

MASTER IN COMUNICAZIONE DELLA SCIENZA

**¿GAINING HEALTH?
¿ENJOY COMMUNICATION!**

Tesi di:

Davide Coero Borga

Relatore:

Eva Benelli

Febbraio 2010







¿GAINING HEALTH?
¡ENJOY COMMUNICATION!

La comunicazione perfetta esiste. Ed è un litigio.

Stefano Benni

Indice

| | | |
|---|---|----|
| ✚ | Introduzione | 5 |
| ✚ | 1.0 Le nuove sfide della sanità e il bisogno di comunicare | 9 |
| | 1.1 Il panorama della sanità pubblica | 10 |
| | 1.2 La sfida delle malattie croniche | 11 |
| | 1.3 La svolta dell'Oms sui fattori di rischio | 13 |
| | 1.4 Lee e Nordstron: comunicare un'emergenza mondiale | 15 |
| | 1.5 Comunicare la prevenzione: una strategia praticabile | 18 |
| ✚ | 2.0 Guadagnare salute, imparare a comunicare | 21 |
| | 2.1 Le tappe di un progetto globale | 22 |
| | 2.2 Prima tappa: creare un ponte tra popolazione e sanità | 23 |
| | 2.3 Seconda tappa: condividere le scelte politiche | 25 |
| | 2.4 Terza tappa: come intervenire | 27 |
| | 2.5 Il filo rosso della comunicazione | 28 |
| | 2.6 La strategia alla prova dei fatti: Gaining Health | 31 |
| ✚ | 3.0 Scegliere la prevenzione in Italia | 35 |
| | 3.1 In prima linea contro le patologie croniche | 36 |
| | 3.2 L'approvazione della strategia internazionale | 37 |

| | | |
|---|--|----|
| 3.3 | La traduzione del programma europeo: Guadagnare Salute ____ | 39 |
| 3.4 | La risposta alle iniziative nazionali _____ | 41 |
| 3.5 | Comunicazione e salute ai tempi della devolution _____ | 44 |
|  | 4.0 Ridiscutere insieme la strategia _____ | 47 |
| 4.1 | Facciamo il punto _____ | 48 |
| 4.2 | A Napoli, per capire e discutere di prevenzione _____ | 49 |
| 4.3 | Agorà: quando le eccellenze si incontrano e raccontano _____ | 50 |
| 4.4 | La parola agli operatori _____ | 54 |
|  | Conclusioni _____ | 57 |
|  | Appendice 1 _____ | 61 |
|  | Appendice 2 _____ | 69 |
|  | Bibliografia _____ | 73 |
|  | Sitografia _____ | 77 |

Introduzione

Di qualcosa bisogna pur morire.

Esiste una categoria di persone, siano essi giovani o meno giovani, che ripete spesso affermazioni di questo tenore. Ci si riferisce al vizio di fumare, ai rischi che si possono incontrare nella vita, o a cose del genere, insomma. Ma se tutti devono lasciare questo mondo, non necessariamente la morte deve essere lenta, dolorosa o prematura.

La maggior parte delle malattie croniche – cardiopatie, cancro e malattie respiratorie – non comporta una morte improvvisa. Piuttosto, è probabile che faccia ammalare e indebolire in modo progressivo, specialmente se la patologia non viene affrontata nel modo giusto. I fattori di rischio si conoscono da tempo e la letteratura a riguardo è abbondante. La morte è inevitabile, ma una lunga vita di malattia non lo è affatto. Prevenire e controllare le malattie croniche aiuta le persone a vivere in salute e più a lungo.

La ragione per cui fermarsi a riflettere su questi temi è da ricercarsi in un contesto allargato di medicalizzazione della società. Il bilancio del sistema sanitario è oggi seriamente compromesso, a livello mondiale, da questo genere di patologie che per numero di ammalati e costi per la società ha da tempo superato le cosiddette malattie trasmissibili. Si è di fronte a una nuova tipologia di pazienti che rimane tale per molto tempo.

Questo studio si inserisce in un ambito complesso e tenta sostanzialmente di ripercorre le scelte fatte negli ultimi dieci dall'Organizzazione mondiale della sanità per combattere il diffondersi delle malattie croniche, passando per i documenti proposti e i programmi di intervento presentati.

L'ipotesi di partenza è che queste strategie, per essere realizzate, richiedano al sistema salute di migliorarsi e riorganizzarsi attorno all'elemento comunicativo.

Pertanto nei capitoli a seguire si procederà con un'analisi delle vie scelte per affrontare la sfida globale imposta dalle patologie croniche: i modelli di riferimento, i livelli di intervento, le fasi di pianificazione e attuazione. Particolare attenzione verrà data alla strategia europea che ha portato alla stesura del programma *Gaining Health*, un primo interessante tentativo di azione strutturata sui sistemi sanitari nazionali che ha saputo produrre cambiamenti significativi e che soprattutto porta con sé l'approccio di Oms ai temi della comunicazione. Perché il problema delle patologie croniche riguarda, e deve coinvolgere, soggetti diversi a tutti i livelli: responsabili di sanità, alimentazione, agricoltura, finanza, ambiente, trasporti, sport, istruzione, il settore privato, l'industria e la stampa.

Di fatto *Gaining Health* chiede al sistema salute di migliorare la comunicazione, interna ed esterna, per integrarsi con le realtà già esistenti e gli interventi in atto. Le indicazioni sono rivolte ai ministeri competenti e ai responsabili delle scelte di sanità pubblica, ma anche alle organizzazioni non governative, il settore privato, alle realtà comunitarie. E il sostegno al programma assume le forme più varie, compreso il coinvolgimento dei mass media, l'azione diretta di lobby politiche e la mobilitazione pubblica.

Quello che sembra emergere è un contesto dove i ministeri della salute devono dotarsi di buoni sistemi informativi per soddisfare gli obblighi di gestione responsabile e di *governance*, sostenere il processo decisionale, acquisire le informazioni utili a valutare le esigenze sanitarie e a definire delle priorità, monitorare processi e risultati.

In Italia la strategia europea è stata approvata dal governo e poi declinata, con un'azione del ministero, nel programma *Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari*. Del percorso fatto da allora si parlerà lungamente nel terzo e nel quarto

capitolo di questo studio. In particolare, si parlerà di comunicazione come strumento di lavoro e dello stretto legame tra buona sanità e buona capacità di trasmettere informazioni. Una serie di riflessioni e contenuti che passa anche dall'analisi di una manifestazione importante, *Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*, tenutosi a Napoli il 24 e 25 settembre 2009.

Primo incontro e confronto tra professionisti di sanità pubblica, pianificatori e operatori economici a livello nazionale, la due giorni partenopea è stata l'occasione per presentare, valorizzare e condividere le esperienze più significative del programma italiano. Un momento per fare il punto e trarre alcune importanti conclusioni, che ben emergono anche dall'*evaluation* fatta sugli operatori e che si trova in appendice al testo.

Infine questo studio è l'occasione di valorizzare la personale esperienza fatta in occasione dell'evento di Napoli, dove è nata la gran parte delle riflessioni qui raccolte.

1.0 Le nuove sfide della sanità e il bisogno di comunicare

Il bilancio del sistema sanitario è oggi seriamente compromesso, a livello mondiale, da un gruppo molto ristretto di patologie. Si tratta di malattie croniche legate a fattori di rischio comuni e determinanti di salute. Cardiopatie, cancro e malattie respiratorie hanno da tempo superato le cosiddette malattie trasmissibili in termini di numero di ammalati e costi per la società. Si è di fronte a una nuova tipologia di pazienti che rimane tale per molto tempo.

Gli anni Zero hanno visto l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) impegnata a mettere in campo nuove strategie globali contro la diffusione delle malattie croniche. Si palesa, anche meglio che nel caso limite della pandemia, un bisogno di comunicazione della salute e della medicina. Un percorso che ha portato alla stesura di un piano strategico europeo: *Gaining health*.¹

L'idea che emerge è quella di una sanità non può più fare da sola ma, al contrario, ha bisogno della società: aziende, comunità, privati. La direzione generale dell'Oms, da parte sua, si è già fatta testimone di un messaggio chiarissimo: coloro che non tengono in considerazione i fattori di rischio delle malattie croniche si espongono alla possibilità di ammalarsi e quindi di sofferenza per sé e per i propri familiari, infine rappresentano un potenziale costo per la società che, domani, li

¹ *Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2006.

dovrà curare. Un problema di costi crescenti e, quindi, una crisi annunciata dei sistemi sanitari nazionali.

In questa prospettiva è massimo l'interesse a intervenire su questo stato di cose per tentare di risolvere la situazione. Un ruolo determinante sembra essere svolto, almeno in una prima fase, dalla comunicazione, vista come strumento di lavoro. Con l'idea che non si possa fare prevenzione se non si sa comunicare bene.

1.1 Il panorama della sanità pubblica

Se si guarda l'Europa di oggi, risulta evidente che la gran parte dei costi incontrati dai sistemi sanitari dei singoli Stati è dovuto a una manciata di malattie, collegate da fattori di rischio comuni e determinanti di salute. Queste patologie, i loro fattori di rischio e i determinanti di salute sono più o meno gli stessi in tutto il territorio della Comunità e hanno da tempo superato le malattie trasmissibili in termini di costi sanitari, tenendo conto che alcuni Paesi affrontano un carico doppio, per malattie trasmissibili e non.

Le malattie cardiovascolari rappresentano il killer numero uno e sono responsabili di più della metà dei decessi. Cardiopatie e ictus sono la causa principale di morte in tutti i 52 Paesi membri.²

Ma il vero dato di interesse è che il 60% del carico di malattia è senza dubbio riconducibile a un piccolo nucleo di cause e concause. Si contano sette fattori di rischio principali: ipertensione, tabagismo, alcol, eccesso di colesterolo, obesità, scarso consumo di frutta e verdura, inattività fisica. In quest'ottica anche il diabete è stato riconosciuto fra i fattori di rischio principali e può favorire lo sviluppo di malattie cardiovascolari.

Fin dal 2006³ è chiaro agli esperti come questi fattori di rischio siano gli stessi in tutte le sottoregioni epidemiologiche dell'Europa (Eur-A, -B, -C)⁴ come

² *Preventing chronic diseases: a vital investment*, Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2005.

³ *Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, cit.

nella maggior parte dei Paesi europei, sebbene l'ordine di classificazione possa risultare diverso.⁵ Su 52 Stati europei, membri dell'Organizzazione mondiale della sanità, 37 registrano come principale causa della mortalità l'ipertensione, mentre 31 Paesi individuano nel tabagismo il fattore di rischio principale per il carico di malattia – carico che, vale la pena ricordarlo, è anche di tipo economico e incide pesantemente sul bilancio di un Sistema sanitario nazionale (Ssn). L'alcol, infine, è il fattore di rischio principale sia per la disabilità che per la mortalità in giovane età.

Questi fattori di rischio sono comuni a molte delle principali malattie diffuse in Europa. Per esempio, ciascuno di questi sette fattori di rischio è associato ad almeno due delle malattie principali e, a sua volta, ciascuna delle condizioni principali è associata a due o più fattori di rischio. Inoltre per molti individui, soprattutto quelli socialmente più svantaggiati, i fattori di rischio si accumulano e spesso si moltiplicano.⁶

1.2 La sfida delle malattie croniche

Migliorare la salute delle persone è un obiettivo raggiungibile. Agendo globalmente sui principali fattori di rischio si può già ridurre grossa parte del carico di morti premature. Il nemico si chiama: patologia cronica.

Cosa si intenda però col riferirsi alle malattie croniche non è sempre chiaro. Parte della confusione è dovuta all'uso di nomi differenti in contesti diversi tra loro. A volte viene impiegato il termine *non trasmissibile* per differenziare il disturbo dalle malattie infettive o *trasmissibili*. Eppure molte malattie croniche, come il cancro alla cervice e il tumore al fegato, hanno tra le loro cause una componente infettiva. *Malattie correlate allo stile di vita* è un termine a volte utilizzato per enfatizzare quanto sia importante il comportamento per lo sviluppo delle malattie

⁴ EUR-A: 27 Paesi con mortalità molto bassa sia fra i bambini, sia fra gli adulti; EUR-B: 16 Paesi con mortalità bassa sia fra i bambini, sia fra gli adulti; EUR-C: 9 Paesi con mortalità bassa fra i bambini e alta fra gli adulti.

⁵ *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2005.

⁶ Wilkinson R. e Marmot M. (ed), *Social determinants of health: the solid facts*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2005.

croniche, spesso estremamente influenzate dalle condizioni ambientali, non solo dalle scelte del singolo: gli *stili di vita* sono ovviamente un fattore altrettanto importante per le malattie trasmissibili.

In questo lavoro di tesi si è preferito utilizzare il termine *malattie croniche*, perché comprende importanti caratteristiche comuni a queste patologie. Le malattie croniche si originano in età giovanile, richiedono anche decenni per manifestarsi clinicamente. Dato il lungo decorso, ci sono molte opportunità di prevenzione. È richiesto un approccio al trattamento sistematico, a lungo termine, e i servizi sanitari devono integrare la risposta a queste malattie contrastando patologie acute e infettive.⁷

Ecco un breve elenco delle cronicità più diffuse:

- ✚ *Cardiopatie* – Hanno varie forme. La coronaropatia, malattia delle arterie coronariche conosciuta anche come cardiopatia ischemica, è la prima causa di morte al mondo. È anche il disturbo cardiaco più frequente. Si tratta di una patologia dei vasi sanguigni che irrorano il cuore e solitamente è parte di un processo che colpisce più in generale la parete dei vasi (aterosclerosi).⁸ Le cardiopatie sono note da secoli, ma sono diventate comuni nei primi decenni del ventesimo secolo nei Paesi ad alto reddito. Ora l'epidemia è diffusa in tutto il mondo.
- ✚ *Ictus* – Comporta danni al cervello, provocati da una riduzione dell'apporto di sangue. L'ictus e la cardiopatia sono le principali malattie cardiovascolari. Ci sono diversi tipi di ictus e gli episodi acuti sono causati solitamente dagli stessi processi a lungo termine che provocano le cardiopatie. Soltanto una percentuale ridotta degli episodi acuti è causata dalla rottura di un vaso sanguigno. L'ictus è il principale disturbo cardiovascolare in molti Paesi dell'Asia orientale.

⁷ *Next phase of the Who Regional Office for Europe's Country Strategy: Strengthening health systems*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2005.

⁸ Third Joint European Societies' task Force on cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice, *European Guidelines for Cvd Prevention*, in *European Journal of cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2003, n. 10, supplemento 1.

- ✚ *Cancro* – Il termine cancro comprende diverse malattie in cui cellule anomale proliferano e si diffondono senza controllo. Tumore e neoplasia sono sinonimi che indicano questo tipo di patologia. Ci sono numerosi tipi di cancro, che possono interessare tutti gli organi del corpo. La principale causa evitabile del cancro è il consumo di tabacco,⁹ ma sono note anche altre cause, come per il cancro della cervice, della gola o della pelle.¹⁰
- ✚ *Malattie respiratorie croniche* – Le malattie dei polmoni possono assumere forme diverse. Le malattie polmonari ostruttive croniche sono causate da limitazioni, non del tutto reversibili, del passaggio dell'aria attraverso le vie respiratorie. L'asma, invece, è dovuta all'ostruzione reversibile delle vie respiratorie.
- ✚ *Diabete* – È caratterizzato da elevati livelli di glucosio (zucchero) nel sangue. Alla base c'è una mancanza di insulina, l'ormone che regola questi livelli, oppure l'incapacità dei tessuti di rispondere correttamente all'azione ormonale (resistenza all'insulina). Il diabete più comune è quello di tipo 2, che rappresenta circa il 90% di tutte le forme di diabete ed è in larga misura il risultato di comportamenti alimentari che generano sovrappeso e inattività fisica. Fino a poco tempo fa, il diabete di tipo 2 colpiva solo gli adulti, ma ormai si riscontra anche nei bambini obesi. La forma più comune di diabete infantile (tipo 1) è causata invece da una mancanza assoluta di insulina. Se non viene somministrata l'insulina, il diabete di tipo 1 porta rapidamente alla morte.

