Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili (Strategia MNT)

2017–2024

Un progetto comune di

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Nel quadro della strategia del Consiglio federale

Gesundheit | Santé
Sanità | Sanadad 2020

Impressum

Comitato direttivo
Ursula Koch (UFSP – fino ad agosto 2015), Andrea Arz de Falco (UFSP), Salome von Greyerz (UFSP), Stefan Leutwyler (CDS), Bettina Abel (PSCH)

Comitato direttivo allargato
Beat Arnet (rappresentante delle casse malati), Osman Besic (rappresentante delle persone vulnerabili), Samia A. Hurst (esperta Sanità2020), Brian Martin (rappresentante della medicina preventiva e dei medici cantonali), Milo Puhan (rappresentante della scienza), Heinz Roth (rappresentante di economiesuisse), Barbara Weil (rappresentante del gruppo di esperti Salute mentale di Public Health Svizzera e FMH) e Ursula Zybach (rappresentante dell'Alleanza per la salute in Svizzera)

Responsabile del progetto e segretariato
Eva Bruhin (UFSP), Elisabeth von Gunten (UFSP), Catherine Marik (UFSP), Luciano Ruggia (UFSP)
Markus Kaufmann (CDS), Kathrin Huber (CDS)

Supporto redazionale, accompagnamento del processo, rilettura, grafici
Michael Herrmann (PrivatePublicConsulting), Markus Theunert (Social Affairs), Wolfgang Wettstein, Moxi design + communication

Editore: Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)

Data di pubblicazione: 2016

Maggiori informazioni e ordinazione
Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
Unità di direzione sanità pubblica
Divisione programmi nazionali di prevenzione
Casella postale, CH–3003 Berna
Telefono +41 (0)58 463 88 24
E-mail: ncd-mnt@bag.admin.ch
Internet: www.ufsp.admin.ch

Questa pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese.

Prefazione

Viviamo in un Paese in cui la qualità di vita è molto elevata, essenzialmente grazie all'eccellente sistema sanitario.

Tuttavia in Svizzera 2,2 milioni di persone soffrono di malattie croniche, che rappresentano già oggi l'80 per cento circa dei costi sanitari. Con il crescente invecchiamento della popolazione, nei prossimi anni e decenni le malattie non trasmissibili quali il cancro, il diabete, le malattie cardiocircolatorie e la demenza aumenteranno ulteriormente. Questa evoluzione pone il nostro sistema sanitario e la sua finanziabilità di fronte a grandi sfide. Urgono pertanto soluzioni che permettano di salvaguardare la qualità di vita nella vecchiaia e arginare al contempo efficacemente la crescita dei costi della salute.

Un contributo decisivo può venire dalla promozione della salute e dalla prevenzione. Circa la metà delle malattie non trasmissibili dipendono dallo stile di vita individuale. Chi pratica regolarmente un'attività fisica, si nutre in modo equilibrato, rinuncia al fumo e non beve alcol in quantità eccessiva ha buone possibilità di rimanere in salute a lungo.

La nuova Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili punta proprio su questo. Il suo intento è infatti di provvedere a che la popolazione del nostro Paese sia ben informata e maggiormente responsabile e di creare condizioni di lavoro e di vita che permettano di adottare uno stile di vita sano. La strategia sviluppa ulteriormente gli approcci che hanno dato buoni risultati nei programmi di prevenzione svolti nei settori dell'alcol, del tabacco, dell'alimentazione e dell'attività fisica, fornendo un vasto quadro orientativo per tutte le attività in questo campo – anche quale parte della strategia globale di politica sanitaria del Consiglio federale «Sanità2020». La nuova Strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili sarà integrata dalla Strategia nazionale dipendenze e dalle attività nell'ambito della salute mentale.

L'obiettivo è di evitare, se possibile, l'insorgere di malattie non trasmissibili o almeno di individuarle precocemente e di attenuarne le conseguenze. In questo modo sarà possibile prevenire le sofferenze, aumentare la qualità di vita e arginare i costi della salute.

«Meglio prevenire che guarire»: questo vecchio detto popolare non ha perso nulla della sua validità.

Alain Berset, consigliere federale, capo del Dipartimento federale dell'interno

Philippe Perrenoud, consigliere di Stato e presidente della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Foto Alain Berset: © Keystone – Gaetan Bally

La Strategia MNT in breve

Situazione iniziale

Cancro, diabete, patologie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche sono oggi le cause di decesso più frequenti in Svizzera e sono fonte di grandi sofferenze. Queste malattie non trasmissibili (MNT; ingl. *non communicable diseases*) sono responsabili della mortalità prematura (prima dei 70 anni) di oltre il 50 % degli uomini e di oltre il 60 % delle donne[1]. Queste quattro malattie non trasmissibili, assieme alle malattie muscoloscheletriche, generano circa il 40 % della spesa sanitaria complessiva. Molte di queste malattie possono tuttavia essere influenzate dallo stile di vita personale. I principali fattori d'influenza sono il consumo di tabacco e alcol, nonché il comportamento in materia di alimentazione e attività fisica.

Per rispondere a questa sfida, nel novembre 2013 il Dialogo «Politica nazionale della sanità» – la piattaforma congiunta di Confederazione e Cantoni – ha commissionato l'elaborazione di una strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili (Strategia MNT), secondo un metodo partecipativo e mediante partenariati. La presente strategia è stata sviluppata dall'UFSP congiuntamente alla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità e alla fondazione Promozione Salute Svizzera, sulla base di due rapporti di gruppi di lavoro costituiti da numerosi attori. La Strategia MNT è una delle cinque priorità della Strategia Sanità2020 del Consiglio federale e rappresenta altresì un obiettivo cruciale per il programma di legislatura 2016–2019.

In quanto quadro di riferimento, questa strategia si prefigge di impedire e ritardare l'insorgere delle MNT o di ridurne le conseguenze. Fondandosi sulle conoscenze acquisite, garantisce continuità e affronta nuove sfide. Ad esempio, dovranno essere migliorati l'accesso alle cure e le offerte per i gruppi vulnerabili nonché la prevenzione nell'ambito delle cure e la collaborazione a livello multisettoriale e interprofessionale.

Visione

Più persone restano in buona salute oppure hanno un'elevata qualità di vita malgrado siano affette da una malattia cronica. Meno persone si ammalano e muoiono prematuramente a causa di malattie non trasmissibili evitabili. La popolazione è in grado di coltivare un ambiente propizio alla salute e di adottare degli stili di vita sani, a prescindere dalla propria condizione socioeconomica.

La Strategia MNT pone il benessere e la salute delle persone al centro del suo operato. Sostanzialmente, parte dal presupposto che le persone si assumano la responsabilità per se stesse, la propria salute e il proprio entourage. A tale scopo, intende rafforzare questo senso di responsabilità promuovendo le competenze per la salute e permettendo a ciascuno di prendere una decisione con conoscenza di causa. Nel contempo favorisce lo sviluppo delle condizioni quadro per promuovere la salute. Per raggiungere tali obiettivi e tenere in debita considerazione l'aspetto delle pari opportunità, la collaborazione con vari ambiti politici assume un'importanza cruciale.

[1] Insieme alle patologie psichiche, queste cinque MNT sono quelle che gravano maggiormente sull'intera società, in quanto responsabili in modo significativo di decessi prematuri, affezioni croniche e peggioramento della qualità di vita.

La Strategia MNT comprende quattro obiettivi superiori, completati da sei obiettivi specifici.

