

Strategie di prevenzione integrata, politiche intersettoriali e anziani: sostenibilità finanziaria e innovazione dei modelli d'intervento

LILIANA LEONE* LILIANA COPPOLA**

Parlamo nuovamente d'integrazione nel settore sociosanitario ma spostando l'analisi sui processi d'integrazione che caratterizzano i programmi di prevenzione chiedendoci: perché interventi di promozione della salute e prevenzione integrati, che vedono coinvolti più aree di *policy*, dovrebbero produrre effetti positivi di salute per gli anziani?

L'obiettivo è quello di comprendere meglio possibili strategie per migliorare *outcome* di salute, la qualità della vita e ridurre i costi per la cura degli anziani non autosufficienti grazie a una maggiore attenzione alle determinanti sociali di salute¹.

Il recente programma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, *Global Network of Age-friendly Cities*, numerosi testi e raccomandazioni della Commissione Europea (2005, 2007), il Piano di prevenzione nazionale 2010-2012, come pure i Piani di prevenzione regionali e le singole progettualità sviluppate dalle ASL, rappresentano importanti opportunità e offrono numerose indicazioni².

(1) Questo articolo coincide con l'organizzazione di un workshop nel convegno "Forum sulla non autosufficienza" realizzato il 3 novembre 2010 a Bologna, dal titolo: "Piani di prevenzione regionali per la salute degli anziani: pratiche innovative di integrazione di servizi e politiche". L'obiettivo era evidenziare gli effetti e aumentare la comprensione dei meccanismi di governance e dei modelli organizzativi sottesi ad alcune 'misure' o singoli interventi di prevenzione rivolti in via diretta o indiretta alla popolazione anziana. http://www.nonautosufficienza.it/workshop0311_cevas.php

(2) Si ringraziano il dott. Alberto Arlotti, Servizio Sanità Pubblica Direzione Generale Sanità e Politiche sociali della Regione Emilia Romagna, e la dott.ssa Giuliana Rocca del Dipartimento Prevenzione della ASL di Bergamo, per i preziosi suggerimenti e la documentazione fornita.

Invecchiamento, non autosufficienza e strategie di prevenzione

A causa dei *trend* demografici e dell'invecchiamento della popolazione, in particolare nel nostro Paese, nei prossimi anni assisteremo a un incremento della domanda di cura e

assistenza per la non autosufficienza e di conseguenza a un aumento della spesa a carico della PA e dei cittadini. Tali previsioni accanto alla debolezza e scarsa sostenibilità dei modelli di presa in carico degli anziani con patologie croniche, attualmente sbilanciati su modelli centrati sul ricovero ospedaliero e su trattamenti farmacologici, indicano la necessità di cambiamenti sostanziali delle attuali politiche e non semplicemente a carattere incrementale.

Questo scritto prende le mosse da una serie di considerazioni ben note

che di seguito esponiamo sinteticamente:

- La disabilità aumenta con l'età e nel 2009 ha interessato 2 milioni di persone anziane: è pari al 9,7% nella popolazione dai 70-74 anni e raggiunge il 44,5% degli 80enni. Il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono dovuti ad alcune patologie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo-scheletrici) che hanno in comune alcuni fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e il sovrappeso, l'abuso d'alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa. Tali fattori di rischio, modificabili attraverso cambiamenti dello stile di vita sono responsabili - da soli - del 60% della perdita di anni di vita in buona salute.

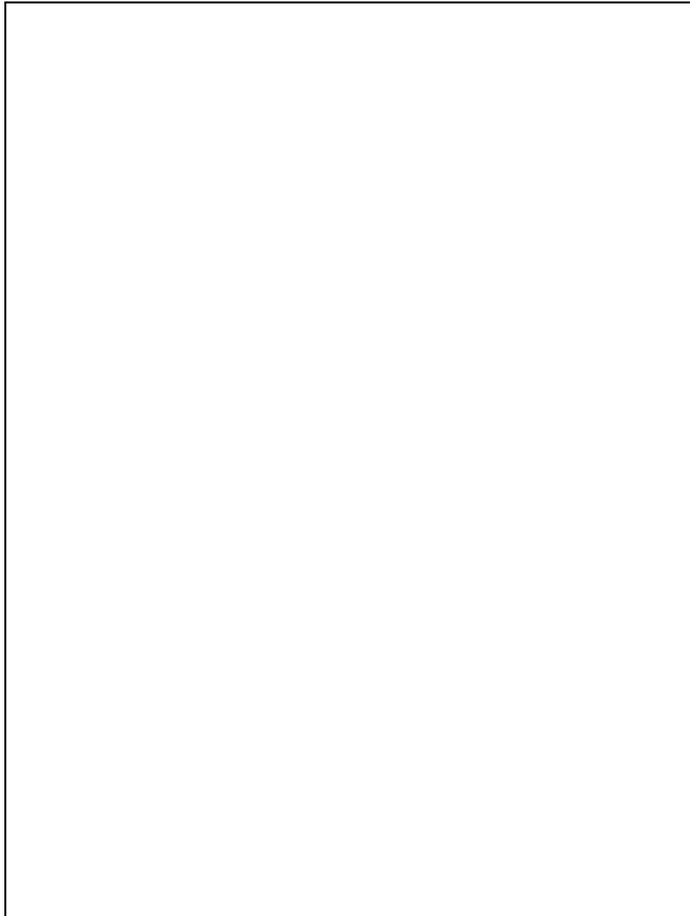
- La disabilità è connessa ai sistemi regionali di *Welfare* e al gradiente socioeconomico; essa è, infatti, più diffusa nell'Italia del Sud (5,2%) e nelle Isole (5,7%), nonostante il Nord (poco più del 4%) abbia tassi d'invecchiamento della popolazione più elevati (Ministero del lavoro e delle politiche sociali 2010). I fattori di rischio hanno un gradiente Nord-Sud e sono molto più diffusi tra le persone delle classi socioeconomiche più basse: per quanto riguarda, ad esempio obesità/sovrappeso le regioni meridionali hanno una prevalenza più elevata (28,7%) rispetto a quelle del nord (19,3%). La

* Responsabile Studio CEVAS (Roma)- Esperta valutazione politiche pubbliche
** Professore a contratto Università degli Studi di Pavia

spettanza di vita alla nascita nel nostro paese nel 2007 era di 81,5 anni, due anni in più della media dei paesi OSCE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico anche OECD), solo il Giappone e la Svizzera hanno una popolazione più longeva (Fonte: OECD). Si registra un declino dei fumatori adulti nell'ultimo decennio (22,4%, contro il 27,8% nel 1990) e sebbene vi sia ancora una minor presenza di persone obese rispetto alla media dei Paesi OECD (14,9% nel 2008) si è registrato un aumento di quasi tre punti percentuali (da 7% nel 1994 a 9,9% nel 2008).