1.3 La svolta dell'Oms sui fattori di rischio

Le cause delle principali malattie croniche sono state individuate da tempo e sono ormai ben conosciute. I principali fattori di rischio modificabili sono una dieta scorretta e ipercalorica, la mancanza di attività fisica e il consumo di tabacco.¹¹

⁹ *National cancer control guidelines: policies and managerial guidelines*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2002.

¹⁰ *Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2006.

¹¹ *Supporting people with long-term conditions. An Nhs and social care model to support local innovation and integration*, Londra, Dipartimento della Salute, 2005.

Queste cause diventano evidenti se si considerano i fattori di rischio intermedi, tra cui l'ipertensione, l'eccesso di glucosio e di lipidi nel sangue, in particolare del colesterolo Ldl (Low Density Lipoprotein, il cosiddetto *colesterolo cattivo*) e l'obesità. Insieme a caratteristiche non modificabili come età e predisposizione ereditaria, i principali fattori di rischio modificabili sono alla base della maggior parte dei nuovi casi di cardiopatie, ictus, malattie respiratorie croniche e alcuni gravi tipi di cancro. Il legame tra questi fattori di rischio e le principali malattie croniche è simile in tutto il mondo.¹²

Negli ultimi dieci anni l'Organizzazione mondiale della sanità ha sviluppato nuove strategie globali specificamente incentrate sul tema delle malattie croniche. Già nella primavera del 2000 si chiedeva al direttore generale, Gro Harlem Brundtland, di continuare a dare priorità alla prevenzione e al controllo delle malattie non trasmissibili,¹³ con attenzione particolare ai Paesi in via di sviluppo. Tre, all'epoca, gli obiettivi principali:

- ✚ mappare le emergenti epidemie di malattie croniche e analizzare i determinanti sociali, economici, comportamentali e politici al fine di fornire una guida per le misure finanziarie, politiche e legislative connesse allo sviluppo di un ambiente che supporti il controllo di queste patologie;
- ✚ ridurre il livello di esposizione degli individui e delle popolazioni ai comuni fattori di rischio delle malattie croniche (come il consumo di tabacco, l'inattività fisica e una dieta non salutare) e i loro determinanti;
- ✚ rafforzare l'assistenza sanitaria per le persone affette da malattie croniche sviluppando norme e linee guida per interventi costo-efficaci (con una priorità verso le malattie cardiovascolari, il cancro, le malattie respiratorie croniche e il diabete).

¹² *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2005.

¹³ *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2000.

Nel 2003 e nel 2004, l'Assemblea per la salute mondiale ha poi conferito all'Oms un'importante serie di ulteriori mandati, quando ha adottato rispettivamente la Convenzione per il controllo del tabacco¹⁴ e la Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.¹⁵

Una serie di interventi nuovi e con una caratteristica peculiare: quella di avere come target di riferimento non più l'Europa e in generale il primo mondo ricco e benestante ma l'intera popolazione mondiale. Segno di un rapido cambiamento in atto dell'emergenza sanitaria che ha portato l'Oms a redigere, nel 2006, un documento per molti aspetti rivoluzionario: *Preventing chronic diseases: a vital investment*.¹⁶ Una vera e propria iniziativa di comunicazione, anche nelle scelte grafiche e di registro, per sostenere un'azione globale sulla prevenzione delle malattie croniche e salvare la vita a 36 milioni di persone a rischio entro il 2015. Un obiettivo ambizioso che andava sostenuto con un programma specifico, che infatti è arrivato l'autunno dello stesso anno: *Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*.¹⁷

1.4 Lee e Nordstron: comunicare un'emergenza mondiale

La direzione generale dell'Oms si è fatta testimone, negli anni, di un messaggio chiaro e forte: oltre la metà delle morti a livello globale è attribuibile a malattie croniche, negli anni a venire la percentuale continuerà a salire e se non si prendono delle misure per contrastare il fenomeno si andrà in contro a costi elevatissimi con un rischio di implosione per i sistemi sanitari nazionali.

Un cambio di rotta nella politica di comunicazione dell'Oms si registra proprio nel 2006, con la dichiarazione dell'allora direttore generale Lee Jong-wook, in apertura del rapporto *Preventing chronic diseases: a vital investment*.¹⁸ Le parole

¹⁴ *STEPS: a framework for surveillance*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2003.

¹⁵ *Global strategy on diet, physical activity and health*, risoluzione WHA57.17 dell'Assemblea per la salute mondiale, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2004.

¹⁶ *Preventing chronic diseases: a vital investment*, cit.

¹⁷ *Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, cit.

¹⁸ *Preventing chronic diseases: a vital investment*, cit.

scelte per l'occasione sono oneste e prive di edulcorazioni. L'Organizzazione mondiale della sanità denuncia le troppe persone che soffrono o muoiono a causa delle malattie croniche e afferma che non si è più di fronte a un fenomeno che riguarda solo i paesi ricchi. Quattro decessi su cinque per malattie croniche (la dichiarazione di Lee si basa sui dati del 2005) si verificano in paesi a reddito basso o medio-basso. Dove le persone tendono ad ammalarsi in giovane età e, dopo anni di sofferenze e complicazioni prevenibili, finiscono col morire molto prima di chi vive nei paesi ricchi.¹⁹

«Dei 58 milioni di morti del 2005 – afferma Lee – circa 35 milioni sono attribuibili a malattie croniche, che oggi rappresentano la principale causa di morte fra gli adulti di quasi tutti i paesi. Si prevede che nei prossimi dieci anni le vittime aumenteranno ancora del 17%». Una situazione preoccupante non solo per la salute pubblica, ma anche dal punto di vista sociale ed economico. Fino a pochi anni prima, l'impatto e le caratteristiche delle malattie croniche erano piuttosto sottovalutati. Il rapporto 2006 ha presentato tutta una serie di dati aggiornati che hanno mostrato la portata e la gravità del problema, oltre alla necessità di intervenire immediatamente. «È fondamentale – conclude il direttore generale dell'Oms – che tutti i paesi prendano atto degli interventi descritti e li mettano in pratica con un approccio onnicomprensivo e integrato alla salute pubblica. Restare a guardare è costoso e inaccettabile. Oggi, investimenti consistenti e mirati alla prevenzione e al controllo di queste malattie possono offrire un'opportunità concreta di progresso e miglioramento della salute mondiale».

Le dichiarazioni di Lee hanno dimostrato un'elevata attenzione dell'Oms ai problemi di bilancio sanitario con cui il mondo doveva e deve tuttora fare i conti. Tanto che il registro comunicativo del coreano Lee, scomparso poco dopo la pubblicazione del rapporto, rifluisce nel programma europeo firmato in autunno dal suo successore, lo svedese Anders Nordström.

L'Oms trova, se possibile, ancora maggiore chiarezza nel presentare ai Paesi dell'Unione un programma strutturato e complesso, contenitore embrionale di una

¹⁹ *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2005.

riforma dei sistemi sanitari nazionali che è ancora in atto: *Gaining health*.²⁰ Non bisogna arrivare al secondo capoverso del documento programmatico per incontrare le novità di approccio al problema: «Le malattie croniche hanno un impatto significativo sulla salute e sull'assistenza socio-sanitaria, in termini di morte prematura, cronicità o disabilità. Il 70-80% delle spese sanitarie sono stanziato proprio per queste patologie, anche perché questi pazienti gravano a lungo sui servizi di cura e assistenza». Come a dire che bisogna pur tenere presente un notevole aumento dei costi sanitari e il rischio di ricoveri inutili con l'accrescere delle comorbilità. Morire giovani o convivere con una malattia cronica o una disabilità ha delle ripercussioni economiche, sia per le famiglie che per la società.

In Europa, il cambiamento demografico si sta traducendo in ulteriori sfide economiche, sociali e di bilancio: non solo si allunga la vita media, ma diminuiscono anche le nascite, con un potenziale calo della forza lavoro.²¹ Nell'Europa occidentale, il numero di persone di oltre 64 anni è più che raddoppiato dagli anni Cinquanta, mentre quello degli ultraottantenni è quadruplicato. Sotto molti punti di vista, questo scenario può essere letto come un trionfo della sanità pubblica, ma rappresenta anche una grossa sfida per il settore sociosanitario.²²

È facile (ma al contempo comporta un notevole cambio di prospettiva) capire quello che sta succedendo: le malattie croniche dilagano, ma conosciamo i fattori di rischio e sappiamo come intervenire. Coloro che, tra la popolazione, hanno comportamenti a rischio rappresentano potenziali costi per la società che domani si troverà a doverli curare. Solo una porzione relativamente ristretta del budget del sistema sanitario è dedicata alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie croniche. Secondo l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse), in media soltanto il 3% della spesa sanitaria totale è investita in programmi di prevenzione e di sanità pubblica nei Paesi Ocse, mentre la maggior parte è impiegata per la cura dei malati. In genere, i servizi sanitari privilegiano la

²⁰ *Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, cit.

²¹ *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions*, cit.

²² *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The Cindi vision*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2004.

cura piuttosto che la prevenzione e, in termini di modelli di cura, le malattie acute rispetto a quelle croniche.

Questo riduce le opportunità di prevenzione, diagnosi precoce e terapia delle malattie croniche. Quello di cui stiamo parlando è un serio problema di costi e possibile crisi del sistema sanitario. Quindi c'è un massimo interesse a risolvere la situazione e comunicare questo tipo di emergenza.

Di più, comunicare è necessario.

1.5 Comunicare la prevenzione: una strategia praticabile

Di fronte a dati che confermano il crescente impatto delle patologie croniche in molti dei Paesi a reddito medio-basso è di vitale importanza prevenire, comprendere e affrontare tempestivamente l'emergenza. La via scelta dall'Oms nei documenti sulla prevenzione delle malattie croniche è quella di fornire uno schema degli interventi che possono essere effettuati da un sistema sanitario. Un programma suddiviso in fasi e che può essere attuato a seconda delle disponibilità economiche cui uno Stato può fare riferimento.

Al primo punto c'è la necessità di smontare un pregiudizio: quello secondo cui le malattie croniche colpirebbero soprattutto i Paesi ad alto reddito, quando in realtà soltanto il 20% dei decessi avviene nei Paesi più ricchi, mentre l'80% delle morti per malattie croniche si registra nei Paesi a reddito medio-basso, in cui vive la maggioranza della popolazione mondiale.²³ Nemmeno Paesi meno sviluppati come la Tanzania sono immuni da questo problema, in continua crescita. Nonostante successi globali come la *Who Framework Convention on Tobacco Control*,²⁴ il primo strumento legale mirato alla riduzione di malattie e decessi imputabili al tabacco in tutto il mondo, le malattie croniche sono state finora poco considerate nell'ambito della sanità internazionale e dei progetti di sviluppo.²⁵

²³ Jamison DT. et al. (ed), *Disease control priorities in developing countries*, Washington, Ibrd/Banca Mondiale e Oxford University Press, 2006.

²⁴ *WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2003.

²⁵ *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2005.

«Serve un approccio nuovo – si legge nel documento *Preventing chronic diseases: a vital investment*²⁶ – da parte dei leader nazionali che sono nella posizione di sostenere con forza la prevenzione e il controllo di queste malattie, ma anche da parte della comunità internazionale degli esperti di salute pubblica». Come primo passo è «fondamentale rendere disponibili i dati più recenti e accurati», sia per i professionisti sanitari che operano in prima linea, sia per il pubblico in generale.

Accanto a una trasparente e corretta comunicazione delle informazioni che la sanità ha a disposizione sul fenomeno delle patologie croniche, vanno inserite le soluzioni e i mezzi che, da subito, il sistema salute ha in mano per prevenire e curare questo tipo di malattie, evitando milioni di morti premature e l'enorme carico dovuto all'invalidità.²⁷ Non vanno trascurati i numerosi casi di studio dove grazie alle conoscenze già disponibili si è avuto un miglioramento notevole in termini di durata e qualità della vita per le persone anziane e di mezza età.

Per esempio, in Australia, Canada, Regno Unito²⁸ e Stati Uniti le morti per malattie cardiache si sono ridotte perfino del 70% negli ultimi trent'anni. Anche Paesi a medio reddito come la Polonia hanno registrato miglioramenti sostanziali nel corso degli ultimi anni. Questi successi sono il frutto di approcci complessivi e integrati che includono interventi sulla popolazione generale e sui singoli, capaci di far emergere i fattori di rischio comuni, al di là delle malattie specifiche. Il numero delle vite salvate grazie a questi interventi è consistente. Dal 1970 al 2000 l'Oms ha calcolato 14 milioni di decessi evitati nei soli Stati Uniti. Nello stesso periodo, nel Regno Unito si sono salvate 3 milioni di persone.

Le conoscenze, insomma, ci sono. L'obiettivo dell'Oms è ridurre, entro il 2015, di un ulteriore 2% annuo il tasso di mortalità dovuto a tutte le malattie croniche.²⁹ Questo in aggiunta alla riduzione già prevista per i prossimi anni. Un obiettivo coraggioso, che va ad affiancarsi alla riduzione dei tassi di mortalità specifici per molte malattie croniche nelle diverse fasce di età, e che porterebbe a

²⁶ *Preventing chronic diseases: a vital investment*, cit.

²⁷ Rechel B., Shapo L. e McKee M., *Millennium Development Goals for health in Europe and Central Asia: relevance and policy implications*, Washington, Banca Mondiale, 2004.

²⁸ Wanless D., *Securing good health for the whole population. Final report*, Londra, HM Treasury, 2004.

²⁹ *Preventing chronic diseases: a vital investment*, cit.

evitare 36 milioni di decessi entro il 2015, per la maggior parte nei Paesi a reddito medio-basso. Raggiungere questo obiettivo globale comporterebbe anche vantaggi economici non trascurabili.

I tassi di mortalità associati alle principali malattie croniche, in particolare alle cardiopatie, sono drasticamente diminuiti negli ultimi trent'anni in diversi Paesi in cui sono stati avviati programmi di comunicazione efficaci, mentre sono aumentati nelle aree rimaste inattive. Se Australia, Canada, Regno Unito e Stati Uniti hanno registrato una riduzione costante della mortalità, ci sono Paesi come il Brasile e la Russia³⁰ in cui questi valori sono rimasti invariati o sono aumentati.³¹

Qual è il segreto di risultati così sorprendenti? Inizialmente – ed è questo che andremo ad approfondire nel corso del prossimo capitolo – un ruolo determinante è stato quello ricoperto dalla diffusione delle informazioni sanitarie alla popolazione.³² A suggellare il successo dei programmi sanitari sono stati poi interventi integrati e a più livelli.

³⁰ *Dying too young: addressing premature mortality and ill health among the Russian working population*, Washington, Banca Mondiale, 2005 (World Bank Report n. 32377-RU).

³¹ Mackenbach JP., *Health inequalities: Europe in profile*, Bruxelles, Commissione Europea, 2006.

³² *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2003.

2.0 Guadagnare salute, imparare a comunicare

Di fronte alla sfida globale imposta dalle malattie croniche, l'Organizzazione mondiale della sanità ha saputo rispondere con modelli di intervento a più livelli, efficaci per realtà molto diverse tra loro e che pure cercano di migliorare lo standard di vita di cittadini e nazioni. Queste strategie prevedono alterne fasi di pianificazione e attuazione. Sorprendentemente ognuna di esse mette in evidenza aspetti che hanno a che fare con la comunicazione della scienza.

