con terzo settore presidi ospedalieri, 118, sindaci, Protezione civile, MMG. (ASL Taranto)



progetto interistituzionale

orario

lunedì ore 10.00/12.00
 mercoledì ore 16.00/18.00
 giovedì ore 10.00/12.00
 venerdì ore 16.00/18.00

info

tel. 099.7786832
 fax 099.7786151

e-mail:
 sociosanitariocast@libero.it
 consultassoc.ta@libero.it

numero verde gratuito 800252236

Sportello delle fragilità
 telefonico e telematico

per persone disabili e anziani non autosufficienti

Provincia di Taranto, Regione Puglia, Comune di Taranto, ASL Taranto, Comune di Taranto, Regione Puglia

LA PREVENZIONE DELLA PATOLOGIA INDOTTA DALL'AMBIENTE COSTRUITO



Introduzione	pag. 9
La forma dell'ambiente di vita e le sue influenze sulla salute	pag.10
– Le influenze dell'ambiente costruito sulla pratica dell'esercizio fisico	pag.12
– Le influenze dell'ambiente costruito sulla mobilità e sulle sue conseguenze (incidenti stradali ed inquinamenti)	pag. 15
– Le influenze dell'ambiente costruito sulla rumorosità degli ambienti di vita	pag. 17
– Le influenze dell'ambiente costruito sulla qualità dell'aria degli ambienti di vita	pag. 18
– Le influenze dell'ambiente costruito sulla accessibilità degli ambienti di vita	pag. 19
– Le influenze dell'ambiente costruito sul capitale sociale	pag. 21
– Gli spazi verdi e gli spazi collettivi nell'ambiente costruito	pag. 22
– Le influenze dell'ambiente costruito sulla sicurezza degli ambienti di vita	pag. 23
Obiettivi generali	pag. 25
Obiettivi specifici	pag. 26
– Obiettivo specifico A) Linee Guida per la definizione generale dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale	pag. 27
– Obiettivo specifico B) Linee Guida specifiche per la definizione dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale in tema di: esercizio fisico, incidentalità stradale, accessibilità, verde pubblico e spazi di socializzazione.	pag. 29
– Obiettivo specifico C) Linee Guida specifiche per la definizione dei contenuti igienico-sanitari degli edifici in tema di esercizio fisico, socializzazione e prevenzione degli incidenti domestici.	pag. 32

- **...30 min attività motoria** al giorno moderata, secondo l'OMS: Riducono del 50% rischi cardiopatie, diabete, obesità e del 30% quello di ipertensione. Riducono anche osteoporosi sintomi di depressione e alcuni tumori.
- **Accessibilità** incide su: segregazione sociale, difficoltà alimentazione, di esposizione ad irraggiamento solare, accesso ai servizi

Evidence e conoscenza: l'uso delle valutazioni

L'uso delle diverse evidenze nel ciclo di policy:

- *Utilizzare meglio le conoscenze esistenti...EBP Evidence Based Policy*
- *Utilizzare approcci di valutazione e revisione sistematica Theory Based, Realist evaluation & synthesis , narrative synthesis*

