

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL PIEMONTE ORIENTALE
Dipartimento di Medicina Traslationale
in collaborazione con
Università Cattolica del Sacro Cuore e Università di Milano Bicocca



CORSO INTEGRATO ASPP
ADVANCED SCHOOL OF PREVENTION AND HEALTH PROMOTION

UNA STRATEGIA INTEGRATA PER LA SALUTE

Carlo BARBERO
Giorgio BELLAN
Monica BONIFETTO
Rosa Maria CRISTAUDO
Stefania PASCUT

Anno accademico 2013-2014

INDICE

ABSTRACT	3
OBIETTIVI, MATERIALI E METODI	9
1 COS'È UNA STRATEGIA PER LA SALUTE.....	10
1.1 I determinanti della salute.....	10
1.2 Definizione di “politica”	12
1.3 Cos'è una strategia integrata.....	12
1.4 Ostacoli allo sviluppo di una strategia integrata.....	14
1.5 Punti di forza di una strategia integrata	15
2 MODELLI DI STRATEGIA.....	16
2.1 Modello del ciclo di vita della policy	16
2.2 Modello canadese THCU (The Health Communication Unit)	17
2.3 Politica pubblica come “terapia”	18
2.4 La logica del modello di Green e Kreuter	18
2.5 Guadagnare Salute.....	24
3 ESEMPI DI STRATEGIE INTEGRATE	28
3.1 Esempi di strategie integrate in Europa.....	28
3.2 Strategie di contrasto alle disuguaglianze in salute	28
3.3 Strategie di promozione della salute.....	33
3.4 Politiche per un invecchiamento in salute	36
4 CONCLUSIONI	45
5 Bibliografia	49
APPENDICE	52

ABSTRACT

Oggetto. È ormai riconosciuto che la salute, bene essenziale per lo sviluppo e la qualità della vita di una comunità, non dipende soltanto dal buon funzionamento dei servizi sanitari ma anche da altri determinanti socioculturali, economici e ambientali, come il reddito, la situazione abitativa, il rapporto tra le persone e il territorio, i trasporti, la possibilità di alimentarsi in modo sano e adeguato, di accedere al lavoro e ai servizi, ecc. Pertanto la buona salute non può più essere considerata il risultato dell'azione di un solo settore: i miglioramenti sostenibili ed equi in materia di salute sono il prodotto di una politica efficace e integrata a tutti i livelli di governo e degli sforzi di collaborazione tra tutti gli ambiti della società. È questo il presupposto del nuovo modello di politica europea per la salute, denominato *Salute 2020*, siglato dai Paesi della Regione europea dell'OMS nel 2012, che si pone come obiettivo il miglioramento della salute per tutti e la riduzione delle disuguaglianze attraverso una migliore leadership e *governance* per la salute.

La letteratura internazionale infatti dimostra oramai ampiamente l'importanza di strategie multicomponente capaci di coniugare ad esempio interventi sugli stili di vita individuali e interventi di comunità con azioni politiche e ambientali, attraverso la collaborazione fra soggetti pubblici e privati. Anche l'esperienza mostra che l'assenza di attenzione allo sviluppo di strategie integrate risulta penalizzante non solo rispetto ai risultati attesi ma anche rispetto alla sostenibilità delle azioni messe in atto e all'uso appropriato delle risorse umane ed economiche. Infatti abbiamo riscontrato come nelle nostre realtà nelle politiche vi sia spesso l'assenza di una visione strategica. Quando invece la visione della necessità di un approccio sistemico è presente, rimane su un piano teorico, non supportata da specifiche linee organizzative e, in modo particolare, si riscontra la mancanza di strumenti che definiscano "cabine di regia", strutture, ruoli e responsabilità qualora, l'applicazione di una *policy* destinata alla salute della popolazione, richieda l'integrazione di più settori o di più elementi della comunità..

Obiettivo. Partendo dalle evidenze della letteratura consultata, che mostrano come le politiche integrate siano più efficaci e sostenibili nel tempo, meno vincolate ai cambiamenti politici, alla riduzione delle risorse e ai conflitti tra i portatori di interesse, il nostro obiettivo è quello di indagare sul ruolo fondamentale che giocherebbe questo modello se fosse messo in atto, a vario livello e in modo adeguato e congruente, nelle politiche per la salute italiane e regionali. Attraverso la presentazione di alcuni esempi di strategie multisettoriali dimostratesi efficaci, sostenibili e trasferibili, è possibile osservare l'applicazione nella realtà concreta dei criteri suggeriti dai modelli teorici. La discussione di altri casi di politiche meno "virtuose" ha poi l'obiettivo di lanciare ai *policy*

maker una “sfida”: cosa non ha funzionato? è possibile nella propria realtà di riferimento provare a costruire una strategia integrata per la salute? perché non provarci?

Materiali e metodi. Il lavoro è partito con una ricerca relativa agli orientamenti delle politiche internazionali per la salute, quale ad esempio *Salute in tutte le politiche, Salute 2020*, e agli indirizzi forniti dalle linee guida dell’OMS, del NICE (2007), della Cochrane Collaboration, dell’organizzazione Communities That Care e da diversi studi commissionati dall’OMS. Tutti sono concordi nel sottolineare come l’azione combinata della *leadership* di governo e dell’*empowerment* del cittadino e della comunità possa condurre a buoni risultati di salute. Sono tratti dalla letteratura anche i principali modelli teorici utilizzati per definire gli elementi essenziali di una strategia integrata efficace: il modello “Precede-Proceed” (Green Kreuter 1991) che vede la salute come un processo influenzato da molteplici fattori e descrive l’approccio di chi lavora per promuovere la salute come multidimensionale e multidisciplinare; il modello proposto dalla strategia europea “Guadagnare Salute” (2006); i lavori di Bulsei (2008) e Martini (2006) che fissano i principali elementi chiave delle politiche, del loro ciclo di vita e della loro valutazione.

Sulla base dei materiali desunti dalla letteratura, abbiamo esaminato e discusso alcuni casi di strategie integrate.

Risultati. Le informazioni e le linee di indirizzo ricavate dall’analisi della letteratura di riferimento, nonché l’esperienza professionale maturata negli anni nell’ambito della prevenzione e della promozione della salute, supportano in modo inequivocabile la necessità dell’adozione, da parte dei *policy maker*, di strategie integrate *evidence-based* di promozione del benessere e della salute della popolazione. Nel nostro paese gli esempi di politiche integrate per la salute restano per ora esperienze ancora isolate o frammentarie, in assenza di una reale cultura dell’integrazione tra materie, competenze, livelli, attori, pubblici e privati.

Dall’analisi della letteratura consultata e dei casi presentati, emerge che i punti focali sui quali è più urgente lavorare sono:

- incrementare la consapevolezza dei portatori di interesse delle nostre Regioni sull’importanza delle politiche integrate per la salute;
- sensibilizzare i *policy maker* sul concetto che la buona salute è il prodotto di una politica efficace non solo in ambito sanitario, bensì a tutti i livelli di governo e della società civile, e sottolineare l’importanza del loro ruolo di promotori e garanti di un sistema integrato;
- implementare l’uso di un linguaggio comune che favorisca l’integrazione fra le parti e che metta al centro la salute come elemento di crescita per il benessere del cittadino e dell’intera comunità;

- impostare una programmazione integrata multidisciplinare utilizzando modelli teorici di riconosciuta validità come ad esempio “Precede-Proceed” (Green, Kreuter 1991) sulla base dell’*evidence based health promotion*;
- promuovere un cambiamento “culturale” nei cittadini, che tramite strategie di *empowerment* dovranno essere in grado di esprimere una domanda più consapevole e attiva, e dei governi, che dovranno mirare alla concreta realizzazione di un modello di salute equa e sostenibile.

Qual è il ruolo di una strategia? Da questi elementi emerge, piuttosto chiaramente, come nella pianificazione di politiche a favore della salute, vista la complessità degli scenari descritti, deve necessariamente essere prevista una corrispondente strategia che definisca, in modo chiaro e assertivo, quali devono essere i collegamenti tra i vari settori e attori delle azioni e come vengono individuati i relativi obiettivi organizzativi e le conseguenti responsabilità. Tali strategie dovrebbero essere dotate di una visione applicativa che partendo dal generale giunga al livello locale. In assenza di una specifica strategia gli elementi sopra descritti, anche quando considerati nella pianificazione di una *policy*, rappresentano soltanto delle sterili raccomandazioni prive di efficacia e rimangono affidate alla sensibilità e alla disponibilità di poche realtà locali.

Esempi di strategie integrate

Ad integrazione dell'analisi delle evidenze in letteratura, sono stati inoltre illustrati alcuni esempi di politiche integrate in Europa, prendendo in considerazione temi significativi nel panorama della prevenzione e promozione della salute, quali l'azione sui determinanti sociali, la riduzione delle disuguaglianze, la salute in tutte le politiche e invecchiamento in salute. In particolare sono state analizzate:

- le strategie di contrasto alle disuguaglianze di salute, sia attraverso un raffronto dello stato di avanzamento di queste politiche in vari paesi europei sia attraverso l'analisi del caso specifico della città di Belfast;
- la strategia nazionale di promozione della salute della Finlandia, sulla base di una valutazione scientifica dell'OMS che l'ha definita un esempio significativo di integrazione delle politiche di salute a tutti i livelli di governo nonché di cooperazione intersettoriale;
- la strategia di promozione di un invecchiamento in salute implementata dalla città di Udine a livello locale che, attraverso un approccio organico, multisettoriale e partecipativo, cerca di concretare i principi dell'OMS di salute in tutte le politiche e azione sui determinanti di salute.

Gli esempi rappresentano esperienze realizzate a vari livelli di governo, a testimonianza che é sempre possibile fare qualcosa per migliorare la salute delle persone; se i vari livelli sono allineati e le politiche integrate, il risultato sarà semplicemente più efficace, con un'ottimizzazione delle risorse impiegate e un impatto più sostenibile nel tempo.

Conclusioni

L'analisi degli effetti di alcune politiche realizzate in passato può consentire di riorientare il disegno delle politiche future verso processi decisionali meno casuali e disorganici, forme di intervento più efficaci, con maggior certezza sugli effetti delle decisioni. Sono necessari a questo scopo il supporto della responsabilità politica, l'innovazione tecnica e amministrativa dei servizi, una diversa modalità di presa delle decisioni e di allocazione delle risorse, non solo finanziarie, soprattutto nell'attuale fase di crisi economica e di contrazione di risorse generalizzata che vincola a farne un uso quanto mai appropriato; infine, è auspicabile che tutti i soggetti coinvolti (decisori delle politiche, operatori sanitari e tutti gli attori pubblici) maturino un'idea di tutela della salute vista non solo come cura della malattia, bensì come promozione del benessere psicofisico globale e delle potenzialità dell'individuo.

INTRODUZIONE

Nel settembre 2012, in occasione della sessione del Comitato Regionale per l'Europa dell'OMS, i 53 paesi della Regione Europea hanno approvato un nuovo modello di politica europea per la salute denominato Salute 2020, che si pone come obiettivo il miglioramento della salute per tutti e la riduzione delle disuguaglianze attraverso una migliore leadership e *governance* per la salute. Questo nuovo modello, che rappresenta la sfida prioritaria e fondamentale per i paesi della Regione Europea, si focalizza su quattro ambiti prioritari di azione politica: investire sulla salute considerando l'intero arco della vita, sviluppare risorse e resilienza all'interno delle comunità, potenziare l'*empowerment* e creare ambienti favorevoli.

Uno degli elementi principali del documento Salute 2020 è infatti quello di lavorare insieme per la salute, con la definizione di un obiettivo comune e ampi sforzi di collaborazione da parte della popolazione e delle organizzazioni presenti in tutta la società e in ogni paese: i governi, le organizzazioni non governative, la società civile, il settore privato, il mondo scientifico e accademico, i professionisti della salute, le comunità e ogni singola persona.

L'aspetto più importante che viene evidenziato è che la buona salute non può più essere considerata un risultato dell'azione di un solo settore: i miglioramenti sostenibili ed equi in materia di salute sono il prodotto di una politica efficace a tutti i livelli di governo e degli sforzi di collaborazione tra tutti gli ambiti della società. Le sfide da affrontare sono considerevoli: le disuguaglianze di salute, le pressioni economiche e l'incremento della spesa sanitaria, l'aumento del rischio di esclusione e del gap nel gradiente sociale, il profilo di malattia in continua trasformazione a causa dell'invecchiamento della popolazione. La risposta a questi bisogni richiede il supporto politico, l'innovazione tecnica e amministrativa dei servizi, una diversa modalità di distribuzione delle risorse, non solo finanziarie, e la modifica della mentalità dei decisori delle politiche, degli operatori sanitari e di tutti gli attori pubblici che vedono la salute esclusivamente in termini di lotta contro la malattia, portandoli a concentrarsi principalmente sulla promozione della salute e del benessere.

Ma come si può realmente e concretamente ottenere questo cambiamento? Quali sono i fondamenti di una strategia integrata che agisca sulla salute a tutti i livelli di governo e tra tutti i settori e gli attori della società? Esiste un grado di consapevolezza sui determinanti della salute e sul concetto di salute come stato di completo benessere psico-fisico, tale per cui le politiche possono essere ri-orientate in funzione dell'impatto sulla salute? Possiamo dire che forse sarebbe in primis necessaria una strategia per diffondere in maniera capillare ed efficace le conoscenze e la consapevolezza sui

temi della salute (ovvero la salute in tutte le politiche, la salute per tutti, l'equità in salute, ecc.) e sul concetto di strategia integrata per la salute?

Sicuramente, questa è una questione difficile da affrontare se consideriamo il fatto che, già nel 1986, la Carta di Ottawa sosteneva la necessità di costruire una politica pubblica per la salute, collocando la salute nell'ordine del giorno di coloro che compiono le scelte politiche in tutti i settori e a ogni livello, per renderli più consapevoli delle conseguenze che hanno le loro decisioni sulla salute e per far accettare le loro responsabilità nei confronti della salute. Il documento sottolinea inoltre la necessità di creare ambienti favorevoli alla salute, proprio in virtù del fatto che esistono legami inestricabili tra le persone e il loro ambiente, e l'importanza di una sistematica valutazione dell'impatto che può avere sulla salute un ambiente in rapida trasformazione, con particolare riguardo alla tecnologia, al lavoro, alla produzione di energia, all'urbanizzazione.

Eppure, da allora, la strada verso una politica pubblica di salute integrata sembra essere ancora molto lunga.

In realtà, alla base di una strategia di politiche integrate sussistono molteplici aspetti da tenere in considerazione e che influenzano in modo considerevole l'impatto e l'efficacia delle politiche stesse.

OBIETTIVI, MATERIALI E METODI

Partendo dalle evidenze della letteratura consultata, che mostrano come le politiche integrate siano più efficaci e sostenibili nel tempo, meno vincolate ai cambiamenti politici, alla riduzione delle risorse e ai conflitti tra i portatori di interesse, il nostro obiettivo è quello di indagare sul ruolo fondamentale che giocherebbe questo modello se fosse messo in atto, a vario livello e in modo adeguato e congruente, nelle politiche per la salute italiane nazionali e regionali. Attraverso la presentazione di alcuni esempi di strategie multisettoriali dimostratesi efficaci, sostenibili e trasferibili, è possibile osservare l'applicazione nella realtà concreta dei criteri suggeriti dai modelli teorici. La discussione di altri casi di politiche meno "virtuose" ha poi l'obiettivo di lanciare ai *policy makers* una "sfida": cosa non ha funzionato? è possibile nella propria realtà di riferimento provare a costruire una strategia integrata per la salute? perché non provarci?

Il lavoro è partito con una ricerca relativa agli orientamenti delle politiche internazionali per la salute, quale ad esempio *Salute in tutte le politiche, Salute 2020*, e agli indirizzi forniti dalle linee guida dell'OMS, del NICE (2007), della Cochrane Collaboration, dell'organizzazione Communities That Care e da diversi studi commissionati dall'OMS; tutti sono concordi nel sottolineare come l'azione combinata della *leadership* di governo e dell'*empowerment* del cittadino e della comunità possa condurre a buoni risultati di salute. Sono tratti dalla letteratura anche i principali modelli teorici utilizzati per definire gli elementi essenziali di una strategia integrata efficace: il modello "Precede-Proceed" (Green, Kreuter 1991) che vede la salute come un processo influenzato da molteplici fattori e descrive l'approccio di chi lavora per promuovere la salute come multidimensionale e multidisciplinare; i lavori di Bulsei (2008) e Martini (2006) che fissano i principali elementi chiave delle politiche, del loro ciclo di vita e della loro valutazione. Sulla base dei materiali desunti dalla letteratura, vengono poi presentati e discussi alcuni casi di strategie integrate.

1 COS'È UNA STRATEGIA PER LA SALUTE*

di Carlo Barbero, Giorgio Bellan, Monica Bonifetto, Rosa Maria Cristaudo, Stefania Pascut

1.1 I determinanti della salute

Lo stato di salute del singolo individuo e della comunità è influenzato da molteplici fattori. Lo studio dei determinanti della salute rappresenta l'essenza della sanità pubblica, poiché consente sia l'analisi che la modifica di tutti quei fattori che, in varia misura, influenzano l'insorgenza e l'evoluzione delle malattie (Maciocco 2001).

Uno dei modelli di studio dei determinanti è quello preso in esame da Dahlgren e Whitehead (1991).