La richiesta di implemento delle modalità di trasmissibilità e traducibilità dei saperi si palesa ogni qual volta è necessario tessere legami con la cittadinanza, influenzare i decisori, condividere le scelte politiche in campo sanitario, valutare le modalità di un intervento. Diventa allora chiaro che le strategie di prevenzione per richiedono un robusto intervento della comunicazione. E che ai sistemi sanitari nazionali si chiede, prima di tutto, di costruire reti e diffondere informazioni. Un'indicazione precisa che ritorna nei documenti ufficiali dell'Organizzazione mondiale della sanità e che ne determina l'attuazione pratica delle linee guida.

In questo filone si inserisce perfettamente il programma europeo *Gaining Health*, un primo interessante tentativo di intervento strutturato sul sistema sanità e che ha già prodotto cambiamenti significativi migliorando la qualità delle informazioni prodotte, coinvolgendo i cittadini, garantendo l'accessibilità ai dati, curando i rapporti con i media. Ma che soprattutto sembra avere nella comunicazione un punto cardine. Perché il problema delle patologie croniche riguarda, e deve

coinvolgere, soggetti diversi a tutti i livelli: responsabili di sanità, alimentazione, agricoltura, finanza, ambiente, trasporti, sport, istruzione, e il settore privato, l'industria e la stampa.

2.1 Le tappe di un progetto globale

Una politica governativa solida e trasparente è l'elemento chiave di una prevenzione e un controllo efficace delle malattie croniche.¹ Solo un modello nazionale comune per la prevenzione e il controllo di queste diffuse patologie può garantire il coordinamento e l'integrazione delle parti in gioco. Seguendo questo tipo di approccio, le strategie integrate di prevenzione e controllo risultano le più efficaci, perché concentrate su fattori di rischio comuni, al di là di malattie specifiche.

Tuttavia una strategia di salute pubblica, che abbia ambizioni di essere globalmente impiegata, richiede una combinazione di interventi rivolti in maniera uguale all'intera popolazione e ai singoli individui.² Probabilmente gran parte dei Paesi non disporrà subito di tutte le risorse teoricamente necessarie. Da qui l'opportunità di un approccio per fasi, che dia la precedenza alle attività più facili da realizzare in ogni singolo contesto.

L'Oms ha fatto esattamente questo. Tenuto conto dei dati 2005 ha proposto a Copenhagen un modello a più fasi che i ministeri della sanità hanno potuto utilizzare per creare un assetto strategico e normativo in cui altri settori potessero operare con successo. Le raccomandazioni sono state fornite a decisori e pianificatori a livello nazionale e locale. Punto di partenza è stato individuare la necessità di un piano d'azione intersettoriale, in tutte le fasi di sviluppo e attuazione della strategia di salute pubblica. Anche in considerazione del fatto che i principali determinanti del carico di malattie croniche non sono di natura sanitaria.³

¹ *Health promotion: concepts and principles. A selection of papers presented at the Working Group on Concepts and Principles*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 1984.

² *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*, cit.

³ Ritsatakis A et al. (ed), *Exploring health policy development in Europe*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2000.

La strategia a tappe è un approccio flessibile e concreto proposto per trovare il giusto equilibrio tra esigenze e priorità differenti negli interventi basati sulle evidenze scientifiche. Pur non rinunciando ad alcuni elementi chiave, scelti per ogni fase al fine di ridurre le disparità nel diritto alla salute.

La strategia a tappe comprende sei tappe principali, tre di pianificazione e tre di attuazione, descritte nel dettaglio in questo capitolo. Significativamente, in ognuna di esse, torna a farsi evidente l'elemento della comunicazione: un fiume carsico che irrorra tutto l'impianto del programma e sale in superficie ogni qual volta è necessario fissare un intervento. Sia esso politico, strutturale, culturale o relazionale.

La prima fase di pianificazione consiste nella valutazione del profilo attuale dei fattori di rischio della popolazione, quindi degli ambiti di intervento. La seconda fase di pianificazione deve formulare e approvare una politica di intervento per le malattie croniche. La terza fase di pianificazione deve identificare i mezzi più efficaci per attuare la politica di intervento. Per realizzarla nel modo più efficace, il fattore chiave può essere una combinazione oculata degli interventi. Seguono quindi le fasi di attuazione: base, estesa e auspicabile. La scelta degli interventi di base è il punto di partenza e il fondamento per le azioni successive. Non si tratta comunque di tappe obbligatorie, perché ogni Paese deve considerare una serie di fattori durante la fase decisionale dei primi interventi di base, tra cui la capacità di attuazione, l'accettabilità e il supporto politico.

2.2 Prima tappa: creare un ponte tra popolazione e sanità

Intervenire sulla salute pubblica significa anzitutto valutare i bisogni di una popolazione di riferimento e prevedere le azioni che possono risultare più efficaci sul territorio.⁴ A questo fine l'Oms ha messo a punto uno strumento che prescinde dalla maggiore o minore disponibilità di fondi, e che di fatto può aiutare tutti i Paesi a definire il profilo dei fattori di rischio: si tratta di Steps⁵ (STEPwise approach to Surveillance), un approccio per fasi al monitoraggio.

⁴ *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*, cit.

⁵ *STEPS: a framework for surveillance*, cit.

Nei Paesi a reddito medio-basso, il progetto Steps ha lo scopo di potenziare la capacità di raccogliere piccole quantità di dati, ma di buona qualità, sui fattori di rischio...

- ✚ fase 1: tramite questionari, raccogliere informazioni su dieta, attività fisica, consumo di tabacco e di alcol;
- ✚ fase 2: utilizzare metodi di misurazione standardizzati per raccogliere i dati su pressione sanguigna, altezza e peso;
- ✚ fase 3: accanto alle misurazioni fisiche, effettuare prelievi di sangue per misurare i livelli di lipidi e di glucosio.⁶

Da notare, anche in questo caso, come la comunicazione sia il primo mattone nella costruzione di un rapporto di fiducia con il cittadino. È grazie al contributo dell'utenza che si può ritagliare una strategia a misura di territorio. Efficace in ogni intervento.

Le informazioni sulle esigenze della popolazione devono essere poi sintetizzate e diffuse in modo da incoraggiare delle politiche di intervento a livello nazionale. I decisori dovrebbero conoscere le distribuzioni nazionali dei fattori di rischio, gli scenari attuali e previsti della diffusione delle malattie croniche nel Paese e l'esistenza di strategie di prevenzione e controllo con un buon rapporto costo-efficacia. Significativamente, l'Oms indica⁷ nei programmi quali sono le strategie comunicative per influenzare i decisori. L'elenco comprende:

- ✚ i mass media, che influenzano le opinioni del pubblico generale (elettori compresi, in certi casi), come pure quelle dei decisori stessi;
- ✚ l'identificazione e il coinvolgimento dei leader della comunità e di altri membri influenti della società perché diffondano i messaggi in diversi contesti;
- ✚ incontri a tu per tu con i decisori politici.

⁶ *Preventing chronic diseases: a vital investment*, cit.

⁷ *STEPS: a framework for surveillance*, cit.

Valga come esempio il piano di comunicazione messo in atto dall'Oms in collaborazione con l'unione internazionale contro il cancro per richiedere un intervento di profilassi in America Latina e nei Caraibi.⁸ L'Ufficio regionale per le Americhe dell'Oms (Amro) ha organizzato una serie di laboratori per proporre programmi e politiche di prevenzione del tumore della cervice uterina. Hanno partecipato oltre 300 stakeholder appartenenti a ministeri della sanità, organizzazioni non governative, associazioni mediche e professionali e agenzie internazionali. I laboratori sono stati strutturati in modo da favorire la collaborazione tra i governi nazionali e le altre parti interessate, creando un luogo d'incontro per lo scambio di informazioni tecniche. Tra gli obiettivi, ottenere il consenso sulla necessità della prevenzione e del controllo dei tumori della cervice, pianificare modalità e tempistica e incoraggiare i Paesi a rafforzare e sviluppare i propri programmi di prevenzione e controllo dei tumori del collo dell'utero.

Dopo questi laboratori, oltre 10 Paesi della regione hanno valutato i propri programmi con l'assistenza dell'Amro, studiato piani strategici di azione e ricevuto sovvenzioni per avviare nuove strategie preventive per i tumori della cervice. Insieme ai ministri della Sanità, sono state stabilite la programmazione congiunta e le tempistiche di cooperazione tecnica.⁹ Ai Caraibi, durante l'incontro ristretto dei ministri della Sanità è stato presentato e varato un piano strategico per un approccio locale di screening e trattamento.

2.3 Seconda tappa: condividere le scelte politiche

Gli obiettivi principali di un piano di sanità pubblica per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche sono del tutto simili a quelli di una qualsiasi politica sanitaria: migliorare la salute della popolazione, specialmente dei più svantaggiati; soddisfare le esigenze e le aspettative delle persone affette da malattie croniche;

⁸ Ritsatakis, A., *Framework for the analysis of country (HFA) policies*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 1987.

⁹ Walt, G., *Health policy. An introduction to process and power*, Londra e New Jersey, Zed Books, 1994.

fornire assistenza finanziaria per le spese associate alla malattia.¹⁰ In tutti i Paesi una politica nazionale e una pianificazione sono essenziali per assicurare la dovuta priorità alle malattie croniche e per organizzare le risorse. A livello locale, politiche di intervento, piani e programmi associati possono essere sviluppati a livello statale, regionale, provinciale, o comunale per soddisfare le esigenze locali.

Politiche e piani di intervento globali e integrati sono essenziali, perché riducono al minimo la sovrapposizione e la frammentazione del sistema sanitario.¹¹ Di conseguenza dovrebbero concentrarsi su malattie specifiche e fattori di rischio comuni. Riunire strategie di promozione, prevenzione e controllo. Enfatizzare la gestione dell'intera popolazione piuttosto che la gestione dei sottogruppi specifici. Integrare le diverse strutture, quali i centri sanitari, le scuole, i posti di lavoro e le comunità. Instaurare collegamenti espliciti con gli altri programmi governativi e le organizzazioni comunitarie. Ma il vero successo per la formulazione e l'adozione di questi interventi è determinato dalla condivisione dei processi di scelta con stakeholder, collaboratori e, soprattutto, i cittadini interessati dalle riforme e gli interventi del sistema sanitario. Questi i fattori chiave che Oms indica nel documento di Copenhagen:

- ✚ un mandato politico di alto livello per una struttura nazionale di intervento;
- ✚ un gruppo selezionato di parti interessate da coinvolgere nella valutazione delle esigenze, nella richiesta di intervento e nello sviluppo del piano d'azione nazionale;
- ✚ la collaborazione internazionale per assicurare il supporto politico e tecnico;
- ✚ un'ampia consultazione nel processo di redazione, discussione, revisione e modifica dei piani d'azione, fino al conseguimento dell'approvazione;
- ✚ la consapevolezza che la consultazione del pubblico è importante quanto il contenuto per avere sostegno e accettazione;
- ✚ sviluppo e attuazione di una strategia di comunicazione efficace in tutti gli stadi del processo;

¹⁰ *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions*, cit.

¹¹ Rootman, I. et al. (ed), *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2001.

✚ uno sguardo concentrato su una serie ristretta di obiettivi per ottenere i risultati.

Anche in questo caso ci sono illustri precedenti a conferma dell'efficacia della linea guida fornita dall'Oms. Fin dagli anni Ottanta e Novanta,¹² è stata registrata una situazione di emergenza nel Pacifico occidentale.¹³ Nelle sole isole di Tonga la prevalenza del diabete è raddoppiata, arrivando a oltre il 15% in 25 anni, nonostante la maggior parte dei casi non fossero stati diagnosticati, né curati.

Nel 2003, medici, operatori sanitari pubblici e rappresentanti delle agenzie internazionali per lo sviluppo si sono riuniti e hanno prodotto una strategia nazionale per le malattie croniche. Oltre ad ampie consultazioni con le parti interessate, è stata condotta un'indagine per identificare gli interventi già in corso. Governo, chiese, organizzazioni non governative e agenzie per lo sviluppo hanno poi partecipato al laboratorio di follow-up, dove hanno prodotto la strategia nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche basata su un approccio per fasi. Sono stati istituiti un comitato interdisciplinare per coordinare l'attuazione e quattro sottocomitati (attività fisica, alimentazione, tabagismo e alcol), responsabili della pianificazione e dell'attuazione operativa. La strategia è stata avviata nel marzo 2004, con il supporto dei media nazionali ed è stata approvata successivamente dal Consiglio.

2.4 Terza tappa: come intervenire

Definire modalità e tempistiche di intervento è il compito più difficile. Alcuni degli interventi scelti, come il riassetto dei sistemi sanitari per il controllo e la prevenzione delle malattie croniche, sono coordinati in primo luogo dal ministero della salute. Altri sono principalmente responsabilità di altri settori di governo o del potere legislativo. In questi casi, il ministero della salute, in quanto garante principale

¹² *Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 1985.

¹³ *Supporting people with long-term conditions. An Nhs and social care model to support local innovation and integration*, cit.

della salute pubblica, deve assicurare una collaborazione coordinata con i partner di governo.

Leggi e regolamenti sono fondamentali per una politica di sanità pubblica efficace...

- ✚ fase 1: emanazione ed entrata in vigore di una legge per il controllo del tabagismo, in accordo con la *Framework Convention on Tobacco Control*¹⁴ dell'Oms;
- ✚ fase 2: pianificazione della normativa sugli standard di etichettatura degli alimenti ed emanazione dei provvedimenti per limitare/controllare la vendita e la pubblicità dei prodotti alimentari per bambini, per ridurre la presenza di grassi, sale e zucchero nei cibi per l'infanzia, incentivando il consumo di frutta e verdura;
- ✚ fase 3: emanazione di una legge a tutela dei diritti dei disabili e dei malati cronici.

Le politiche di regolamentazione e le leggi specifiche per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche includono interventi per imporre avvertenze di carattere sanitario sui prodotti a base di tabacco, vietare la pubblicità del tabacco inclusa la sponsorizzazione di eventi sportivi e culturali (è il caso dell'India), controllare l'adeguata etichettatura degli alimenti sul mercato interno incluse avvertenze, elenco degli ingredienti e indicazioni nutrizionali. Una serie di provvedimenti che hanno a che fare più con la comunicazione della salute che con la riorganizzazione del comparto sanitario.

2.5 Il filo rosso della comunicazione

Diventa chiaro che la strategia di welfare dell'Oms passa per un'implementazione della comunicazione della salute e della medicina.¹⁵ È questo

¹⁴ WHO *Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)*, cit.

¹⁵ Wanless D., *Securing good health for the whole population. Final report*, cit.

che si chiede, prima di tutto, al sistema sanitario di una nazione, alle aziende sanitarie regionali, ai singoli dipartimenti di prevenzione.