- L'aumento ponderale e dell'obesità registrato nell'ultimo quindicennio ci si aspetta condurrà a un aumento a livello UE delle condizioni croniche come malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete di tipo 2, infarti, alcune forme di cancro, disturbi muscolo-scheletrici e anche un peggioramento delle condizioni di salute mentale delle future generazioni e degli anziani. A lungo termine l'UE prospetta un peggioramento della speranza di vita e una riduzione della qualità della vita con un aggravio dei costi a carico dei SSN (Commissione Europea, 2007). Secondo uno studio sugli impatti economici, nell'allegato al Libro Bianco della Commissione Europea su obesità e strategie alimentari (p. 4, *Summary Impact Evaluation 2007*), nel 2002 i costi annuali totali diretti e indiretti dell'obesità nell'UE-15 si stima siano stati di 32 Miliardi di euro (EU-25 40,5 miliardi di euro l'anno), che, associati ai costi del sovrappeso, raggiungono nell'EU-25 gli 81 miliardi di euro.
- Stili di vita nocivi creano malat-

tie che pesano sui sistemi sanitario e sociale, ma le loro cause sono in gran parte al di fuori di questi ultimi. Per contrastarli sono necessarie politiche per favorire la mobilità e l'attività fisica delle persone (attraverso le politiche per i trasporti e il verde urbano, l'attività sportiva), politiche alimentari che incentivino il consumo di frutta e verdura fresca e disincentivino la concentrazione di sale,



zuccheri e grassi negli alimenti, la riduzione della quota di calorie ingerite nella dieta, misure che scoraggino il più possibile il fumo di sigarette e l'abuso d'alcol (Commissione Europea, 2007, 2005).

- Tra il 2000 e il 2008, la spesa sanitaria procapite è aumentata in termini reali mediamente dell'1,9% all'anno (OECD 2010) e tende ad aumentare anche in relazione all'invecchiamento della popolazione; la popolazione ultra 65enne, infatti, assorbe il 61% della spesa farmaceu-

tica e il 59,7% della spesa ospedaliera e il 51% della spesa per specialistica. Se consideriamo complessivamente le principali voci di spesa sanitaria (Ospedaliera Pubblica e convenzionata, Specialistica, Farmaceutica convenzionata, Protesica, Medicina generale, Riabilitativa, altra Assistenza Convenzionata e Accreditata) nel 2007 la spesa complessiva per gli ultra 65enni è stata pari a 44,68 miliardi di euro.

- Le previsioni realizzate nel 2008 dall'Agenda Nazionale dei servizi regionali (AGENAS) dello stesso Ministero della salute (Cislaghi 2008) suggeriscono che la spesa per la non autosufficienza in futuro sarà un problema non tanto del SSN ma degli altri comparti quale il socio assistenziale e il previdenziale. A discapito di ciò e della continua attenzione a modelli di cura integrati con il territorio, nel 2007 il rapporto tra spesa del comparto sanitario e di quello sociale a carico della PA e dei cittadini (escluso quindi quello previdenziale) indicava un divario assai rilevante: la spesa dei comuni italiani destinata ai servizi per gli anziani corrispondeva solo al 2% del

volume complessivo.

Sostenibilità finanziaria

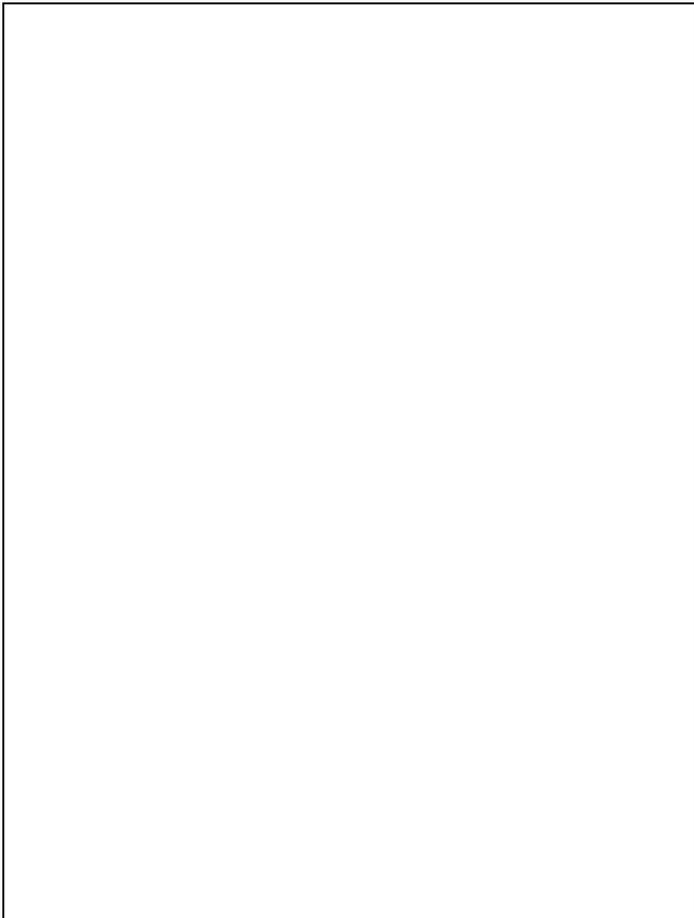
L'invecchiamento demografico comporterà un aggravio di spesa sanitaria aumentando il livello medio dei bisogni procapite; tuttavia, l'andamento epidemiologico, se favorevole, potrebbe rendere molto meno drammatico questo aggravio. *"In conclusione - secondo Cesare Cislaghi dell'AGENAS- il problema*

dell'invecchiamento riguarderà molto di più altri settori rispetto a quello strettamente sanitario”.

Tali previsioni mettono implicitamente in guardia i nostri programmatori rispetto l'esigenza di sviluppare strategie di gestione del problema della non autosufficienza basate su una visione ampia e non sanitario-centrica.