Questo modello descrive i determinanti della salute sotto forma di strati concentrici, ognuno dei quali presenta differenti livelli di influenza, suddivisi in determinanti prossimali e distali.

I determinanti distali: rappresentati da quei fattori individuali e ambientali, responsabili delle disuguaglianze sociali e con azione di condizionamento su gli altri determinanti di salute.

La politica ed il contesto socio – economico sono responsabili della modalità di stratificazione della società, cioè di quei determinanti (determinanti sociali) che consentono ad un individuo di avere il controllo sulla propria vita, come le risorse di status, le risorse materiali e le risorse di aiuto (Costa 2014).

Invece, i determinanti prossimali sono rappresentati da quei processi attraverso i quali, sia il contesto sociale che le politiche, hanno una influenza diretta sullo stato di salute della popolazione e del singolo individuo (es. strategie di prevenzione, programmi di promozione della salute).

La stratificazione sociale ha un ruolo determinante nell'influenzare in modo disuguale i diversi gruppi sociali esposti ai determinanti prossimali, come i fattori di rischio materiali negli ambienti di vita e di lavoro (es. condizioni fisiche, chimiche, biologiche); gli stili di vita errati (es. alcol, fumo, dieta errata, sedentarietà, ecc.); i fattori di rischio psicosociali (es. squilibrio tra pressione, controllo, remunerazione e supporto) (Costa 2014).

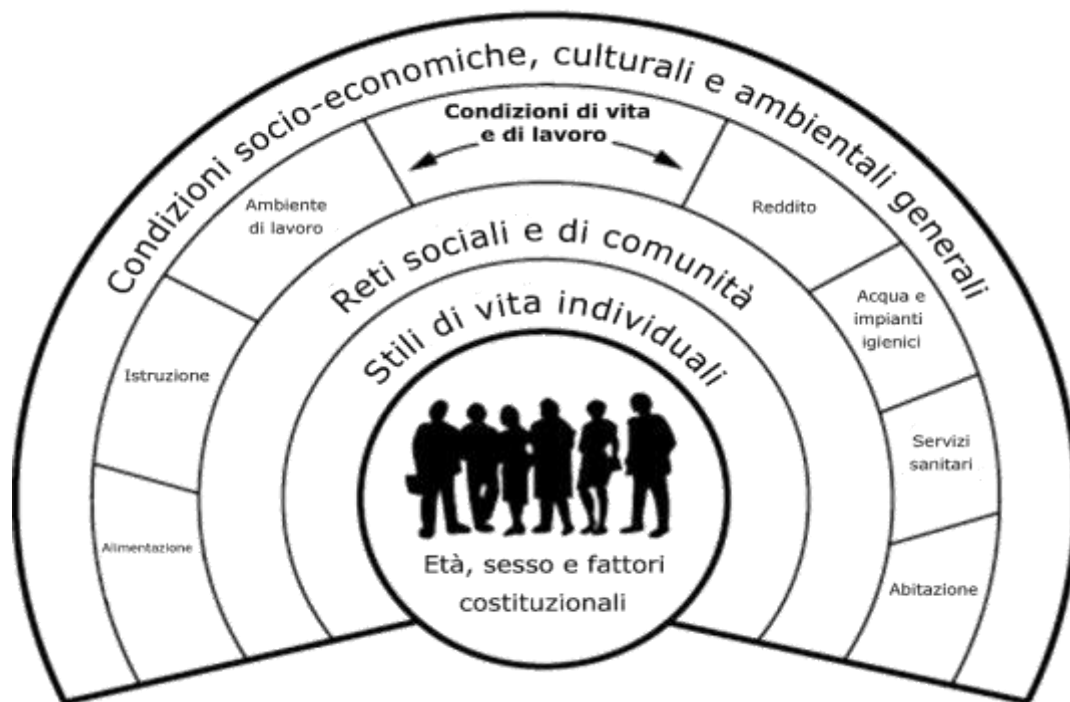


Fig. 1- I determinanti della salute raggruppati in varie categorie. Fonte: Dahlgren e Whitehead M (1991).

Primo livello: è rappresentato dall'individuo, con le sue caratteristiche biologiche non modificabili: genere, età, patrimonio genetico, etnia.

Secondo livello: è raffigurato da stili di vita (liberi o condizionati): fumo, alcol, alimentazione, attività fisica, comportamenti sessuali, ecc. che possono promuovere o danneggiare la salute.

Terzo livello: si trovano le reti sociali e di comunità, in cui l'individuo si relaziona con famiglia, amici e comunità. La qualità degli affetti e delle relazioni sociali influenza la qualità della vita, delle singole persone e può determinare un diverso stato di salute sia attraverso meccanismi di tipo psicologico (depressione, ansia), che attraverso situazioni di tipo materiale favorevoli o avverse (es.: presenza o assenza di una rete di supporto familiare o sociale).

Quarto livello: è caratterizzato da un insieme complesso di fattori che riguardano l'ambiente di vita e di lavoro delle persone: il reddito, l'occupazione, l'istruzione, l'alimentazione, l'abitazione, le condizioni igieniche, i servizi sanitari e sociali, i trasporti e il traffico.

Quinto livello: è lo strato più esterno, rappresentato dalle condizioni generali – politiche, sociali, culturali, economiche, ambientali dell'individuo e della comunità.

La salute, quindi, sia del singolo individuo che di una intera comunità è strettamente connessa a molteplici e complessi fattori e a differenti livelli di responsabilità che interagiscono a vari livelli tra loro, quali istruzione, assistenza sanitaria, reddito, occupazione, tipologia dell'abitazione, situazione familiare, stili di vita, ambienti di vita e di lavoro, dalle politiche sociali, sanitarie, ecc. Pertanto,

l'approccio più adeguato non potrà che essere una politica basata su strategie integrate multisettoriali.

1.2 Definizione di “politica”

Per analizzare una politica pubblica occorre anzitutto chiarire la definizione teorica dei termini impiegati. Il termine “politica”, nella sua accezione riferita a un insieme di linee di intervento pubblico in vari campi (politica economica, sanitaria, ambientale ecc.), corrisponde al termine inglese *policy*, del quale sono state date svariate definizioni, ad esempio: “Un insieme di decisioni interrelate, prese da un attore politico o da un gruppo di attori, sulla selezione degli obiettivi e dei mezzi atti al loro raggiungimento all'interno di una situazione specifica in cui gli attori hanno, in linea di principio, il potere di prendere decisioni” (Jenkins 1978), o anche “qualsiasi cosa un governo scelga di fare o di non fare” (Dye 1972), sottolineando così il fatto che anche il non fare è un'azione di *policy*.

Una *policy* o strategia è quindi finalizzata a un insieme di obiettivi e si configura come un processo, guidato da principi, valori, aspettative, regole e concretizzato in decisioni e azioni; in esso interagiscono diversi attori collocati su differenti livelli istituzionali e variamente legittimati a prendere decisioni vincolanti per altri.

Le politiche pubbliche sono messe in atto da amministrazioni di vario livello per regolare comportamenti, distribuire risorse, pianificare attività, fornire servizi, risolvere un problema collettivo. Il carattere pubblico non dipende dallo status formale degli attori coinvolti (che sono istituzionali ma possono essere anche sociali), bensì dalla natura dei problemi e degli strumenti impiegati per affrontarli. Le leggi sono solo uno degli strumenti delle politiche.

Una politica che va ad agire non solo sui determinanti prossimali della salute (che influenzano direttamente la salute) ma anche su quelli distali, responsabili delle disuguaglianze sociali e che condizionano gli altri determinanti di salute (come reddito, abitazione, ambiente, ecc.), può contribuire a una società più equa e si configura come una strategia integrata.

1.3 Cos'è una strategia integrata

Per strategia integrata si intende una *policy* che va ad agire a tutti i livelli, in modo trasversale in una comunità o nella società in generale: avremo quindi un livello individuale, di famiglia o gruppo, di organizzazioni e di governo.

Ciò che risulta fondamentale è che la strategia sia applicabile concretamente e quindi che prima di essere avviata, ne sia stata verificata la fattibilità dal punto di vista economico, politico, sociale, amministrativo e tecnologico. Altra cosa importante è che essa abbia delle ricadute, positive o negative, a seconda che venga rispettata o meno e che venga previsto il suo consolidamento e la sua

sostenibilità nel tempo. Perché sviluppare una strategia quando i progetti di prevenzione e promozione della salute sono già molti? La risposta è legata alla differenza sostanziale che esiste tra i progetti e le *policies*: mentre i primi sono spesso di durata limitata e, anche se ottengono risultati positivi, rischiano il più delle volte di finire a causa dell'esaurimento dei fondi a disposizione, una *policy* è più sostenibile perché agisce su più fronti contemporaneamente ed è più resistente ai cambiamenti, anche a livello politico e/o decisionale. Alla base dello sviluppo di una strategia esistono i quesiti illustrati in figura.



Fig. 2 – I quesiti di una strategia

È importante definire in modo chiaro quali sono gli obiettivi e gli scopi della *policy*.

La pianificazione di una strategia è un processo molto complesso che si distingue per vari aspetti da quello che può essere un semplice programma o progetto. Di seguito si riportano alcune differenze fondamentali, elaborate sulla base della letteratura e degli esempi di buone pratiche analizzati, nonché dell'esperienza professionale maturata negli anni.

	STRATEGIA	PROGRAMMA	PROGETTO
OBIETTIVI	Mission, vision, valori sottesi, indirizzo strategico generale	Obiettivi e attività correlate al singolo programma	Ruoli, risorse, scadenze per le specifiche attività e consegne
DURATA	Almeno 3-5 anni	Dipende spesso dalle caratteristiche del programma o dalla disponibilità di risorse	Il più delle volte annuale
TEMPI DI REVISIONE	Interazioni periodiche su parecchi mesi	Dipende dall'entità del programma ma solitamente meno di un anno, con qualche modifica dopo la valutazione della sperimentazione pilota	Giorni, solitamente viene svolta prima della chiusura del ciclo finanziario con una revisione periodica (di solito mensile) durante l'anno
COORDINAMENTO	Dipende dal tipo di organizzazione ma spesso è guidata dai vertici con una vision e una struttura di coordinamento ben definite	Prevede un'analisi del contesto e un coinvolgimento specifico dei settori/attori/target coinvolti	Considera in primis l'organizzazione interna, è guidato dallo staff interno e coinvolge a spot settori/attori esterni
ATTORI	Attiva una rete sul territorio che coinvolge quanti più	Spesso considera i bisogni di un target ben identificato e di	Ruota attorno al promotore che di volta in volta identifica gli elementi di

	attori possibili, sia soggetti favorevoli che contrari, in modo da rendere le azioni partecipate e condivise.	conseguenza il coinvolgimento rimane limitato ai soggetti interessati	supporto/collaborazione all'esterno
RICADUTA	Presuppone una ricaduta ampia, su più azioni e quindi più resistente ai cambiamenti, politici, economici, sociali	La continuità è legata soprattutto alla disponibilità delle risorse e/o alla volontà politica, di gruppi di interesse, ecc.	La ricaduta è molto limitata e quindi il rischio di non ripetibilità è molto alto

Tabella 1 – La pianificazione di una strategia (Adattata da THCU - University of Toronto)

Nell'ambito di una strategia integrata, il processo decisionale non può essere esclusivo, cioè fondato sulla segretezza, limitato agli attori in possesso delle risorse chiave, bensì inclusivo: tutti gli attori devono essere messi di fronte non alla soluzione ma al problema e possono pertanto partecipare al processo decisionale. L'inclusione è certamente più impegnativa ma garantisce risultati più condivisi e stabili nel tempo.

Ormai prevale il passaggio da un modello autoritativo gerarchico (*government*) al modello cooperativo (*governance*) in cui prevale la cooperazione all'interno di reti decisionali miste pubblico-private. L'amministrazione pubblica non è più vista come depositaria dell'autorità ma come "regista" di un processo caratterizzato da sostenibilità istituzionale, capace di assicurare stabilmente condizioni di democrazia, giustizia, partecipazione, formazione e informazione (Bulsei 2005). Tale approccio è vantaggioso soprattutto quando la questione oggetto della politica è al centro di conflitti, e la soluzione adottata potrebbe quindi scontrarsi con forti opposizioni, e quando serve l'apporto di altri soggetti detentori di risorse (legali, finanziarie, cognitive...). Certo non è facile individuare gli attori che è opportuno coinvolgere: si può partire da un coinvolgimento "leggero", che si limita alle istituzioni pubbliche, o impegnarsi nel coinvolgimento di gruppi organizzati, fino alla possibilità di coinvolgere anche cittadini non organizzati (es. giurie di cittadini). Le esperienze mostrano come i cittadini coinvolti siano disposti ad assumere responsabilità pubbliche, a mutare le proprie preferenze e convergere su indicazioni di *policy* che i decisori dovrebbero assumere; inoltre si facilita l'interazione tra istituzioni e comunità locali, contribuendo all'efficacia degli interventi.

1.4 Ostacoli allo sviluppo di una strategia integrata

I principali ostacoli allo sviluppo di una strategia possono essere di vario tipo:

- di carattere scientifico:
 - mancanza di strumenti di rilevazione e analisi dei molteplici fattori di rischio e dei bisogni di salute;
 - mancanza di efficaci strumenti di contrasto che operino su problematiche strutturali e complesse;

- mancanza di evidenze scientifiche che motivino lo sviluppo di determinate azioni;
- difficoltà di intervento dal punto di vista tecnico, verticale, normativo, organizzativo;
- difficoltà a responsabilizzare gli individui;
- di carattere politico-economico:
 - mancanza di capacità e/o di volontà di contrasto dei principali fattori di rischio e di azione sui determinanti di salute;
 - mancanza di conoscenze adeguate e della consapevolezza sui temi della salute;
 - errata valutazione dei costi/benefici delle politiche di salute e/o mancati investimenti su obiettivi a lungo termine;
 - incapacità di garantire il consolidamento e la sostenibilità degli interventi;
 - difficoltà di comunicare in modo efficace gli obiettivi di salute;
- di carattere allocativo:
 - privilegio degli aspetti diagnostico-terapeutici rispetto a quelli preventivi, con una sbilanciata allocazione delle risorse a favore dell'attività clinica-ospedaliera e pochi investimenti sulla prevenzione e promozione della salute;
 - mancanza di capacità e/o volontà di reperire risorse alternative, quali fondi europei, programmi transnazionali, sponsor del settore economico, terzo settore e privato sociale.

1.5 Punti di forza di una strategia integrata

I punti di forza di una strategia possono essere sintetizzati nel seguente modo:

- solide conoscenze basate su evidenze scientifiche;
- mandati e ruoli ben definiti;
- monitoraggio e valutazione;
- visibilità di Enti, istituzioni e di tutti i portatori di interesse coinvolti a vario titolo e livello;
- condivisione e ottimizzazione dei budget;
- maggiore razionalizzazione delle risorse umane ed economiche;
- sostenibilità a medio-lungo termine;
- maggiore attenzione a target di più difficile coinvolgimento.

2 MODELLI DI STRATEGIA*

di Carlo Barbero, Giorgio Bellan, Monica Bonifetto, Rosa Maria Cristaudo, Stefania Pascut

La ricerca in letteratura ha permesso di evidenziare diversi modelli “teorici” applicabili alle strategie integrate per la salute. Ne presentiamo alcuni:

1. modello del ciclo di vita della *policy* (Bulsei);
2. modello canadese THCU (The Health Communication Unit);
3. politica pubblica come “terapia” (A. Martini);
4. modello “Precede / Proceed” di Green e Kreuter;
5. strategia europea Guadagnare Salute.

Ci soffermeremo poi, in particolare, su due di questi: il modello di Green e Kreuter, ampiamente sperimentato nella pratica, e il modello proposto dal programma europeo Guadagnare Salute perché ci sembra sintetizzare bene gli elementi principali degli altri modelli ed è un punto di arrivo di tutte le precedenti dichiarazioni e strategie europee e mondiali per la salute; inoltre è un modello non solo teorico ma di cui si può apprezzare la concreta messa in atto nelle varie realtà locali che lo hanno adottato.

2.1 Modello del ciclo di vita della policy

Il “ciclo di vita” di una *policy* o strategia (Bulsei 2008) mette in evidenza le fasi che devono caratterizzare una strategia, ciascuna delle quali presenta aspetti peculiari e possibili ostacoli:

- la definizione del problema che sollecita l’intervento pubblico (la cosiddetta domanda sociale);
- l’ingresso del problema nell’agenda politica;
- la formulazione di proposte e l’individuazione delle possibili soluzioni;
- l’esame delle alternative;
- la scelta della soluzione;
- l’attuazione degli interventi programmati;
- la valutazione dei risultati (controllo/apprendimento).

Il modello pone l’interessante questione dell’ingresso dei problemi nell’agenda politica, sottolineando come non sia sufficiente che un problema venga considerato tale nel sentire comune (o nella comunità scientifica, potremmo aggiungere) perché esso entri a far parte dell’agenda politico-istituzionale (cioè quella dei decisori).

Inoltre identifica alcuni modelli decisionali teorici: dal modello razionale, che rappresenta il massimo della razionalità in termini di valutazione di obiettivi, costi, alternative e scelta della

soluzione più costo-efficace, passando per modelli a razionalità limitata, fino al modello “bidone della spazzatura”, in cui la decisione nasce in un contesto di ambiguità e talvolta addirittura casualità, mancando completamente la valutazione costo-efficacia delle possibili alternative.