Obiettivi strategici

Obiettivi superiori a lungo termine

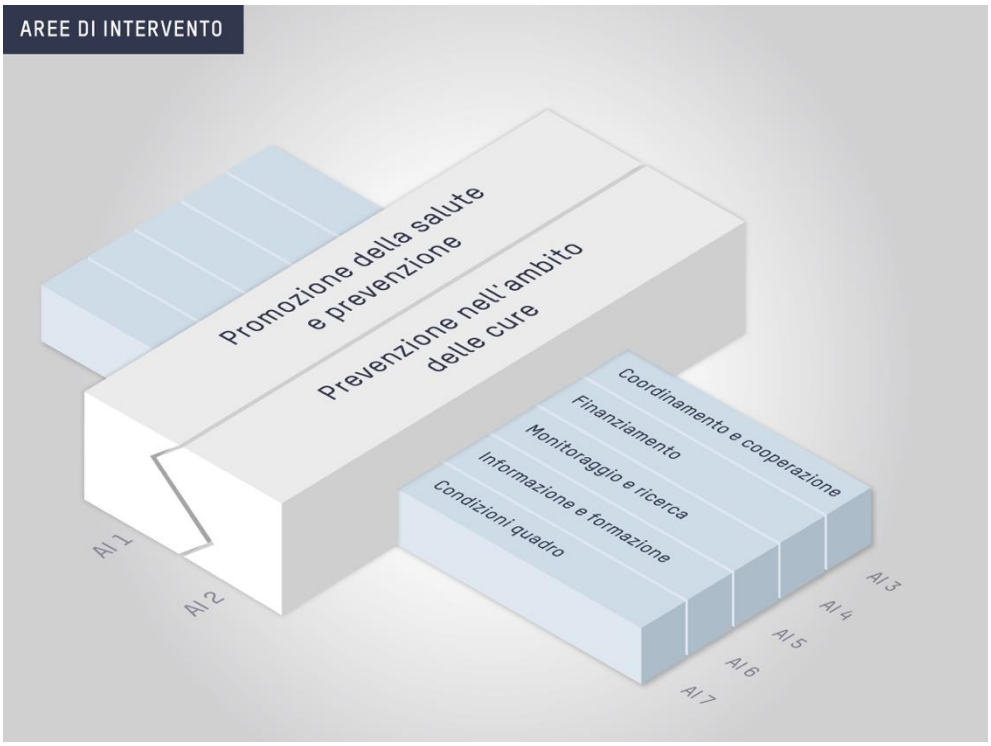
1. *Contenere l'aumento del carico di morbilità dovuto alle MNT*
2. *Contenere l'aumento dei costi dovuti alle MNT*
3. *Ridurre i decessi prematuri provocati dalle MNT*
4. *Mantenere e migliorare la partecipazione e la produttività della popolazione sul piano economico e sociale*

Obiettivi specifici

1. *Ridurre i fattori di rischio comportamentali*
2. *Migliorare* le competenze per la salute
3. *Sviluppare condizioni quadro che promuovono la salute*
4. *Migliorare le pari opportunità nell'accesso alla promozione della salute e alla prevenzione*
5. *Ridurre la quota di popolazione con un maggior rischio di ammalarsi di una MNT*
6. *Migliorare la qualità di vita e ridurre la necessità di cure*

Aree di intervento

Alfine di raggiungere gli obiettivi strategici prefissati, la strategia agisce in sette aree di intervento (AI). L'AI 1 «Promozione della salute e prevenzione» e l'AI 2 «Prevenzione nell'ambito delle cure» hanno un'importanza cruciale. L'AI 1 pone al centro le competenze per la salute, il comportamento responsabile e le condizioni quadro che promuovono la salute. L'AI 2 mira a rafforzare la capacità delle persone malate o a rischio di gestire i fattori di rischio, la loro malattia e le conseguenze che ne derivano. Le due principali aree di intervento sono supportate da cinque aree di intervento supplementari: AI 3 «Coordinamento e cooperazione»; AI 4 «Finanziamento»; AI 5 «Monitoraggio e ricerca»; AI 6 «Informazione e formazione»; AI 7 «Condizioni quadro».



AI 1: Promozione della salute e prevenzione

La popolazione è sostenuta nel suo sforzo di adottare degli stili di vita tali da promuovere la salute e di prevenire i fattori di rischio che possono portare all'insorgere di una MNT. Gli approcci esistenti rilevanti per la strategia sono mantenuti. Sono potenziate le misure che integrano gli approcci definiti «fasi di vita» e «contesto ambientale» in funzione delle esigenze e che contemplano più fattori di rischio. Si persegue in particolare la promozione mirata della salute delle persone in condizioni di vulnerabilità.

AI 2: Prevenzione nell'ambito delle cure

Sono consolidate e ulteriormente sviluppate le misure basate sull'evidenza volte a rafforzare la prevenzione nell'ambito delle cure. L'interfaccia e la cooperazione nell'ambito delle cure e al di fuori di esso sono ottimizzate alfine di garantire un'offerta coordinata.

AI 3: Coordinamento e cooperazione

Le piattaforme già esistenti e consolidate continuano a essere impiegate, adeguandole agli obiettivi della Strategia MNT. È istituita una conferenza dei portatori di interesse nell'ambito delle MNT, che affronta periodicamente la questione dell'attuazione della strategia e offre agli attori una piattaforma concreta. Un comitato di esperti tratta le questioni specifiche in materia di prevenzione nell'ambito delle cure.

AI 4: Finanziamento

I mezzi finanziari devono essere utilizzati conformemente agli obiettivi della strategia. Mezzi finanziari supplementari sono necessari per istituire offerte di prevenzione nell'ambito delle cure e per incentivare la prevenzione tra le persone anziane.

AI 5: Monitoraggio e ricerca

Un sistema di monitoraggio delle MNT è messo a punto sulla base dei dati disponibili. Vengono esaminate le attuali priorità di ricerca e, se necessario, ne sono definite di nuove. Si sostiene l'innovazione. Sono prioritari l'accompagnamento scientifico ai progetti di prevenzione multisettoriali e che si focalizzano su molteplici fattori di rischio, e ai progetti volti a potenziare l'interfaccia tra promozione della salute e prevenzione.

AI 6: Informazione e formazione

La popolazione è informata in maniera attiva sulle MNT, sulle loro cause e sull'importanza di condizioni quadro che promuovono la salute. Occorre assicurarsi che anche alle persone in condizioni di vulnerabilità sia garantito l'accesso a informazioni adeguate ai vari gruppi target. Si promuove l'offerta di formazione per i malati cronici e i loro familiari con lo scopo di rafforzare le loro competenze in materia di prevenzione nell'ambito delle cure.

AI 7: Condizioni quadro

Le condizioni quadro sociali, lavorative e ambientali sono concepite e sviluppate in modo tale da rendere interessante per la popolazione l'adozione di un comportamento salutare. Si perseguono le pari opportunità nell'accesso alla promozione della salute e alla prevenzione. Nella politica sanitaria multisettoriale si tiene maggiormente conto degli aspetti della prevenzione e della promozione della salute.

Attuazione

La Strategia MNT copre un periodo di otto anni (2017–2024). Dopo la sua adozione, Confederazione, Cantoni e la fondazione Promozione Salute Svizzera definiranno congiuntamente misure che saranno attuate dal 2017. Anche gli altri attori statali e non statali sono invitati ad allineare le proprie attività agli obiettivi della Strategia MNT e a svilupparle in modo tale da sostenersi e completarsi a vicenda.

La Confederazione e i Cantoni forniscono un rendiconto periodico al Dialogo «Politica nazionale della sanità» in merito alle fasi di attuazione finalizzate al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Il Consiglio federale sarà informato nel 2020 sullo stato di attuazione della strategia con un rapporto intermedio e nel 2024 riceverà un rapporto di valutazione contenente informazioni in merito a rilevanza, efficacia e sostenibilità delle misure.