La sproporzione tra volumi economici destinati al comparto sanitario e a quello socioassistenziale non consente di immaginare effetti compensativi in futuro e semmai rappresenta un fattore d'allarme dal momento che le risorse destinate al FNPS (Fondo Nazionale Politiche Sociali) previste dalla Finanziaria 2010 si sono ridotte (ammontano complessivamente a 1,17 miliardi di euro a fronte di 1,56 miliardi del 2008), e sono rimaste invariate le risorse destinate al Fondo Nazionale per la non autosufficienza (400 milioni). Poiché le diverse politiche e misure di supporto alla domiciliarità delle cure sanitarie della popolazione anziana - mi riferisco anche alle politiche di sviluppo regionale e agli Obiettivi di Servizio su ADI inclusi nel QSN 2007-2013³ - dipendono in larga parte dalla capacità dei sistemi locali di integrare diverse componenti (programmi, agenzie, processi di lavoro) a carico del SSN e delle Amministrazioni comunali, sarebbe opportuno includere nelle analisi valutative anche le interazioni tra i due comparti, il sani-

tario e il sociale, in termini sia d'efficienza complessiva (si considerino le diverse forme di 'esternalizzazioni dei costi' di un settore sull'altro) sia di efficacia complessiva delle politiche di presa in carico e cura della popolazione non autosufficiente. Il quesito a cui di seguito si è cercato di dare risposta (Leone 2010) è: qual è attualmente la spesa socio-sanitaria complessivamente destinata annualmente alla popolazione ultra 65enne? In proporzione come



si distribuiscono le principali voci di spesa a carico delle ASL e dei Comuni destinate agli anziani e che peso ha l'assistenza domiciliare? Sebbene si tratti di un quesito davvero basilare a cui si potrebbe rispondere utilizzando metodi di analisi ben più complessi, la conoscenza di tale dato non è di dominio pubblico ed è nota agli stessi programmatori in modo estremamente analitico ma spesso frammentario e relazionato al

proprio specifico osservatorio. L'ultima indagine sulla spesa sociale dei Comuni riferita all'anno 2006 (ISTAT 2007), evidenzia che dei circa 6 miliardi di euro di spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni singoli e associati, € 1.367.694.844 (il 23%) è stato destinato ai servizi per gli anziani; tale spesa si suddivide in servizi e interventi (48,5%), trasferimenti di denaro (22,5%) e pagamento di rette in strutture (29,2%).

Nel 2006 tutti i Comuni d'Italia hanno destinato complessivamente all'assistenza domiciliare agli anziani, integrata con la sanità o solo sociale⁴, un totale di soli 524,27 milioni di euro (ISTAT 2007). Si tratta di una cifra assai modesta. La prima voce di spesa, quella sociale non integrata, è quella prevalente e ha interessato in tutta Italia 214.640 anziani con una spesa complessiva di euro 353,3 milioni di euro. Dall'analisi delle principali componenti della spesa sanitaria, socio-sanitaria e socioassistenziale destinate nel 2007 alla popolazione anziana (ultra 65enne) possiamo stimare (Leone 2010) che per ogni euro di spesa sostenuta dai Comuni in Assistenza Domiciliare (AD)⁵ siano stati spesi

per la popolazione ultra 65enne: a) 55 € di assistenza ospedaliera (47,7 miliardi di euro) e case di cura private (Ministero della salute 2009);

(4) In questa voce rientrano sono comprese: l'Assistenza domiciliare socio-assistenziale, l' Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari , i Servizi di prossimità (buonvicinato), il Telesoccorso e teleassistenza, i Voucher, la Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio assegno di cura, buono socio-sanitario e Altro.

(5) In assenza del dato dell'indagine Istat per l'anno 2007 si assume un valore costante e il mantenimento dei valori dell'anno precedente.

(3) Il Quadro Strategico Nazionale, QSN 2007-2013 indica tra gli obiettivi di sviluppo delle 8 regioni del Mezzogiorno lo sviluppo del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) sino a raggiungere, entro l'anno 2013, un valore target pari al 3.5% della popolazione ultra 65enne.

- b) 27,9 € per i farmaci (compresa quota a carico delle famiglie; 13,4 euro se consideriamo la sola farmaceutica convenzionata) (Osmed 2009);
- c) 19 € (costi a carico INPS) per Indennità d'accompagnamento (MLPS p. 45, 2010, IRS 2009);
- d) 17,2 € per assistente domestica a carico delle famiglie (badante) (IRS 2009);
- e) 5,3 € per i LEA dell'assistenza 'sanitaria' territoriale, semiresidenziale e residenziale agli anziani;
- f) 1,6 € per altri servizi sociali e di assistenza economica da parte dei comuni.

Si riconferma la peculiarità del nostro Paese italiano rispetto agli altri Paesi europei con un modello di presa in carico della non autosufficienza fortemente centrato su trattamenti e cure sanitarie (prevalentemente ospedaliere e farmaci), trasferimenti monetari e funzioni di *care* svolte dal nucleo familiare. In Italia la spesa monetaria verso il *long term care* è del 42% contro il 24% della Germania e il 14% della Norvegia.

Si stima che il 6,6% degli anziani sia assistito da badanti e che ve ne siano 774.000 in nove casi su dieci straniere (IRS 2009).

In conclusione quando si prospettano percorsi integrati occorre porre al centro anche la questione della coerenza tra

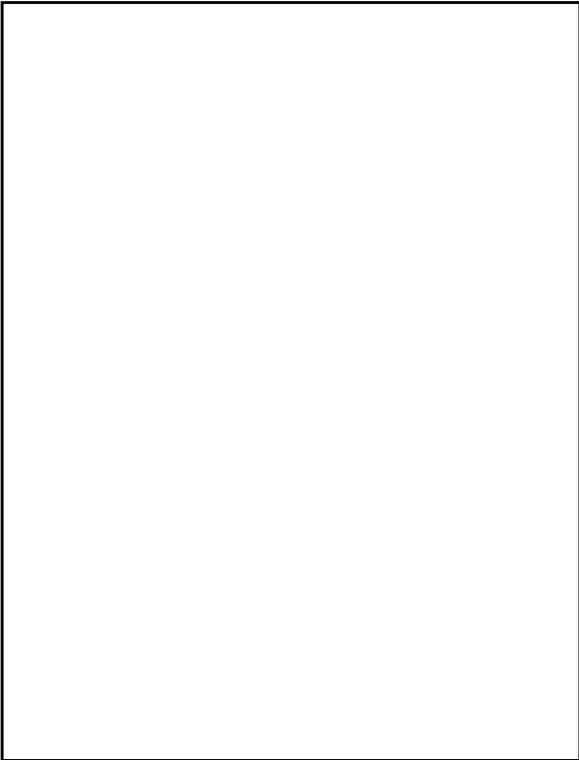
obiettivi e disponibilità finanziaria ricordando che i costi che i Comuni sostengono per i servizi sociali destinati agli ultr65enni corrispondono a meno del 2% della somma destinata complessivamente alle voci precedentemente elencate.