2.2 Modello canadese THCU (The Health Communication Unit)

Il caso studio di Udine e della strategia sviluppata a livello locale per la promozione di un invecchiamento sano e attivo, presentato più avanti, è ispirato a un modello adattato dal Public Health Ontario’s Health Promotion, Chronic Disease and Injury Prevention Department:

1. Descrizione del problema: ottenere un quadro esaustivo del problema; ciò consentirà di sviluppare degli obiettivi chiari, di valutare le diverse opzioni e di costruire il consenso alla *policy* tra i decisori.
2. Valutazione della fattibilità di sviluppo della *policy*: decidere se avviare qualche azione; questo dipenderà dal fatto che la comunità sia pronta ad accogliere una specifica *policy* e che l’organizzazione sia in grado di condurre e sostenere il processo.
3. Sviluppo di indirizzi, obiettivi e varianti della *policy*: definire indirizzi e obiettivi chiari per il cambiamento agito dalla *policy* (risultato atteso) e produrre una lista di opzioni da sottoporre all’attenzione dei decisori.
4. Individuazione dei decisori e dei soggetti che hanno un impatto: decidere su quali decisori concentrarsi per costruire del consenso; scegliere le persone sbagliate può risolversi in uno spreco di risorse e può persino compromettere le strategie future ci si rivolge a soggetti operanti ad un livello sbagliato o in un momento non opportuno.
5. Costruzione del sostegno alla *policy*: scegliere i canali e gli strumenti più adatti per persuadere i decisori a procedere con lo sviluppo della *policy*. Definire i messaggi che verranno comunicati attraverso questi metodi. Questo passaggio può essere fondamentale per il successo o il fallimento dell’impresa.
6. Ridefinizione e/o revisione della *policy*: consultare gli *stakeholders* durante tutto il processo di scrittura e revisione, coinvolgendo tutte le persone responsabili del finanziamento, implementazione e azione nell’ambito della *policy*.
7. Implementazione della *policy*.
8. Valutazione e monitoraggio della *policy*: identificare per tempo problemi o variazioni necessarie nella tempistica della *policy* può essere d’aiuto nell’evitare di stravolgere completamente una *policy* quando durante l’implementazione si presentano degli ostacoli. Una valutazione approfondita sarà inoltre utile nel riscontro che dovrà essere dato agli *stakeholders* e a ridurre i costi di implementazione.

2.3 Politica pubblica come “terapia”

Alberto Martini definisce la politica pubblica come lo “sforzo consapevole, condotto da parte di attori pubblici, di ‘curare’ un certo problema collettivo”, cioè una situazione socialmente percepita come insoddisfacente e quindi meritevole di cambiamento. La politica pubblica è considerata come una “terapia”, cioè come un trattamento somministrato a certi soggetti per prevenire un determinato problema (Martini 2006).

Una politica pubblica può servirsi di più strumenti terapeutici: può utilizzare un trasferimento mirato di risorse, un’imposizione di obblighi o divieti, un’erogazione di servizi a determinati utenti, un incentivo che vuole favorire o inibire un particolare comportamento, una campagna di comunicazione che tenta di modificare un certo atteggiamento. Naturalmente può essere anche un mix più o meno complesso di questi diversi strumenti. Inoltre, ogni terapia può produrre effetti collaterali più o meno gravi, nonché effetti inattesi o indesiderati; tali effetti devono essere valutati.

Occorre quindi stabilire se e in che misura una politica pubblica ottiene i risultati che si era prefissa, la sua efficacia nel conseguire l’obiettivo e quindi la sua trasferibilità in altre situazioni; la valutazione della politica deve essere finalizzata anche a conoscerne l’impatto sul target prestabilito, il legame di causa-effetto tra la realizzazione dell’intervento e le modifiche osservate nel fenomeno sul quale l’intervento agisce. Nelle politiche di prevenzione, la valutazione di impatto può avere l’obiettivo di stabilire se l’esposizione all’intervento abbia modificato comportamenti o condizioni tra i suoi diretti beneficiari, valutando anche come sarebbero cambiati in assenza dell’intervento (situazione controfattuale); l’impatto può quindi essere considerato la differenza tra la situazione osservata e quella controfattuale.

Seguendo questa lettura, Martini richiama l’analogia della valutazione controfattuale con il metodo sperimentale, quale opportunità per la valutazione degli effetti delle politiche pubbliche di prevenzione.

La valutazione delle politiche è in ogni caso un elemento fondamentale per consentire di riorientarne il disegno verso forme di intervento più efficaci.

2.4 La logica del modello di Green e Kreuter

Nell’ottica di una diagnosi socio-sanitaria per una strategia integrata, può essere preso in considerazione il modello di Green e Kreuter (1991), definito il modello di “Precede-Proceed”.

Questo modello rappresenta un utile strumento per la individuazione di una strategia integrata, che consente la comprensione di elementi e le relazioni significative della popolazione oggetto

dell'intervento, favorisce la conoscenza, l'interpretazione e la lettura della realtà locale, l'azione da intraprendere e la produzione di evidenze per dimostrare l'efficacia o meno di un intervento.

Ideato da Green e Kreuter (1991), è un modello fondato su due assunti: il I, secondo il quale la salute è un processo multidimensionale e multipli sono i determinanti ovvero i fattori che la influenzano; il II che, di conseguenza, descrive l'approccio di chi lavora per promuovere la salute come un processo necessariamente multidimensionale e multidisciplinare. Uno degli aspetti più innovativi del modello di progettazione "Precede-Proceed" è la possibilità che l'operatore ha nel riflettere sulla sua pratica e sull'andamento del progetto, ricercando in maniera sistematica e metodologica il senso e la prospettiva delle azioni.

Il modello di Green e Kreuter nasce negli anni in cui si pone l'attenzione verso l'aspetto multidimensionale di un modello d'intervento con il contributo di discipline differenti quali epidemiologia, sociologia medica e scienze amministrative. Inizia, così, a delinarsi una visione della salute globale, che implica l'adozione di un approccio socio-ecologico, che opera su ogni livello e in ogni contesto del sistema sociale, tenendo in considerazione, nello stesso tempo, gli innumerevoli fattori determinanti per la salute.

I sostenitori dell'approccio socio-ecologico sottolineano che le azioni della tradizionale medicina preventiva sono condotte a partire dal presupposto che i comportamenti a rischio per la salute siano trattati come se fossero considerati un "errore", correggibile attraverso una corretta conoscenza. Si parla infatti di stili di vita, considerati, quindi, come il frutto di libere scelte individuali, infatti loro sostituiscono l'espressione "*lifestyle*" con quella di "*living condition*", le condizioni del vivere (Green e Kreuter, 1991), affermazione che sta ad indicare come la libera scelta individuale sia una comodità che pochi si possono permettere. I comportamenti, sia quelli utili che quelli dannosi alla salute, non sono infatti atti isolati, sotto il reale controllo autonomo del soggetto adulto, ma atti "a libertà vincolata", cioè in gran parte determinati dalle condizioni sociali, economiche e culturali in cui il soggetto vive.

Alla luce di tutto questo, si sviluppa il modello "Precede-Proceed", inizialmente con il *Precede* (*predisposing, reinforcing, enabling, construt in educational diagnosis and evaluation*), definito come "il processo attraverso il quale si determina lo stato di salute e i fattori responsabili per la salute che può essere utilizzato sull'individuo singolo, sulla famiglia, sul gruppo, o sulla comunità". Successivamente, la I fase viene integrata da un'altra componente che opera sul processo di diagnosi e valutazione effettuata nella prima parte, il *Proceed* (*policy, regulatory, organizational construt in educational and environmental development*).

Il modello *Precede-Proceed* è formato da 9 fasi, fondamentali al fine di identificare le priorità del contesto in cui si opera, gli obiettivi da raggiungere e i risultati ottenuti.

Fase 1: Diagnosi sociale (*Social Assessment and Situational Analysis*).

Secondo questa fase l'analisi sociale dovrebbe essere focalizzata sulla valutazione del contesto in cui si opera e delle condizioni di vita, come la qualità della vita (definita come "la percezione degli individui o gruppi, che i propri bisogni sono soddisfatti, e che non vengono loro negate le opportunità di perseguire la felicità e l'appagamento"), il benessere, la soddisfazione, ecc.; di conseguenza i problemi della comunità diventano il principale indicatore della qualità della vita della popolazione e sono identificati attraverso l'utilizzo di diverse metodologie (es. *focus group*, gruppi nominali, il "*delphi method*", indicatori sociali, sondaggi, interviste, ecc.).

La fase di valutazione sociale consente di identificare e interpretare le condizioni sociali unitamente alle percezioni sia della comunità che dei vari livelli organizzativi (Green & Kreuter, 1999).

Fase 2: Diagnosi epidemiologica (*Assessment Epidemiological*).

L'obiettivo di questa fase è quello di identificare i problemi legati alla salute (mediante osservazione, analisi interpretativa, raccolte ad hoc, ecc.) e le variabili di ordine socio-anagrafico o riguardanti lo stile di vita che hanno causato una determinata patologia.

L'esito finale di queste prime fasi porterà alla individuazione degli obiettivi.

Fase 3: Diagnosi dei comportamenti e dell'ambiente (*Behavioral and Environmental Assessment*).

In questa fase vengono identificati i comportamenti individuali, organizzativi e ambientali (tutti quei fattori che non sono sotto il controllo dell'individuo: luogo di lavoro, famiglia, associazioni sportive, scuola, ecc.) strettamente correlati alla salute e alla qualità di vita e che possono indurre o sostenere un eventuale problema individuato nelle fasi precedenti.

Fase 4: Diagnosi educativa e organizzativa (*Educational and Ecological Assessment*).

Questo fase consente di identificare tre categorie di variabili (determinanti o fattori) che, con tipologie differenti, influenzano il comportamento sia individuale che collettivo:

- fattori predisponenti (*predisposing factors*) che, collocandosi in posizione antecedente al comportamento, includono la parte sia razionale che motivazionale; la dimensione sia affettiva che cognitiva: conoscenze, atteggiamenti, credenze, autostima, autoefficacia, ecc.; lo stato sociale e quindi il tipo di educazione, di istruzione, di occupazione, ecc.;
- fattori abilitanti (*enabling factors*), anch'essi precedono l'assunzione di un tipo di comportamento e rappresentano le variabili che facilitano e sostengono la motivazione all'assunzione o meno di un certo tipo di comportamento, relativo ad un singolo soggetto o ad una organizzazione (es. dimensioni organizzative che possono condizionare un certo tipo di comportamento, come aspetti sociali e relazionali; aspetti operativi, manageriali, gestionali, ecc.);

- fattori rinforzanti (*reinforcing factors*), consentono il mantenimento o meno di un determinato comportamento assunto;

Essi includono il supporto sociale, l'influenza dei pari, i consigli medici e anche le conseguenze fisiche del comportamento (es. ad un corretto e adeguato uso di farmaci per una determinata patologia consegue un miglioramento della salute); benefici sociali (es. riconoscimenti); benefici fisici (es. sollievo dal dolore); benefici tangibili (es. di tipo economici): benefici percepiti (es. miglioramento dell'autostima, miglioramento del rapporto con gli altri individui, ecc.).

Durante la progettazione si dovrà porre l'attenzione al target, al *setting* e agli obiettivi prefissati, poiché ognuno di questi elementi ha delle caratteristiche intrinseche ed estrinseche che possono rappresentare un rinforzo o un ostacolo al comportamento. Tutto ciò è finalizzato ad un eventuale riorientamento del percorso progettuale.

Inoltre, è fondamentale porre l'attenzione sulla diversa tipologia di azione che l'intervento potrà esplicare sulle tre categorie di determinanti, ad esempio la comunicazione di tipo diretto alla popolazione target agisce sui fattori predisponenti; quella di tipo indiretto, mediante insegnanti, genitori e amici e/o pari, invece, agisce sui fattori rinforzanti; mentre l'organizzazione della comunità (training, interventi di varia natura, ecc.) rafforza i fattori facilitanti. Comunque, per ottenere esiti positivi, ogni progetto dovrà prendere in considerazione tutte e tre i determinanti.

Inoltre, questa quarta fase è fondamentale poiché si agisce su fattori che, se modificati, condurranno a cambiamenti del comportamento relativi alla salute e al contesto ambientale.

Fase 5: Diagnosi amministrativa e politica (*Administrative and Policy Assessment*).

Questa fase prende in esame le capacità amministrative, politiche ed organizzative possedute e necessarie alla realizzazione di un progetto, per cui è necessario porre l'attenzione ad alcuni fattori chiave:

- risorse di cui si necessita e risorse disponibili per avviare e sostenere il progetto;
- ostacoli e fattori predisponenti di tipo organizzativo;
- politiche a supporto al programma o che necessitano di modifiche affinché il progetto possa dare i risultati sperati.

Altresì, sarà fondamentale tenere in considerazione il tempo (ogni obiettivo per essere raggiunto ha a disposizione un preciso lasso di tempo), il personale (formazione, competenze, abilità) il budget a disposizione e necessario.

In questa fase sarà importante prendere in considerazione il *setting* nel quale l'attività di promozione alla salute si svolgerà, conseguentemente esso imporrà l'uso di determinati metodi e strumenti a seconda delle caratteristiche presentate.

Fase 6: Valutazione dell'implementazione (*Implementation*).

L'implementazione è quella fase che prende in esame il passaggio da obiettivo ad azione, prevedendo cambiamenti sia nelle politiche, sia nei regolamenti (*regulation*) che nelle organizzazioni.

Il regolamento è l'osservazione di politiche, ruoli o leggi (es. per proteggere e salvaguardare la salute di alcuni dai comportamenti dannosi di alcuni target: divieto di vendita di sigarette e alcol ai minori).

Relativamente all'organizzazione si prendono in esame tutte quelle azioni che mirano ad ordinare e coordinare le risorse necessarie per l'implementazione di un programma (es. controllo della qualità, controlli e correzioni per garantire l'appropriatezza e la qualità delle strategie e dei metodi applicati, rispettando gli obiettivi del programma).

Fase 7: Valutazione di processo (*Process Evaluation*).

È fondamentale individuare eventuali problemi fin dalla fase d'implementazione del programma, in modo tale da intervenire in itinere, inoltre, ciò consente di individuare nuovi metodi o tecniche che possano integrarsi con le caratteristiche del progetto.

Le varie metodologie utilizzate per determinare la qualità del processo sono di tipo quantitativo (analisi periodiche, verifiche o sondaggi), qualitative (tecniche di osservazione o interviste) (Green & Kreuter, 1999).

Fase 8: Valutazione d'impatto (*Impact Evaluation*).

Questa fase consente di analizzare e valutare gli effetti immediati del programma (o specifici aspetti di esso), sui comportamenti del target, sui fattori predisponenti, facilitanti e rinforzanti che li determinano e sui i fattori ambientali rilevanti.

Fase 9: Valutazione di risultato (*Outcomes Evaluation*)

Questa fase favorisce una valutazione dello stato di salute e degli indicatori della qualità della vita, individuati nelle prime fasi del processo di pianificazione e consente di modificare le variabili che incidono sull'impatto della salute o sui risultati prendendo in considerazione la specificità degli standard, la precisione della loro misurazione e la grandezza della popolazione sulla quale sono state effettuate le misurazioni.

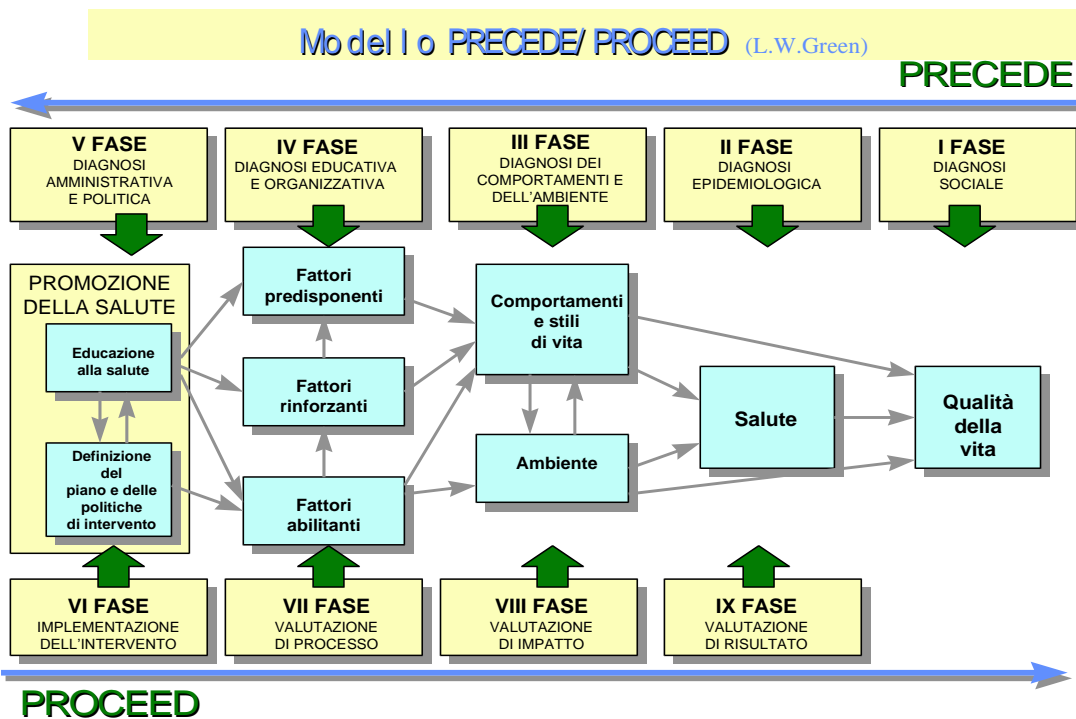


Fig. 3 – La logica del modello di Green e Kreuter (Green, Kreuter, 1999).