Indice

La Strategia MNT in breve ... 4
1 Sfide e mandato ... 9
1.1 Sfide sociali ... 9
1.2 Strategia nazionale MNT ... 10
1.3 Interfacce principali ... 10
2 Panoramica delle malattie non trasmissibili ... 13
2.1 Carico di morbilità ... 13
2.2 Fattori di rischio ... 16
2.3 Costi ... 20
3 La prevenzione oggi ... 23
3.1 Attività internazionali ... 23
3.2 La prevenzione in Svizzera ... 24
3.3 Metodi di prevenzione ... 26
3.4 Costi e finanziamento ... 30
4 Visione e obiettivi strategici ... 33
5 Aree d'intervento e orientamenti principali ... 34
5.1 Promozione della salute e prevenzione (AI 1) ... 37
5.2 Prevenzione nell'ambito delle cure (AI 2) ... 38
5.3 Coordinamento e cooperazione (AI 3) ... 40
5.4 Finanziamento (AI 4) ... 41
5.5 Monitoraggio e ricerca (AI 5) ... 43
5.6 Informazione e formazione (AI 6) ... 44
5.7 Condizioni quadro (AI 7) ... 46
6 Attuazione della strategia ... 47
Allegato ... 50
Esempi ... 50
Abbreviazioni ... 53
Ringraziamenti ... 54
Glossario ... 55
Le MNT in cifre ... 59

1 Sfide e mandato

1.1 Sfide sociali

Fino all'inizio del XX secolo, le malattie trasmissibili (infezioni) erano la principale causa di patologie e decessi prematuri. Grazie ai progressi della società e della medicina, da allora queste malattie sono state fortemente arginate e l'aspettativa media di vita è notevolmente migliorata. In seguito, tuttavia, le malattie non trasmissibili (MNT; ingl. *non communicable diseases*) sono diventate la principale causa di carico di morbilità tra la popolazione. Le MNT, che comprendono cancro, diabete, patologie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche e malattie muscoloscheletriche, sono responsabili di decessi prematuri, sofferenza cronica e peggioramento della qualità di vita, e generano tra l'altro costi economici elevati.

L'evoluzione demografica lascia supporre che le MNT siano destinate ad assumere ancora maggiore importanza. Il rapporto Sanità2020[2], che illustra le priorità del Consiglio federale in materia di politica sanitaria, afferma a tale proposito: «La continua evoluzione delle condizioni di vita e di lavoro, le trasformazioni demografiche, i progressi tecnici della medicina e il cambiamento dei comportamenti in materia di salute conducono ad un aumento di pazienti affetti da malattie trasmissibili e non trasmissibili croniche, con il conseguente incremento del numero di pazienti che ricorrono al sistema sanitario.»

Il Consiglio federale aggiunge: «In futuro, l'assistenza sanitaria dovrà continuare a svilupparsi tenendo maggiormente conto del punto di vista dei pazienti e ponendo al centro i loro bisogni. Le odierne strutture di cura sono eccessivamente orientate alle cure intensive e all'ambito ospedaliero. In futuro, i pazienti dovranno ricevere un'assistenza sempre più diversificata e le prestazioni dovranno essere maggiormente improntate alla prevenzione delle malattie, all'assistenza a lungo termine dei pazienti affetti da malattie croniche così come all'ultima fase di vita.»

Il rapporto del 2011 dell'OCSE[3] sul sistema sanitario svizzero giunge a una conclusione analoga, affermando che «… nonostante le notevoli conquiste, i responsabili delle decisioni politiche dovranno in futuro affrontare importanti sfide per mantenere e migliorare le prestazioni del sistema sanitario. La popolazione svizzera è più anziana che nella maggior parte degli altri Paesi OCSE. Nel contempo, gli attuali mutamenti negli stili di vita lasciano presupporre per il futuro un aumento dei rischi per la salute tra la popolazione svizzera. [...] Queste tendenze, insieme ai progressi nel campo delle tecnologie mediche e all'invecchiamento demografico, faranno aumentare le probabilità per la popolazione svizzera di convivere, nei prossimi decenni, con una o più malattie croniche.»

Il rapporto nazionale sulla salute 2015[4] pone l'accento su aspetti centrali delle malattie croniche, fornendo una panoramica della situazione attuale delle MNT in Svizzera. Anche questo rapporto rileva che le MNT costituiscono una delle maggiori sfide per il sistema sanitario e per la sanità pubblica.

---

2 http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=it

3 OECD/WHO (2012), OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011, OECD Publishing. *http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems_19901410*

4 Osservatorio svizzero della salute (edit.) (2015). La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015 Berna: Hogrefe Verlag (in francese)

1.2 Strategia nazionale MNT

Mandato

Per rispondere a queste sfide sociali, nel 2013 il Dialogo "Politica nazionale della sanità"[5] ha commissionato l'elaborazione di una strategia nazionale sulla prevenzione delle malattie non trasmissibili (Strategia MNT). Anche la Strategia Sanità2020[6] del Consiglio federale mira a rafforzare la prevenzione delle MNT e a migliorare il sostegno alle persone colpite da malattie croniche[7]. La Strategia MNT è un obiettivo cruciale per il programma di legislatura 2016–2019.

Orientamento

La Strategia MNT offre un quadro di riferimento agli attori statali e non statali impegnati nella prevenzione delle malattie non trasmissibili. Mira a evitare l'insorgere delle MNT e completa le strategie esistenti per le singole malattie (cfr. cap. 1.3) negli aspetti rilevanti per la prevenzione. Sulla base di quanto già disponibile, presenta nel contempo prospettive per lo sviluppo della promozione della salute e della prevenzione nonché per il rafforzamento della prevenzione nell'ambito dell'assistenza sanitaria.

Priorità

La definizione delle priorità si rifà agli orientamenti dell'OMS che pone al centro la prevenzione di patologie cardiovascolari, cancro, malattie respiratorie croniche e diabete. La prevenzione delle malattie muscoloscheletriche è inclusa nella presente strategia a causa del particolare carico di morbilità riscontrabile in Svizzera. La Strategia MNT non si concentra solo sulle singole malattie, ma combatte le loro cause comuni e suggerisce possibili proposte per prevenirle e ritardarne l'insorgere o ridurne le conseguenze.

Elaborazione

La responsabilità per l'elaborazione della Strategia MNT è stata assunta da un partenariato che riunisce l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e Promozione Salute Svizzera (PSCH). Questi attori hanno potuto contare sull'impegno di molte altre organizzazioni (cfr. allegato). I contenuti della strategia sono stati sviluppati congiuntamente ai rappresentanti dei principali gruppi di attori partendo da due rapporti di base[8] che affrontavano in dettaglio i temi «Fattori di rischio, attività nazionali di prevenzione e utilizzazione di sinergie in relazione alle attuali strategie specifiche per le malattie» da un lato e «Rafforzamento della prevenzione nel settore dell'assistenza sanitaria» dall'altro.

Tra agosto e settembre 2015, l'UFSP ha condotto insieme alla CDS una consultazione presso gli attori interessati. I risultati della procedura di consultazione sono stati valutati e considerati ai fini della redazione della presente strategia.

1.3 Interfacce principali

Nell'ambito dell'attuazione della Strategia MNT, un buon coordinamento e uno sfruttamento ottimale delle sinergie sono perseguiti soprattutto in relazione alle strategie, ai programmi e ai progetti indicati qui di seguito. Le interfacce che ne derivano assicurano la collaborazione tra le diverse organizzazioni competenti al momento della realizzazione.

---

5 http://www.nationalegesundheit.ch/it/index.html

6 http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=it

7 La Strategia MNT si concentra sui seguenti obiettivi di Sanità2020: obiettivo 1.1 Promuovere un'offerta di cure al passo con i tempi; obiettivo 1.3 Intensificare la tutela della salute e la prevenzione delle malattie; obiettivo 2.1 Garantire un finanziamento equo e l'accesso all'assistenza sanitaria; obiettivo 2.3 Rafforzare i diritti degli assicurati e dei pazienti; obiettivo 3.3 Aumentare il numero dei professionisti della salute ben qualificati.