La capacità di leva delle Amministrazioni locali rispetto alle politiche per la salute e la non autosufficienza va quindi letta prevalentemente in termini d'apporto alla *governance* locale e al ruolo di attivatori di processi d'integrazione con

altre politiche settoriali: politiche per la casa, i trasporti e la mobilità, l'urbanistica, il supporto ad alleanze con associazioni di categoria, le reti di volontariato e del terzo settore, piuttosto che ricercata nella sola funzione di erogatori di servizi socioassistenziali.

Le ragioni di strategie preventive integrate e intersettoriali: l'approccio ecologico

La nozione d'integrazione applicata al contesto delle politiche per la salute è generalmente riferita, con



un significato più limitativo, al rapporto tra le diverse componenti del sistema dei servizi sanitari e specificatamente (V. PNP 2010-2012) *'all'utilizzo coordinato di tutte le risorse dell'intero spettro di offerta del sistema sanitario'*, realizzata grazie alla definizione del processo e dell'integrazione necessaria di tutti gli attori mediante linee-guida e protocolli operativi. Più frequentemente ci si riferisce ai servizi sociosanitari e specificatamente alla componente sanitaria e quella sociale o

socioassistenziale gestita da Comuni e Province in collaborazione con organismi del privato sociale.

Nella terza accezione, quella più ampia, ci si riferisce invece all'integrazione tra più aree di *policy*. La stessa Commissione Europea nel 2007 utilizza questa terza accezione d'integrazione quando dichiara, nel libro bianco *"A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues"*, che risposte ottimali nel settore della salute saranno raggiunte promuovendo sia la complementarità e l'integrazione di diverse rilevanti

aree di *policy* (approccio orizzontale), sia differenti livelli d'azione (approccio verticale). In questo documento la Commissione raccomanda di indirizzare gli sforzi alle radici dei rischi connessi alla salute e associati a cattiva alimentazione, scarsa attività e sovrappeso e di operare attraverso diverse aree di *policy* e a diversi livelli di governo utilizzando un insieme di strumenti (v. la legislazione, il *networking*, approcci congiunti privato-pubblico coinvolgendo l'industria alimentare, le scuole, le organizzazioni di comunità ecc.).

Nell'articolo focalizziamo l'attenzione su azioni di prevenzione con forti componenti d'integrazione tra aree di *policies*, o intersettoriali, e su approcci di prevenzione 'ecologici'. Si tratta di una tipologia di misure che rappresenta in ordine cronologico un'evoluzione recente delle forme assunte dalle politiche per la salute, che rappresenta un'evoluzione verso modelli di razionalità più complessa (Donolo p. 221, 2006) e su cui esistono meno riferimenti e studi valutativi.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO 2007) la promozione della salute e la prevenzione dovrebbero includere anche fattori

ambientali sottostanti a fattori di controllo individuale della dieta, oltre che considerare le barriere che incidono sul cambiamento dei comportamenti.

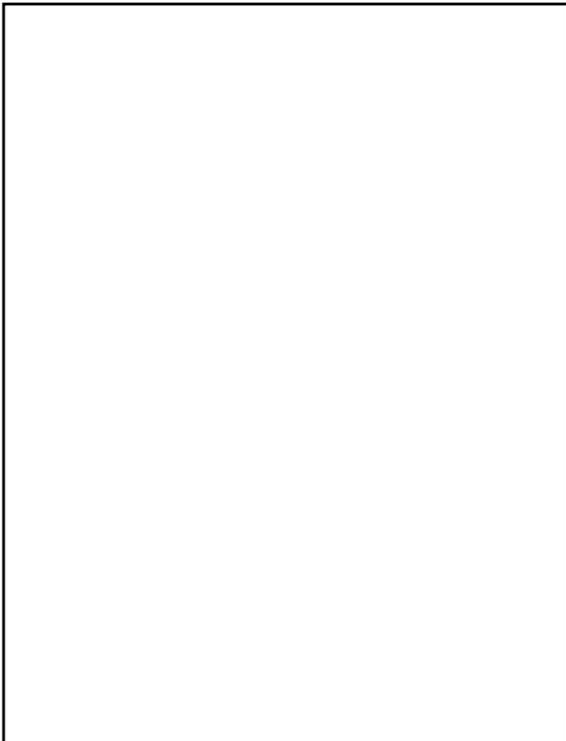
Per combattere l'obesità viene, infatti, auspicato un approccio ecologico o 'strutturale' e viene coniata l'espressione "ambiente obesogenico".

Gli approcci ambientali anche in passato hanno giocato un ruolo chiave, ad esempio nel ridurre i consumi d'alcol e tabacco e migliorare la salute. Inoltre secondo l'OMS indirizzarsi sulle determinanti ambientali- come disponibilità del cibo, qualità e prezzo- potrebbe ridurre le ineguaglianze di salute e supportare la scelta delle fasce svantaggiate rispetto al consumo dei cibi più salutari e l'aumento dell'attività motoria.

Il *focus* sulle determinanti ambientali non implica ridurre il ruolo delle libertà e delle responsabilità individuali per scelte connesse all'alimentazione e agli stili di vita, ma significa sostenere la possibilità di scelta informata del cittadino alla luce delle imponenti attività di *lobbying*, *marketing* e pubbliche relazioni. Dal momento che i comportamenti individuali connessi agli stili di vita e di consumo sono fortemente correlati al livello educativo ed economico che

mento delle risorse e dell'*expertise* fornite dai *media* e dal settore delle comunicazioni, in particolare Internet e le televisioni.