La complessità degli effetti di una strategia integrata su una popolazione target può essere riassunta nella figura seguente (Green, Kreuter, 1999).

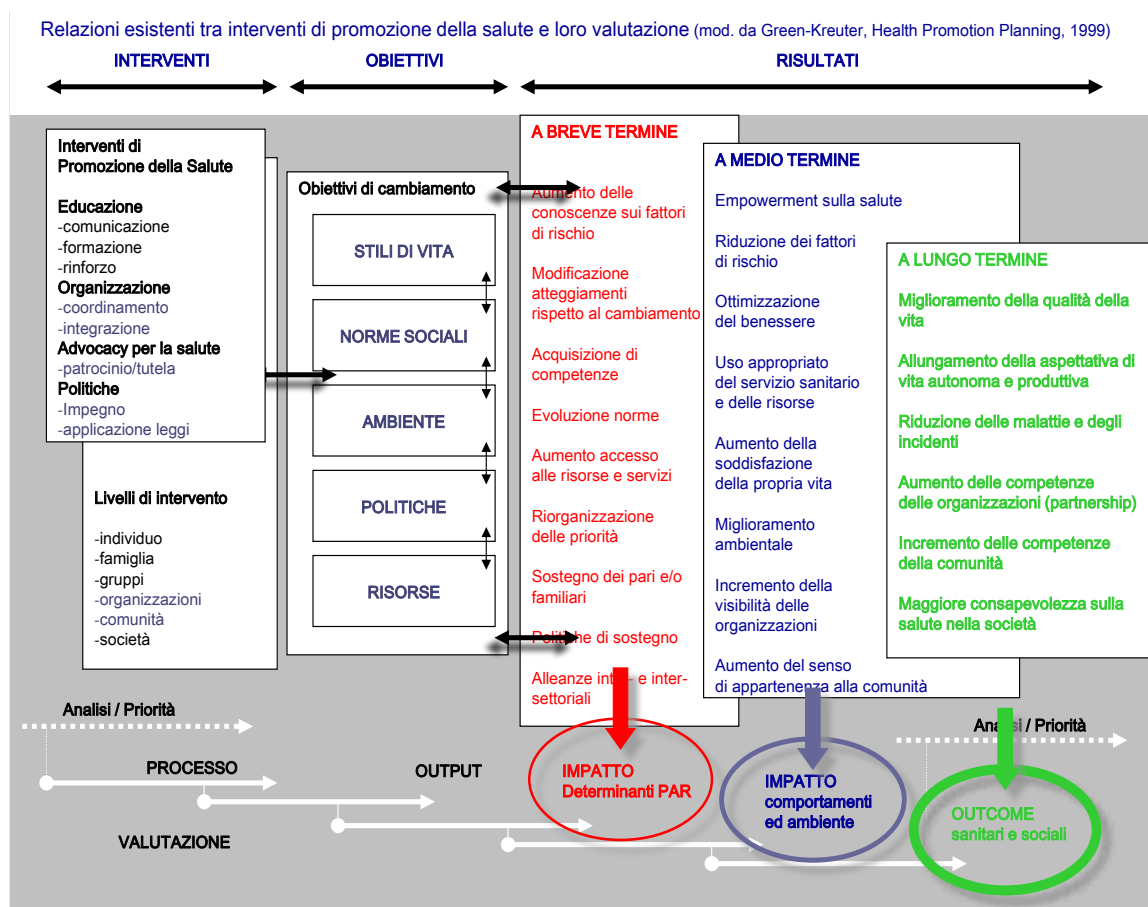


Fig. 4 – Relazioni esistenti tra interventi di promozione della salute e loro valutazione (Green, Kreuter 1999)

2.5 Guadagnare Salute

La strategia europea Guadagnare Salute (2006) ha proposto un modello di strategia integrata per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche che si integra perfettamente con l'approccio di "Salute per tutti", del quale condivide le premesse: 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".

Tra i concetti chiave, ripresi e ribaditi dalle precedenti dichiarazioni OMS, sottolinea i principi che dovrebbero guidare le politiche di intervento a tutti i livelli in ogni Paese: "lo sviluppo sanitario richiede necessariamente strategie integrate e investimenti intersettoriali sui determinanti di salute"; inoltre, "ogni settore della società è responsabile dell'impatto delle proprie attività sulla salute". Pertanto, la politica sanitaria è molto di più della sola "cura dei pazienti".

"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."

Il quadro di riferimento della strategia Guadagnare Salute è tratto da programmi già esistenti, quali la *Carta di Bangkok per la promozione della salute in un mondo globalizzato* (WHO 2005) e il programma dell'OMS sui sistemi sanitari (WHO 2000), combinando la promozione della salute con la prevenzione delle malattie e l'assistenza sanitaria, ed è coerente con i programmi attuativi proposti dal rapporto globale *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale* (WHO 2005) e dalla *Visione Cindi* (Countrywide Noncommunicable Disease Intervention) (WHO 2004).

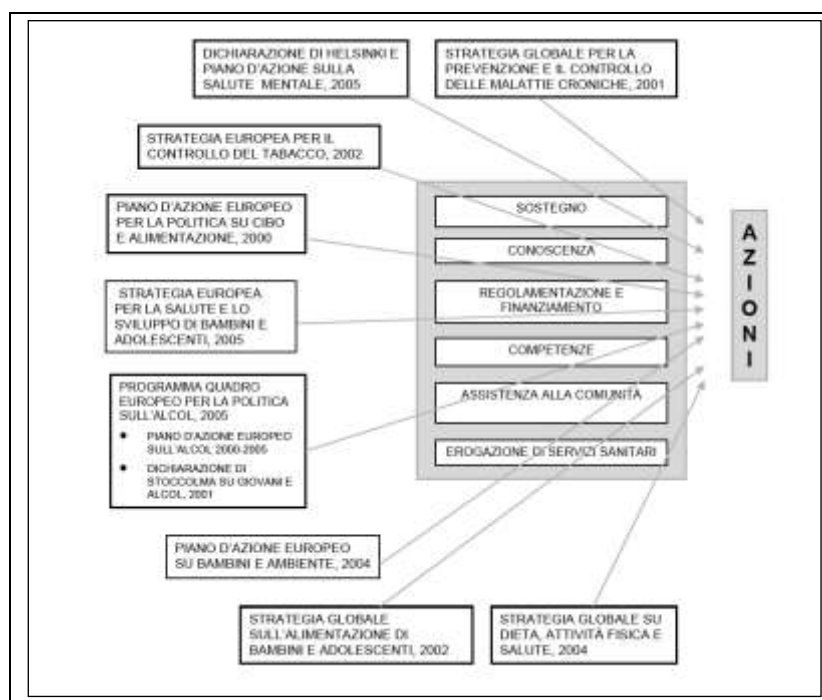


Fig. 5 –Approccio della strategia europea Guadagnare Salute

Questa strategia intende fornire agli Stati membri l'opportunità di riunire le principali strategie e piani d'azione dell'OMS in un unico programma, coerente e capace di rinforzare mutualmente gli interventi già avviati (come schematizzato in figura). Non si tratta di ripetere o di sostituire con nuove strategie i programmi precedenti, bensì di rafforzarne il mandato, basandosi sulle esperienze già acquisite, e promuovere un'azione integrata con una combinazione di approcci verticali e orizzontali, ben coordinati per ottimizzare tutte le potenziali sinergie.

Analizziamo ora gli elementi di questo modello di strategia, riportando alcuni esempi di azioni proposte dal documento europeo e rimandando all'Appendice per gli esempi dettagliati:

- sostegno alla salute, *advocacy*;
- *evidence* e conoscenza;
- regolamentazione e finanziamento;
- competenze;
- supporto alla comunità;
- erogazione dei servizi sanitari.

Sostegno alla salute, *advocacy*: sostenere il concetto di salute basata sui diritti umani e la solidarietà

Il sostegno alla salute è una combinazione di azioni individuali e sociali finalizzate a per ottenere l'impegno e il supporto delle istituzioni e l'accettazione sociale per un particolare obiettivo o programma di salute. Il sostegno può assumere varie forme, compreso il coinvolgimento dei mass media, l'azione diretta di lobby politica e la mobilitazione pubblica. I responsabili delle scelte di sanità pubblica 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 impatto sulla salute e sui relativi determinanti. Esempi di azioni specifiche:

1. *Sostenere il diritto alla salute in tutte le politiche di intervento, in ambito governativo e intersettoriale*
2. *Sostenere l'azione sui determinanti di salute di natura sociale, assumendo un ruolo guida nel settore sanitario*

Conoscenza: favorire la creazione di competenze e di strumenti che rendano possibile fondare le decisioni su criteri di evidenza scientifica

Per poter prendere decisioni basate su conoscenze condivise ed evidenze scientifiche, evitando la dispersione di risorse in pratiche inefficaci, è necessario disporre di sistemi informativi in grado di sostenere il processo decisionale, il monitoraggio dei processi e la valutazione dei risultati. Anche

l'alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) delle persone, favorendo la comprensione e l'utilizzo delle informazioni sulla propria salute, è essenziale per prendere decisioni in modo consapevole e partecipato. Esempi di azioni specifiche:

- 1. Utilizzare meglio le conoscenze esistenti*
- 2. Produrre nuove conoscenze e informazioni*
- 3. Facilitare l'uso delle conoscenze nella fase di progettazione politica*
- 4. Impiegare le conoscenze come mezzo di coinvolgimento e di impegno*

Regolamentazione e finanziamento

Leggi e regolamenti sono elementi fondamentali della politica e della pratica di sanità pubblica: i Ministeri della Salute hanno il compito di definire normative di riferimento e monitorarne il rispetto. I finanziamenti possono rappresentare un mezzo importante per trasformare piani e politiche di intervento in azioni. I meccanismi di finanziamento devono essere tali da ottimizzare i benefici per la salute della popolazione. Esempi di azioni specifiche:

- 1. Sviluppare e applicare programmi quadro normativi (legislazione, regolamenti, ordinanze, trattati)*
- 2. Utilizzare misure fiscali per promuovere scelte più salutari*
- 3. Utilizzare i finanziamenti sulla salute per indurre dei cambiamenti*

Competenze: sviluppare le risorse umane, infrastrutturali e tecnologiche è necessario per interventi sanitari di qualità.

I punti chiave riguardo alle risorse umane sono la formazione di un numero adeguato e delle tipologie necessarie di operatori sanitari, la loro giusta collocazione e la competenza, qualità e produttività. 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. Il lavoro "invisibile" degli operatori della sanità pubblica spesso non viene riconosciuto. Esempi di azioni specifiche:

- 1. Investire nelle risorse umane in campo sanitario*
- 2. Sviluppare strutture, attrezzature, tecnologie*

Supporto alla comunità: la comunità può agire sulla salute degli individui favorendo l'azione collettiva

L'azione della comunità 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 responsabilità per favorire il benessere e la salute, sia per sé che per gli altri. Facilitare l'organizzazione e il coinvolgimento delle comunità nel dibattito pubblico e nella fase decisionale è fondamentale per progredire verso una maggiore equità nel diritto alla salute. Esempi di azioni specifiche:

- 1. Sviluppare comunità di sostegno che favoriscano i fattori protettivi*
- 2. Lavorare sistematicamente nei diversi settori per ridurre i fattori di stress e migliorare la capacità di ripresa*
- 3. Promuovere la salute in ambienti strategici come scuole, ospedali, posti di lavoro*
- 4. Permettere a tutti i membri della comunità di esprimersi al meglio*

Erogazione dei servizi sanitari: trovare il modo più efficiente di produrre e rendere accessibile la migliore combinazione possibile di servizi

La sfida fondamentale è quella di assicurare la copertura della popolazione garantendo nel contempo il monitoraggio della qualità e la valutazione dei risultati. Esempi di azioni specifiche:

- 1. Spostare il paradigma dell'assistenza verso un modello per le malattie croniche*
- 2. Rendere i servizi sanitari più attivi nella promozione della salute*
- 3. Migliorare gli standard di assistenza*
- 4. Migliorare la programmazione e la fornitura dei servizi*

3 ESEMPI DI STRATEGIE INTEGRATE *

di Carlo Barbero, Giorgio Bellan, Monica Bonifetto, Rosa Maria Cristaudo, Stefania Pascut

3.1 Esempi di strategie integrate in Europa

Si riportano di seguito alcuni esempi di politiche integrate in Europa, prendendo in considerazione alcuni temi significativi nel panorama della prevenzione e promozione della salute, ovvero i determinanti sociali e la riduzione delle disuguaglianze in salute, la promozione della salute in tutte le politiche, la promozione di un invecchiamento sano e attivo. Gli esempi rappresentano esperienze realizzate a vari livelli di governo, da quello nazionale a quello locale, a testimonianza che è sempre possibile fare qualcosa per migliorare la salute delle persone. Se i vari livelli sono allineati sugli stessi indirizzi, obiettivi e strategie, il risultato sarà semplicemente più efficace, con un'ottimizzazione delle risorse impiegate e un impatto più duraturo e sostenibile nel tempo.

3.2 Strategie di contrasto alle disuguaglianze in salute

Sulla base delle considerazioni fatte nei capitoli precedenti, le politiche di contrasto alle disuguaglianze di salute sono sicuramente le più significative in termini di miglioramento del benessere e della qualità della vita delle persone perché vanno ad agire sui determinanti sociali di salute e quindi sulle condizioni di vita dell'individuo o gruppo sociale preso in considerazione. Sono tuttavia anche le più difficili da valutare in quanto ad efficacia e impatto poiché è evidente che, quand'anche le disuguaglianze di salute non fossero un obiettivo esplicito, l'implementazione di un'azione pubblica produce quasi sempre effetti che riequilibrano in un senso di maggiore o minore equità la distribuzione dei determinanti della salute (Marra 2014).

Anche il rapporto finale della Commissione sui determinanti di salute sostiene che “non esiste una regola standard per contrastare le disuguaglianze. Ogni paese dovrà adottare le risposte che più si adeguano al proprio contesto territoriale e giuridico, alla predisposizione nazionale ad accogliere misure di redistribuzione dei determinanti della salute e al proprio livello di avanzamento nell'elaborazione di misure sempre più incisive” (Commission on the social determinants of health, 2009).

Il primo tentativo di produrre una revisione delle politiche e strategie nazionali adottate in Europa in risposta alle disuguaglianze di salute risale al 2005 quando, nel report “Health inequalities: a challenge for Europe” vengono raccolti tutti gli esempi di azioni che hanno un impatto positivo in termini di riduzione delle disuguaglianze, anche se indiretto e non supportato da un adeguato endorsement istituzionale. Un secondo tentativo di valutazione dello stato di avanzamento delle politiche di contrasto alle disuguaglianze in salute è stato effettuato nel 2012 nell'ambito del

progetto Euro Global Burden of Disease. Sono state complessivamente raccolte e revisionate 215 politiche e azioni implementate dal 2005 al 2012 a differente livello (nazionale, regionale e locale), tenendo conto anche del precedente lavoro di organizzazioni e commissioni quali il consorzio europeo Eurohealthnet (European review on health inequalities), il gruppo di lavoro dell'Institute for Public Health di Michael Marmot (Organizzazione Mondiale della Sanità), esperti della Joint Action on Health Inequalities (16 Paesi Europei) e secondo i criteri riassunti nella Tab. 2.

CRITERIO	VALORI	SCORE
<i>Tipologia della risposta</i>	Azione multisettoriale integrata in una strategia di contrasto diretta alle disuguaglianze di salute	5
	Azione intersettoriale sulle disuguaglianze di salute ma isolata	4
	Azione intersettoriale sui determinanti sociali della salute	3
	Azione del ministero della salute (o di un suo dipartimento) direttamente rivolta alle disuguaglianze di salute	2
	Azione del ministero della salute (o di un suo dipartimento) indirettamente rivolta alle disuguaglianze di salute	1
<i>Target</i>	Gradiente sociale	3
	Gap o gruppi vulnerabili	2
	Popolazione nel suo insieme	1
<i>Monitoraggio e valutazione</i>	Alta	3
	Media	2
	Bassa	1

Tab. 2 – Criteri di valutazione delle politiche adottati per il progetto EuroGDB.

Per ogni paese è stato anche tracciato un profilo che tenesse conto della valutazione delle politiche in esso implementate a livello nazionale e del recepimento delle disuguaglianze di salute nell'ordinamento istituzionale e nell'agenda politica nonché il numero totale di politiche recensite (secondo il punteggio riportato nella Tab. 3).