8 http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/15204/15311/index.html?lang=it

Strategie e progetti della Strategia Sanità2020 del Consiglio federale con i quali intercorre uno stretto rapporto di coordinamento:

- sia la *Strategia MNT* sia la *Strategia nazionale dipendenze* adottata dal Consiglio federale nel novembre 2015 operano nel campo della prevenzione, della promozione della salute e dell'assistenza sanitaria. La *Strategia nazionale dipendenze* si concentra inoltre sull'assistenza alle persone affette da una dipendenza (riconoscimento precoce e terapia della dipendenza, riduzione dei danni). Le interfacce tra la *Strategia MNT* e la *Strategia nazionale dipendenze* sono particolarmente importanti per la loro attuazione. A partire dal 2016, le misure relative alle due strategie saranno pertanto concepite in modo congiunto;
- il progetto *Salute mentale* ha per obiettivo il mantenimento e la promozione della salute mentale, nonché la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie mentali. Il piano nazionale per la prevenzione del suicidio utilizza il rapporto sulla salute mentale, elaborando singoli pacchetti di lavoro tematici. Anche le misure relative a questo progetto saranno elaborate congiuntamente a quelle della Strategia MNT a partire dal 2016;
- la *strategia per le cure di lunga durata* si concentra sul fatto che l'invecchiamento della società comporterà un notevole aumento del fabbisogno di finanziamento delle cure di lunga durata in Svizzera. Essa analizza le sfide a livello politico, finanziario, infrastrutturale, sociale e di mercato del lavoro, e propone possibili approcci per ridurre il bisogno di cure;
- la *Strategia nazionale sulla demenza 2014–2017* mira a ridurre il carico correlato alla malattia e a migliorare la qualità di vita delle persone che ne soffrono. Le persone affette da demenza devono in particolare avere accesso a offerte di presa a carico integrata di elevata qualità, a bassa soglia e permanenti;
- *Strategia per uno sviluppo sostenibile 2016–2019* (competenza: Ufficio federale dello sviluppo territoriale) si rifà, per la sua area d'intervento 9 (Salute), alla Strategia MNT. Quest'ultima è pertanto indispensabile per il raggiungimento dei suoi obiettivi.

Strategie specifiche per determinate malattie chiaramente circoscritte rispetto alla Strategia MNT:

- la *Strategia nazionale contro il cancro 2014–2017* (elaborata da Oncosuisse su mandato del Dialogo «Politica nazionale della sanità») definisce importanti aree d'intervento e progetti per i prossimi anni nei settori prevenzione, assistenza e ricerca. Essa promuove tra l'altro la diagnosi precoce e il miglioramento dei dati di base;
- a complemento della Strategia MNT, la *strategia nazionale per le malattie cardiovascolari, l'ictus e il diabete* (in elaborazione dal 2014; un progetto di Cardiovasc Suisse) persegue l'obiettivo di una definizione comune degli orientamenti e delle priorità, nonché di un consolidamento delle sinergie tra gli attori interessati, in particolare nell'ambito del trattamento e della terapia delle persone già malate;
- a complemento della Strategia MNT, la *strategia nazionale concernente le malattie muscoloscheletriche* (in elaborazione dal 2015; un progetto delle Lega svizzera contro il reumatismo) punta in particolare a coordinare e sistematizzare le numerose attività nell'ambito della prevenzione e dell'assistenza nel settore delle malattie muscoloscheletriche.

I seguenti programmi nazionali di prevenzione sono integrati nella presente strategia e nei nuovi pacchetti di misure:

- *alcol (2008–2012, prolungato fino a fine 2016):* questo programma riunisce gli attori impegnati nell'ambito della prevenzione dell'alcolismo. I temi centrali sono la ricerca e il monitoraggio, la comunicazione, la costituzione di reti internazionali nonché il finanziamento di progetti di prevenzione dell'alcolismo;
- *tabacco (2008–2012, prolungato fino a fine 2016):* questo programma ha per obiettivo di ridurre il numero di malattie e decessi provocati dal tabacco in Svizzera. Quattro sono i aree d'intervento prioritari: informazione e formazione dell'opinione pubblica, protezione della salute e regolamentazione del mercato, prevenzione comportamentale, così come coordinamento e collaborazione;
- *alimentazione e attività fisica (2008–2012, prolungato fino a fine 2016):* il programma si propone di stimolare la popolazione ad adottare un regime alimentare equilibrato, nonché a praticare un'attività fisica regolare. In tal modo, si mira a combattere efficacemente il sovrappeso e l'obesità nonché altre malattie non trasmissibili legate a questi fattori. Fa parte di questo programma la *Strategia nutrizionale svizzera (2013–2016).* Questa è incentrata su un'alimentazione equilibrata ed evoca sei ambiti problematici, accennando all'aumento delle malattie non trasmissibili;
- *migrazione e salute (2002-2007, 2008-2013, 2014–2017):* il programma ha lo scopo di migliorare il comportamento sanitario e lo stato di salute della popolazione migrante in Svizzera.

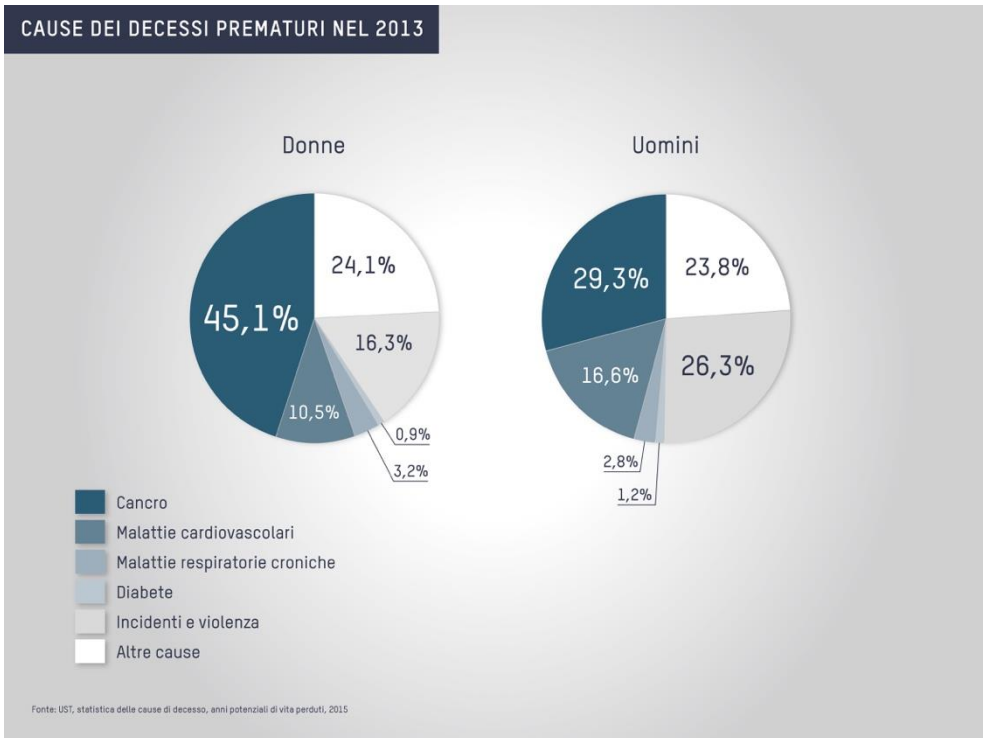
2 Panoramica delle malattie non trasmissibili

2.1 Carico di morbilità

Di norma, le malattie somatiche non trasmissibili si sviluppano abbastanza lentamente sull'arco di molti anni. Questa considerazione vale anche per le cinque MNT oggetto della presente strategia: cancro, diabete, patologie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche e malattie muscoloscheletriche. La promozione della salute e la prevenzione precoce possono in molti casi evitare o almeno ritardare l'insorgenza di una MNT. Ma anche chi è già affetto da una MNT può migliorare la propria qualità di vita e aumentare la propria autonomia, ad esempio adeguando i propri stili di vita. Nella maggior parte dei casi le persone colpite hanno ancora molti anni da vivere nonostante la malattia, poiché il trattamento è spesso ambulatoriale e l'ospedalizzazione è necessaria solo in caso di gravi problemi di salute.