Le richieste di sostegno possono essere determinanti per avviare una politica nazionale per la prevenzione delle malattie croniche? Allora queste iniziative comprendono strategie di informazione sui rischi, di motivazione ai cambiamenti e di diffusione di idee nella società. È necessario identificare gli opinion leader in grado di tenere aggiornato il pubblico sul carico crescente delle malattie croniche, l'esistenza di interventi efficaci e la necessità di una partecipazione collettiva. C'è bisogno – così si legge nei documenti programmatici dell'Oms – di «iniziative di sostegno globali e integrate, che prevedano più strategie di comunicazione».¹⁶

La mobilitazione della comunità è fondamentale per creare e attuare politiche e programmi efficaci e sostenibili di prevenzione e controllo delle malattie croniche? Allora si deve procedere alla creazione di una rete di comunicazione tra membri e organizzazioni della comunità, operatori sanitari e politici per condividere le informazioni e favorire consulenze e collaborazione. L'attuazione e la valutazione dei programmi comunitari per la prevenzione delle malattie croniche deve passare per la realizzazione sistematica di programmi di educazione sanitaria nelle scuole.¹⁷

In ambito clinico, i sistemi informativi aiutano a coordinare l'attività delle istituzioni sanitarie? A organizzare le informazioni relative ai malati? A rintracciare dati individuali e a pianificare l'assistenza? A facilitare l'automonitoraggio dei pazienti e a preparare gli operatori sanitari a seguire i pazienti nel follow-up? La strategia d'intervento dell'Oms afferma che anche con poche risorse, si possono creare sistemi efficaci, da registri informatizzati a schemi su carta, scritti o rappresentati graficamente. Nell'ambito dell'assistenza primaria si possono introdurre registri di base cartacei e archivi per i malati cronici. Se si hanno più risorse a disposizione si può invece procedere alla creazione di registri informatizzati e alla realizzazione di una rete clinica informatizzata che colleghi le strutture sanitarie.

¹⁶ *Preventing chronic diseases: a vital investment*, cit.

¹⁷ Whitehead, M., *The concepts and principles of equity and health*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 1990.

I pazienti devono essere messi nelle condizioni di affrontare quotidianamente e con efficacia la propria malattia? A questo proposito, operatori sanitari e personale non specialistico possono tenere corsi individuali o di gruppo, anche a distanza. Il bisogno di informazioni di base per i pazienti sui fattori di rischio, la possibilità per i pazienti di frequentare seminari e incontri formativi sulla gestione delle malattie croniche, la prospettiva di sistemi informatizzati di autovalutazione da parte dei pazienti, sono espressione di un sempre maggior bisogno di comunicazione cui il Sistema sanitario nazionale, regionale, locale, deve dare una risposta.

Per stimolare, creare e sostenere i miglioramenti, il personale sanitario è un elemento essenziale? I ministri della Sanità dovrebbero collaborare con i ministri dell'Istruzione e le associazioni professionali per garantire un'adeguata formazione del personale sanitario nella gestione e prevenzione delle malattie croniche? Terminato il percorso formativo, gli operatori sanitari possono ancora ampliare le loro competenze con un aggiornamento professionale regolare? Allora si deve far sì che nella formazione di base degli operatori sanitari vengano incluse informazioni e nozioni sul controllo e la prevenzione delle malattie croniche. Le strutture sanitarie devono valutare l'opportunità di istituire corsi di formazione sul luogo di lavoro. È necessario promuovere progetti di formazione professionale continua nel campo della gestione e della prevenzione delle malattie croniche.

Questo è il mandato dell'Organizzazione mondiale della sanità. Un quadro di interventi strutturati nel 2006 prima con il rapporto *Preventing chronic diseases: a vital investment*¹⁸, poi con la stesura del documento programmatico di *Gaining health*,¹⁹ e che oggi trovano conferma nelle affermazioni della cinese Margaret Chan, direttore generale dell'Oms dal 2007, che ha ampiamente sostenuto i programmi di prevenzione delle malattie croniche.

L'action plan 2008-2013 dell'Oms, approvato il maggio 2008 dalle delegazioni di 193 Stati membri, non ha fatto altro che rilanciare la politica di comunicazione e prevenzione delle malattie croniche intrapresa gli anni precedenti, sottolineando la necessità di riferire i progressi generali nel 2010 e nel 2012.

¹⁸ *Preventing chronic diseases: a vital investment*, cit.

¹⁹ *Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, cit.

A fondamento di questo piano d'azione: la strategia globale per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche, i cui obiettivi sono stati ribaditi dall'Assemblea mondiale per la salute nel 2000.²⁰ Ma il piano si basa anche sull'attuazione della convenzione quadro dell'Oms sul controllo del tabacco, adottata dall'Assemblea nel 2003²¹ e sulla strategia globale su alimentazione, attività fisica e salute, approvata nel 2004.²² Sei, gli obiettivi individuati per il quinquennio di programmazione, e ancora una volta la comunicazione è al primo punto: dare visibilità alle malattie croniche, elevando la priorità loro riconosciuta nei piani di sviluppo nazionali e integrando le strategie di prevenzione nelle politiche dei ministeri preposti.

2.6 La strategia alla prova dei fatti: *Gaining Health*

Nella Regione europea dell'Oms, almeno l'86% dei decessi e il 77% del carico di malattia sono dovuti a patologie croniche, accomunate da fattori di rischio, determinanti di salute e opportunità di intervento.²³ Una migliore condivisione dei benefici ottenuti grazie a interventi mirati ed efficaci può avere un impatto significativo, in termini di salute e di bilancio, per tutti gli Stati membri.²⁴ Queste, in estrema sintesi, le considerazioni che hanno contribuito alla stesura di un programma europeo sulla prevenzione delle malattie croniche.

Gaining Health non contiene elementi di novità rispetto alle linee guida che l'Oms ha promosso a livello mondiale dal 2000, ma di fatto rappresenta un primo e interessante tentativo di intervento sistematico sui sistemi sanitari europei.²⁵ Un manifesto, quello di *Gaining Health*, che ha dovuto declinarsi nelle singolarità e nelle particolari situazioni di ogni Stato membro e che anche in Italia ha prodotto significativi cambiamenti:

²⁰ *The Global Strategy on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases*, risoluzione WHA53.17 dell'Assemblea per la salute mondiale, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2000.

²¹ *WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)*, cit.

²² *Global strategy on diet, physical activity and health*, cit.

²³ Wilkinson R. e Marmot M. (ed), *Social determinants of health: the solid facts*, cit.

²⁴ *Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*, cit.

²⁵ *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The Cindi vision*, cit.

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

Parole già sentite²⁶ e che tuttavia confermano la priorità di comunicare e promuovere stili di vita sani, anziché intervenire sulla mera gestione della patologia. La richiesta fatta da *Gaining Health* al sistema salute è quella di dotarsi di una rete di comunicazione, interna ed esterna, capace di integrarsi con le realtà già esistenti e gli interventi in atto. Si tratta di indicazioni per lo più rivolte ai ministeri competenti e ai responsabili delle scelte di sanità pubblica, per quanto anche altri soggetti, come per esempio le organizzazioni non governative, il settore privato e alcuni gruppi della comunità, possano trarne degli esempi utili per il proprio lavoro.

Come principale strategia per la promozione della salute, il sostegno al programma può assumere varie forme, compreso il coinvolgimento dei mass media, l'azione diretta di lobby politiche e la mobilitazione pubblica, passando per la creazione di gruppi di interesse su temi definiti. Per soddisfare gli obblighi di gestione responsabile e di *governance*, i ministeri della salute hanno bisogno di un buon sistema informativo di routine capace di sostenere il processo decisionale, fornire le informazioni per la valutazione delle esigenze sanitarie e la definizione delle priorità, anche per provvedere ai mezzi per monitorare processi e risultati.²⁷

Formulare e attuare una risposta al problema delle malattie croniche significa, oggi in Europa, coinvolgere diversi soggetti interessati, a tutti i livelli. E tra i soggetti che possono collaborare con un governo ci sono: le autorità nazionali e internazionali responsabili di sanità, alimentazione, agricoltura, finanza, ambiente e trasporti,

²⁶ *Next phase of the Who Regional Office for Europe's Country Strategy: Strengthening health systems*, cit.

²⁷ Dahlgren, G. e Whitehead, M., *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up*, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2006.

istruzione e attività per i giovani, sport e attività ricreative; i pianificatori sanitari e sociali, i fornitori e gli operatori; le agenzie di sanità pubblica e gli istituti di ricerca; i pianificatori urbanistici; il settore privato, l'industria e gli imprenditori; le organizzazioni non governative e le associazioni professionali; la società civile (pazienti, badanti e pubblico in generale); la stampa. Le industrie possono avere un ruolo significativo nel promuovere stili di vita, scelte e opportunità salutari, purché si impegnino a mantenere questa linea all'insegna della salute anche in tutte le altre pratiche commerciali. Potenzialmente, l'industria può influire sulla produzione e la vendita dei prodotti, ma anche sulle responsabilità dei datori di lavoro e sul loro impatto sulle comunità locali. Un patto di collaborazione, un forum, una piattaforma o un'alleanza delle parti interessate possono facilitare il lavoro multisettoriale.

Il processo di facilitazione della comunicazione tra ricercatori, consulenti, politici e cittadini passa per l'impiego delle conoscenze come mezzo di coinvolgimento e di impegno. Guadagnare salute vuol dire:

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

impatto sulla salute e i suoi determinanti: insegnanti, forze di polizia, pianificatori urbanisti, operatori sociali, giornalisti.

L'Europa è varia e i diversi Paesi non si trovano allo stesso livello nella lotta alle malattie croniche.²⁸ I governi hanno un ruolo strategico nel realizzare il programma di da *Gaining Health*. Fra le loro responsabilità c'è anche il ruolo fondamentale di guida nella risposta alle patologie di tipo cronico, e i ministeri della salute sono particolarmente coinvolti nel promuovere e richiedere i cambiamenti, nel coordinamento e nell'agevolazione dei contributi governativi e settoriali. La prevenzione delle malattie croniche è un investimento in salute e sviluppo, passa per le mani dei decisori e si attua con riforme del sistema sanitario. Di questo parleremo nel prossimo capitolo, affrontando il caso Italia.

²⁸ Mackenbach, JP. e Bakker, M. (ed), *Reducing inequalities in health. A European perspective*, Londra and New York, Routledge, 2002.

3.0 Scegliere la prevenzione in Italia

Nel 2006, l'Italia ha approvato la strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili *Gaining Health*,¹ che si basa sull'idea che, per ridurre il carico di malattie croniche, è necessario ridurre i principali rischi e loro determinanti. In linea con gli orientamenti dell'Organizzazione mondiale della sanità, il ministero della salute ha inoltre promosso il programma *Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari*,² poi approvato con il Dpcm del maggio 2007.

Restano alcune domande aperte. A che punto ci troviamo nell'attuazione del programma? Come è possibile coinvolgere una serie di figure apparentemente opposte e indifferenti e che abbracciano settori diversissimi della società italiana?

Guadagnare Salute è un piano intersettoriale che ha nella comunicazione un asse portante. L'Italia, almeno inizialmente, è parsa credere e investire molto in questo progetto, imponendo l'adozione di più modelli di comunicazione, interna ed esterna. Dopo un primo slancio iniziale, in cui si attendeva almeno una parziale riforma del sistema sanitario, il programma sembra però aver subito una battuta d'arresto legata al cambio di governo e all'insediamento della nuova classe dirigente.

Molto hanno inciso le conseguenze della regionalizzazione della sanità. La cosiddetta *devolution* ha messo in crisi le politiche nazionali di prevenzione e le

¹ *Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, cit.

² *Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari*, Roma, Ministero della salute, 2006.

singole Regioni si sono trovate di fronte all'esigenza di mandare avanti in maniera autonoma le iniziative prese, per contenere così l'emergenza delle patologie croniche. Accanto a illustri esempi di coraggiose direttive regionali per il coordinamento della sanità, si sono registrate situazioni di abbandono che non hanno fatto altro che amplificare il bisogno di un nuovo e forte impulso nazionale. Quello che appare sempre più chiaro è che le infrastrutture della prevenzione vanno completamente riviste alla luce dei grandi cambiamenti in atto.

I dipartimenti di prevenzione stanno andando incontro a riforme strutturali che prevedono un implemento delle strategie di comunicazione a discapito delle più tradizionali funzioni di controllo e sanzione. Il quadro di riferimento è quindi quello del coinvolgimento dei dipartimenti nella promozione della salute, che a ben vedere è una naturale evoluzione delle loro attività.

3.1 In prima linea contro le patologie croniche

In Italia, le malattie croniche (patologie cardiovascolari, tumori, diabete, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo scheletrici) provocano il 75% delle morti e delle condizioni di grave disabilità.³ Si tratta, come abbiamo già avuto modo di affermare, di malattie che hanno in comune fattori di rischio modificabili. Sette di questi sono responsabili, da soli, del 60% della perdita di anni in buona salute in Italia, come in Europa. Si parla sempre di tabagismo, ipertensione arteriosa, alcol, eccesso di colesterolo, sovrappeso, sedentarietà e cattive abitudini alimentari (scarso consumo di frutta e verdura).

Nel nostro Paese, questi fattori si distribuiscono in maniera molto diversa tra la popolazione e sono molto più diffusi tra le persone delle classi socio-economiche più basse. Le cause sono solo in parte riconducibili a scelte di tipo individuale.⁴ È l'ambiente fisico e sociale a esercitare una forte pressione e facilitare l'adozione di stili di vita nocivi per la salute.

³ *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*, cit.

⁴ *Health Inequalities Intervention Tool*, Londra, Association of Public Health Observatories and Department of Health, 2008.

Per far fronte all'allarme generato e ai costi inferti al Sistema sanitario nazionale dalla diffusione incontrollata delle patologie croniche, il governo italiano è stato fra i primi ad approvare⁵ la strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili *Gaining Health*,⁶ nella convinzione che l'idea di ridurre il carico delle malattie croniche attraverso l'intervento sistematico sui principali fattori di rischio, e i loro determinanti, fosse la strada giusta. In linea con gli orientamenti dell'Oms, il ministero della salute ha inoltre promosso il programma *Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari*,⁷ poi approvato con il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 4 maggio 2007.

L'approvazione della strategia internazionale ha promosso la salute e il benessere come valori fondamentali nell'attuazione di tutte le politiche.⁸ Come a dire che chi ha responsabilità collettive, dai governi nazionali e locali fino ai manager delle aziende, può e deve fare qualcosa per rendere più facili le scelte salutari. Da parte loro, i professionisti della salute, le Aziende sanitarie, gli assessorati alla sanità delle Regioni e il ministero del lavoro, salute e politiche sociali, hanno cominciato a operare come "avvocati" della salute, fornendo indirizzi alla popolazione ed esercitando pressioni sui diversi responsabili delle politiche che influiscono sulla salute.⁹

3.2 L'approvazione della strategia internazionale

È il 16 febbraio 2007 quando il Consiglio dei ministri approva il programma europeo *Gaining Health*. Nel testo, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale,¹⁰ si afferma la necessità di «promuovere stili di vita in grado di contrastare il peso delle malattie croniche e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini».

⁵ Documento programmatico "Guadagnare salute", Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 4 maggio 2007.

⁶ *Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, cit.

⁷ *Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari*, cit.

⁸ Stahl, T. et al. (ed), *Health in all policies. Prospects and potentials*, Helsinki, Ministero della salute e degli affari sociali, Systems and Policies, 2006.

⁹ Whitehead, M., *The concepts and principles of equity and health*, cit.

¹⁰ Documento programmatico "Guadagnare salute", cit.

Ben nove i ministeri coinvolti nell'operazione e una serie di accordi trasversali che prevedono alleanze con aziende alimentari, mondo della scuola e del lavoro, tabaccai, produttori di bevande alcoliche e grandi catene di ristorazione.¹¹ L'obiettivo è appunto rendere più facili e accessibili le scelte salutari, oltre a promuovere campagne di informazione che mirino a modificare quei comportamenti che favoriscono l'insorgere di malattie degenerative di grande impatto epidemiologico.

Ancora una volta si mischiano piani politici e strategie di comunicazione.

Il documento prevede la programmazione di una serie di interventi di tutela della salute pubblica concertati fra istituzioni e governo,¹² capaci di affrontare in maniera globale i fattori di rischio principali, garantendo allo stesso tempo la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale in termini economici e di efficacia.