CRITERIO	VALORI	SCORE
<i>Inclusione delle disuguaglianze di salute nell'agenda politica</i>	Alta	5
	Media	3
	Bassa	1
<i>Numero delle politiche</i>	> 10	3
	5-10	2
	< 5	1

Tab. 3 – Criteri per valutare la consapevolezza nazionale riguardo le disuguaglianze di salute

Dalla valutazione emergono fondamentalmente 4 profili con una differente capacità di contrasto alle disuguaglianze:

- Gruppo D: Austria, Lettonia, Polonia, Portogallo e Repubblica Ceca, con le politiche meno evolute e difficoltà evidenti a rilevare le differenti esposizioni sociali alle minacce per la salute;
- Gruppo C: Estonia, Francia, Italia, Ungheria e Lituania, dove esiste ormai la consapevolezza dell'importanza dei determinanti ma la riduzione delle disuguaglianze non è una priorità

governativa e le politiche di contrasto si concentrano soprattutto sui gruppi vulnerabili (donne, immigrati, bambini, adolescenti, anziani);

- Gruppo B: Spagna, Belgio, Germania, Danimarca e Olanda, dove le disuguaglianze di salute sono nell'agenda nazionale, nei piani sanitari nazionali e in altri piani di settore come le politiche sociali, il monitoraggio e la valutazione degli interventi sono prassi consolidata e c'è maggiore attenzione ai determinanti e al gradiente sociale;
- Gruppo A: Inghilterra, Galles, Finlandia, Norvegia, Scozia, Irlanda e Svezia, dove esistono politiche integrate e sistematiche di contrasto alle disuguaglianze a livello nazionale, regionale e locale, con strumenti intersettoriali, obiettivi chiari e misurabili, monitoraggio e valutazione degli interventi, anche di quelli non sanitari, reti stabili di consultazione con gli *stakeholders* e una partecipazione attiva della società civile.

Ovviamente, nel valutare i risultati, riassunti nelle Tab. 4 e 5, va tenuto conto del fatto che il numero delle politiche raccolte non è esaustivo e che in questo studio sono state considerate le politiche a livello nazionale mentre molti paesi potrebbero aver delegato le azioni di contrasto a livelli subnazionali e del fatto che il lasso temporale considerato tende a premiare i paesi che hanno introdotto tali azioni solo recentemente.

C l a s s e	Paese	Iniziativa di contrasto		Livello di consapevolezza			Tipologia di politica					Target			Valutazione e monitoraggio			P u n t e g g i o
		N u m e r o d e g l i n t e r v e n t i	P u n t e g g i n t e r v e n t i	A l t e r n a t i v e	M e d i a	B a s e	Az io n i i n t e r s e t t o r i a l i n t e r v e n t i	Is o l a t i n t e r v e n t i	Az io n i i n t e r s e t t o r i a l i n t e r v e n t i	Az io n i i n t e r s e t t o r i a l i n t e r v e n t i	Az io n i i n t e r s e t t o r i a l i n t e r v e n t i	C o l l e g a t i v e	P o l i t i c h e	A l t e r n a t i v e	M e d i a	B a s e		
A	Inghilterra	11	3	5		5					3			3				19
A	Galles	14	3	5		5					2			3				18
A	Finlandia	7	2	5		5					3						2	17
A	Norvegia	9	2	5		5					3					2		17
A	Scozia	20	3	5			4				2			3				17

A	Irlanda	10	2		3	5					3			3			16
A	Svezia	4	1	5		5					3				2		16
B	Spagna	9	2	5			4	3			3				2		15
B	Belgio	5	2		3		4				3				2		14
B	Germania	7	2		3		4				2				2		13
B	Danimarca	4	1		3		4				2				2		12
B	Olanda	4	1		3						2				2		12
C	Estonia	3	1	5				3				1				1	11
C	Francia	5	2		3				2		2				2		11
C	Italia	8	2		3			3			2					1	11
C	Ungheria	1	1		3		4				2					1	11
D	Lituania	4	1		3			3				1			2		10
D	Lettonia	3	1		3				2			1			2		9
D	Austria	2	1		3					1	2					1	8
D	Polonia	6	2			1			2			1			2		8
D	Portogallo	12	3			1			2			1				1	8
D	Rep. Ceca	6	2			1				1	2					1	7

Tab. 4 – Stato di avanzamento dei paesi europei nell'adozione di politiche di contrasto alle disuguaglianze di salute

	<i>Livello di consapevolezza e commitment istituzionale</i>	<i>Tipologia più avanzata di azioni messe in atto</i>	<i>Valutazione e monitoraggio</i>	<i>Popolazione target</i>	<i>Paesi</i>
D	Alta	Strategie ampie e integrate di azioni intersettoriali	Alta	Gradiente sociale	Inghilterra, Galles, Finlandia, Irlanda, Norvegia, Scozia, Svezia
C	Medio/Alta	Politiche intersettoriali sulle disuguaglianze di salute non inserite in una strategia nazionale	Media	Gradiente sociale/ Gruppi vulnerabili	Belgio, Danimarca, Germania, Olanda, Spagna
B	Media	Politiche sui determinanti sociali della salute ma senza un esplicito obiettivo di riduzione delle disuguaglianze di salute	Medio/Bassa	Gruppi vulnerabili	Estonia, Francia, Italia, Lituania, Ungheria
A	Bassa	Politiche di contrasto diretto o indiretto sulle disuguaglianze di salute messe in atto dal ministero della salute	Bassa	Gruppi vulnerabili/ Intera società senza differenziazione	Austria, Lettonia, Polonia, Portogallo, Rep. Ceca

Tab. 5 – Profili nazionali di avanzamento delle politiche di contrasto alle disuguaglianze in salute

A livello locale si riporta inoltre l'esempio della città di Belfast che, anche in qualità di capofila di un gruppo di lavoro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'equità in salute, ha sviluppato una strategia integrata e multisettoriale denominata "Health Equity in all Policies: Health Lens Approach", con la quale intende fornire a tutte le organizzazioni gli strumenti per sviluppare e valutare le proprie azioni con un'attenzione costante e sistematica ai determinanti della salute e alla riduzione delle disuguaglianze.

Questo viene realizzato attraverso un approccio intersettoriale alle politiche grazie al ruolo giocato dalla Northern Ireland Public Health Agency, che istituisce partnership forti con le altre istituzioni, organizzazioni, associazioni, cittadini quali Belfast City Council, Belfast Healthy Cities, Belfast Health & Social Care Trusts, Northern Ireland Housing Executive, ecc. (recentemente è stata creata la Belfast Strategic Partnership).

Il processo che viene messo in atto è rappresentato in Fig. 6.

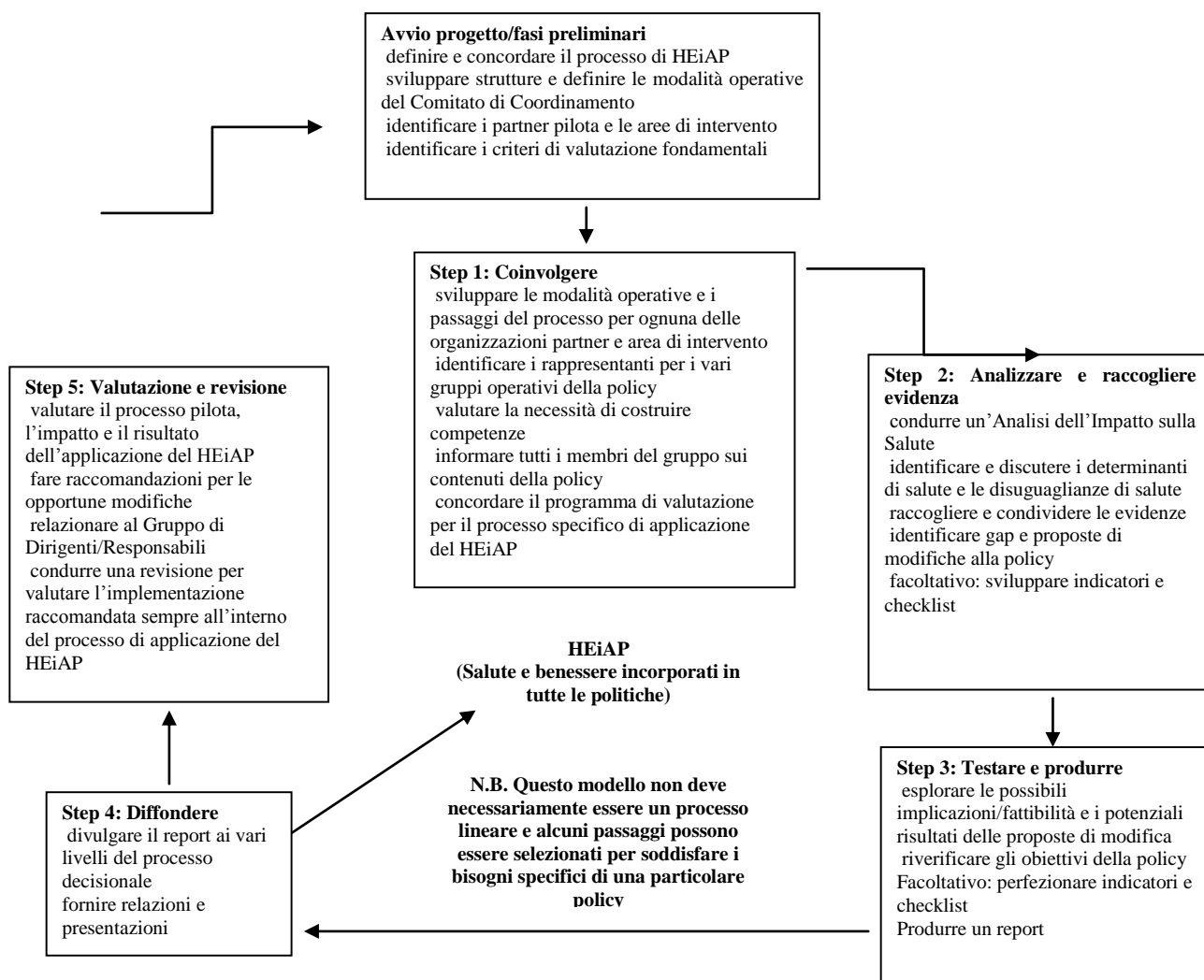


Fig. 6 – Processo di attuazione della salute in tutte le politiche

I programmi attivati sono stati i seguenti:

1. Growing communities strategy, per lo sviluppo delle attività nei quartieri,
2. Travel plans: improving health, a framework for health and social care organisations, per uno sviluppo dei trasporti più equo e organico,
3. Developing an active travel strategy for NI, per l'individuazione di barriere architettoniche e il miglioramento dell'accessibilità agli spazi urbani,
4. Contribution to committee strategy stage of planning bill, per l'inserimento degli obiettivi di salute nel piano regolatore della città,
5. Good for regeneration, good for health, per valutare il recupero di aree cittadine in termini anche di riduzione delle disuguaglianze,
6. Belfast children and young people's outcomes, per favorire l'equità nelle politiche scolastiche,
7. Review of children and young people indicators, per un'analisi dei determinanti che possono influire sui risultati scolastici.

3.3 Strategie di promozione della salute

Anche in questo caso è stata considerata una valutazione scientifica effettuata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità – Ufficio Regionale per l'Europa sulla strategia nazionale di promozione della salute promossa a livello nazionale dalla Finlandia, valutazione dalla quale emerge il percorso di questo paese in termini di cooperazione intersettoriale, azione sui determinanti e integrazione degli interventi, meccanismi che hanno permesso di transitare da un approccio volto a contrastare il singolo problema di salute a programmi su larga scala, fino a una strategia organica e sistemica basata su strumenti anche legislativi e su strutture e alleanze stabili e sostenibili.

È importante, per capire l'evoluzione che il sistema di promozione della salute ha avuto in Finlandia, partire dagli anni '70, quando la salute pubblica diventa una priorità politica e comincia a farsi evidente la necessità di agire su determinanti sociali esterni alla sanità. La prima azione riguarda la prevenzione delle malattie cardiovascolari attraverso politiche di promozione di sani stili di vita, in particolare di una corretta alimentazione e di contrasto al fumo. L'attività viene sviluppata in stretta sinergia con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che nel 1979 pubblica il rapporto *Salute per Tutti entro l'anno 2000* e nel 1986 redige la *Carta di Ottawa* dove viene usata l'espressione "Healthy Public Policy". La Finlandia è uno dei primi paesi ad applicare sul campo la salute in tutte le politiche, l'azione sui determinanti di salute e l'approccio intersettoriale alla salute, l'applicazione della valutazione dell'impatto di salute. Quando la Finlandia entra a far parte dell'Unione Europea nel 1995 una promozione della salute intersettoriale diventa più complicata, poiché il primo obiettivo dell'UE è l'economia; tuttavia, nel momento in cui la Finlandia ne acquisisce la presidenza nel 2006, inserisce la salute in tutte le politiche come tema centrale. Nel 2000 vengono introdotte nuove norme legislative in base alle quali viene conferito maggior potere in tema di salute alle municipalità e si arriva così alla strategia *Health 2015*, predisposta dall'Advisory Board for Public Health finlandese e all'8^a Conferenza Globale sulla Promozione della Salute, tenutasi a Helsinki nel 2013, il cui focus centrale è stato il whole-of-government & whole-of-society approach, ovvero azioni integrate a tutti i livelli di governo e della società civile. Attualmente la strategia di promozione della salute si basa su azioni ministeriali, sostenibili nel tempo e intersettoriali. I risultati di salute ottenuti sono stati considerevoli, anche se ancora permangono disuguaglianze di salute tra i vari gruppi sociali di popolazione.

Se ne riportano alcuni esempi nella tabella 6, in particolare i cambiamenti nelle abitudini alimentari, la riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari e dei tassi di suicidio. Si rappresentano in basso a destra anche i dati sulla mortalità e sul consumo di alcolici, che sono in controtendenza rispetto ai precedenti. La differenza è dovuta proprio ad una scelta di strategie politiche diverse e proprio per questo si è voluto descrivere brevemente i due approcci. Nel caso della prevenzione

delle malattie cardiovascolari, la scelta del Ministro della Salute, di fronte all'opposizione del Ministro dell'Agricoltura e del Ministro delle Finanze a politiche di modifica dei consumi, commercio di prodotti, in particolare latte, a basso contenuto di grassi, fu quella di avviare una strategia integrata, coordinata da un comitato intersettoriale che vedesse rappresentati tutti i ministeri. Il risultato sono state indicazioni chiare per tutti i settori coinvolti: Ministero della Salute, prevenzione delle malattie cardiovascolari e cure primarie e specialistiche; Ministero delle Finanze, abolizione della tassa sul latte a basso contenuto di grassi; Ministero dell'Agricoltura, riduzione dei grassi contenuti nel latte e promozione di alimenti quali verdura, frutta, cereali, pesce; Ministero dell'Istruzione, promozione di una sana alimentazione nelle scuole, formazione degli insegnanti e migliori standard nelle mense scolastiche; Ministero del Commercio e dell'Industria, standard migliori di etichettatura e monitoraggio e controllo delle imprese alimentari.

Nel caso invece della riduzione del consumo di alcolici l'approccio è stato completamente diverso. Nel 2004 il governo decise di ridurre la tassa sugli alcolici del 33 % temendo che i bassi prezzi delle bevande alcoliche in Estonia (entrata a far parte dell'UE) potessero aumentare le importazioni e sfavorire l'economia interna, con danni alle imprese locali. Il risultato è stato un aumento grave della mortalità per patologie dovute al consumo di alcol (prima causa di morte per persone in età lavorativa). Il Ministro delle Finanze propose di ridurre la tassazione anche sul tabacco, sempre temendo le importazioni, ma questo non fu fatto, e i dati sulle patologie respiratorie legate al tabagismo rimasero fondamentalmente stabili. Nella vicina Svezia, che si trovò nella stessa situazione della Finlandia, le scelte furono diverse: la tassa non fu ridotta, le importazioni dall'Estonia aumentarono all'inizio ma poi si stabilizzarono senza grosse perdite e i danni legati al consumo di alcol non furono così gravi come in Finlandia.

Infine, considerata l'importanza della promozione dell'attività fisica anche nell'ambito di questo percorso di studio, si ritiene opportuno citare l'azione intersettoriale sviluppata dalla Finlandia per favorire l'esercizio fisico tra bambini e adolescenti, non solo attraverso la promozione di sani stili di vita a livello individuale ma anche attraverso una sensibilizzazione dell'intero processo decisionale affinché agisca sui fattori politici, ambientali e sociali che possono determinare la pratica dell'attività fisica. Il processo viene monitorato tramite una Report Card on Physical Activity che raccoglie informazioni su nove parametri: 1) livelli complessivi di attività fisica praticata, 2) partecipazione all'attività sportiva organizzata, 3) gioco in movimento, 4) trasporto sostenibile, 5) comportamenti sedentari, 6) famiglia e pari – infrastrutture, supporto, comportamenti parentali/dei pari, 7) ambiente scolastico – infrastrutture, politiche e programmi, 8) comunità e ambiente costruito – infrastrutture, politiche, programmi, sicurezza, 9) governo locale – strategie, politiche e investimenti.