In Italia recentemente il programma Guadagnare Salute⁶ ha attivato una serie di interventi intersettoriali finalizzati non 'a condizionare direttamente le scelte individuali', ma 'a rendere più facili le scelte salutari e meno facili le scelte nocive' attraverso l'informazione, le azioni regolatorie e le azioni esemplari mirate ad accelerare, a livello locale, l'inizio di un cambiamento nell'ambiente



'media' le influenze delle pressioni su modelli di consumo 'non salutari' provenienti prevalentemente dalla pubblicità e dai *media*, è evidente che occorre sviluppare strategie preventive in grado di influenzare non solo la domanda dei cittadini, ma anche l'offerta correlata alle strategie di produzione, *marketing* e di commercializzazione delle grandi industrie nel settore alimentare. La stessa OMS si riferisce (OMS 2000-Obiettivo 20) alla realizzazione di alleanze orientate alla salute e alla necessità di favorire il coinvolgi-

mento delle risorse e dell'*expertise* fornite dai *media* e dal settore delle comunicazioni, in particolare Internet e le televisioni.

di vita. (Ministero della salute, 2, 2007) .

Il tema dell'integrazione nelle pratiche di prevenzione è stato nell'ultimo biennio oggetto d'attenzione e si sono sviluppati, ad esempio, banche dati (es: quella del FORMEZ⁷) volti a

(6) Il programma, concertato tra dieci Ministeri e coordinato dal Ministero della Salute, CCM Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (DPCM 4/5/2007), si inserisce nella cornice della strategia per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche "Gaining health", promossa dall'Oms nell'autunno del 2006.

(7) Il Formez ha realizzato nel 2008 la banca dati nell'ambito del Progetto 'Esperienze intersettoriali delle Comunità Locali per Guadagnare Salute' su incarico del Ministero della Salute (CCM, Centro Nazionale per

riconoscere le pratiche migliori sulla base delle raccomandazioni offerte dalla letteratura.

Caratteristiche delle strategie integrate

E' la stessa società della globalizzazione che determina la necessità di sviluppare forme di integrazione più complesse per far fronte ai nuovi problemi. Effetti d'integrazione vengono, infatti, ritenuti desiderabili come valore aggiunto ad impatti settoriali e parziali di politiche in atto e contestualmente per evitare danni, rischi e costi sociali che deriverebbero dalla mancata integrazione delle politiche. La nozione di politiche integrate si riferisce a "politiche che mirano a produrre, in parte per via attiva e in parte per impatti indiretti, effetti d'integrazione sulle materie trattate." (Donolo 2003)

Le strategie intersettoriali sono in genere concertate tra amministrazioni pubbliche ed esponenti del mondo economico, quali le associazioni di categoria dei produttori e associazioni di rappresentanza dei cittadini, e sono volte a modificare l'ambiente di vita e i *setting* che direttamente ostacolano o favoriscono l'adozione di stili di vita salutari.

In tale approccio il sistema sanitario, nei suoi diversi snodi (Ministero, ASL, Dipartimenti ecc.), dovrebbe svolgere il ruolo di "avvocato-*advocacy* della salute dei cittadini", mettendo in evidenza le ricadute delle politiche governative, regionali e locali sulla stessa salute. 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

la Prevenzione e il Controllo delle Malattie). Accessibile all'indirizzo <http://win.aegov.com/survey/salute.asp> e visibile direttamente sul sito www.formez.it

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" (trad .ns. OMS 92,2007).

Significa anche prendere in considerazione le 'evidenze scientifiche' che dimostrano, ad esempio l'influenza della pubblicità e del *marketing* sui comportamenti alimentari (Commissione Europea 2007).

La funzione regolamentativa non implica necessariamente rapporti top-down di tipo gerarchico.

Le misure regolamentative hanno, infatti, diversi gradi di 'cogenza': possono essere a carattere sanzionatorio (v. legge 'Sirchia' sul fumo, normative sulle etichette e la pubblicità) e svolgere una funzione dissuasiva (es. evito un comportamento per evitare una multa-sanzione) o più soft come protocolli d'intesa, raccomandazioni di settore e linee guida andando a svolgere una funzione di pressione sociale, e '*moral suasion*' finalizzata ad orientare i comportamenti.

Mentre alcuni aspetti sono meglio regolati da meccanismi di comando e controllo, altri sono più adatti ad essere regolati attraverso forme collaborative. Nell'era della '*networked governance*' è necessario riconoscere il ruolo di forme di meta-regolazione specialmente dove i comportamenti dipendono fortemente da opzioni volontarie e da forme d'auto-regolazione.

I Dipartimenti di Sanità Pubblica delle ASL e le Direzioni generali Sanità delle regioni, sono sempre più chiamati non a decretare pareri e gestire procedure burocratiche, ma a sedere ai tavoli di coordinamento e delle Conferenze dei Servizi dove 'difendere le ragioni della Salute, spiegando e convincendo, non più disponendo', sulla base non di sole funzioni di comando e controllo ma di *networking* e di mobilizzatori di

risorse umane e conoscitive⁸.

Promuovere la salute lavorando con e tra 'interessi diversi' implica la necessità di *riconoscere/far riconoscere* in primo luogo il valore dell'interesse collettivo 'salute', ma un processo di questa natura oggi implica necessariamente anche l'individuazione di incentivi e meccanismi di rinforzo per i settori privati e pubblici coinvolti. Una esemplificazione in tal senso può essere la seguente:

- riduzione dei costi assorbiti dal SSN, dai cittadini e dal sistema Paese per la cura di malattie croniche e aumento degli anni di vita in salute;
- bassi costi dei programmi di prevenzione e sostenibilità degli interventi;
- vantaggi competitivi derivati dal fatto che si sviluppano nuovi mercati potenziali (es: attività motoria specializzata nelle palestre per fascia anziana con determinate problematiche di salute) caratterizzati da sistemi di valori e atteggiamenti (n.b.fascia medio-alta della popolazione) propensi all'adozione di stili di vita sani;
- promozione di una immagine positiva e aumento credibilità derivata dal fatto di aderire a campagne realizzate dall'ente pubblico per la promozione della salute (es: associazioni di categoria che aderiscono a determinate protocolli) e pubblicità dovuta a una campagna di responsabilità sociale che incide positivamente sul proprio marchio;
- adesione ad un progetto che coincide con il proprio sistema di valori e di cui beneficia la comunità di cui si è membri;
- vantaggi competitivi in relazione a futuri scambi con l'ente appaltante pubblico (es: ristorazione collettiva,

(8) Tali funzioni emergono in modo prepotente nel programma dell'OMS sulle 'Città a misura di anziano', entrato nella fase operativa a fine giugno 2010 (Parry 2010), che si propone di supportare una sperimentazione in una rete di città, in 22 nazioni del mondo, *age-friendly*, cioè 'a misura di anziano'.