Numerosi gli interventi previsti: sono molti i nemici della salute che si possono combattere con la prevenzione e per i quali esistono politiche praticabili¹³ e interventi efficaci per ridurre il peso di morti premature, malattie e disabilità. Per esempio, non fumando, mangiando in modo sano ed equilibrato, non abusando di alcol e ricordando che il movimento fisico rende più sano l'organismo. Governo nazionale e locale non possono condizionare direttamente le scelte individuali, ma sono tenuti a rendere più facili le scelte salutari e meno facili le scelte nocive attraverso:

- ✚ una maggiore e migliore informazione, per aumentare la consapevolezza;
- ✚ una catena di azioni regolatorie, previste da strategie intersettoriali per modificare l'ambiente di vita;
- ✚ l'allocazione di risorse specifiche per sostenere azioni esemplari mirate ad accelerare l'inizio di un cambiamento nell'ambiente di vita.¹⁴

¹¹ *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions*, cit.

¹² *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The Cindi vision*, cit.

¹³ *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions*, cit.

¹⁴ *Documento programmatico "Guadagnare salute"*, cit.

3.3 La traduzione del programma europeo: *Guadagnare Salute*

Non sono passati più di tre mesi dall'approvazione della strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili *Gaining Health*, che l'Italia aveva pronto un programma trasversale per attuare le linee guida dell'Oms: *Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari*,¹⁵ approvato dal governo con il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 4 maggio 2007, in accordo con le Regioni e le Province autonome. *Guadagnare salute* è una declinazione della strategia europea promossa dall'Oms nell'autunno 2006 e che rientra perfettamente nella cornice degli interventi previsti per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche.¹⁶

Si è di fronte a un esempio di iter legislativo straordinariamente breve e che in meno di un anno ha concretizzato un documento internazionale di politica sanitaria in un intervento diretto sul territorio nazionale. Un investimento per ridurre nel lungo periodo il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società. Una strategia intersettoriale, con attività di comunicazione e azioni per ridurre l'iniziazione al fumo, aumentare il consumo di frutta e verdura, ridurre l'abuso di alcol, ridurre il consumo di bevande e alimenti troppo calorici, facilitare lo svolgimento dell'attività fisica.¹⁷ Una strategia che prevede il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni.

Nella fattispecie il programma italiano si articola in un piano di azione trasversale e in quattro programmi specifici:

- ✚ promozione di comportamenti alimentari salutari (relativo al fattore di rischio “alimentazione”);
- ✚ lotta al tabagismo (relativo al fattore di rischio “fumo”);
- ✚ lotta all'abuso di alcol (relativo al fattore di rischio “alcol”);
- ✚ promozione dell'attività fisica (relativo al fattore di rischio “sedentarietà”).

¹⁵ *Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari*, cit.

¹⁶ *Preventing chronic diseases: a vital investment*, cit.

¹⁷ Jamison DT. et al. (ed), *Disease control priorities in developing countries*, cit.

Un aspetto imprescindibile del programma italiano *Guadagnare salute*, come già abbiamo visto essere per la strategia europea, è la comunicazione che rappresenta una componente fondamentale degli interventi di prevenzione essendo uno strumento importante di conoscenza e informazione per operatori e cittadini. Nel caso Italia sono stati previsti tre piani di comunicazione istituzionale. Si tratta di strategie di comunicazione specifiche per ogni intervento. È prevista una campagna informativa capace di mettere il cittadino al centro delle scelte per la propria salute e impegnare i governi nel rendere possibili le scelte di salute. Per il mondo della scuola, invece, è previsto un distinto programma di collaborazione.¹⁸

La parola d'ordine è intersettorialità: *Guadagnare salute* deve indicare strategie basate su azioni che prevedano il coinvolgimento di settori diversi della società e delle istituzioni, e pianificare interventi specifici per la lotta al tabagismo o all'abuso di alcol, per la promozione dell'attività fisica o di una sana alimentazione. Sempre attraverso la stretta cooperazione di tutte le istituzioni¹⁹ e le organizzazioni della società interessate.

La necessità dell'approccio intersettoriale nasce dalla constatazione che la gran parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del Sistema sanitario nazionale. Per agire in maniera adeguata sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici delle malattie croniche sono necessarie alleanze tra forze diverse e azioni coordinate e sinergiche. Uno degli aspetti principali di *Guadagnare salute* è, appunto, la collaborazione tra i vari ministeri.

L'investimento dell'iniziativa italiana viene quindi valutato sia sul lungo termine,²⁰ nel ridurre il peso delle malattie croniche sul Sistema sanitario nazionale e sulla società, ma anche in tempi relativamente brevi, nel cercare di migliorare le condizioni di vita dei cittadini, promuovendo scelte salutari immediate e stili di vita sani (smettere di fumare, seguire un'alimentazione corretta, limitare il consumo di

¹⁸ *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*, cit.

¹⁹ Jamison DT. et al. (ed), *Disease control priorities in developing countries*, cit.

²⁰ *Supporting people with long-term conditions. An Nhs and social care model to support local innovation and integration*, cit.

alcol e svolgere attività fisica regolare).²¹ Una nuova cultura della prevenzione in cui i singoli individui diventano protagonisti e responsabili della qualità della propria vita.

3.4 La risposta alle iniziative nazionali

Con l'attuazione del programma *Guadagnare Salute* si sono innescati tutta una serie di interventi e iniziative politiche che hanno contribuito all'immediato successo del programma. Il quale non solo ha ottenuto in tempi brevi risultati significativi su scala nazionale, ma ha prima di tutto raccolto un'altissima adesione da parte di tutte le infrastrutture regionali e locali.

Il Piano sanitario nazionale 2006-2008²² ha indicato l'opportunità di monitorare i fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione. Nel 2006, quindi, il ministero della salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità (Iss) il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta dedicato a questi temi: *Passi*,²³ ovvero i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia.

Strettamente intrecciato a *Guadagnare Salute*, *Passi* è stato concepito per fornire informazioni con dettaglio a livello aziendale e regionale, in modo da consentire confronti fra Asl e Regioni partecipanti. L'obiettivo è poi fornire, com'è naturale, elementi utili alle attività di pianificazione e programmazione locale. Due precedenti studi trasversali, condotti nel 2005 e nel 2006 in molte Regioni grazie al coordinamento del Cnesps, hanno consentito di sperimentare e validare strumenti e metodologia, sulla base delle principali esperienze internazionali esistenti (in particolare, il *Behavioral Risk Factor Surveillance System* americano).

Struttura e funzionamento del programma sono molto semplici: operatori sanitari delle Asl, specificamente formati, intervistano al telefono persone con un'età compresa tra i 18 e i 69 anni, residenti nel territorio di competenze aziendali. Il

²¹ *STEPS: a framework for surveillance*, cit.

²² *Piano sanitario nazionale 2006-2008*, Roma, Ministero della salute, 2006.

²³ *Passi. Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*, Roma, Ministero del lavoro, 2006.

campione è estratto dalle liste anagrafiche delle Asl, mediante un campionamento casuale stratificato per sesso ed età. La rilevazione (un numero minimo di 25 interviste al mese per Azienda sanitaria) avviene in maniera continuativa durante tutto l'anno. I dati raccolti sono trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.

Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande, che esplorano i principali fattori di rischio comportamentali e gli interventi preventivi.²⁴ Gli ambiti indagati sono:

- ✚ i principali fattori di rischio per le malattie croniche, oggetto del programma Guadagnare
- ✚ salute: abitudine al fumo, sedentarietà, abitudini alimentari, consumo di alcol
- ✚ il rischio cardiovascolare: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, calcolo del rischio
- ✚ i programmi di prevenzione oncologica per il tumore della cervice uterina, della mammella
- ✚ e del colon retto
- ✚ le vaccinazioni contro influenza e rosolia
- ✚ la sicurezza: i fattori che incidono su frequenza e gravità di incidenti stradali e infortuni
- ✚ domestici
- ✚ la percezione dello stato di salute e sintomi depressivi.

Tutte le Regioni e le Province autonome hanno aderito al progetto. Dall'aprile 2007 è iniziata la rilevazione dei dati in 20 Regioni. Alla fine del 2008 sono state registrate sul server centrale circa 60.000 interviste complete e a settembre 2009 il numero di interviste caricate è salito a 80.000. Le procedure di campionamento utilizzate, la formazione del personale coinvolto e la collaborazione con i medici di medicina generale hanno consentito di ottenere un tasso di rispondenti molto elevato

²⁴ *Passi. Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*, cit.

(87%, con solo il 9% di rifiuti),²⁵ un elemento cruciale per assicurare l'affidabilità dei risultati.

Va sottolineato come l'iniziativa di *Passi* risponda perfettamente alle linee guida dell'Oms²⁶ che, vale la pena ricordarlo, prevedono che il lavoro di pianificazione della prevenzione parta da valutazioni del profilo attuale dei fattori di rischio in una popolazione. Dati che si raccolgono attraverso un'indagine conoscitiva.²⁷ La comunicazione è il primo "passo" nella costruzione di un rapporto di fiducia con il cittadino. Grazie alla partecipazione del cittadino è possibile ritagliare una strategia a misura di territorio.

In quest'ottica è interessante osservare l'iniziativa del governo nel creare un ambiente adatto alla proliferazione del programma.

Con il Decreto ministeriale²⁸ del 26 aprile 2007 è stata istituita una *Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo* con il compito di formulare proposte e attuare iniziative, in coerenza con il programma *Guadagnare Salute*. La piattaforma, di durata triennale e presieduta dal ministero della salute, ha previsto la partecipazione di rappresentanti delle amministrazioni centrali interessate, delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, e delle associazioni firmatarie dei protocolli di intesa. La piattaforma è stata in grado di coinvolgere un numero elevatissimo di portatori di interesse: i ministeri e i dipartimenti della presidenza del Consiglio dei ministri, le associazioni dei Comuni, gli istituti di ricerca, le associazioni di categoria della filiera alimentare, le associazioni dei consumatori, le organizzazioni sindacali più rappresentative a livello nazionale

Il 3 maggio 2007 si sono poi siglati i protocolli d'intesa tra l'ex ministro della salute Livia Turco e i rappresentanti di 22 organizzazioni del sindacato, delle imprese e dell'associazionismo. Questi accordi hanno permesso di sviluppare iniziative concrete per la popolazione. Non un punto di arrivo, ma una tappa di un processo in continua evoluzione, che ha come obiettivo quello di comunicare un profondo

²⁵ Dati aggiornati al 2008.

²⁶ *Preventing chronic diseases: a vital investment*, cit.

²⁷ Vedi il secondo capitolo di questo studio.

²⁸ *Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo*, Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, Decreto ministeriale del 26 aprile 2007.

cambiamento di mentalità e dare visibilità allo stretto rapporto che intercorre tra un corretto stile di vita e una buona qualità della stessa.

Si è di fronte a un vero programma quadro di iniziative, azioni e alleanze e di comunicazione diretta ai cittadini, per consentire al Paese di guadagnare salute, aiutando contestualmente la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale, sia in termini economici che di efficacia degli interventi.

3.5 Comunicazione e salute ai tempi della devolution

Sostenere la diffusione e l'utilizzo dei dati epidemiologici, per allacciare l'informazione alle azioni di prevenzione e promozione della salute, è un aspetto cruciale per il buon funzionamento di ogni sistema di sorveglianza.²⁹ È la comunicazione, *trait d'union* tra l'informazione epidemiologica e l'intervento di sanità pubblica,³⁰ lo strumento capace di promuovere il coinvolgimento e la partecipazione degli operatori delle aziende sanitarie impegnati in queste attività e, di conseguenza, di favorire la condivisione di un'esperienza comune a tutte le Regioni e Province autonome del Paese.

La comunicazione può infatti aiutare il dialogo e l'integrazione tra tutti i soggetti istituzionali e sociali coinvolti, la condivisione degli obiettivi e la creazione del consenso, il riconoscimento di ruoli, funzioni e compiti, lo scambio delle informazioni in merito ad attività e iniziative intraprese, la conoscenza e la condivisione dei risultati,³¹ l'attivazione di processi d'intervento e di cambiamento.

Imparare a comunicare meglio, per potenziare le azioni di prevenzione e instaurare un dialogo onesto con il cittadino, è uno degli assi portanti del programma *Guadagnare Salute*. L'Italia è persa fin da subito convinta dell'investimento nel progetto³² e ha richiesto uno sforzo al Sistema sanitario nazionale perché Asl, Province e Regioni si dotassero di nuovi modelli di comunicazione, interna ed esterna. Le azioni di supporto al piano intersettoriale facevano presagire un

²⁹ *STEPS: a framework for surveillance*, cit.

³⁰ *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*, cit.

³¹ *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*, cit.

³² Mackenbach JP., *Health inequalities: Europe in profile*, cit.

imminente riassetto del tessuto sanitario, i dipartimenti di prevenzione e i coordinamenti locali.

Questo primo slancio iniziale non ha, tuttavia, trovato seguito nelle politiche di sanità nazionale. Il programma ha sembrato subire una battuta d'arresto legata al cambio di governo e all'insediamento della nuova classe dirigente. Molto è stato determinato dalla successiva regionalizzazione della sanità.³³ La cosiddetta *devolution* ha ridistribuito la responsabilità su Regioni ed enti locali.

È venuto a mancare un impulso politico nazionale, capace di rilanciare il piano di prevenzione delle malattie croniche nato con l'esperienza di *Guadagnare Salute*. Le Regioni si sono trovate di fronte all'esigenza di mandare avanti in maniera autonoma gli impegni presi in ambito sanitario, per contenere così l'emergenza delle patologie croniche. Non sempre la situazione è degenerata. Al contrario, la fase di stasi ha saputo mettere in luce le contraddizioni interne al programma³⁴ e alcune Regioni hanno intrapreso nuove vie per comunicare la salute.

Valga, come esempio di gestione regionale della sanità, il caso Emilia-Romagna dove le strategie messe in atto per promuovere la salute hanno preso l'avvio con la definizione dei *Piani per la salute*, previsti dalla delibera di giunta regionale n. 321 del 2000, in attuazione del *Piano sanitario regionale 1999/2001*. Si trattava di veri e propri progetti di promozione della salute che, partendo dalla lettura dei bisogni (anche in termini di disuguaglianze dei cittadini di fronte alla salute), tentavano di coinvolgere attivamente, trasformandoli in alleati, tutti i componenti della società civile: dai decisori politici alla scuola e alle categorie professionali, dal ricco e variegato mondo del volontariato sino ai singoli cittadini. L'ottica in cui si muoveva il progetto, sviluppatosi poi concretamente in tutte le Aziende sanitarie della Regione, era quella di far sì che la promozione della salute assumesse un ruolo centrale nel lavoro quotidiano di ciascuno dei soggetti coinvolti,³⁵ diventando cioè una sorta di lente attraverso cui impostare e ripensare l'azione di ciascun soggetto coinvolto.

³³ *Health Inequalities Intervention Tool*, cit.

³⁴ Vedi il quarto capitolo di questo studio.

³⁵ *Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari*, cit.

Il *Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010*³⁶ dell'Emilia-Romagna è il frutto di questo sforzo sinergico nella definizione di percorsi e strumenti di programmazione e di *governance*, capaci di valorizzare l'esperienza condotta in campo sociale con i *Piani di zona* e in campo sanitario con i *Piani per la salute*.³⁷ Da qui la definizione, non formale ma sostanziale, del nuovo strumento di programmazione locale: il *Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale*,³⁸ in cui rientrano le azioni di prevenzioni su fumo, alcol, alimentazione e attività fisica.

In questo clima di riordino, appare sempre più chiaro che ruoli e compiti dei garanti della prevenzione vadano rivisti alla luce delle nuove esigenze. I dipartimenti di prevenzione, primi fra tutti, stanno andando incontro a riforme strutturali³⁹ che prevedono un carico di competenze relazionali a discapito delle più tradizionali funzioni di controllo e sanzione.