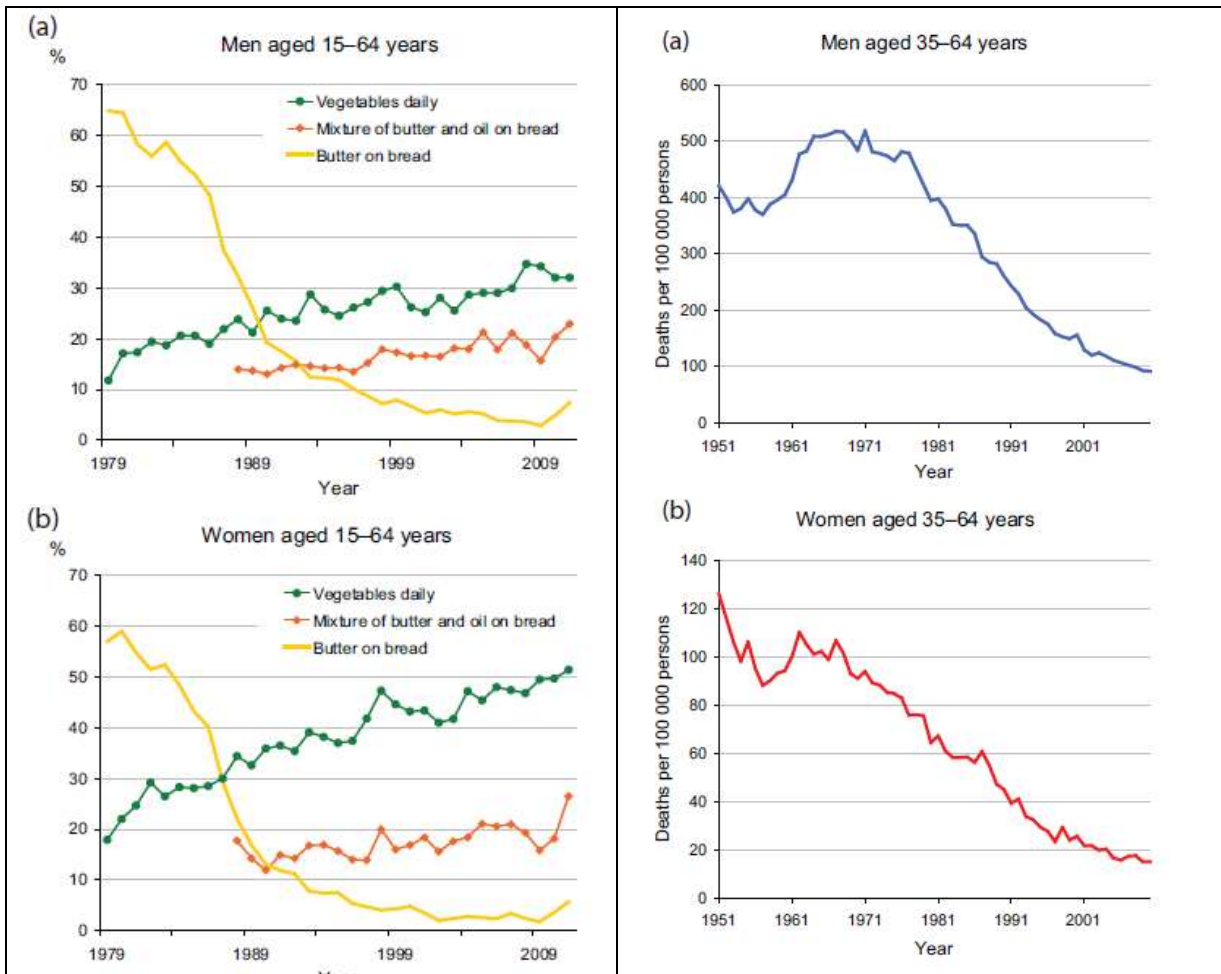


Figure 2. Food habits among men (2a) and women (2b) aged 15–64 years in Finland in 1978–2011.
 Source: Helakorpi S, Holstila A-L, Virtanen S, et al. *Health behaviour and health among the Finnish adult population, Spring 2011*. National Institute for Health and Welfare (THL), Report 45/2012 [in Finnish with English abstract]. Available at: www.thl.fi/en/avtk

Figure 3. Mortality rates from coronary heart disease in men (3a) and women (3b) in 1951–2010 (on different scales).
 Sources: Koskinen S, Aromaa A, Huttunen J, et al. *Health in Finland*. Helsinki, Finland: National Public Health Institute (KTL), National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), and Ministry of Social Affairs and Health, 2006 [39]. Statistics Finland. *Causes of death*. Statistics Finland, 2012. Available at: http://tilastokeskus.fi/til/ksyyt/index_en.html

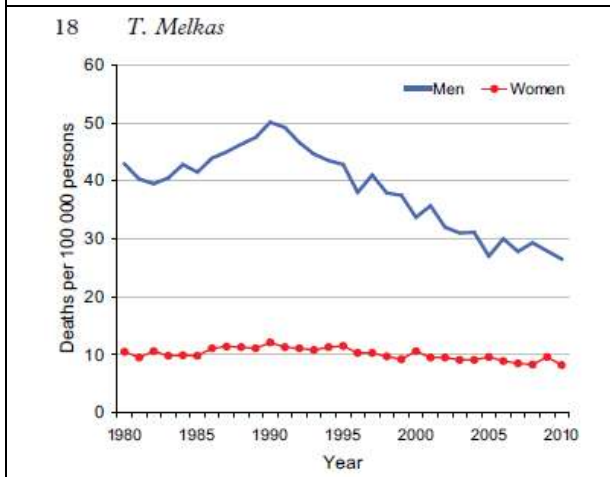


Figure 5. Age-standardized death rate from suicide by gender in 1980–2010.
 Source: Statistics Finland. *Causes of death*. Statistics Finland, 2012. Available at: http://tilastokeskus.fi/til/ksyyt/index_en.html

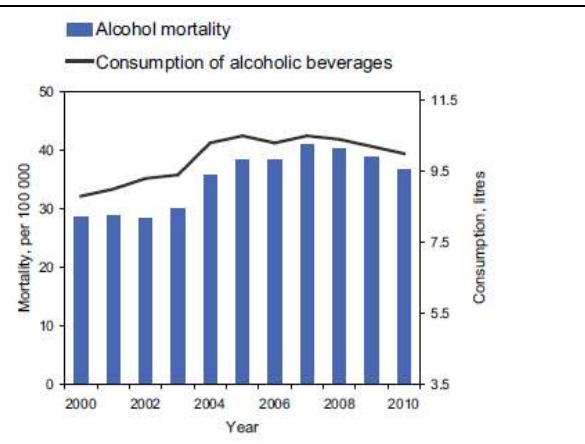


Figure 4. Alcohol mortality rate and total consumption of alcoholic beverages in pure alcohol per capita in 2000–2010.
 Sources: Statistics Finland. *Causes of death*. Statistics Finland, 2012. Available at: http://tilastokeskus.fi/til/ksyyt/index_en.html
 Institute for Health and Welfare (THL). *Database on alcohol and drugs*. National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira). *Register of deliveries of alcoholic beverages*.

Tab. 6 – Risultati delle politiche di promozione della salute in Finlandia

3.4 Politiche per un invecchiamento in salute

Infine, si è preso in considerazione il caso studio di Udine e della strategia sviluppata a livello locale per la promozione di un invecchiamento sano e attivo. Essa è il risultato di un lungo percorso e di un'esperienza che la città di Udine ha maturato negli anni nel campo della promozione della salute e dei processi partecipativi di cittadinanza attiva, grazie all'adesione al movimento delle Città Sane dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il Progetto Città Sane è un programma lanciato dall'OMS nel 1986 con l'obiettivo di promuovere la salute e per tutti, con particolare attenzione ai gruppi più deboli, quali anziani, bambini, disabili, immigrati e LGBT e rappresenta un supporto per le politiche di governance urbana che si prefiggono il miglioramento delle condizioni di benessere e qualità della vita degli abitanti. Questo sulla base della definizione del concetto di salute dell'OMS, secondo cui essa è “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o infermità”. Udine ha aderito alla Rete OMS “Città Sane” nel 1995 e da allora si è impegnata nell'implementazione di una gestione integrata delle politiche generali di salute in città e nella realizzazione di iniziative e programmi per la promozione di sani stili di vita.

Uno dei temi assolutamente prioritari per l'OMS è l'invecchiamento sano e attivo, poiché, se l'innalzamento dell'aspettativa di vita è stata una conquista dell'umanità grazie agli sviluppi della medicina, ora la vera sfida è l'innalzamento dell'aspettativa di vita sana (l'obiettivo è l'aumento di almeno 2 anni entro il 2020). Udine, che con una percentuale di anziani pari al 25,5% della popolazione totale, un indice di dipendenza pari a 0,54 e un indice di vecchiaia di 211,6 risulta essere una delle città “più anziane” d'Italia, ha innanzitutto identificato il problema dell'invecchiamento della popolazione come una delle priorità da inserire nell'agenda politica della città e ha poi cercato di promuovere azioni e strategie volte ad un miglioramento della qualità della vita delle persone anziane. A Udine i nuclei famigliari presenti sul territorio comunale sono 49.000, di questi 22.000 sono nuclei monocomponente; il 41% è costituito da persone con più di 65 anni. Queste persone costituiscono una categoria a rischio, perché in caso di bisogno o malattia non possono contare sull'aiuto dei famigliari.

Questi sono solo alcuni dei dati che sono stati raccolti per fotografare il contesto esistente al fine di motivare l'implementazione di una *policy* dedicata a questo tema. La raccolta dati è stata effettuata grazie alla predisposizione di un Profilo di Salute della popolazione Anziana (seguendo il modello di *Guidance for producing healthy ageing profiles* dell'OMS), che raccoglie dati sia qualitativi che quantitativi sulla salute della popolazione anziana e sulle condizioni (determinanti) in grado di influenzarla. Tale profilo mira a fornire una fotografia completa del contesto locale per migliorare l'offerta dei servizi, allocare adeguatamente le risorse e soddisfare i bisogni dei cittadini nonché per accrescere la consapevolezza e l'attenzione dei decisori politici, dei professionisti, dei media e della

comunità in generale rispetto alla tematica dell'invecchiamento. Il profilo raccoglie non soltanto un set di indicatori demografici (fornendo informazioni utili sulla struttura della popolazione e sugli indici di dipendenza) e di indicatori sanitari (per esempio mortalità, aspettativa di vita, accesso ai servizi, ecc.) ma include un terzo elemento dinamico, il “quadro sociale”, legato all'analisi dei determinanti di salute (reddito, status sociale, spazi abitativi, ambiente di vita, trasporti, attività ricreative per gli anziani, ecc.). Il profilo degli anziani fa seguito al Piano di Salute della città di Udine, un documento più generale redatto nel 2003 con il coinvolgimento di tecnici e cittadini e avente l'obiettivo di individuare le aree di intervento prioritarie per la programmazione politica e sociale della città: già allora la prima area selezionata erano gli anziani.

La politica di promozione di un invecchiamento in salute è stata avviata nel 2008 tenendo conto di un momento storico e sociale favorevole sotto vari punti di vista. Di seguito se ne elencano i principali:

- esisteva la volontà politica, ovvero la salute è stata inserita al primo posto nell'agenda del Sindaco e la promozione della salute è mandato istituzionale dell'amministrazione (con la presenza di un ufficio integrato di promozione della salute a ponte tra l'ente locale e l'azienda per i servizi sanitari denominato Ufficio di Progetto OMS “Città Sane”);
- esisteva la copertura economica per implementare determinate azioni, grazie a fondi europei e a finanziamenti dell'amministrazione locale tra cui anche il gettito del 5x1000;
- esisteva la necessità oggettiva (basata sui dati qualitativi e quantitativi raccolti) di affrontare il tema dell'invecchiamento in salute a fronte dei cambiamenti demografici rilevati e considerato il fatto che poco era stato investito sulla prevenzione piuttosto che sulla cura;
- esisteva l'attenzione dell'opinione pubblica e la consapevolezza della comunità sul cambiamento demografico e sui nuovi bisogni degli anziani, grazie anche al lavoro di sensibilizzazione svolto in tanti anni dal Progetto OMS “Città Sane”;
- esisteva un clima sociale favorevole considerata la presenza di numerose associazioni di volontariato per anziani, sindacati per i pensionati, circoli culturali per anziani, Alzheimer Cafè, centri diurni, case di riposo, ecc.;
- esisteva una certa sensibilità, anche istituzionale, a sviluppare attività e servizi per gli anziani vista la realtà del Comune e della Regione, dove già si era cercato di incrementare e migliorare i servizi socio-sanitari per favorire la domiciliarità e il sostegno alle persone anziane (Fondo per l'autonomia possibile, Legge Regionale 6/2006, Progetto No alla SolitUdine, assegni di cura e assistenza, servizi integrati di assistenza domiciliare, ecc.);

- esisteva la capacità dell'organizzazione di sviluppare la *policy* con un ruolo di coordinamento delle azioni e delle attività, vista la presenza di un ufficio preposto alla promozione della salute in città e integrato tra territorio e sanità;
- esistevano i principi, gli indirizzi e le raccomandazioni di organismi internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Unione Europea e una vasta letteratura sull'importanza della prevenzione e della promozione della salute anche tra le persone adulte e anziane.

A fronte di tutti gli aspetti sopra esposti, sussistevano quindi le condizioni per l'avvio e la fattibilità di implementazione della *policy*. Nello specifico:

- la *policy* perseguiva gli indirizzi e gli obiettivi esplicitati dall'amministrazione;
- il consenso dei decisori e il coinvolgimento di numerosi *stakeholders* era stato ottenuto;
- era stata fatta un'accurata stima delle risorse necessarie per lo sviluppo delle azioni;
- erano stati definiti i tempi di svolgimento nonché individuati i luoghi e le modalità di sviluppo delle azioni;
- era stato individuato il ruolo e contributo di tutti i soggetti coinvolti;
- erano stati elaborati degli indicatori di outcome delle azioni ed eventuali correttivi.

Nello sviluppo della strategia il governo locale ha cercato di concretizzare le raccomandazioni principali che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha fornito nell'ambito della promozione della salute, ovvero l'azione sui determinanti di salute, l'intersectorialità e l'integrazione delle politiche, la salute e l'equità in salute in tutte le politiche, la partecipazione attiva e l'*empowerment* dei cittadini, seguendo quanto indicato in documenti quali "Salute per tutti nel XXI secolo" e "Strategia di salute 2020". La stessa conferma di partecipazione (e successivamente leadership) al sub network europeo e alla Task Force Europea sull'Healthy Ageing faceva in realtà parte dell'indirizzo strategico perseguito dalla città.

Gli obiettivi specifici della *policy* erano rispondere in modo più appropriato ai bisogni degli anziani e promuovere azioni e iniziative per migliorare il loro benessere fisico, mentale e sociale al fine di allungarne l'aspettativa di vita sana. Tra le varie opzioni presentate all'interno della *policy* ci si prefiggeva di:

- aumentare la consapevolezza sul tema dell'invecchiamento (principi OMS, stile di vita sano, ecc.);
- ridurre gli incidenti domestici;
- promuovere l'attività fisica tra gli anziani;
- promuovere la salute mentale tra gli anziani;

- aumentare le opportunità di socializzazione tra gli anziani;
- favorire l'impegno sociale degli anziani anche dopo il pensionamento;
- facilitare la partecipazione degli anziani alle decisioni riguardanti la salute;
- conoscere meglio i bisogni degli anziani e la loro percezione della qualità della vita;
- verificare la disponibilità e accessibilità dei servizi in città per gli anziani;
- facilitare la fruizione degli spazi cittadini e delle aree verdi da parte degli anziani;
- migliorare i servizi socio-sanitari per gli anziani e favorirne la permanenza a domicilio;
- favorire la collaborazione tra le associazioni per migliorare le reti di supporto e solidarietà sociale presenti sul territorio.

Una volta verificata la fattibilità della *policy*, ne sono stati esplicitati gli indirizzi e obiettivi ed è stato predisposto un elenco delle principali azioni in cui essa avrebbe dovuto articolarsi e di cui si elencano le principali:

- costruzione mappe di salute tramite il sistema GIS e analisi spaziale dei servizi pubblici e socio-sanitari per gli ultrasessantacinquenni sul territorio comunale;
- indagine conoscitiva attraverso focus groups di anziani, caregivers e providers erogatori di servizi, per capire gli aspetti positivi e negativi dell'ambiente urbano e le proposte per rendere la città più *age-friendly* (Protocollo di Vancouver);
- iniziative di prevenzione (misurazione delle funzionalità respiratorie, campagna di vaccinazione antinfluenzale);
- promozione dell'attività fisica (corsi di ginnastica dolce, ginnastica a domicilio e al parco, gruppi di cammino, educazione alla percezione del perineo, attività fisica adattata);
- comunicazione per la salute (punti informativi presso i supermercati, partecipazione ad eventi in città, giornate della salute);
- promozione della salute mentale e del benessere psico-fisico (percorsi di stimolazione cognitiva come forma di prevenzione delle demenze e di contrasto a situazioni di isolamento e solitudine, corsi di *mindfulness*);
- miglioramento dell'accessibilità e della fruizione degli spazi da parte dei cittadini più anziani (interventi strutturali su un quartiere della città);
- potenziamento delle reti di supporto per la permanenza a domicilio delle persone anziane e contrasto all'istituzionalizzazione (Servizio No alla SolitUdine);
- utilizzo delle nuove tecnologie per favorire la partecipazione degli anziani alle scelte della città e la fruizione dei servizi online (Corso di cittadinanza digitale, progetto nonni-nipoti);

- ricerca di risorse in termini di know-how, strumenti e competenze ma anche di finanziamenti attraverso collaborazioni a livello nazionale e internazionale.

Per ogni azione sono stati individuati gli obiettivi specifici, i destinatari, i possibili *stakeholders* da coinvolgere, le risorse da utilizzare (con eventuali sponsorizzazioni esterne) e gli indicatori volti a misurare i risultati delle azioni.

La preparazione della *policy* è stata facilitata anche dal fatto che molti, se non tutti, gli elementi sopra esposti vengono richiesti frequentemente anche per dare evidenza delle procedure amministrative in corso presso l'ente locale e per rispondere alla programmazione interna dell'organizzazione (che prevede relazioni previsionali e programmatiche, piano esecutivo di gestione, relazioni sullo stato di attuazione del programma, aggiornamenti sui capitoli di spesa e bilancio, monitoraggio delle azioni, ecc.).