Secondo l'Ufficio federale di statistica (UST), quattro MNT erano state all'origine di circa i due terzi dei decessi complessivi in Svizzera nel 2013: malattie cardiovascolari (ca. il 33 %), cancro (ca. il 26 %), malattie respiratorie (ca. il 6 %) e diabete (ca. il 2 %).

Le MNT sono inoltre responsabili della maggior parte dei casi di mortalità prematura[9]. Nel 2013, malattie cardiovascolari, tumori maligni, malattie respiratorie e diabete hanno provocato il 49,9 % di decessi prematuri tra gli uomini (su un totale di 109 223 anni potenziali di vita perduti APVP) e il 59,6 % tra le donne (su un totale di 60 570 APVP). Ciò concerne circa 5400 uomini e 3500 donne, vale a dire una media di più di dieci anni di vita perduti per persona:[10]



9 Secondo la definizione dell'UST, la mortalità prematura viene misurata mediante il numero di anni potenziali di vita perduti (APVP). Gli APVP sono gli anni di vita persi nel corso di un anno solare in seguito a decessi avvenuti prima del compimento dei 70 anni.

10 Fonte: analisi speciale dell'UST

Di seguito viene brevemente illustrata la situazione attuale relativa alle malattie esaminate dalla presente strategia. Informazioni su queste e altre MNT sono presenti anche nel rapporto nazionale sulla salute 2015.[11]

Malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari comprendono sia le affezioni cardiache e della circola- zione sanguigna (p. es. infarto e ictus) sia l'indebolimento generico e non specifico del sistema cardiovascolare nelle persone anziane. Rilevanti per la Strategia MNT sono in particolare le affezioni cardiache e della circolazione sanguigna. I decessi dovuti a malattie cardiovascolari sono più frequenti in misura del 20 % tra le donne che tra gli uomini (2013: 11 793 contro 9719). La mortalità dovuta a malattie cardiovascolari è in diminuzione, in modo più accentuato tra gli uomini che tra le donne. I casi di ospedalizzazione in seguito ad una malattia cardiovascolare sono più numerosi tra gli uomini che tra le donne (2012: 67 549 contro 53 208). Negli ultimi 16 anni i decessi dovuti a tali affezioni si sono dimezzati, mentre il numero di infarti e ictus trattati in ospedale risulta triplicato. Ad oggi pertanto le migliori possibilità di sopravvivenza si contrappongono alla maggiore durata della malattia e ai costi elevati per il sistema sanitario.

I fattori di rischio principali per le malattie cardiovascolari sono: tabagismo, scarsa attività fisica, alimentazione non equilibrata, consumo eccessivo di alcol, ipertensione, ipercolesterolemia, iperglicemia, diabete e sovrappeso.

Cancro

Quattro persone su dieci si ammalano di cancro nel corso della propria vita. Ogni anno le nuove diagnosi sono circa 20 000 tra gli uomini e 17 000 tra le donne. Il cancro può insorgere a qualsiasi età, ma il rischio aumenta con l'invecchiamento: solo una persona colpita da tumore su dieci è al di sotto dei 50 anni. Il cancro è la seconda causa di morte in Svizzera con circa 9200 decessi all'anno tra gli uomini e 7300 tra le donne[12]. I fattori di rischio principali sono: tabagismo, consumo eccessivo di alcol, scarsa attività fisica, alimentazione non equilibrata e sovrappeso.

Malattie respiratorie croniche

Per quanto concerne le malattie respiratorie croniche, la presente strategia si concentra in particolare sull'asma e sulla malattia polmonare ostruttiva cronica (ingl. *chronic obstructive pulmonary disease;* COPD). Circa il 6,7 % degli adulti e il 7,4 % dei minorenni in Svizzera si ammala di asma (nel 2011 i casi erano in totale circa 543 000), mentre la COPD colpisce fra il 5,1 e il 7,0 % della popolazione[13]. Il numero totale di pazienti è quindi compreso tra le 400 554 e le 562 247 unità. Il 90 % circa delle persone colpite da COPD fuma o ha fumato in passato. A rischio sono anche le persone in sovrappeso o esposte senza protezione a polveri e sostanze inquinanti nell'ambito di un'attività lavorativa in campo agricolo o industriale.

Diabete

Il diabete è nel contempo una MNT e un importante fattore di rischio per l'insorgere di malattie cardiovascolari. Il diabete di tipo II rappresenta il 90–95 % di tutti i casi. Nell'ambito di un sondaggio effettuano nel 2012 presso le economie domestiche, il 4,4 % degli uomini e il 2,7 % delle donne a partire dai 15 anni ha affermato di essere stato sottoposto a trattamento medico per un caso di diabete negli ultimi 12 mesi[14]. Il numero delle persone colpite aumenta rapidamente tra gli uomini a partire dai 55 anni e tra le donne a partire dai 45. La tendenza mostra un incremento delle diagnosi di diabete anche tra le persone più giovani, prevalentemente sovrappeso. Il diabete di tipo II ha un decorso per lungo tempo asintomatico. Per questa ragione il riconoscimento precoce e la prevenzione hanno un ruolo particolarmente importante. I fattori di rischio sono: scarsa

---

11 Osservatorio svizzero della salute (edit.) (2015). La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015 Berna: Hogrefe Verlag (in francese)

12 http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/05.html

13 Wüthrich, B. et al. (2013), Prevalence of Atopy and Respiratory Allergic Diseases in the Elderly SAPALDIA Population. Int Arch Allergy Immunol, 162(2): p. 143–8 (in inglese)

14 Indagine sulla salute in Svizzera 2012; http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/

attività fisica, alimentazione non equilibrata, tabagismo e sovrappeso.

Malattie muscoloscheletriche

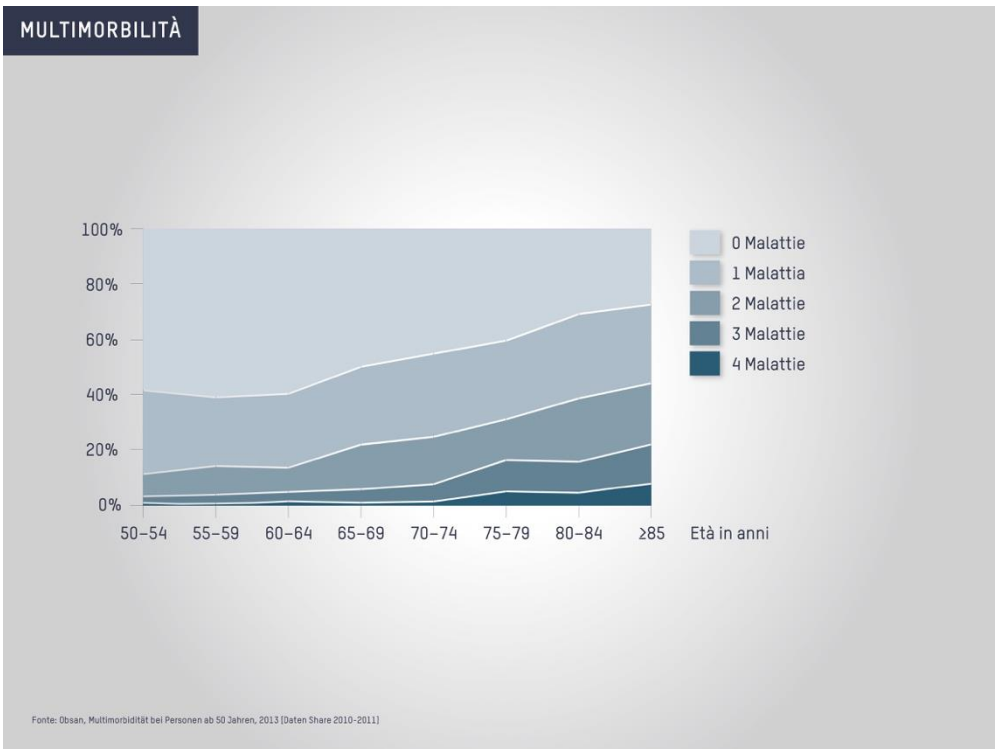
Le malattie muscoloscheletriche comprendono tutte le affezioni di muscoli, tendini, legamenti e ossa e si manifestano con più di 200 patologie diverse come artrosi, artrite, osteoporosi, dolori alla schiena o reumatismi dei tessuti molli. Secondo le stime, in Svizzera circa due milioni di persone soffrono di una malattia muscoloscheletrica, che in 300 000 casi provoca una disabilità grave o molto grave[15]. I fattori di rischio di molte malattie muscoloscheletriche sono determinati anche dagli stili di vita: sovrappeso, scarsa attività fisica, alimentazione non salutare, insufficiente attenzione all'ergonomia, consumo eccessivo di alcol, tabagismo e fattori di rischio psicosociale/stress.