Si è testimoni di bisogni nuovi e i dipartimenti di prevenzione andranno probabilmente coinvolti nella lotta ai fattori di rischio e nella promozione della salute, valorizzando il fatto che hanno un ottimo inserimento nel territorio dovuto alle attività di prevenzione collettiva che svolgono da anni e dal momento che possono vantare stretti rapporti con gli enti di pianificazione territoriale. Il terreno della salute urbana è quindi una naturale evoluzione della loro missione.

Chi temeva che il ruolo dei dipartimenti di prevenzione fosse in crisi si sbagliava: mai come ora è al centro dell'attenzione, e la positiva gestione delle ultime emergenze epidemiologiche ne è una prova indiscutibile. Più in generale, appare chiaro che il ruolo dei dipartimenti di sanità pubblica deve essere centrale in ogni sistema sanitario che si rispetti, perché rappresenta il collegamento tra comunità e decisori politici.⁴⁰

³⁶ *Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010*, Regione Emilia-Romagna, 2008.

³⁷ *Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*, Napoli, guida pubblicata in occasione della due giorni di *Guadagnare Salute* a Castel Sant'Elmo il 24 e 25 settembre 2009.

³⁸ *Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale*, Regione Emilia-Romagna, 2008.

³⁹ *Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari*, cit.

⁴⁰ Ritsatakis A et al. (ed), *Exploring health policy development in Europe*, cit.

4.0 Ridiscutere insieme la strategia

Se la prevenzione delle malattie non comunicabili richiede per essere realizzata di migliorare le strategie comunicazione,¹ a che punto ci troviamo nell'attuazione del programma?

Il punto è stato fatto il settembre scorso nel corso della manifestazione *Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*, tenutasi a Napoli. Primo incontro e confronto tra i professionisti di sanità pubblica, pianificatori e operatori economici a livello nazionale è stata l'occasione per presentare, valorizzare e condividere le esperienze più significative.

Fondamentale il ruolo dato alla comunicazione nell'allestimento dell'*agorà* – una vera piazza per capire e discutere – dove, parallelamente e collateralmente al programma scientifico è stato possibile adottare un registro più colloquiale e pratico, capace di restituire vividi ritratti delle esperienze, risultati ottenuti, punti di forza, criticità e problemi irrisolti.²

Nelle intenzioni dell'*agorà*, l'idea di far incontrare, raccontare e discutere i casi di eccellenza³ mettendo sulla bilancia pro e contro di una strategia da rimbastire. Nelle parole degli operatori intervenuti uno sguardo lucido e critico sulla sanità: c'è bisogno che le diverse aree della prevenzione implementino una rete di

¹ Come si è cercato di dimostrare nei precedenti capitoli di questo studio.

² *Next phase of the Who Regional Office for Europe's Country Strategy: Strengthening health systems*, cit.

³ *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions*, cit.

comunicazione interna e c'è la necessità di capire come mettere mano al programma di *Guadagnare Salute* perché possa, in futuro, mettere in campo migliori strategie comunicative.

4.1 Facciamo il punto

Nel corso dei precedenti capitoli si è cercato di individuare buoni argomenti a sostegno dell'ipotesi di partenza di questo studio, e cioè che le azioni dell'Oms per prevenire la diffusione delle malattie croniche richiedano alla sanità di migliorare le strategie di comunicazione. Per fare questo è stato necessario ripercorrere un decennio di interventi in ambito sanitario, politico, sociale a favore di stili di vita più sani.⁴ Si è partiti da un approccio globale al problema per poi restringere l'ambito di analisi al Paese Italia. Durante il percorso si sono incontrati istituzioni, decisori, privati cittadini che nulla hanno a che fare gli uni con gli altri se non per il fatto di essere tutti pazienti di una società medicalizzata.

Nella ridda di documenti, decreti attuativi e materiali di divulgazione incontrati si è evidenziato un continuo e quasi estenuante ritorno dei possibili impieghi dell'oggetto *comunicazione* nella pianificazione e attuazione dei programmi sanitari.⁵ Le strategie di prevenzione delle malattie croniche, ivi compreso il programma italiano *Guadagnare Salute*, hanno messo la sanità nella condizione/dovere di confrontarsi e riorganizzarsi attorno all'elemento comunicativo. Sorge spontanea una domanda: a che punto è l'Italia?

Per rispondere a questa domanda, la macchina operativa di *Guadagnare Salute* si è riunita nel settembre 2009 a Napoli, in una due giorni di incontri e dibattiti organizzata in linea con il piano di informazione e comunicazione a sostegno di *Guadagnare Salute*. L'analisi di un'esperienza come questa è utile a capire lo stato dell'arte del programma,⁶ tanto più che rappresenta di fatto la prima occasione di

⁴ *Preventing chronic diseases: a vital investment*, cit.

⁵ *Health promotion: concepts and principles. A selection of papers presented at the Working Group on Concepts and Principles*, cit.

⁶ Ritsatakis, A. e Makara, P., *Gaining health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases*, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2009.

incontro dell'intera comunità sanitaria che gravita attorno al problema della prevenzione nelle patologie di tipo cronico.

Le testimonianze degli operatori sanitari, gli elementi scaturiti dal dibattito, sono occasione di raccogliere le esigenze sentite come fondamentali e analizzare il ruolo della comunicazione nell'ambito del riassetto organizzativo⁷ del sistema salute.

4.2 A Napoli, per capire e discutere di prevenzione

La manifestazione⁸ *Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia* ospitata a Castel Sant'Elmo (Napoli) il 24 e 25 settembre 2009 ha rappresentato la prima occasione di incontro, a livello nazionale, interamente dedicata ai sistemi di sorveglianza previsti dal programma nazionale *Guadagnare Salute*.⁹ L'evento è stato promosso dall'Istituto superiore di sanità e coordinato dal progetto *Programma di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi del programma Guadagnare Salute* affidato al Cnesps su mandato del ministero della lavoro, salute e politiche sociali.

La due giorni partenopea ha creato un'importante occasione per riunire i rappresentanti più autorevoli del mondo della sanità pubblica, dell'epidemiologia e della prevenzione. Nella prospettiva intersettoriale sposata dal programma *Guadagnare Salute*, peraltro, hanno partecipato alla manifestazione anche molti esponenti della società¹⁰ interessati alla promozione di stili di vita sani: dalle politiche agricole all'urbanistica, dal mondo dei trasporti a quello della distribuzione. Professionisti della salute, pianificatori, decisori e operatori economici che hanno avuto la possibilità di confrontarsi, discutere insieme e fare il punto su progetti e iniziative di promozione della salute.

⁷ *Human resources for health in the WHO European Region*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2006.

⁸ *Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*, cit.

⁹ *Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari*, cit.

¹⁰ Labonte, R. e Schrecker, T., *Globalization and social determinants of health: the role of the global marketplace*, in *Globalization and Health*, 2007.

Il calendario¹¹ della manifestazione è stata pensato per ospitare al suo interno molteplici occasioni per il dibattito e il confronto:

- ✚ la conferenza intersettoriale regionale campana *La salute in tutte le politiche: Guadagnare salute in Campania*, che ha aperto l'intera manifestazione;
- ✚ il convegno scientifico, destinato alla conoscenza e alla condivisione di dati ed *evidence* aggiornati su malattie croniche e principali determinanti della salute nella popolazione;
- ✚ la mostra partecipativa *Città della Salute*, costruita grazie alla collaborazione dei soggetti che condividono spirito e obiettivi del programma *Guadagnare Salute*.

Uno spazio, quest'ultimo, che ha raccolto e valorizzato le esperienze più significative realizzate per promuovere stili di vita sani. Insieme agli spazi espositivi, i partecipanti hanno infatti avuto a disposizione una serie di appositi strumenti e servizi dedicati alla comunicazione, e sono stati previsti momenti in cui raccontare pubblicamente obiettivi, risultati e iniziative. Mettendo a confronto pro e contro delle strategie.¹² Un approccio nuovo e originale. Una piazza per capire e discutere che non a caso è stata battezzata l'*agorà* della *Città della Salute*.

A conclusione della manifestazione il bilancio si può definire positivo. In totale, più di 1000 operatori di sanità pubblica hanno partecipato all'evento organizzato a Napoli e si sono divisi tra il convegno scientifico, la mostra partecipativa, le tavole rotonde dell'*agorà* e tutti gli altri appuntamenti previsti dall'intenso programma dell'evento.

4.3 Agorà: quando le eccellenze si incontrano e raccontano

La *Città della Salute* è stata, a Napoli, luogo di incontro e confronto per professionisti di sanità pubblica, pianificatori e operatori economici. L'obiettivo? Far

¹¹ *Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*, cit.

¹² Ritsatakis, A. e Makara, P., *Gaining health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases*, cit.

conoscere e diffondere le iniziative e le attività di promozione della salute, in uno dei luoghi dove oggi è ancora più urgente la necessità di far proprio il motto del programma nazionale *Guadagnare Salute*: rendere facili le scelte salutari.

La mostra partecipativa allestita in Castel Sant’Elmo, e dedicata alle esperienze più promettenti e interessanti per la promozione della salute, è stata costruita grazie alla collaborazione attiva di tutti coloro che hanno condiviso lo spirito e gli obiettivi del programma. *Città della Salute* ha voluto valorizzare le attività positive già in corso sul territorio. Esperienze che hanno applicato il motto *Health in All Policies*,¹³ perché effettivamente la salute è un valore da cui non si può prescindere, anche quando si compiono scelte in settori diversi da quello sanitario come nell’urbanistica, nell’istruzione, nei trasporti o nelle politiche agricole.

In questo senso, l’esperienza di Napoli è stata crocevia per l’incontro e il confronto pubblico tra e con gli altri operatori sui temi legati agli stili di vita e alla promozione della salute, ma anche sul modo di lavorare, le strategie di comunicazione adottate, i risultati ottenuti e le difficoltà incontrate, nella consapevolezza che la condivisione significa anche confrontarsi e magari trovare insieme nuove soluzioni.

Pur essendo organizzato in una serie di strutture, distribuite all’interno di Castel Sant’Elmo e visitabili lungo un itinerario, la due giorni d’incontri non si è limitata a diventare semplice vetrina di un prodotto. Piuttosto ha proposto un percorso attraverso il quale fosse possibile muoversi in un vero e proprio ambiente per la salute, dove sono presentate, valorizzate e condivise secondo un approccio partecipativo, le esperienze più significative ed efficaci realizzate per promuovere stili di vita sani. Pur portando i propri materiali e prodotti da esporre negli stand, gli espositori hanno preso parte a un’esperienza in cui l’idea di base è la partecipazione.

Per questo, oltre alla progettazione e all’allestimento degli spazi della mostra, sono stati messi a disposizione dei partecipanti anche appositi servizi dedicati alla comunicazione. È stata così allestita un’agorà - un’autentica “piazza” all’interno del

¹³ Ritsatakis, A. e Makara, P., *Gaining health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases*, cit.

percorso della mostra - dove, sulla base di un programma parallelo rispetto a quello del convegno scientifico, i partecipanti hanno potuto raccontare e presentare i risultati ottenuti, illustrare le iniziative più significative e mettere in evidenza punti di forza e di criticità.

A ciascun partecipante è stata richiesta una breve presentazione degli aspetti più significativi o dei risultati già conseguiti da illustrare nella *Città della Salute*. Tutto materiale che è stato utilizzato per costruire una scheda di presentazione per ciascuno dei partecipanti, poi inserita nella guida della manifestazione.¹⁴

Alla valorizzazione dei lavori della città ha inoltre contribuito un servizio di copertura audio-video, con finalità di promozione e documentazione dell'evento. I partecipanti alla mostra sono stati intervistati, prima e durante la manifestazione: una postazione di web radio ha trasmesso in diretta per circa mezz'ora ogni giorno. Anche un video finale, pubblicato online al termine della manifestazione, ha dato ampio spazio alla due giorni partenopea. Analogo supporto è stato fornito dalle attività di promozione dell'evento previste sui siti web rivolti agli operatori sanitari (EpiCentro,¹⁵ il sito del Ccm,¹⁶ i portali dell'Istituto superiore di sanità¹⁷ e del ministero¹⁸ della salute, ecc).

L'obiettivo è stato, naturalmente, quello di ottenere la maggiore visibilità possibile per la *Città della Salute* sui media specializzati. Ma l'evento di Napoli ha voluto essere anche la prima occasione per dar vita a una comunità di esperti intorno ai temi della sorveglianza epidemiologica e, più in generale, della promozione della salute e di stili di vita sani. Uno degli strumenti più potenti e partecipativi che oggi la rete mette a disposizione a questo scopo sono i social network: è allo studio lo sviluppo di una piattaforma web 2.0 capace di consentire

¹⁴ *Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*, cit.

¹⁵ <http://www.epicentro.iss.it> – il portale del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute.

¹⁶ <http://www.ccm-network.it> – il portale del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie.

¹⁷ <http://www.iss.it> – il portale dell'Istituto superiore di sanità.

¹⁸ <http://www.ministerosalute.it> – il portale del ministero della salute.

ai partecipanti di mantenere i contatti, proseguire il dialogo, discutere e partecipare.

Fare oggi una buona sanità richiede che gli operatori abbiano capacità comunicative efficienti.¹⁹ È vero altrove ma è particolarmente vero in questo caso. Napoli ha raccontato questo aspetto della prevenzione, e l'*agorà* è stato un momento in cui questa esigenza di comunicazione si è palesata particolarmente. La sensazione di partecipanti e organizzatori è stata quella di aver individuato uno strumento nuovo, buono nell'immediatezza della forma e nel taglio sui contenuti. In questo nuovo contenitore l'entusiasmo, i problemi, le difficoltà, i malumori, le opinioni discordanti hanno avuto la possibilità di emergere, con garbo e pacatezza. Mai scontata. I relatori ne sono usciti soddisfatti, motivati e consapevoli di aver incontrato (o reincontrato) colleghi con cui varrebbe la pena proseguire il discorso appena abbozzato, durante gli incontri.

Nelle intenzioni dell'*agorà* c'è l'idea di non accontentarsi di un mero elenco dei successi ottenuti nella lotta ai fattori di rischio – come spesso, invece, si continua a fare nei convegni specialistici – e creare le condizioni perché eccellenze territoriali si incontrino, si conoscano, si raccontino vicendevolmente il cammino percorso, mettendo sulla bilancia i problemi incontrati e condividendo le soluzioni trovate. Questo può significare valorizzare realmente i risultati. Questo modello di comunicazione è talmente forte che modifica il modo di lavorare degli operatori e li dispone a un cambiamento di impostazione.

L'abbondanza del materiale di comunicazione prodotto in questa singola occasione è la risposta a un bisogno che sta maturando²⁰ e che ha incontrato un'offerta che di solito in quel mondo non si trova. Basti pensare che, a convegno chiuso, l'intera pannellistica prodotta è stata immediatamente reimpiegata dall'Iss, che ne ha fatto richiesta per arredare i suoi spazi.

¹⁹ Magnusson RS., *Non-communicable diseases and global health governance: enhancing global processes to improve health development*, in Globalization and Health, 2007.

²⁰ Ritsatakis, A. e Makara, P., *Gaining health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases*, cit.

4.4 La parola agli operatori

Pensati come un tavolo di discussione e confronto tematico, gli incontri in calendario per l'agorà della *Città della Salute* di Napoli hanno avuto come protagonisti operatori specializzati nella prevenzione dei fattori di rischio delle patologie croniche. Molti di loro hanno ricevuto prestigiosi riconoscimenti per i risultati ottenuti. Le loro voci hanno popolato la piazza e animato il confronto con il pubblico. Riuscendo spesso a individuare tematiche delicate e nervi scoperti di un sistema salute da ritrarre e ripensare.