Anche in questo caso una caratteristica distintiva del programma e dell'approccio del *network* è il modo in cui si estende oltre i confini del settore sanitario e il forte legame con il contesto sociale. Secondo lo stesso responsabile per l'OMS del programma "*Rimanere impegnato socialmente per la salute di una persona anziana è una componente tanto importante quanto l'assenza del diabete.*" (Parry p.406, 2010)

mense pubbliche) o altro.

Talvolta, paradossalmente, il costo estremamente ridotto di una soluzione può rappresentare un disincentivo. Ad esempio, l'aggiunta di iodio nel sale da cucina come profilassi per l'eliminazione del gozzo⁹, sebbene sia una pratica estremamente economica, non è ancora una pratica diffusa in modo sistematico dal momento che in Italia, secondo il Ministero della Salute, si ammala di gozzo nel corso della vita il 10% della popolazione.

Lasciamo al lettore il completamento di questa ipotetica analisi dei vantaggi e svantaggi per i diversi attori di un autentico processo intersettoriale di promozione di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, segnalando di non dimenticare anche 'chi e cosa ci perde' e soprattutto chi ci guadagna nel mantenimento di uno status quo orientato alla frammentazione, alla sovrapposizione delle azioni ed allo sviluppo di un mercato che, ad esempio, incentiva i consumi di prodotti salutari e di integratori.

Di seguito nel box 1 sintetizziamo le caratteristiche salienti che hanno caratterizzato gli approcci di prevenzione e i modelli d'intervento di prima generazione e di seconda generazione; a tali diverse concezioni segue anche un modo diverso di produrre le evidenze d'efficacia (v. diversi approcci di *review* sistematica) e di promuovere il cambiamento delle pratiche di lavoro di operatori e istituzioni dei sistemi sanitari in particolare attraverso linee-guida e diffusioni di raccomandazioni.

Alcune pratiche

(9) In particolare in alcune regioni del Sud, il gozzo rappresenta una malattia endemica che, producendo una carenza degli ormoni tiroidei durante la vita prenatale e neonatale, può comportare alterazioni del sistema nervoso (cretinismo, ritardo mentale, sordomutismo, paralisi).

Per tale ragione a partire dal 1962 (v. Legge 283/1962), sono state emanate una serie di disposizioni in materia, tra cui nel 2005 (l. 55/2005) l'ultima legge sulle modalità di vendita e pubblicità del sale iodato e la iodoprofilassi che è stata successivamente inserita all'interno del Piano Nazionale di Prevenzione PNP 2010-2012.

Tabella 1 - Gli approcci di prevenzione e loro evoluzione

Dalla 1° generazione	Alla 2° generazione
Dal singolo fattore di rischio , sostanza e comportamento	cluster di atteggiamenti e comportamenti
Da programmi focalizzati su una singola componente	A programmi multidimensionali e comprehensive
Da programmi <i>knowledge oriented</i> , allarmisti e centrati sull' informazione sui danni	Le conoscenze sono focalizzate sui comportamenti 'positivi' e orientate alle soluzioni . Interventi focalizzati sui mediatori psicologici e sociali, sulle Life Skills e sulla modificazione di atteggiamenti e credenze - intenzioni.
Da metodi informativi-educativi top-down basati su lezioni, conferenze e spot tenuti da 'esperti'	Meccanismi peer-to peer e metodi di formazione attivi con alto coinvolgimento e partecipazione dei destinatari
Da iniziative indirizzate a target di singoli individui avulse da specifici contesti e fortemente standardizzate	Approcci 'contestuali', con modelli poco standardizzati. Promozione di setting salutogenici. A livello U.E. e WHO si rafforzano iniziative di sviluppo di comunità, network delle scuole per la salute o delle città a misura di anziani . Iniziative indirizzate a beneficiari intermedi come insegnanti, medici di base, farmacisti, gestori di palestre.
Da integrazione verticale delle agenzie pubbliche focalizzate sul singolo settore di policy	Approccio ecologico e integrazione trasversale (politiche intersettoriali) tra differenti tipi di politiche finalizzate a sviluppare ampi impatti diretti e indiretti (es: politiche per i trasporti e riduzione traffico, inquinamento e aumento della mobilità [*]). Strategie adatte a contesti complessi caratterizzati da interdipendenze multiple (v. anche approccio orizzontale UE)

* Ci riferiamo a un ampio range di politiche per il traffico: piste ciclabili, parcheggi, aree pedonali, limiti di velocità.

di prevenzione 'intersectoriale'

Pensare in modo integrato o intersectoriale vuol dire mettere in discussione il modo di concepire le 'materie' su cui l'azione pubblica tende a costruirsi e agire: siamo abituati a pensare per materia perdendo di vista che i maggiori determinanti di salute non sono governati dalla sanità.

La frammentazione delle politiche si riflette inoltre a livello professionale con una crescita esponenziale di saperi specialisti che fanno crescere la frammentazione. E' quindi necessario riconoscere e valorizzare esperienze e pratiche di prevenzione, spesso realizzate con costi modesti e quindi poco visibili, che da anni si realizzano in alcuni territori, singoli Comuni, distretti sanitari o ASL, e che, se ben lette, impattano contemporaneamente su più fattori di rischio e su più *target*.

I gruppi di cammino realizzati in collaborazione con i Comuni, l'associazionismo locale e singoli gruppi di cittadini, in genere anziani, sono tra le pratiche più promettenti e interessanti che si sono dimostrate efficaci sia nel modificare indicatori fisici e biochimici connessi a scarsa attività motoria ed eccesso ponderale, sia nel rafforzare le reti di supporto sociale che rappresentano un presupposto essenziale per la salute delle persone e la prevenzione di stati depressivi e di perdita di abilità cognitive. Una strategia suggerita è quella di abbassare le barriere ambientali che condizionano, ad esempio, la disponibilità di cibi freschi e l'accessibilità dei prezzi in alcune aree isolate o nei centri storici dove si concentra la popolazione anziana che ha minor possibilità di utilizzare un proprio automezzo o ha minor disponibilità economica. Un tipico esempio di intervento finalizzato a modificare le 'barriere ambientali' che condizionano i consumi, è il progetto 'Batti cinque' realizzato dal Dipartimento preven-

zione della ASL di Bergamo in collaborazione con i commercianti, che prevede la messa in commercio di almeno una tipologia di frutta e una di verdura di stagione a prezzi molto contenuti (1 euro al kilo) così da incidere sull'accessibilità reale della popolazione al consumo di alimenti sani e contestualmente aumentare le conoscenze su stili di vita favorevoli alla salute.