Disparità sociale

Oltre ai fattori di rischio menzionati e specifici per ciascuna malattia, per tutte le cinque MNT sussiste un legame tra il livello di formazione e la probabilità d'insorgenza di una MNT. Le persone con un livello di formazione inferiore si ammalano più spesso di una MNT rispetto a quelle più istruite[16].

Multimorbilità

Con l'invecchiamento, le persone soffrono spesso non solo di una, ma di più malattie (multimorbilità) e nella maggior parte dei casi si tratta di MNT. Tra i cinquantenni, la multimorbilità si attesta attorno al 10 %, mentre tra gli ottantenni arriva già a superare il 30 %. Per l'11 % dei decessi una sola diagnosi è constatata, per il 24 % sono due, per il 30 % tre e per il 31 % sono quattro diagnosi[17].



Altre MNT

Oltre alle cinque malattie citate, esistono altre MNT somatiche altrettanto gravose per gli individui colpiti per quanto riguarda il decorso e le conseguenze. Ne sono esempi la sclerosi multipla o le malattie gastro-intestinali. Dato che sono meno frequenti, causano anche un minor carico di morbilità a livello sociale[18] e quindi non sono esplicitamente

15 Valori secondo i dati forniti dalla Lega svizzera contro il reumatismo, 2015

16 Osservatorio svizzero della salute (edit.) (2015). La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015 Berna: Hogrefe Verlag (in francese)

17 Moreau-Gruet, UST 2013. Bulletin Obsan 4. La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus (in francese)

18 Decessi prematuri, sofferenza cronica, peggioramento della qualità di vita

oggetto della presente strategia. Nella misura in cui tali patologie possono essere influenzate dagli stili di vita e dalla riduzione dei fattori di rischio, l'attuazione di questa strategia potrà avere effetti positivi anche su di esse.

2.2 Fattori di rischio

Di regola, si opera una distinzione tra *fattori di rischio legati agli stili di vita* (p. es. alimentazione non equilibrata) e *fattori di rischio fisiologici* (p. es. ipercolesterolemia). Entrambi i tipi di fattori di rischio aumentano la probabilità di ammalarsi di una MNT. Fattori protettivi come un'adeguata attività fisica riducono invece questo rischio.

Uno studio recentemente pubblicato in Svizzera[19] mostra come l'interazione dei quattro fattori di rischio legati al comportamento (tabagismo, consumo eccessivo di alcol, alimentazione non equilibrata e scarsa attività fisica) sia in stretta correlazione con le probabilità di sopravvivenza di un individuo nei dieci successivi anni di vita. La combinazione di questi quattro fattori di rischio è equiparabile a una differenza anagrafica di 10 anni: ad esempio, una persona di 65 anni con uno stile di vita non salutare ha le stesse possibilità di sopravvivenza nei prossimi 10 anni (67 %) di una persona di 75 anni con uno stile di vita sano (67 %).

L'interazione di diversi fattori d'influenza è descritta anche dall'OMS[20]. La seguente rappresentazione grafica è basata tra l'altro sui risultati della «Global NCD Risk Factor Surveillance»[21] e illustra in modo sintetico quali fattori influenzano in modo determinante l'insorgenza e lo sviluppo delle MNT (primo blocco = fattori di rischio e protezione legati al comportamento; secondo blocco = fattori di rischio fisiologici; terzo blocco = fattori socioeconomici).

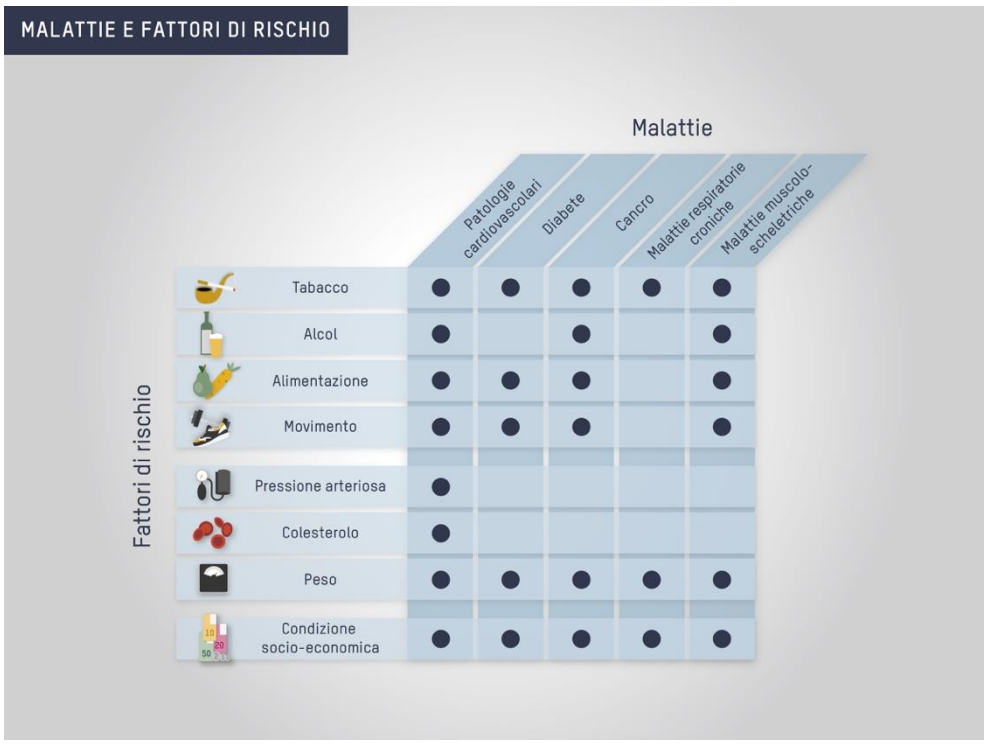
---

19 Martin-Diener E. et al. (2014) The combined effect on survival on four main behavioural risk factors for non-communicable-diseases. Preventive Medicine, Volume 65, Issue null, pages 148–152.

20 OMS (2014) Global status report on noncommunicable diseases 2014. Ginevra. Fact sheets: noncommunicable diseases: *http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/*

21 OMS (Global NCD Risk Factor Surveillance); varie fonti per le malattie muscoloscheletriche, http://www.who.int/ncd_surveillance/strategy/en/; inoltre: National Public Health Partnership (2001). Preventing Chronic Disease: A Strategic Framework. Victoria, Australia; UFSP (edit.) (2012). 6º Rapporto sull'alimentazione in Svizzera. Berna; OMS (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014, Ginevra; OMS (2015). Fact sheets: noncommunicable diseases, *http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en//* (in inglese)

Di seguito viene brevemente illustrata la situazione attuale relativa ai fattori di rischio esaminati dalla presente strategia.