Anzitutto è emersa l'esigenza di dare una risposta adeguata alla mutata situazione sociale ed epidemiologica. Si sente l'urgenza di valorizzare il sistema dei dipartimenti di prevenzione,²¹ che hanno un ottimo inserimento nel territorio dovuto alle attività tradizionali della prevenzione collettiva e stretti rapporti con gli enti di pianificazione territoriale. C'è bisogno che le diverse aree della prevenzione implementino una rete di comunicazione interna, capace di favorire lo scambio di informazione e permettere una visione a 360 gradi sul territorio.

È inoltre tornata più volte al centro della discussione la necessità di concentrarsi sui giovani per costruire modelli di prevenzione efficace, nell'urgenza di individuare tecniche di coinvolgimento interattivo che modifichino il contesto in cui l'intervento si situa, rincorrendo a nuovi e freschi linguaggi comunicativi.²² Si tratta in questo caso della prevenzione ai tempi del Grande Fratello: il reality sulla guida sicura in discoteca, le leggi sugli alcolici nei pub e nei locali della vita notturna, i nuovi sistemi informatici di monitoraggio degli incidenti stradali.

Cresce negli operatori, inoltre, la consapevolezza che l'attuale programma non vada sposato *ab eterno*. Fortemente polemici alcuni interventi, segno dell'acquisita maturità dei medici nell'osservazione degli interventi. Di fronte a un mercato della dipendenza che coinvolge aziende e multinazionali della ristorazione c'è anche chi, in sede di dibattito, si è interrogato sulla possibilità o meno di ripensare completamente il programma europeo *Guadagnare Salute* perché possa, domani,

²¹ *Health Inequalities Intervention Tool*, cit.

²² Stahl T et al. (ed), *Health in all policies. Prospects and potentials*, cit.

funzionare meglio e diventare capace di interventi risolutivi in ambito di politica nazionale della salute.

Infine il contributo dei decisori e delle amministrazioni locali. Più volte invocato dai relatori seduti al tavolo. Non è passata sotto silenzio, la palese incapacità del servizio pubblico nell'incidere su una scelta individuale di dipendenza (come quella del fumo)²³ rispetto al potere coercitivo di una legge che tutela realmente la salute pubblica creando ambienti salutarì.

Si è di fronte a una serie di relazioni e contributi estremamente pragmatici e da cui emerge la volontà di cercare nuove sinergie tra enti, progetti e comunicazione. E la stessa *agorà* diventa un tentativo di ricostruzione di una rete di informazioni. Quelle da cui ripartire.

²³ *WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)*, cit.

Conclusioni

Comunicare è forse la prima cosa che si impara davvero nella vita.

Tuttavia, curiosamente, può accadere che una volta cresciuti diventi sempre più difficile sapere cosa dire o, peggio, ottenere quello che davvero vogliamo. Le patologie croniche – cardiopatie, cancro, malattie respiratorie – sono forse l'oggetto su cui si ha la maggiore quantità di informazione a livello epidemiologico. È noto come siano legate a fattori di rischio comuni e le strategie di intervento sono conosciute da almeno vent'anni. Ciononostante, i bilanci dei sistemi sanitari di tutto il mondo sono oggi seriamente compromessi dal problema delle malattie croniche. Da tempo hanno superato le cosiddette malattie trasmissibili in termini di numero di ammalati e di costi per la società. Si è di fronte a una mutata situazione epidemiologica e sociale che costringe gli individui a restare pazienti per molto tempo.

Nell'esaminare le nuove strategie messe in atto dall'Organizzazione mondiale della sanità, i singoli governi e i sistemi sanitari nazionali, per rispondere alle nuove sfide della sanità, questo studio ha rilevato un'abbondanza di argomenti che ruotano attorno al tema della comunicazione. Di più. I documenti cardine dell'iniziativa internazionale, poi ripresi e declinati dai singoli Paesi, non fanno che mettere la sanità nel dovere di confrontarsi e riorganizzarsi attorno all'elemento comunicativo.

Le richieste di implemento dei modelli di trasmissione e traduzione delle conoscenze si palesano ogni qual volta queste strategie prevedono la creazione di reti

con la cittadinanza, i decisori, i portatori di interesse. Diventa allora chiaro come il coinvolgimento delle persone, la valutazione degli interventi, la condivisione delle scelte, passino attraverso interventi di comunicazione. Un'indicazione precisa che ritorna nei documenti ufficiali che sono stati analizzati e portati come argomenti nel corso della trattazione.

La conferenza di Copenhagen del 2006,¹ la strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili *Gaining Health*,² lo stesso programma italiano *Guadagnare Salute*³ approvato nel 2007, sono la conseguenza di un sistema salute non più in grado di agire da solo e che, per converso, ha bisogno della società. Il messaggio è chiarissimo: coloro che non tengono in considerazione i fattori di rischio delle patologie croniche aumentano la possibilità di ammalarsi e di andare incontro a sofferenze per sé e per i propri familiari, ma saranno anche un costo per la società che, domani, li dovrà curare. Un serio problema di bilancio e crisi per i sistemi sanitari nazionali.

In questa prospettiva è massimo l'interesse a intervenire su questo stato di cose. L'Italia, almeno in una fase iniziale, è parsa credere e investire molto nel programma *Guadagnare Salute* imponendo un piano intersettoriale che aveva e ha nella comunicazione un asse portante. Pur tuttavia, dopo un primo slancio, in cui si è evidenziata l'urgenza di mettere mano al Sistema sanitario nazionale per dotarlo di nuove infrastrutture, il programma ha subito una battuta d'arresto.

Molto ha inciso la riforma degli enti e la conseguente regionalizzazione della sanità. La *devolution* ha messo in crisi il piano nazionale di prevenzione e le singole Regioni si sono trovate di fronte all'esigenza di mandare avanti autonomamente *Guadagnare Salute*. C'è chi ha saputo prendere provvedimenti coraggiosi e impostare una politica sanitaria a livello regionale, ma com'era inevitabile si sono verificate anche casi di abbandono che non hanno fatto altro che amplificare la mancanza di nuovi e decisivi interventi a livello nazionale.

¹ *Preventing chronic diseases: a vital investment*, cit.

² *Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, cit.

³ *Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari*, cit.

L'incontro delle aziende sanitarie a Napoli lo scorso settembre,⁴ in occasione della manifestazione *Guadagnare salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*, ha confermato l'esigenza ripartire con un passo diverso. Fra le voci dei più di mille operatori di sanità pubblica che hanno partecipato, evidente la consapevolezza di rivedere completamente i modelli di prevenzione alla luce dei grandi cambiamenti in atto.

I dipartimenti di prevenzione vanno incontro a riforme strutturali che prevedono l'implementazione delle strategie di comunicazione a discapito delle loro più tradizionali funzioni di controllo e sanzionatorie. Il quadro di riferimento è quindi quello del coinvolgimento dei dipartimenti nella promozione della salute, che a ben vedere è un naturale sviluppo delle loro attività. C'è bisogno infatti che le diverse aree della prevenzione imparino a coordinarsi fra loro. La condivisione dei dati acquisiti, la collaborazione, possono migliorare i risultati ottenuti e fornire strumenti utili a capire come rimettere mano a *Guadagnare Salute*. Imparare a comunicare per essere più efficaci.

⁴ *Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*, cit.

Appendice 1

A integrazione di quanto detto precedentemente riguardo la manifestazione¹ *Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia* ospitata a Castel Sant'Elmo (Napoli) il 24 e 25 settembre 2009, si è ritenuto utile raccogliere le osservazioni, i commenti e i suggerimenti di chi ha partecipato alla Città della Salute, sia in qualità di standista che di relatore alle tavole rotonde dell'*agorà*.

Di seguito le risposte più interessanti raccolte nel questionario sottoposto agli operatori.

In merito alla tavola rotonda dell'*agorà* e alle attività di comunicazione degli stand, che cosa ha funzionato bene e che cosa ha funzionato meno, e quindi potrebbe essere migliorato?

- ✚ Le attività di comunicazione agli stand hanno richiamato molto interesse da parte dei partecipanti all'evento. Hanno permesso di mettere in evidenza in un unico evento iniziative di regioni ed enti diversi, con la possibilità di confrontarsi in maniera libera e informale.

¹ Vedi il quarto capitolo di questo studio.

- ✚ Ha funzionato bene lo “spazio” più libero di interazione, anche se dobbiamo abituarci di più e siamo tutti ancorati alla “liturgia” del convegno (io parlo, tu ascolti, avanti il prossimo) e degli stand (prendo tutto, poi si vedrà). I tempi poi, non hanno consentito di preparare meglio interventi e *setting*, ma la strada è quella giusta.
- ✚ Ho partecipato all’attività della tavola rotonda in forma attiva in quanto mi è stata offerta l’opportunità di avere uno spazio come relatore, ma sono stata presente anche alle altre relazioni sulle altre tematiche trattate. Pertanto le mie considerazioni sono correlate a entrambi i punti di vista: comunicazione e ascolto. Ritengo che l’esperienza sia stata davvero molto interessante e ricca di contenuti. Gli argomenti trattati erano tutti attuali e utili per acquisire un modo di vedere con occhi nuovi quel che già in molte realtà esiste: un approccio diverso nelle modalità di pianificare, progettare, realizzare e valutare che ci consenta di conseguire risultati efficaci, specialmente in un momento di ristrettezze, in tutti i campi. Di certo questa esperienza va ripetuta , in uno spazio dedicato, che offra la possibilità di rilevarne e attribuirne il giusto riconoscimento.
- ✚ L’*agorà* ha funzionato bene come momento di confronto con caratteristiche differenti da quelle del convegno, sia per il tipo di conduzione sia per la partecipazione di figure molto diverse anche di settori extra sanitari. Gli spazi erano ben organizzati e molto colorati, dando una nota di vivacità al contesto.
- ✚ L’*agorà* ha rappresentato senz’altro un momento importante del convegno. La tavola rotonda ha permesso un confronto dinamico su temi affrontati nei loro molteplici aspetti, puntando molto sulle specifiche esperienze, dando modo anche al pubblico d’intervenire arricchendo il dibattito. Gli stand rappresentano sempre ottime occasioni per “impossessarsi del materiale altrui” (molto diverso che scaricarlo da internet) e per raccogliere quindi idee e spunti di lavoro.
- ✚ *Agorá*: molto efficace la tipologia di presentazione (discussione fra esperti e pubblico). Il fatto che solo alcuni dei relatori si siano mantenuti nei tempi ha limitato l’efficacia della discussione.

- ✚ Ha funzionato bene l'organizzazione della tavola rotonda, sia nei giorni precedenti l'evento che durante la manifestazione.
- ✚ La tavola rotonda era ben organizzata (presenza di schermo, computer e facile reperibilità del materiale: le diapositive precedentemente inviate al moderatore) e condotta. Non so se si sarebbe potuto fare qualcosa di più per pubblicizzare la tavola rotonda. Non so se i titoli potessero essere di difficile comprensione, o se forse allo stand avremmo dovuto preparare e distribuire pieghevoli inerenti agli incontri.
- ✚ I tavoli allestiti nell'*agorà* hanno ben funzionato nel dare l'idea di un continuo laboratorio di confronto e di discussione. Andrebbe studiata una formula per chiamare la gente a raccolta ogniqualvolta l'*agorà* affronta un tema particolare, visto che alcune presentazioni sono state incisive e particolari.
- ✚ Ottima l'idea di porre al centro e all'aperto, secondo la sua natura, l'*agorà*; altrettanto utile e stimolante il dare spazio, a catena e senza soluzione di continuità, ai diversi argomenti proposti. Di contro, però, mancava una chiara e vistosa pubblicizzazione di questo spazio, un bel cartellone con le proposte del giorno, all'ingresso della piazza per incuriosire e meglio attrarre il cittadino di passaggio.
- ✚ Tutto ha funzionato molto bene. Anche grazie alla moderazione, gli interventi nella tavola rotonda sono risultati efficaci e abbastanza sintetici.

Lavorare per sostenere e potenziare l'integrazione tra il momento espositivo degli stand e quello più partecipato dell'*agorà*: che cosa ne pensi? Sei d'accordo su questo approccio e perché?

- ✚ L'idea di creare luoghi di scambio di esperienze e di confronto, partecipati e più informali rispetto a un convegno, ritengo sia innovativa e interessante.
- ✚ Sono d'accordo, proprio per facilitare l'incontro e il confronto concreto tra gli operatori: gli stand potrebbero essere (anche e soprattutto) un luogo di incontro e visita guidata a strumenti e iniziative.

- ✚ Sono pienamente d'accordo per una maggiore integrazione tra il momento espositivo e il momento dell'*agorà*, perché di fatto sono apparsi come due momenti separati. Chi ha partecipato all'uno seguiva motivazioni e interessi completamente distaccati dall'altro, quando invece sono complementari.
- ✚ Sono molto d'accordo, al fine di creare spazi per illustrare in modo attivo e partecipato ciò che si sta facendo e condividerlo con altri che lavorano nella stessa direzione e quindi fare rete.
- ✚ Concordo perché l'*agorà* può suscitare curiosità che dovrebbero essere soddisfatte dallo stand: così emergono le iniziative che hanno spessore e seguito e si approfondiscono le tematiche.
- ✚ Sono favorevole perché sia il momento espositivo che l'*agorà* non possono essere completamente esaustivi da soli. Insieme, invece, sono potenzialmente più comunicati e informativi.
- ✚ Sono d'accordo per non creare scollamento tra chi espone e chi presenta iniziative.
- ✚ Anche in fase di progettazione di stand e *agorà*, era chiara la sensazione di raccordo tra ciò che lo stand esponeva/rappresentava e la possibilità che lo stand potesse diventare uno spazio vivo: in tal senso ci eravamo infatti mossi con le nostre istituzioni, chiedendo loro se volevano non solo esporre dei materiali documentali, ma anche presentare delle iniziative. Ci siamo riusciti solo in parte, stando costantemente allo stand e fornendo informazioni a quanti ce le chiedevano.
- ✚ Studiare un approccio più integrato potrebbe aumentare la partecipazione attiva. Un'idea potrebbe essere quella di stimolare gli stand a identificare e proporre una serie di bisogni di comunicazione e di formazione che possano sfociare in una o più discussioni pubbliche.
- ✚ Sono molto d'accordo con questa idea anche perché si è trattato di stand istituzionali (Asl, Regioni, istituti pubblici) e non di aziende o ditte con interessi commerciali. In questa maniera è stato possibile condividere esperienze interessanti tra attori che svolgono lo stesso lavoro e tuttavia non si conoscono, con la possibilità di allacciare contatti anche successivamente.

Molto utile in questo senso anche la guida. In generale, il collegamento dell'*agorà* con gli stand ha dato la possibilità di una partecipazione più attiva da parte dei convegnisti, che quindi si sono trovati a identificarsi con l'evento in generale.

- ✚ L'integrazione mi sembra essenziale, altrimenti si rischia di creare due momenti distinti. Il momento espositivo deve essere la realizzazione concreta di ciò che viene detto nell'*agorà*, e viceversa.

Credi che sia opportuno pensare a una forma continua e stabile di *agorà*, che mantenga vivo il confronto fra quegli operatori che si occupano delle stesse aree di prevenzione e promozione della salute (fumo, alcol, sedentarietà, alimentazione...) nelle diverse Regioni?