Tra gli approcci intersectoriali di prevenzione citiamo due casi. Il primo riguarda un'esperienza della Regione Lombardia che ha attivato un tavolo di collaborazione tra Direzione Generale Sanità, Direzione Generale Commercio, Fiere e Mercati, Unione Regionale Panificatori Lombardia, Confcommercio Imprese per l'Italia, sezione Lombardia e Confesercenti regionale Lombardia, grazie al quale quest'anno si è giunti ad una intesa con i panificatori artigianali (che coprono circa l'80% della domanda), affinché producano e vendano pane (ad esclusione dei tipi 'speciali') con un contenuto di sale ridotto (come da indicazioni Ministeriali del programma Guadagnare Salute¹⁰). E' previsto lo sviluppo della collaborazione al fine di coinvolgere i settori industriali della panificazione e della produzione di 'semilavorati' utilizzati nel pane 'speciale'. Anche in questo caso parallelamente il settore sanitario sostiene le conoscenze e le competenze dei cittadini con campagne informative sul guadagno di salute prodotto da una alimentazione sana. L'esperienza è particolarmente interessante per le caratteristiche di sostenibilità economica e praticabilità di una azione intersectoriale che rende stabile l'offerta di pane a ridotto contenuto di sale così da ottenere risultati di salute efficaci e duraturi per tutti i cittadini.

Si noti che la combinazione di interventi preventivi 'combinati', rivolti ai

(10) Dall'analisi dei gruppi di alimenti risulterebbe che sono proprio i cereali e derivati, tra cui il pane, la principale fonte di sodio non discrezionale (42%) (CIRCSI 2010).

singoli e a modifiche delle industrie alimentari, si ritiene possa diminuire del 50% l'incidenza di incidenti cardiovascolari (Murray et al. 2003) e per tali ragioni il CIRCSI (2010), un gruppo che associa numerose società scientifiche sul tema del consumo di sale in Italia, raccomanda un approccio strategico "olistico" e tenacemente interdisciplinare.

Il secondo caso riguarda la Regione Emilia Romagna che negli ultimi due Piani di prevenzione regionali ha affrontato il tema del "Rapporto tra ambiente costruito e salute". Si tratta di un campo di ricerca emergente (Jackson 2003) che ha ricevuto scarsa attenzione dalla sanità pubblica del XX secolo che ha prodotto notevoli evidenze circa il rapporto tra disegno dell'ambiente costruito, della città e degli spazi abitati, e l'emergere di fattori di rischio come l'obesità, il diabete, l'asma, gli incidenti, la mancanza d'attività motoria, la depressione, le violenze e le disuguaglianze sociali.

Lo stesso piano di prevenzione assume tale sfida cercando di 'capi- re meglio il peso dell'impatto del nostro ambiente costruito sulla salute e poi costruire insediamenti che promuovano la salute fisica e mentale "L'ambiente costruito influenza le abitudini all'esercizio fisico della popolazione, il tipo di sistema di mobilità usato, l'accessibilità alle risorse presenti, la possibilità di stare all'aperto e in spazi verdi, i fattori che determinano sicurezza e quelli che determinano le relazioni sociali, ecc." (Regione Emilia Romagna p. 11, 2008) Complesse sono le relazioni tra ambiente costruito e salute; come noto la mancanza d'accessibilità si traduce in segregazione sociale che a sua volta incide su solitudine e carenza di reti di supporto sociale, sull'accesso ai servizi di base, sull'esposizione a spazi aperti e all'irraggiamento solare diretto che induce stimoli necessari all'organismo. Il documento evidenzia i nessi tra ambiente costruito e capi-

tale sociale. *“Nel quartiere le attività educative, commerciali e del tempo libero sono alla base di una fitta rete di relazioni sociali. Lo stesso vicinato è un'importante fonte di conoscenze, d'integrazione, d'amicizie e di relazioni di mutuo soccorso, soprattutto per le persone prive d'autonomia di movimento come gli anziani”.* (Regione Emilia Romagna).

Un esempio d'intersettorialità è rappresentato dalla Legge Regionale 20/00 dell'Emilia Romagna, 'Disciplina generale e tutela dell'uso del territorio', che pone tra i suoi principali obiettivi il 'migliorare la qualità della vita e la salubrità degli insediamenti urbani'.

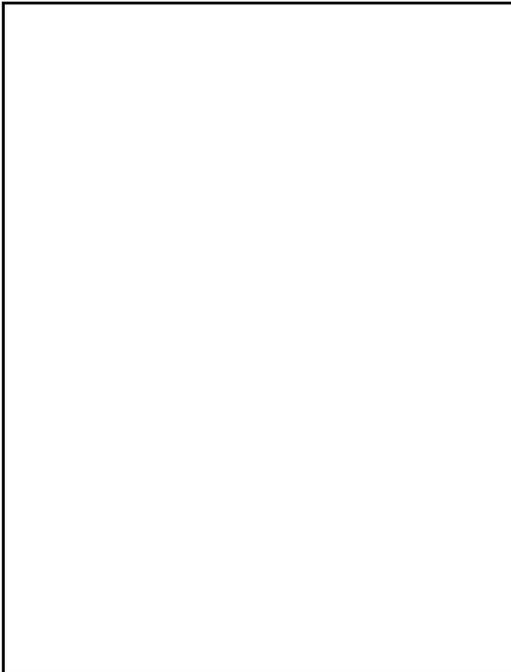
Si ridefiniscono ruoli e responsabilità: la salubrità degli ambienti di vita non è più competenza esclusiva del Servizio Sanitario e dei Comuni, ma si riconosce il ruolo determinate di progettisti, costruttori e 'ai tecnici del mondo dell'edilizia, alle Agenzie e Consorzi territoriali e, nel caso della Conferenza di Pianificazione per l'elaborazione del Piano Strutturale Comunale, alle associazioni economiche e sociali e in genere a tutta la cittadinanza'. I diversi attori, tramite loro autonome decisioni, concorrono al mantenimento di un ambiente di vita salubre (o insalubre) e occorre un'assunzione di responsabilità condivisa affinché le diverse scelte producano ambienti di vita orientati alla salute.

In conclusione

In conclusione 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 (12,8%), tabagismo (12,3%), alcol (10,1%), eccesso di colesterolo, sovrappeso, scarso consumo di frutta e verdura e inattività fisica) per cui

esistono forti evidenze circa le azioni a carattere preventivo atte a modificarli. Ad esempio, in Finlandia in un ventennio si è ridotta dell'80% la mortalità dovuta a malattie cardiovascolari.