Sono stati sottoscritti protocolli di intesa, accordi, convenzioni e sponsorizzazioni con tutti i soggetti che avrebbero collaborato operativamente alla realizzazione delle azioni di *policy* (es. azienda sanitaria locale, associazioni di volontariato e/o di promozione sociale, organismi privati, enti di cultura e formazione permanente, ecc.). Con ognuno di questi soggetti sono stati chiariti diritti e doveri nonché gli indirizzi e gli obiettivi dell'amministrazione e i vari documenti sono stati rivisti in base alle loro proposte e richieste.

Sono stati realizzati dei momenti di consultazione con la comunità affinché i cittadini fossero parte del processo e potessero esprimere chiaramente i propri bisogni e proposte in tema di salute e qualità della vita.

Durante tutto il processo di preparazione e revisione della *policy*, gli *stakeholders* coinvolti sono stati informati e tenuti al corrente degli sviluppi così da evidenziare anche la trasparenza nello svolgimento delle azioni, nell'utilizzo delle risorse, nelle competenze dei professionisti, ecc. In alcuni casi la *policy* è stata rivista e modificata per facilitare una semplificazione delle procedure burocratiche e amministrative o per risolvere problemi di tipo logistico e/o organizzativo, in particolare nella gestione degli *stakeholders*.

Nell'implementazione della *policy* sono stati coinvolti tutti i soggetti che, direttamente o indirettamente, potevano avere con le loro decisioni o attività un impatto o correlazione con l'invecchiamento in salute.

All'interno dell'organizzazione i vari settori sono stati informati e sensibilizzati sugli indirizzi generali dell'amministrazione e sugli obiettivi specifici, ognuno per quanto di propria competenza, in modo da creare una piattaforma di condivisione intersettoriale e multidisciplinare. Ambiente, pianificazione, verde pubblico, servizi sociali, cultura, mobilità circoscrizioni, Agenda XXI, Ludoteca: in tutti i settori la Giunta comunale ha cercato di far capire l'importanza della salute. a tal

fine sono stati organizzati anche dei convegni/workshop su tematiche specifiche. Le principali istituzioni locali, quali Comune, Azienda Sanitaria, Università hanno avviato delle collaborazioni e sottoscritto protocolli di intesa per delle attività congiunte di ricerca, raccolta e analisi dati, avvio azioni specifiche, monitoraggio progetti. Sul territorio sono state contattate le associazioni di volontariato e/o promozione sociale e i sindacati dei pensionati sia per l'organizzazione di attività specifiche sia una maggior divulgazione delle informazioni e pubblicizzazione delle iniziative. Per alcune attività sono stati coinvolti anche gli enti di cultura e le organizzazioni di formazione permanente. Spesso un ruolo attivo nel coinvolgimento della comunità è stato svolto anche da liberi cittadini che in qualche modo avevano un ruolo di portavoce nella comunità. Sono stati contattati *stakeholders* del settore privato per la partecipazione sia a un'indagine conoscitiva sulla popolazione anziana sia alle attività organizzate concretamente. Alcune iniziative sono state sviluppate in modo intergenerazionale, coinvolgendo sia persone anziane che studenti.

Grazie al clima partecipativo, varie proposte sono nate direttamente dagli *stakeholders*.

Il ruolo di coordinamento è stato quasi sempre svolto dall'amministrazione anche se il modello di gestione delle attività è stato quasi sempre trasversale piuttosto che gerarchico.

Questo grazie anche alla volontà politica di integrare i molteplici settori di intervento e i diversi soggetti sociali – decisori politici, professionisti di tutte le categorie, privati, mondo accademico e della ricerca, cittadini organizzati e non.

La scelta degli approcci, dei canali e dei messaggi per creare il sostegno alla *policy* è stata facilitata dall'esperienza maturata dalla città nell'ambito del programma OMS "Città Sane". Alla base di tale movimento, infatti, vi sono l'*empowerment* e la partecipazione della comunità alle scelte in tema di salute affinché le decisioni prese dagli amministratori si fondino sul consenso e sulla convinta attivazione delle energie di tutti e su un processo dialogico permanente. L'opinione pubblica e la comunità erano quindi già sensibili all'importanza delle politiche di salute per una miglior qualità della vita e pronti ad accogliere nuove proposte fatte dall'amministrazione. È stato predisposto anche un piano di comunicazione/divulgazione della *policy*, affinché essa potesse raggiungere quanti più cittadini possibili nella comunità. La comunicazione risulta infatti essere un elemento critico nella promozione della salute, poiché in numerose azioni precedenti si è riscontrata una certa difficoltà a raggiungere le persone più vulnerabili e isolate.

È stata evidenziata l'importanza della *policy* attraverso la presentazione accurata dei cambiamenti demografici cui la nostra popolazione è sottoposta e attraverso incontri tecnici e conferenze pubbliche di riflessione sulla necessità di riorganizzazione dei servizi per gli anziani e sull'importanza della prevenzione e dell'educazione a sani stili di vita. Sono state confutate obiezioni quali:

- troppa attenzione agli anziani a discapito dei giovani: in realtà una città accessibile all'anziano è accessibile a tutti e fare prevenzione per le persone anziane significa alleggerire il carico e la pressione sociale sui *caregivers* che devono prestare loro assistenza e cura e spesso sono le categorie più giovani;
- *policy* troppo costosa: per molte attività sono stati coinvolti sponsor esterni, pubblici e/o privati, mentre per altre sono stati utilizzati i fondi del 5x1000 dell'amministrazione comunale;
- benefici e guadagno in salute non valutabili: sono stati ricercati in letteratura studi e articoli scientifici che dimostrassero la validità e l'efficacia delle azioni e sono stati citati/suggeriti insieme alle raccomandazioni e linee guida di organismi internazionali quali l'OMS, l'UE, il CDC di Atlanta, ecc.

Sono stati coinvolti, anche nel ruolo di promotori e moltiplicatori del messaggio di salute, tutti i soggetti che, con diversi ruoli e competenze, potevano contribuire a costruire il consenso attorno alla *policy*. Gli stessi cittadini sono stati responsabilizzati per farsene divulgatori tra i propri pari.

Questo perché, di fatto, le politiche dedicate all'anziano richiedono flessibilità, coinvolgimento, differenziazione, comunicazione e interazione tra tutte le classi d'età; l'identità sociale degli anziani non può prescindere dalla percezione di sé come elementi di una rete di interdipendenza tra tutti i soggetti sociali e tra tutte le componenti della società civile. Per questo motivo la strategia integrata si è sviluppata in un percorso multicomponente - di analisi del contesto (con profili di salute, un osservatorio degli anziani, mappe di salute, dati e indicatori specifici), interventi di pianificazione urbana per favorire l'accessibilità agli spazi urbani e la creazione di ambienti favorevoli all'anziano (introduzione di passaggi pedonali e piste ciclabili, *softlines*, sistemazione dei marciapiedi, *housing* sociale, es. appartamenti per ipovedenti, ecc.), indagini e consultazioni con il territorio (focus group sul protocollo di Vancouver - *age-friendly cities*, forum, tavoli di lavoro Piano Regolatore partecipato), confronto a livello internazionale (WHO Healthy Ageing Task Force, Programma URBACT, Lifelong Learning, European Innovation Partnership, Age Platform Europe, Learning Cities Network, AFE INNOVNET EU, ecc.), servizi di sostegno agli anziani e promozione sani stili di vita (No alla SolitUdine, CamminMenti... le menti in cammino, ginnastica dolce, nel parco e a domicilio, gruppi di cammino, ecc.). Più in generale si è cercato di spostare l'attenzione dalla sanità in senso stretto alla salute sostenibile, che inevitabilmente ha richiesto una forte relazione organizzativa, gestionale ed economica con i servizi di natura sociale. Questo passaggio ha richiesto un profondo cambiamento a livello culturale da parte sia delle Istituzioni pubbliche che degli operatori privati, fino a raggiungere i singoli cittadini e la collettività tutta.

L'approccio alla base della strategia è stato quello di agire in modo integrato su tutti i settori della società civile (approccio a silo vs approccio dinamico, Fig. 7, tenendo conto dell'impatto che il processo decisionale può avere, in modo diretto e/o indiretto, sulla salute delle persone. Tale approccio era già stato precedentemente utilizzato in un progetto europeo di prevenzione delle malattie cardiovascolari denominato DECIPHER.

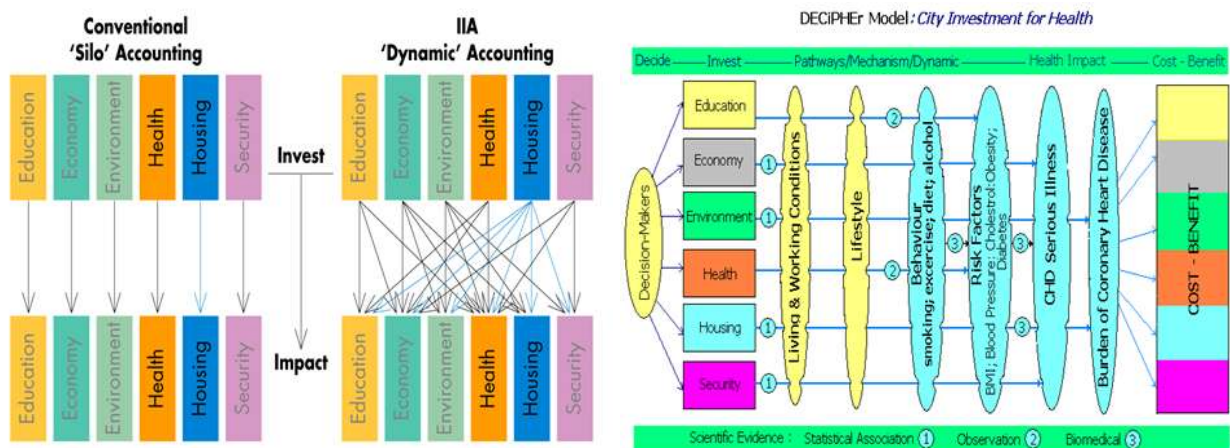


Fig. 7 – Approccio integrato di investimenti sulla salute in tutte le politiche

Le varie azioni di *policy* sono state monitorate nel tempo attraverso la raccolta di dati sia quantitativi che qualitativi.

Per la raccolta dei dati qualitativi sono stati utilizzati strumenti quali questionari di autovalutazione e di gradimento, Quality of Life Scale Index,, interviste, focus groups, ecc. Il riscontro da parte sia dei destinatari delle azioni che degli *stakeholders* coinvolti sul territorio per realizzarle è stato molto positivo ed è stato dimostrato da elementi quali:

- l'incremento del numero di persone;
- una maggior fruizione degli spazi cittadini da parte delle persone anziane (es. parchi, ludoteca, biblioteche, eventi musicali o culturali, ecc.);
- un cambiamento evidenziato dai partecipanti nel proprio stato di salute.

Anche dal punto di vista istituzionale la *policy* ha prodotto dei cambiamenti importanti.

È stato sviluppato un osservatorio degli anziani volto a monitorare la qualità della vita e lo stato di benessere della popolazione anziana in città. L'osservatorio è stato impostato seguendo la strutturazione dell'Active Ageing Index dell'Unione Europea, con l'intento di raccogliere dati non solo demografici e sanitari ma relativi a tutti i determinanti di salute (es. vita autonoma e indipendente, occupazione, reti di supporto, partecipazione sociale, invecchiamento attivo, ecc.).

Inoltre, l'amministrazione sta procedendo all'aggiornamento delle mappe di salute, per favorire una maggior pianificazione e allocazione dei servizi sul territorio (esempio delle farmacie) o una migliore mobilità e trasporto per i cittadini più anziani.

La sostenibilità delle azioni nel tempo è stata fondamentale poiché ha permesso continui aggiustamenti alla *policy* e miglioramenti nei risultati. Essa è stata garantita in primis dalla volontà politica, che ha permesso anche la disponibilità di risorse sia umane che finanziarie e, secondariamente, dalla capacità interna dell'organizzazione di portare avanti le attività.

La *policy* ha portato a ricadute sull'amministrazione regionale, poiché la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia ha recentemente approvato la legge n. 57 "Promozione dell'invecchiamento attivo".

L'esperienza è stata valorizzata anche a livello nazionale e internazionale, attraverso l'ammissione di Udine alla Fase VI del Movimento OMS "Città Sane" – e in concomitanza alla sua partecipazione allo sviluppo della Strategia di Salute 2020 – ma anche attraverso l'inserimento in alcuni programmi europei (es. EU INNOVNET, European Innovation Partnership, Age-Friendly Cities Network, URBACT).

4 CONCLUSIONI

Considerate le esperienze positive e negative presentate finora e se consideriamo che anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità suggerisce uno sviluppo delle politiche adeguato al contesto in cui verranno attuate, intendendo come contesto sia la cornice politica che organizzativa e sociale, che cosa fa davvero la differenza nell'implementazione delle strategie e nel loro impatto sulla salute delle popolazioni? Che cosa le rende davvero efficaci?

Sicuramente gli aspetti da considerare sempre nello sviluppo di una strategia sono quelli che anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità individua per l'applicazione dell'approccio della *salute in tutte le politiche* dove diventano fondamentali l'azione sui determinanti e la conseguente multidisciplinarietà e intersectorialità delle azioni previste. Tali aspetti vengono rappresentati nella figura/schema Fig. 8.

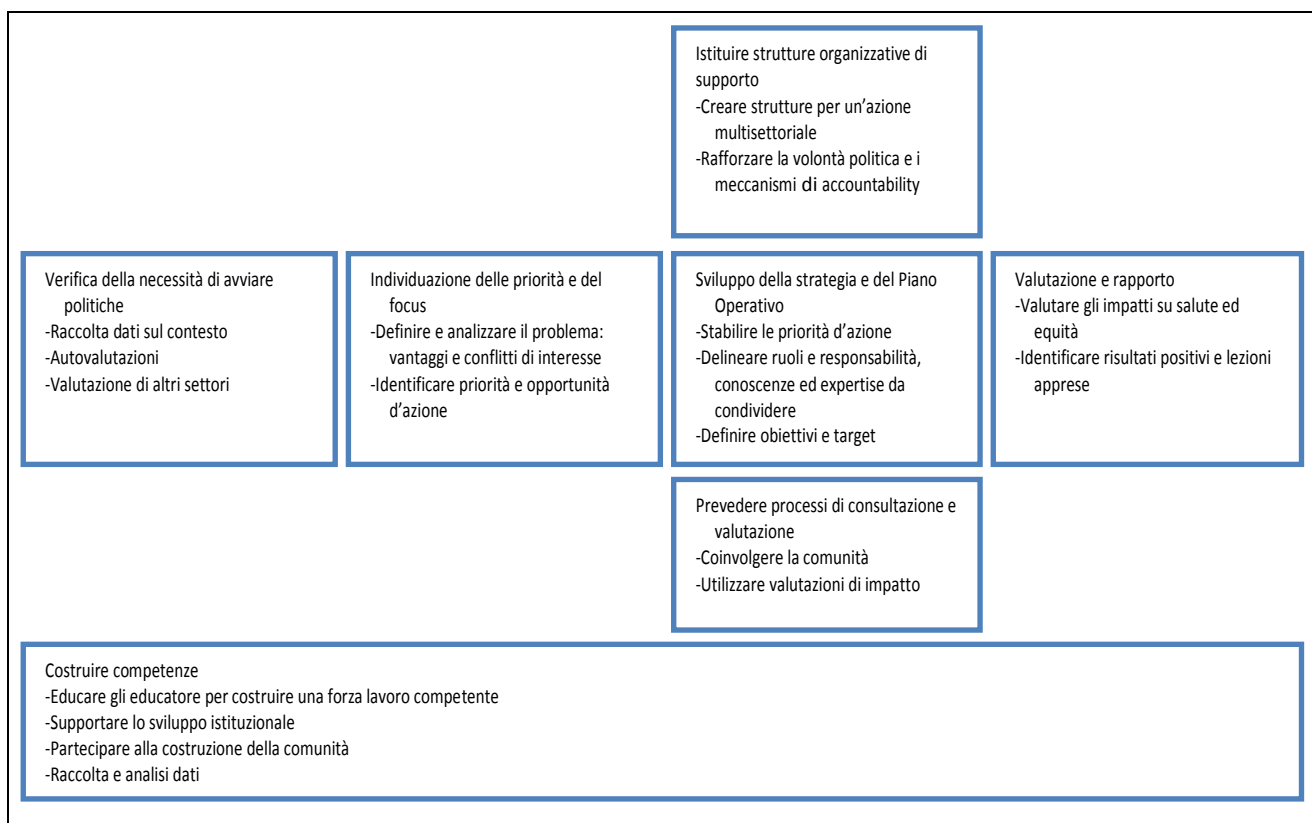


Fig. 8 Sintesi degli elementi fondamentali per una buona strategia integrata per la salute

Tenendo conto degli esempi descritti, possiamo concludere che molti sono gli aspetti da considerare per lo sviluppo di una strategia di politiche integrate di provata efficacia.