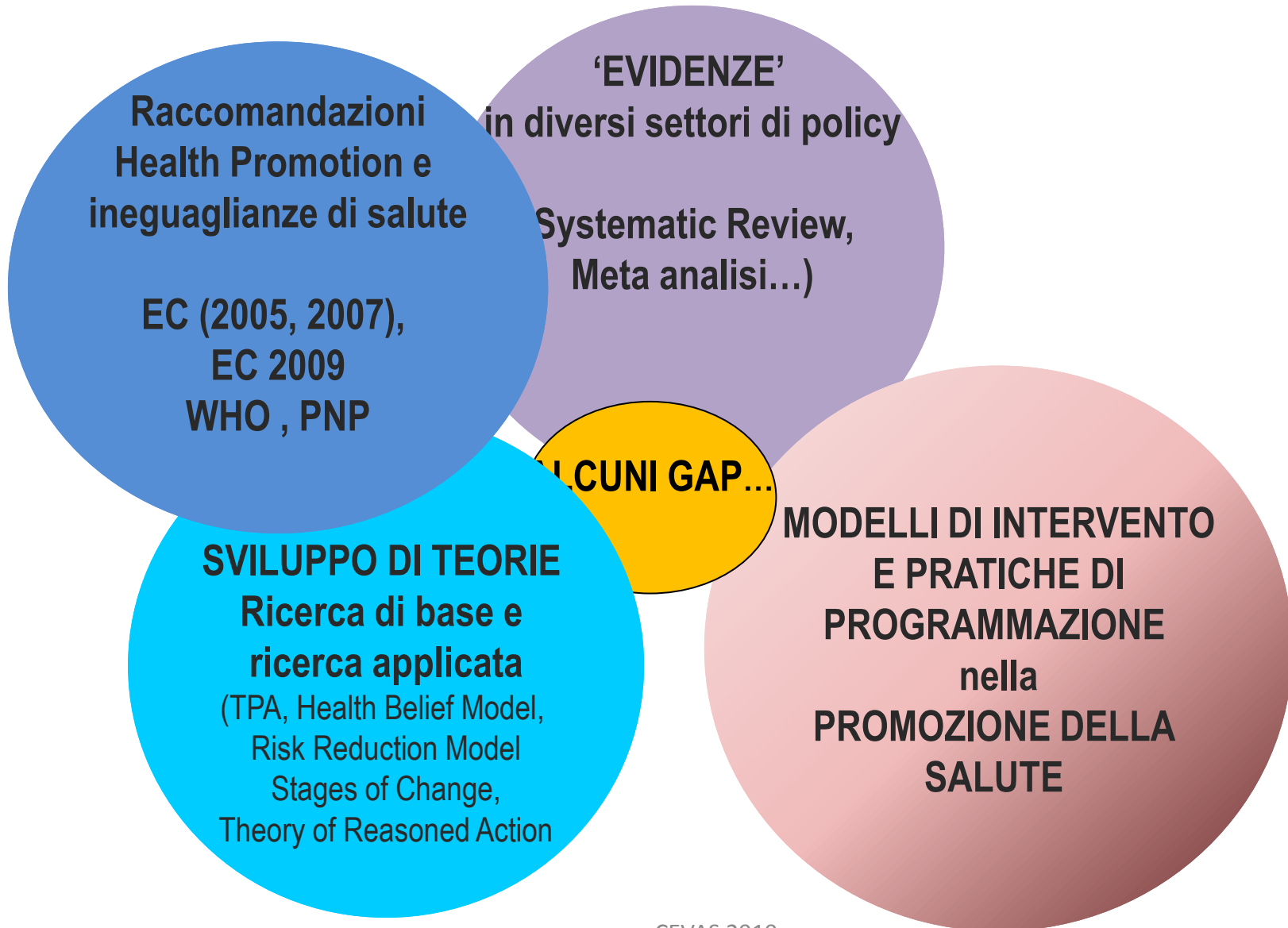
(Munro MC, Public Health 7,2007; Green, Tones, J Pub Health Med 1999; Dooris, Health Prom Int, 21, 2005; Pawson, Sage 2006; Pawson Greenhalgh J Health ServRes Policy, 10, 2005; Plselhk, Popay et al. 2006; Greenhalgh BMJ 323, 2001)



Sifting the evidence for sound studies with a take home message is laborious and the yield disappointing

- *Porre attenzione all'analisi degli impatti attesi e inattesi di programmi complessi e ai meccanismi di implementazione in diversi contesti*
- *Facilitare l'uso delle conoscenze nella fase di progettazione politica e disegno del programma*
- *Produzione di conoscenze come mezzo di coinvolgimento e di impegno: Ruolo della committenza e degli stakeholder nel processo di ricerca*

In sintesi



In sintesi

Fonti delle difficoltà:

- **Barriere culturali** (es: bio-medical model of health) e uso 'retorico' dei nuovi concetti (es: determinanti di salute)
- **Barriere politiche** (discrepanze tra livelli meso -microlocali e indirizzi di governo regionali e nazionali)
- **La frammentazione delle politiche** si riflette a livello professionale: crescita esponenziale di saperi specialistici
- **Limiti e condizionamenti** derivati da attese potenzialmente contraddittorie dei diversi sistemi operanti nello stesso ambiente .(Berkeley, Springett, Health for All, UK 2006)

Opportunità:

- **Strategie integrate di promozione della salute** rappresentano la **principale strategia sostenibile** a medio-lungo termine per ridurre disabilità e perdita di anni di vita dovute a malattie croniche
- **Gli effetti di salute interessano anche fasce di popolazione in condizioni di disagio socioeconomico e meno istruite**
- **Permettono anche a breve termine di contenere il trend al rialzo della spesa per farmaci e servizi sanitari** dovuto ad aumento della non autosufficienza

GRAZIE!

- I contenuti trattati nella relazione sono reperibili nel seguente articolo consegnato ai partecipanti del 'Forum sulla Non Autosufficienza' in cartellina:
- Leone L, Coppola L (2010), Strategie di prevenzione integrata, politiche intersettoriali e anziani: sostenibilità finanziaria e innovazione dei modelli d'intervento, *Servizi Sociali Oggi*, Maggioli, 5, 11-20.
- Reperibile anche sul sito www.cevas.it