Non solo è possibile intervenire, ma la prevenzione sembra rappresentare oggi la principale strategia per contenere la crescita della popolazione con problemi di non autosufficienza e il carico economico dovuto alle malattie croniche. Nei prossimi decenni l'invecchiamento demografico si tradurrà in ulteriori sfide economiche, sociali e di bilancio dal



momento che già nel 2007 il 61% della spesa farmaceutica e il 50% della spesa per assistenza ospedaliera pubblica e privata era assorbito dagli anziani ultra 65enni. Tre sono le principali sfide che ci attendono:

A) la globalizzazione dei mercati tende a promuovere stili di vita sedentari e diete poco sane attraverso strategie di marketing che minano le capacità di controllo effettivo e le campagne di comunicazione per la promozione della salute gestite dalle autorità sanitarie locali;

B) nei prossimi due decenni nel nostro Paese si registrerà il maggiore

squilibrio demografico che graverà sul sistema previdenziale, socioassistenziale e sanitario; i futuri anziani e cioè gli adulti che oggi hanno adottato stili di vita non salutarie, andranno incontro ad un maggiore numero di anni di vita in condizioni di non autosufficienza e tra questi, quelli con basso livello di istruzione e a reddito medio-basso, presenteranno la maggiore incidenza di malattie croniche;

C) nei Paesi OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) in media soltanto il 3% della spesa sanitaria totale è investita in programmi di prevenzione e di sanità pubblica.

L'investimento in programmi di promozione della salute a lungo termine, caratterizzati tipicamente da ridotti investimenti tecnologici, probabilmente continuerà ad essere scarsamente incentivante per molti degli *stakeholder* rilevanti tra cui l'industria farmaceutica che ha un ruolo di volano rispetto agli investimenti in ricerca e sviluppo.

Per essere efficaci i programmi di prevenzione rivolti agli anziani non devono essere a carattere 'additivo' né dovrebbero concentrarsi sulla singola malattia cronica (si veda il grado elevato di comorbidità e la tendenza ad accumularsi dei fattori di rischio) ma devono combinare

approcci centrati sulla popolazione con coerenti strategie intersettoriali che incidano da un lato sui fattori ambientali salute genici e, dall'altro, sulle pratiche di Long Term Care e di cura della salute attuate prevalentemente dalla medicina generale e dalla specialistica.

La promozione di reti sociali supportive, della mobilità e di una vita attiva (attività motoria e stimolazione cognitiva) continuano ad essere considerati alcuni dei fattori protettivi più potenti per la promozione della salute nella popolazione anziana. ●

Riferimenti bibliografici

- Donolo C., *Politiche integrate come contesto dell'apprendimento istituzionale*, in Battistelli, a cura di, *La PA tra innovazione e retorica*, Franco Angeli, 2003.
- Schroer-Gunther M.A., Lungen M., Pfaff H., Passon A. M., Kulig M., Gerber A. (2009), *Finland as an example for integrative prevention and health promotion - a qualitative study*, European Journal of Integrative Medicine, 1 (2009) 125-130.
- Health21, *La salute per tutti nel 21° secolo (Health21: Health for all in the 21st century)*, maggio 1998 Punto Omega Rivista quadrimestrale del Servizio Sanitario del Trentino, Anno II/2000, numero 2-3.
- Age.na.s (2009b), *Relazione finale del progetto di ricerca corrente: "Rilevazione dell'attuale spesa pubblica per l'assistenza socio-sanitaria degli anziani non autosufficienti e quantificazione del fabbisogno finanziario per garantire livelli standard"* 27 gennaio 2009.
- CIRCSI, Gruppo Intersocietario di Intervento sul Consumo di Sale in Italia, *Documento di base per una iniziativa in favore della riduzione del consumo di sale in Italia*. www.menosalepiusalute.it/default.asp?pagina=missione.asp (ultimo accesso 13 agosto 2010).
- Commissione Europea, *Overweight and Obesity related health issues*, Brussels, 30.5.2007, COM(2007) 279 finali.
- Commissione Europea, Green paper "Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases", Brussels, COM 2005.
- Gruppo di lavoro OsMed. *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale gennaio-settembre 2009*. Roma, dicembre 2009. www.epicentro.iss.it/farmaci
- INRCA, *Rapporto annuale sulla non autosufficienza in Italia, anno 2009*, Agenzia nazionale per l'invecchiamento.
- ISTAT, *Indagine sulla spesa sociale dei comuni dell'Istat Anno 2006*.
- Ministero della Salute, Dipartimento Qualità, *Rapporto di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza 2005-2006*, giugno 2009.
- Leone L., *Per ragionare di integrazione: una prima stima e comparazione dei costi del comparto sanitario e socio-assistenziale per la popolazione ultra 65enne*, 13 maggio 2010, Paper grigio consegnato al Gruppo di Lavoro SIQUAS sull'Integrazione socio-sanitaria.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Rapporto sulla non autosufficienza*, Roma, 2010.
- Ministero della salute, *Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari*, 2007.
- Murray C., Lauer J., Hutubessy R., Niessen, Tomijima N., Rodgers A., Lawes C., Evans D., *Reducing the risk of cardiovascular disease: effectiveness and cost of interventions to reduce systolic blood pressure and cholesterol- a global and regional analysis*. Lancet 361: 717- 725, 2003.
- OMS, *Dichiarazione conferenza internazionale sulle città Sane*, Atene, 23 giugno 1998.
- OMS Comitato regionale per l'Europa, *Guadagnare Salute. La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche*, 56° Sessione, 30 Giugno 2006.
- Ostrom E., *Governare i beni collettivi*, Marsilio, 2006.
- Pammolli F., Magazzini L., Salerno N.C., *La spesa farmaceutica pubblica. Analisi degli ultimi anni e indicazioni per una nuova politica economica*, Cerm, Quaderno n.2/2006.
- Parry N (2010), *Network of cities tackles age-old problems*, Bull World Health Organ 2010; 88:406-407.
- Regione Emilia Romagna, Assessorato Salute, *Piano di prevenzione regionale. Parte II: La prevenzione della patologia indotta dall'ambiente costruito*, Bologna, 2008.
- WHO, *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*, di Francesco Branca, Haik Nikogosian and Tim Lobstein, 2007.