I criteri fondamentali per una strategia integrata di successo sono: uso di metodi EBP; definizione di obiettivi chiari e condivisi; responsabilità condivise, chiare e definite per ogni fase del processo; conoscenza dei fenomeni e dei bisogni, espressi e inespressi degli individui e della comunità, anche

sulla base delle evidenze scientifiche disponibili; budget dedicati e predefiniti; individuazione del target; riduzione delle disuguaglianze, con un'attenzione al gradiente sociale e ai determinanti sociali della salute; istituzionalizzazione di reti stabili di *stakeholders*; organicità delle azioni da implementare e la loro condivisione tra tutti i livelli di governo e le componenti della società civile; adeguato piano di comunicazione; monitoraggio e valutazione delle azioni realizzate; consolidamento nel tempo e quindi sostenibilità dei programmi implementati.

Per definire una strategia, inoltre, sarà necessario individuare tutte le possibili nuove partnership ai diversi livelli, in modo da tradurre in tempi rapidi le idee in progetti, e i progetti in più vasti programmi e, successivamente, in politiche integrate anziché interventi spot.

Questo significa che non dovranno esserci più piani, difficili da gestire e che necessitano di notevoli risorse umane ed economiche, ma è necessario un unico approccio integrato, a tutti i livelli, con l'attivazione di azioni sinergiche che si integrano e rafforzano reciprocamente.

A tal proposito, andrebbe sostanzialmente ripensato il concetto di *governance* del territorio.

La complessità cui i territori devono far fronte, con le loro eterogeneità, vulnerabilità e marginalità, necessita di *governance* radicalmente partecipative, diversamente le inefficienze e l'inefficacia, i conflitti e l'assenza di diritti resteranno prevalenti.

La *governance* della città e del territorio è il modo in cui le istituzioni pubbliche e private sanno gestire la dinamica sociale degli stessi in maniera responsabile, capace e giusta; essa deve essere policentrica, decentrata, attribuire poteri ad attori pubblici e privati, implicare la società civile.

La Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'OMS afferma che “La *governance* implica partecipazione, onestà, trasparenza, coinvolgimento di tutti gli attori senza che nessuno, per minoritario o vulnerabile esso sia, venga umiliato dalle regole messe in atto per governare”.

La *governance* urbana e/o territoriale, dunque, altro non è che democrazia, pianificazione partecipata, anche dai più vulnerabili e marginali. Ad affrontare la questione della complessità territoriale è spesso il privato sociale, con testimonianze di pratiche dal basso, talvolta di qualità eccellente (ma talvolta di pessima qualità) che tuttavia non influiscono sui meccanismi generali di *governance* della complessità: si tratta di esperienze limitate, di scala ridotta, che selezionano la loro utenza, che non si coordinano fra loro, che restano incomunicanti o addirittura competono conflittivamente con le pratiche dei servizi pubblici. Si tratta di pratiche incapaci, dunque, di divenire politiche ma che restano confinate nel ruolo di testimonianze; questo mondo opera dal basso ma non riesce spesso a influire sulle politiche dall'alto, non quindi riesce a divenire bottom-up.

In forma speculare, si può dire che spesso le politiche dall'alto della amministrazione pubblica restano confinate e prigioniere di universi amministrativi, burocratici e separati dalla realtà; il

governo “dall'alto” non diventa mai realtà, non entra nel terreno e nella quotidianità dei soggetti, non diventa mai top-down. Si potrebbe in qualche modo parlare di cittadini senza politiche o politiche senza cittadini. Invece, l'alternativa dovrebbe forse essere una strategia dell'integrazione e dell'accompagnamento, ovvero la messa in opera di meccanismi di partecipazione democratica e di confronto che generino ipotesi di governo e di gestione della complessità.

Infine, riteniamo di dover risottolineare la necessità di proporre i seguenti punti di azione:

- chiaro impegno politico a più livelli e con una auspicabile revisione del d.lgs. 502/92, al fine di eliminare le pratiche inutili e obsolete in capo ai Dipartimenti di Prevenzione a favore della realizzazione di programmi rispondenti ai reali bisogni di salute della comunità e di provata efficacia;
- quadro giuridico che imponga a tutti gli *stakeholders* di collaborare e relazionare sulle azioni e relativi risultati;
- responsabilità condivisa di strutture e sistemi;
- coerenza politica tra i vari settori e i vari livelli;
- coinvolgimento della comunità locale;
- riorientamento della sanità pubblica (come sopra);
- apprendimento e sistemi innovativi.

In linea di principio, quindi, auspichiamo che si possa passare da linee progettuali improvvisate e disorganiche ad uno sviluppo di una “*Evidence Based Policy*”.

A differenza di molti altri paesi europei, l'Italia non ha saputo negli anni sviluppare una coerente politica di prevenzione e promozione della salute, non trovando un raccordo sufficientemente organico in un quadro nazionale di riferimento che permettesse anche una più strutturata suddivisione delle competenze e dei ruoli.

Come sostiene Ranci nel caso delle politiche giovanili – ma tale riflessione è assolutamente applicabile anche alle politiche di salute - «la mancanza in sede centrale di un piano coordinato di interventi ha comportato non solo disorganicità e frammentarietà delle iniziative, ma anche la tendenza a preferire il provvedimento-tampone a una seria programmazione a medio-lungo termine» (Ranci, 1992: 73). Il quadro che si può evidenziare, dunque, non è quello di una puntuale e compiuta strategia per la salute, come accade in altri paesi europei, soprattutto di stampo anglosassone, ma, al contrario, di una serie di interventi che hanno oltremodo privilegiato la necessità di far fronte alle problematiche più urgenti o più discusse, in modo spesso sporadico, settoriale e non valutabile.

Le esperienze di valore in questo panorama, che hanno tentato un approccio organico, coerente e sistematico alle politiche di salute e che hanno cercato di creare una struttura all'interno delle

proprie organizzazioni che consentisse la sostenibilità delle azioni, restano comunque esperienze isolate.

Lo sforzo da compiere dovrebbe essere quello di ri-orientare il mondo sanitario, medico ed educativo, per diffondere una cultura generale della salute, rafforzare le competenze in ambito comunicativo e le conoscenze delle problematiche della cultura organizzativa presso istituzioni pubbliche e del privato sociale, così che si superi il riduzionismo del concetto di salute a quello di assenza di malattia e si consideri lo stato di ben-essere delle persone con un approccio sistemico dove le politiche in tutti i settori possono avere effetti positivi o negativi, e quindi una corresponsabilità sul miglioramento della qualità della vita.

5 BIBLIOGRAFIA

- Baric L. *The settings approach implications for policy and strategy*. In *Journal of the Institute of Health Education*. 1993; 31: 17-24.
- Belfast Healthy Cities. *Health Equity in All Policies. Six Case Studies of HEiAP in Action*. Belfast, 2012.
- Belfast Strategic Partnership. *A framework for action to address life inequalities 2011-2015*. Improving health and wellbeing, reducing health inequalities. Belfast, 2011.
- Bulsei GL. *Ambiente e politiche pubbliche*. Dai concetti ai percorsi di ricerca. Roma, Carocci, 2005.
- Bulsei GL. *Welfare e politiche pubbliche*. Roma, Aracne, 2008.
- Comitato regionale per l'Europa dell'OMS. *Guadagnare salute. La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche*. EUR/RC56/8. Copenhagen, OMS Comitato regionale per l'Europa, 2006. www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/pdf/Strategia_europea_italiano.pdf
- Commission on the social determinants of health. *Closing the gap in a generation. Final report*. Ginevra, WHO, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf?ua=1
- Costa G. *Promuovere equità di salute e di sanità in Italia*. In: Costa G, Marra M, Zengarini N (a cura di). *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014.
- Department of health. Welsh Assembly Government. *Shaping the future of public health. Promoting health in the NHS*. London, Department of Health, 2005.
- Department of health. *Health inequalities. Progress and next steps*. London, Department of Health, 2008.
- Department of health. Social services and public safety. *Investing for health*. Belfast, DHSSPS, 2002.
- Dooris M. *Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion*. In: *Perspectives in Public Health 2009* 129: 29. <http://rsh.sagepub.com/content/129/1/29>
- Dooris M, Poland B, Kolbe L, de Leeuw E, McCall D, Whart Higgins J. *Building evidence for the effectiveness of whole system health promotion - challenges and future directions*. In: *Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. Springer Science and Business Media, New York, 2007.
- Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. 2nd ed. Mountain View, CA, Mayfield, 1991.
- Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning: an educational and ecological approach*. 3rd ed. Mountain View, CA, Mayfield, 1999.
- Green L, Poland B, Rootman I. *The settings approach to health promotion*. In Poland B, Green L, Rootman I. (eds) *Settings for health promotion. Linking theory and practice*. London Sage, 2000.
- Health Promotion Agency for Northern Ireland. www.healthpromotionagency.org.uk
- International Union for Health Promotion and Education. Canadian Consortium for Health Promotion Research. *he future of health promotion. Priorities for action*. Paris, International Union for Health Promotion and Education, 2007.
- Jackson S, Perkins F, Khandor E, Cordwell L, Hamann S, Buasar S. *Integrated health promotion strategies. A contribution to tackling current and future health challenges*. In *Health Promotion International*. 2006, 21 (Suppl. 1).
- Jarmo L, Timo J, Sami K, Arto G, Sami YP, Pasi K, *Results From Finland's 2014 Report Card on Physical Activity for Children and Youth*. In *Journal of Physical Activity and Health*, 2014, 11(Supp 1), S51-S57 <http://dx.doi.org/10.1123/jpah.2014-0168>
- Jenkins W. *Policy analysis: a political and organizational perspective*. London, Martin Robertson, 1978.
- Jorma T, Anne S, Timo S, Tuija T. *Integrated health promotion strategies. A contribution to tackling current and future health challenges*. In *Health Promotion International*. 2006, 21 (Suppl. 1).

- Judge K, Platt P, Costongs C *et al.* *Health Inequalities: a Challenge for Europe*. European Commission, UK Presidency of the EU, 2006. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd05_en.pdf.
- Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for health in 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf?ua=1
- Kjellstrom T. *Our cities, our health, our future. Action on social determinants for health equity in urban settings. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings*. Kobe City Japan, World Health Organization Centre for Health Development, 2008. www.who.int/entity/social_determinants/resources/knus_final_report_052008.pdf
- Lauren NG, Radha P, Kenneth DS. “*Health in All Policies*”: *Taking Stock of Emerging Practices to Incorporate Health in Decision Making in the United States*. In *J Public Health Management Practice*, 2013, 19(6), 529-540.
- Maciocco G. *Le diseguaglianze nella salute tra nazioni*. Salute e Territorio, n. 127, 2001.
- Marra M. *Lo stato di avanzamento delle politiche italiane ed europee nel contrasto alle disuguaglianze di salute*. In: Costa G, Marra M, Zengarini N. (a cura di). *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Edito da Fondazione Smith Kline, presso Franco Angeli Editore, Milano, 2014.
- Martini A, Mo Costabella L, Sisti M. *Valutare gli effetti delle politiche pubbliche. Metodi e applicazioni al caso italiano*. Roma, Formez, 2006.
- McQueen DV *et al.* *Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, actions, and experiences*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2012.
- Pacific School of Economics and Government / Australian National University.. *Working Together - Integrated Governance. Institute of Public Administration*. IPAA Australia, 2012.
- Stahl T, Wismar M *et al.* *Health in All Policies: Prospects and Potentials*. Finland Finnish Ministry of social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.
- Tapani M. *Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development*. In *Scandinavian Journal of Public Health*, 2013; 41(Suppl 11): 3-28.
- The Cochrane Collaboration. *Guidelines for Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions*, IUHPE Conference, Melbourne, Australia, 2007.
- THCU - *The Health Communication Unit*, started in 1993 at the University of Toronto. Public Health Ontario's Health Promotion, Chronic Disease and Injury Prevention Department.
- Tsouros A (ed.). World Health Organisation. *Healthy Cities Project - A Project becomes a Movement. Review of progress*. FADL, Copenhagen, Publishers/Milan, SOGESS, 1991.
- Whitehead M, Dahlgren G. *What can be done about inequalities in health?* *Lancet*, Volume 338, Issue 8774, 26 October 1991, pp. 1059-1063. Originally published as Volume 2, Issue 8774.
- World Health Organization. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.
- World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, WHO Library, 2000. http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1
- World Health Organization. *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/134848/E83057.pdf
- World Health Organization. *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale: rapporto globale dell'OMS*. Geneva, WHO Library, 2005. http://who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Italian%20full%20report.pdf

- World Health Organization. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva, WHO Library, 2005. www.dors.it/alleg/0204/Carta_Bangkok_2005_ita.pdf
- World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion. Adopted at an International Conference on Health Promotion – The Move Towards a New Public Health*. Geneva, World Health Organization, 1986.
- World Health Organization. *Health21 - The Health for All Policy for the WHO European Region. European Health for All Series*. No 6. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1999.
- World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. www.who.int/social-determinants/en
- WHO Regional Office for Europe. *Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future*. Denmark, WHO Regional Office for Europe, 2002.
- WHO-Regional Committee for Europe. *Stewardship/Governance of health systems in the WHO European Region*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008.
- WHO. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on social determinants of health*. Geneva, World Health Organization Commission on Social Determinants of Health, 2008.
- WHO Regional Office for Europe. *Active Ageing: a policy framework*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2002.
- WHO Regional Office for Europe. *Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020*. WHO Regional Committee for Europe, Malta, 2012.
- WHO Regional Office for Europe. *Healthy ageing profiles. Guidance for producing local health profiles for older people*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2008.
- WHO Regional Office for Europe. *Global Age-friendly Cities: A Guide*. WHO, Francia, 2007.
- Zamaro G. *UDINE Il profilo di salute della popolazione anziana*. Comune di Udine, Imoco spa, Udine, 2007.

APPENDICE

Il modello di strategia europea Guadagnare Salute

Sostegno alla salute, *advocacy*: sostenere il concetto di salute basata sui diritti umani e la solidarietà.

1. Sostenere il diritto alla salute in tutte le politiche di intervento, in ambito governativo e intersettoriale

- evidenziare che la maggior parte dei determinanti della salute 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, per esempio costituzione di comitati intersettoriali e condivisione di risorse, obiettivi e valori;
- incoraggiare strategie a livelli superiori: promuovere l'accesso a una dieta salutare, a condizioni abitative, scolastiche e ambientali che facilitino l'attività fisica, migliorare l'ambiente lavorativo, la sicurezza economico-politica, politiche lavorative favorevoli alla famiglia, ecc.;
- utilizzare la valutazione dell'impatto sulla salute come strumento per giudicare gli effetti potenziali di una politica di intervento.

2. 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;
- favorire i fattori di protezione nei servizi di assistenza sanitaria;
- 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.

Conoscenza: favorire la creazione di competenze e di strumenti che rendano possibile fondare le decisioni su criteri di evidenza scientifica.

1. Utilizzare meglio le conoscenze esistenti

- basandosi sulle prove di efficacia, mettere in luce quali interventi si potrebbero migliorare 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.

2. 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 tutti i sottogruppi di popolazione siano rappresentati nel campionamento e che le differenze osservate siano indicate nei risultati.

3. Facilitare l'uso delle conoscenze nella fase di progettazione politica

- facilitare la comunicazione tra ricercatori, consulenti e decisori politici;
- sviluppare le competenze di sanità pubblica utilizzando in modo vantaggioso le informazioni per valutare le esigenze sanitarie e definire le politiche di intervento.

4. 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;
- agevolare l'accesso dei cittadini alle informazioni sanitarie importanti che riguardano la salute, ma anche incoraggiare e facilitare la ricerca delle informazioni;

- incrementare l'alfabetizzazione sanitaria e la competenza comunicativa tra gli operatori non sanitari la cui attività ha un impatto sulla salute e i suoi determinanti: insegnanti, forze di polizia, pianificatori urbanisti, operatori sociali, giornalisti.

Regolamentazione e finanziamento

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

- ridurre la promozione di prodotti come il tabacco, l'alcol e determinati cibi;
 - proteggere le persone dal fumo passivo, vietando il fumo in tutti i luoghi pubblici;
 - 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;
 - controllare la qualità delle informazioni sui prodotti rivolte ai consumatori, 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;
 - stipulare accordi 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.

2. Utilizzare misure fiscali per promuovere scelte più salutari

- cooperare con i settori economici e agricoli 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;
- attuare una politica di tassazione 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.

3. 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;
- prendere in considerazione l'eventualità di usare le risorse generate dalle tasse 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 degli incentivi finanziari per migliorare i servizi di prevenzione e la qualità dell'assistenza ai malati cronici.

Competenze: sviluppare le risorse umane, infrastrutturali e tecnologiche è necessario per interventi sanitari di qualità.

1. 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 che tenga conto delle differenze socioculturali e di genere;
- rafforzare competenze e infrastrutture della sanità pubblica puntando su una formazione mirata;
- 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.

2. Sviluppare strutture, laboratori, attrezzature, tecnologie e farmaci

- assicurare precisione, affidabilità e disponibilità delle attrezzature di base necessarie per la prevenzione;
- 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 e favorirne l'autogestione della malattia.

Supporto alla comunità: la comunità può agire sulla salute degli individui favorendo l'azione collettiva

1. 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.

2. 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 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.

3. 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 mensa scolastica e 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.

4. 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: trovare il modo più efficiente di produrre e rendere accessibile la migliore combinazione possibile di servizi

1. 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.).

2. 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.

3. 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;
- stimolare nei malati cronici la capacità di controllare meglio il proprio disturbo, contribuendo a migliorare la qualità dell'assistenza ricevuta e dei risultati sulla propria salute;

4. 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;

- attivare 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.