Alcol

Nel 2013, circa un quinto della popolazione svizzera sopra i 15 anni (22 %) ha consumato alcol in eccesso. Per il 21,1 % della popolazione, il consumo eccessivo è stato episodico[22], mentre per il 3,9 % è stato cronico[23]. Il 3 % ha mostrato entrambi i comportamenti. Il consumo a rischio è rimasto costante rispetto al 2012 e risulta leggermente superiore ai dati del 2011. Il consumo eccessivo episodico di alcol *(binge drinking)* è aumentato, mentre il consumo cronico ha fatto registrare una riduzione[24]. Studi attuali[25] sul consumo di alcol tra giovani in età scolare mostrano che, se nel 2002 circa un terzo dei quindicenni assumeva alcolici almeno una volta alla settimana, nel 2015 questo valore è nettamente diminuito con meno di un giovane su dieci che dichiara di consumare alcolici con tale frequenza.

Attività fisica

Dal 2002, il numero di persone che praticano un'adeguata attività fisica è leggermente aumentato[26]. Oggi, il 72 % della popolazione svizzera è sufficientemente attiva, vale a dire è in linea con le raccomandazioni per un'attività fisica salutare[27]. Nel contempo la quota di inattivi, vale a dire coloro che compiono un'attività fisica per meno di 30 minuti a settimana, è diminuita. Anche la percentuale di bambini e giovani che non soddisfano

22 Consumo eccessivo episodico (Binge drinking) secondo l'OMS: per le donne: consumo di quattro o più bevande alcoliche standard in una sola occasione (= ca. 40-48 grammi di alcol puro e oltre), almeno una volta al mese. Per gli uomini: consumo di cinque o più bevande alcoliche standard in una sola occasione (= ca. 50-60 grammi di alcol puro e oltre), almeno una volta al mese.

23 Consumo cronico a rischio secondo l'OMS: per le donne: consumo di 20 g e più di alcol puro (= ca. due bevande alcoliche standard e oltre) in media ogni giorno. Per gli uomini: consumo di 40 g e più di alcol puro (= ca. quattro bevande alcoliche standard e oltre) in media ogni giorno.

24 Per quanto concerne il consumo di alcol e tabacco il Monitoraggio svizzero delle dipendenze mette a disposizione importanti basi di dati su incarico dell'UFSP. I dati più recenti sono del 2014.

25 Dipendenze Svizzera (2015) Substanzkonsum bei Schülerinnen und Schülern in der Schweiz im Jahr 2014 und Trend seit 1986. Resultate der Studie «Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)», Forschungsbericht Nr. 75, Losanna (in tedesco)

26 Sistema di monitoraggio alimentazione e attività fisica, www.moseb.ch

27 Muoversi fa bene alla salute, http://www.hepa.ch

le raccomandazioni si è ridotta nettamente[28]. Un grande ostacolo è rappresentato dal comportamento sedentario al lavoro, a casa o anche nel tempo libero e durante gli spostamenti[29]. Un'attività fisica regolare praticata nel tempo libero non può compensare tutti gli effetti negativi di una vita quotidiana molto sedentaria.

Alimentazione

L'Indagine sulla salute in Svizzera 2012[30] evidenzia che solo il 19,2 % degli intervistati consuma le tre porzioni di verdure/insalata e le due porzioni di frutta al giorno raccomandate. La percentuale di persone che si nutrono in modo consapevole è rimasta praticamente invariata dal 1992, mentre la quota di bambini e giovani che consumano frutta più volte al giorno è leggermente aumentata nel tempo. I quattro ostacoli a un'alimentazione sana menzionati più di frequente sono: «preferenza per il buon cibo», «costo elevato degli alimenti salutari», «abitudini e necessità della vita quotidiana» e «tempo necessario per acquistare e preparare gli alimenti in questione».

Tabacco

Un quarto della popolazione svizzera dai 15 anni in su fa uso di tabacco (17,6 % quotidianamente; 7,4 % occasionalmente). Le persone che consumano quotidiana- mente tabacco fumano in media 14,3 sigarette al giorno (nel 2001 erano 16), mentre i fumatori occasionali fumano 1,3 sigaretta. La percentuale di fumatori più elevata si registra nella fascia di età tra i 25 e i 34 anni (34,4 %), quella più bassa tra le persone a partire dai 75 anni. Il consumo di tabacco è aumentato costantemente fino alla fine degli anni 1990, per iniziare poi a ridursi in modo regolare. Dal 2008 si registra una fase di stagnazione. I fumatori che iniziano a consumare tabacco quotidianamente prima dei 15 anni mostrano un grado di dipendenza dalla nicotina maggiore rispetto a quelli che iniziano in un'età più avanzata[31].

Fattori di rischio fisiologici

I fattori di rischio fisiologici possono avere origini genetiche, ma sono in gran parte conseguenza di fattori di rischio legati al comportamento e accrescono la probabilità di ammalarsi di una MNT. Questi fattori possono essere eliminati o attenuati adeguando lo stile di vita e in parte avvalendosi di terapie medicamentose.

Una valutazione dettagliata dell'Indagine sulla salute in Svizzera 2012 ha fornito i seguenti risultati: il 41 % degli adulti è in sovrappeso, tra questi il 10,3 % è obeso (sovrappeso: 25 ≤ BMI < 30; obesità: BMI ≥30). Il sovrappeso e l'obesità sono inoltre riscontrati nel 19,1 % dei bambini[32]. I principali fattori di rischio per il sovrappeso e l'obesità sono scarsa attività fisica e alimentazione non equilibrata.

Nel decennio 2002–2012, la percentuale di persone che hanno avuto dal proprio medico una diagnosi di ipertensione e sono state curate per questo motivo è aumentata. Oggi, circa il 16 % della popolazione è in cura per ipertensione e il 26,8 % ha ricevuto una diagnosi in tal senso. I fattori di rischio principali per l'ipertensione sono scarsa attività fisica, alimentazione non equilibrata, stress, tabagismo e consumo problematico di alcol.

Dal 2002 è aumentata anche la quota di persone che hanno ricevuto una diagnosi di ipercolesterolemia: nel 2012 si attestava sul 17,4 %. I fattori di rischio principali sono

---

[28] Health Behaviour in School-aged Children (2010) Fonte: HBSC, 2010 (in inglese), indicatore MOSEB 3.2 *www.moseb.ch*

[29] UFSPO (edit.) (2014). Sitzender Lebensstil beeinflusst Gesundheit negativ. Berna (in tedesco)

[30] *http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/*; il rilevamento dei dati è avvenuto mediante intervista telefonica in tedesco, francese e italiano, alla quale faceva seguito un questionario scritto. L'indagine ha riguardato la popolazione residente a partire dai 15 anni nelle economie domestiche private. I dati rilevati riguardavano soprattutto lo stato di salute e i comportamenti rilevanti per la salute.

[31] *http://www.suchtmonitoring.ch*

[32] Aeberli, I., Murer, S. (2013). Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Schweizer Primarschul- kindern: Eine Trendanalyse von 1999 bis 2012. ETH Zürich (in tedesco)

alimentazione non equilibrata, scarsa attività fisica, tabagismo, consumo problematico di alcol e stress.

Determinanti della salute

Oltre ai fattori di rischio menzionati, altri rischi e risorse individuali (i cosiddetti determinanti della salute o fattori di protezione) influenzano la salute del singolo. È il caso ad esempio di condizioni quadro economiche e culturali, condizioni di vita e di lavoro, contesto sociale o accesso alle strutture e ai servizi sanitari. Il modello dei determinanti[33] mostra la correlazione tra le condizioni quadro microsociali e macrosociali.