- ✚ Certamente con un network. Anche incontri periodici di gruppi di studio presso le istituzioni regionali.
- ✚ Una forma continua e stabile, in tutti i campi, è garanzia di crescita perché consente di modificare nel tempo le abitudini errate e sostituirle con quelle più utili ed efficaci per operatori e utenti.
- ✚ Sarebbe veramente decisivo, soprattutto perché ci si rende conto che le iniziative sono molte (anche importanti), ma tra loro non si conoscono e sono quindi scoordinate: a volte si ripetono, con uno spreco di risorse umane ed economiche.
- ✚ Ci sono già i congressi e le società scientifiche che vanno per la loro strada: il confronto tra operatori è utile ma va coordinato con le iniziative scientifiche.
- ✚ Penso che sarebbe molto interessante, soprattutto se si riuscisse a farlo con strumenti snelli e che portino via all'utente poco tempo e sforzo.
- ✚ L'idea di uno spazio di confronto tra gli operatori è sponsorizzata e cercata da più parti. Perché non ipotizzare momenti di incontro il giorno prima o il giorno dopo l'evento (così gli operatori non sono costretti a scegliere tra la partecipazione alla tavola rotonda dell'*agorà* e la partecipazione alla sessione

del convegno)? È importante prevedere integrazioni con le reti già esistenti e ufficiali.

- ✚ C'è la possibilità (rischio?) di una crescita continua delle realtà più vivaci e innovative, a discapito di quelle più statiche. Penso che andrebbe incentivata la contaminazione tra le varie esperienze, magari aggregando gruppi di Regioni in momenti di comunicazione e progetti comuni.
- ✚ L'idea potrebbe essere buona, ma la sua effettiva realizzazione mi sembra difficile anche se auspicabile.

Quale pensi possa essere lo strumento più adatto per creare questa rete?

- ✚ Un comitato per ogni Regione.
- ✚ Per mia esperienza ritengo siano estremamente utili progetti di ricerca in cui partecipano soggetti diversi, in modo da lavorare insieme. Utili anche strumenti on-line, come siti internet dedicati.
- ✚ L'uso di forum di solito non ha molto successo (ci vuole il tempo per, dicono gli operatori). Più promettenti sembrano formule miste, che mettano a disposizione risorse e contemporaneamente aprano spazi di discussione/confronto/valutazione tra pari.
- ✚ Un modo può essere via web, ma con un buon coordinamento in maniera che si possa poi trasferire ad altri contesti comunicativi in cui gli operatori si incontrano (per esempio: convegni, attività di formazione o tavoli di lavoro).
- ✚ Per i progetti Ccm che hanno lo stesso ambito, dovrebbe essere obbligatorio il coordinamento in una rete anche di tipo politico (come le conferenze interregionali) per favorire l'estensione delle iniziative.
- ✚ La comunità online può essere sicuramente lo strumento adatto per creare questa rete. Non penso però che possa essere sufficiente a soddisfare completamente il bisogno di confronto, che necessita di “un contatto più fisico”.

- ✚ I blog, i forum e le newsletter, anche se solitamente sono un po' dispersivi e difficilmente mantengono viva l'attenzione.
- ✚ Un sito internet riservato con credenziali di accesso.
- ✚ Un forum o un supporto elettronico dove potersi inviare comunicazioni e trovare eventualmente materiali di studio. Immagino anche sia necessario un gruppo di coordinamento (per i contenuti e gli aspetti tecnici del forum).
- ✚ Si potrebbe partire dalla rilevazione dei bisogni formativi e di comunicazione delle varie realtà regionali (questionari, focus group, ecc.), traducendoli in una serie di progetti condivisi. In questo modo si potrebbe creare un network che superi la singola Regione e si ramifichi raggiungendo realtà diverse per esperienze e ambito geografico.
- ✚ Sicuramente il web, con una sorta di *e-agerà*, o almeno una mailing-list dedicata.

Hai altri suggerimenti, richieste e proposte particolari da sottoporre?

- ✚ I tanti temi trattati creavano talora un po' di disorientamento. Potrebbe essere utile trattare una sola tematica per evento, magari approfondendola maggiormente.
- ✚ Cercare di allargare la partecipazione a organizzazioni e istituzioni non sanitarie, con la presenza negli stand e nell'*agerà* per valorizzare l'approccio intersettoriale e l'importanza degli ambienti di vita per la promozione della salute.
- ✚ La comunicazione: quando operatori delle Regioni sono coinvolti in iniziative istituzionali di più ampio livello, queste occasioni dovrebbero essere valorizzate a livello generale e locale (ad esempio con un comunicato stampa da inviare agli uffici regionali).
- ✚ Credo che la difficoltà più grande, facendo la ricognizione delle buone pratiche su un determinato territorio, sia raggiungere enti, istituzioni, associazioni altre.

- ✚ Per rispondere alla parte più emozionale del nostro cervello, mi piacerebbe venissero anche offerti momenti caratterizzati da attività esperienziali con valenza educativa, ai quali possano partecipare gli interessati (per esempio un laboratorio di teatro sociale o di comunità, un atelier di danza-terapia, e così via).
- ✚ Occorre rafforzare ulteriormente la comunicazione verso l'esterno (stampa e tv): un aspetto che avrebbe potuto essere più sviluppato durante l'evento napoletano.

Appendice 2

Ho pensato fosse utile, in questa seconda appendice, aggiungere una breve testimonianza diretta della progettazione di tutto l'evento partenopeo di *Guadagnare Salute*, anche in considerazione del ruolo che ho ricoperto nella macchina organizzativa.

Come si è già anticipato nel quarto capitolo di questo studio, la due giorni di Napoli è stata, per *Guadagnare Salute*, un'occasione di fermare le macchine e guardare la strada fatta. Un contenitore che ha raccolto lavori, fatiche ed eccellenze di una comunità sanitaria che aveva fino ad allora lavorato sulle stesse linee guida senza mai incontrarsi e confrontarsi collettivamente. La due giorni di eventi ha costituito l'occasione per riunire i rappresentanti più autorevoli del panorama nazionale a livello epidemiologico e di prevenzione. Peraltro nella prospettiva intersettoriale sposata dal programma *Guadagnare Salute* hanno partecipato, e non va dimenticato, anche molti esponenti della società civile interessati alla promozione di stili di vita sani. La Città di Napoli in prima fila con i suoi rappresentanti istituzionali, nonostante le difficili acque in cui si trovava la Campania.

Un programma scientifico di alto livello, dunque. Al quale si è voluto fin dall'inizio affiancare una proposta nuova e originale: *Città della Salute*, l'idea di ricreare in Castel Sant'Elmo un percorso attraverso il quale fosse possibile muoversi in un ambiente *per* la salute, dove fosse sì rappresentata la realtà Italia ma in un contesto originale e partecipato.

L'idea del foro, della piazza dove incontrarsi e discutere, si è tradotta nella struttura dell'*agorà*. È da questo centro che si sono diramate le strade e i vicoli dell'area standistica. Una biodiversità di esperienze che ha creato anzitutto un rete di esperti e ha saputo instaurare un dialogo con il pubblico presente.

Nel rispetto di questa filosofia, in fase di allestimento, è stata introdotta una figura di supporto alla comunicazione, a disposizione dei partecipanti e con il compito di innescare sinergie tra le offerte degli stand. Il mio compito? Creare e curare una base comune nei materiali di comunicazione (scheda di presentazione dell'espositore da inserire nella guida, dettaglio dei progetti in corso, eventuali materiali audio e video), in modo che tutti gli espositori potessero essere riconducibili all'ottica e alla proposta di *Città della Salute*, e, in seconda battuta, scrivere un calendario per l'*agorà* capace di raccogliere le voci degli operatori e sviluppare, al meglio, una sorta di contraltare al convegno scientifico.

L'*agorà* voleva essere un luogo dove ritrovare un linguaggio asciutto e crudo, per parlare dei problemi aperti e delle soluzioni praticabili; uno spazio a servizio delle aziende presenti per raccontare le storie di eccellenza distribuite sul territorio nazionale; un luogo d'incontro fra tecnici e specialisti che operano nello stesso settore ma non si conoscono o non hanno occasione di confrontarsi sulle tematiche comuni. La sensazione è che l'esperimento sia riuscito. L'affollarsi dei relatori ci ha costretti a riorganizzarne gli interventi dividendoli in quattro grandi blocchi tematici, corrispondenti ai quattro principali fattori di rischio delle malattie croniche e indicati dal programma *Guadagnare Salute* per l'incontro di Napoli: fumo, alcol, sedentarietà e alimentazione. Ma questa scelta logistica non ha fatto altro che alimentare il fuoco del dibattito al tavolo degli incontri.

Tutti i relatori sono stati contattati via e-mail prima dell'incontro di Napoli, presentati ai colleghi correlatori e invitati a preparare alcune slide di introduzione riguardanti i loro percorsi, nella convinzione che fosse utile anticipare alcuni temi ritenuti interessanti, per approfondirli poi in sede di dibattito. Le presentazioni PowerPoint sono state raccolte e rieditate secondo la scelta grafica della manifestazione.

Chi mi ha coinvolto nel lavoro, mi ha dato la possibilità di guidare personalmente la macchina dell'agorà, facendomi moderare gli incontri in completa autonomia. Un'esperienza che mi ha immerso nella realtà dei progetti nazionali e mi ha fatto interagire in maniera diretta con gli attori di *Guadagnare Salute*.

Nell'eterogeneità dei relatori, seduti allo stesso tavolo, non sono mancati toni accesi e ferme critiche al sistema attuale, scontri di visioni e oneste ammissioni di criticità e lacune presenti nelle attività. Un aspetto, quest'ultimo, che ha dato l'impulso più significativo al lavoro di tesi. E mi ha aiutato a individuare il filo rosso della comunicazione che spesso sottendeva gli interventi.

Va detto, per completezza, che il lavoro ha poi previsto l'elaborazione di un questionario da sottoporre agli operatori intervenuti a *Città della Salute*. Evaluation, relazioni conclusive, interventi e tutto il materiale raccolto sono stati infine messi a disposizione sul sito di Epicentro e segnalati sui portali istituzionali. Un ulteriore segnale di un bisogno di comunicazione.

Non ci sarebbe il bisogno di dirlo, ma è chiaro che questo studio deve molto anche a questa esperienza, alle persone che l'hanno resa possibile e a quelle incontrate a Napoli.

Bibliografia

- ✚ *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The Cindi vision*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2004.
- ✚ *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2003.
- ✚ *Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2006.
- ✚ Dahlgren, G. e Whitehead, M., *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up*, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2006.
- ✚ *Documento programmatico "Guadagnare salute"*, Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 4 maggio 2007.
- ✚ *Dying too young: addressing premature mortality and ill health among the Russian working population*, Washington, Banca Mondiale, 2005 (World Bank Report n. 32377-RU).
- ✚ *Gaining health: the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2006.

- ✚ *Global strategy on diet, physical activity and health*, risoluzione WHA57.17 dell'Assemblea per la salute mondiale, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2004.
- ✚ *Guadagnare Salute: i progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*, Napoli, guida pubblicata in occasione della due giorni di *Guadagnare Salute* a Castel Sant'Elmo il 24 e 25 settembre 2009.
- ✚ *Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari*, Roma, Ministero della salute, 2006.
- ✚ *Health Inequalities Intervention Tool*, Londra, Association of Public Health Observatories and Department of Health, 2008.
- ✚ *Health promotion: concepts and principles. A selection of papers presented at the Working Group on Concepts and Principles*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 1984.
- ✚ *Human resources for health in the WHO European Region*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2006.
- ✚ Jamison DT. et al. (ed), *Disease control priorities in developing countries*, Washington, Ibrd/Banca Mondiale e Oxford University Press, 2006.
- ✚ Labonte, R. e Schrecker, T., *Globalization and social determinants of health: the role of the global marketplace*, in *Globalization and Health*, 2007.
- ✚ Mackenbach JP., *Health inequalities: Europe in profile*, Bruxelles, Commissione Europea, 2006.
- ✚ Mackenbach, JP. e Bakker, M. (ed), *Reducing inequalities in health. A European perspective*, Londra and New York, Routledge, 2002.
- ✚ Magnusson RS., *Non-communicable diseases and global health governance: enhancing global processes to improve health development*, in *Globalization and Health*, 2007.
- ✚ *National cancer control guidelines: policies and managerial guidelines*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2002.
- ✚ *Next phase of the Who Regional Office for Europe's Country Strategy: Strengthening health systems*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2005.

- ✚ *Passi. Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*, Roma, Ministero del lavoro, 2006.
- ✚ *Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale*, Regione Emilia-Romagna, 2008.
- ✚ *Piano sanitario nazionale 2006-2008*, Roma, Ministero della salute, 2006.
- ✚ *Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010*, Regione Emilia-Romagna, 2008.
- ✚ *Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo*, Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, Decreto ministeriale del 26 aprile 2007.
- ✚ *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2005.
- ✚ *Preventing chronic diseases: a vital investment*, Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2005.
- ✚ Rechel B., Shapo L. e McKee M., *Millennium Development Goals for health in Europe and Central Asia: relevance and policy implications*, Washington, Banca Mondiale, 2004.
- ✚ Ritsatakis, A., *Framework for the analysis of country (HFA) policies*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 1987.
- ✚ Ritsatakis, A. e Makara, P., *Gaining health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases*, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2009.
- ✚ Ritsatakis A et al. (ed), *Exploring health policy development in Europe*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2000.
- ✚ Rootman, I. et al. (ed), *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2001.
- ✚ Stahl, T. et al. (ed), *Health in all policies. Prospects and potentials*, Helsinki, Ministero della salute e degli affari sociali, Systems and Policies, 2006.
- ✚ *STEPS: a framework for surveillance*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2003.

- ✚ *Supporting people with long-term conditions. An Nhs and social care model to support local innovation and integration*, Londra, Dipartimento della Salute, 2005.
- ✚ *Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 1985.
- ✚ *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2005.
- ✚ *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2005.
- ✚ *The Global Strategy on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases*, risoluzione WHA53.17 dell'Assemblea per la salute mondiale, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2000.
- ✚ *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2005.
- ✚ *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2000.
- ✚ Third Joint European Societies' task Force on cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice, *European Guidelines for Cvd Prevention*, in European Journal of cardiovascular Prevention and Rehabilitation, 2003, n. 10, supplemento 1.
- ✚ Walt, G., *Health policy. An introduction to process and power*, Londra e New Jersey, Zed Books, 1994.
- ✚ Wanless D., *Securing good health for the whole population. Final report*, Londra, HM Treasury, 2004.
- ✚ Whitehead, M., *The concepts and principles of equity and health*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 1990.
- ✚ *WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC)*, Ginevra, Organizzazione mondiale della sanità, 2003.
- ✚ Wilkinson R. e Marmot M. (ed), *Social determinants of health: the solid facts*, Copenhagen, Ufficio regionale dell'Oms Europa, 2005.

Sitografia

- ✚ <http://www.ccm-network.it> – il portale del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie.
- ✚ <http://www.cdc.gov> – il portale del CDC (Centers for Disease Control and Prevention).
- ✚ <http://ecdc.europa.eu> – il sito del Centro per la prevenzione e il controllo delle Malattie (Ecdc).
- ✚ <http://www.epicentro.iss.it> – il portale del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute.
- ✚ <http://www.eurosurveillance.org> – il sito di Eurosurveillance, il bollettino europeo peer-reviewed di informazione sulla sorveglianza e il controllo delle malattie trasmissibili.
- ✚ <http://www.euro.who.int> – il sito dell'Ufficio regionale dell'Oms Europa.
- ✚ <http://www.fda.gov/> - il portale della Food and Drug Administration.
- ✚ <http://www.formez.it> – il sito del Formez.
- ✚ <http://www.iss.it> – il portale dell'Istituto superiore di sanità.
- ✚ <http://www.lavoro.gov.it> – il portale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.
- ✚ <http://www.ministerosalute.it> – il portale del Ministero della salute.
- ✚ <http://www.who.int> – il portale dell'Organizzazione mondiale della sanità.
- ✚ <http://www.worldbank.org> – il sito della Banca mondiale.