Delimitazione

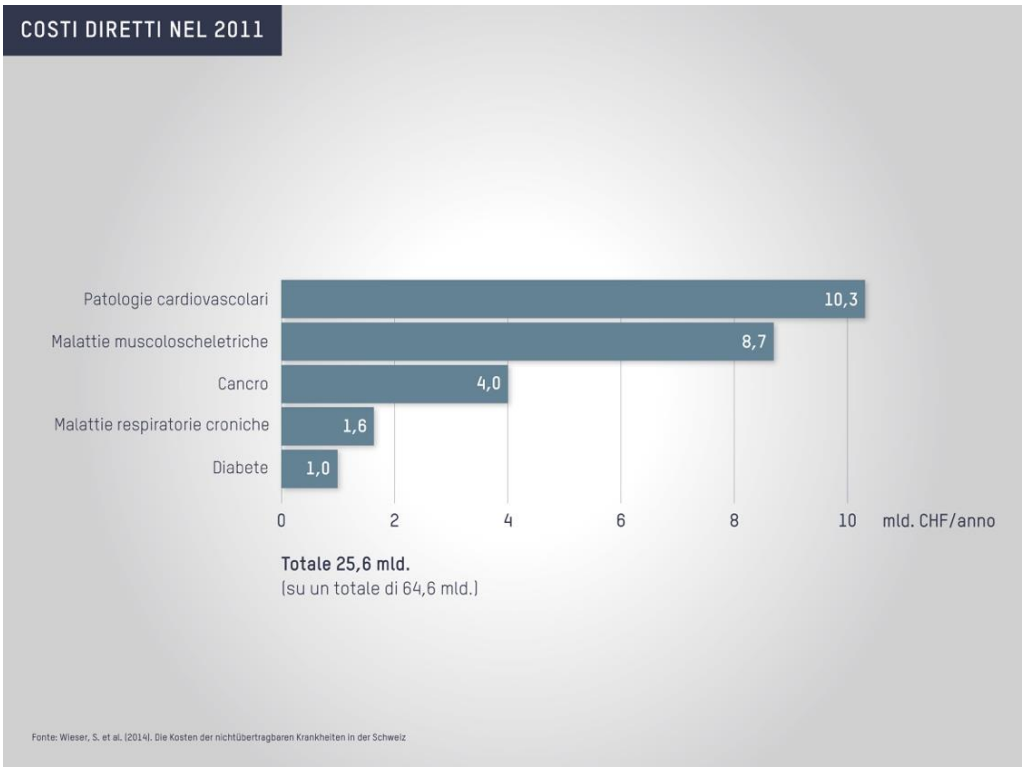
La Strategia MNT si concentra su quattro fattori di rischio e cinque malattie non trasmissibili, ma la lotta a questi quattro fattori può avere conseguenze positive anche su altre patologie. Oltre alla Strategia MNT, altri sforzi sono in corso per contrastare questi fattori di rischio e raggiungere gli obiettivi comuni. A livello di prevenzione primaria, si tratta ad esempio della protezione dall'esposizione solare, della protezione della salute in azienda o della protezione dalle radiazioni. A livello di prevenzione secondaria, i programmi cantonali di screening (p. es. programmi per mammografie) o le terapie medicamentose preventive (p. es. medicamenti contro ipertensione e ipercolesterolemia) non rientrano nella Strategia MNT.

[33] UFSP (2005). Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik. Berna (in tedesco)

2.3 Costi

Costi diretti

Nel 2011, il trattamento delle MNT in Svizzera ha generato costi diretti per CHF 51,7 mld., corrispondenti a più dell'80 % della spesa sanitaria complessiva (CHF 64,6 mld.)[34]. Nel 2011, il trattamento delle cinque malattie oggetto della Strategia - patologie cardiovascolari, diabete, cancro, malattie respiratorie croniche e affezioni dell'apparato muscoloscheletrico ha provocato in Svizzera costi sanitari diretti per CHF 25,6 mld. (39,7 %). Considerando anche le patologie psichiche e la demenza, questo valore sale a CHF 32,9 mld., corrispondenti a circa il 51 % della spesa sanitaria complessiva. L'importo rimanente (CHF 18,8 mld.) è distribuito su numerose malattie meno frequenti come patologie dell'apparato digerente, cirrosi epatica, infermità congenite, patologie dermatologiche, degli organi di senso e del cavo orale. Anche l'insorgere di queste malattie può almeno in parte essere influenzato dai fattori di rischio di cui al capitolo 2.2.



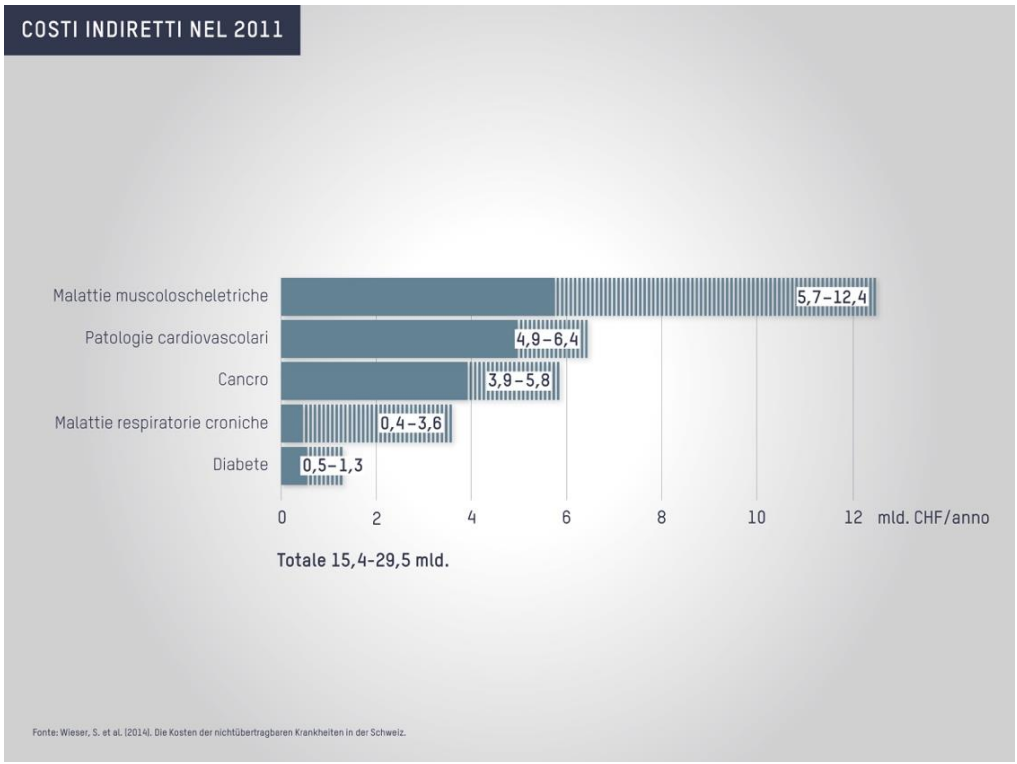
Costi indiretti

Le MNT generano in Svizzera anche enormi costi indiretti[35] che, a seconda della base di calcolo scelta, si attestano tra i CHF 15,4 mld. e i CHF 29,5 mld. per le cinque malattie oggetto della presente strategia. Si tratta principalmente di perdite di produttività dovute a malattia o decesso prematuro. Sul posto di lavoro si evidenziano in particolare assenze dovute a malattia, prestazioni ridotte e congedi prolungati. Va considerato ad esempio anche il tempo impiegato da familiari e amici che prestano cure gratuite alla persona malata.

[34] Questa cifra comprende tutte le MNT, vale a dire cancro, malattie cardiovascolari, patologie respiratorie croniche, malattie psichiche, demenza, diabete, malattie muscoloscheletriche, affezioni dell'apparato digerente, malattie neurologiche, patologie urogenitali, ormonali e del sangue, infermità congenite e altre MNT; Wieser, S. et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Berechnungsgrundlagen 2011. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur (in tedesco)

[35] Wieser, S. et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Berechnungsgrundlagen 2011. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur (in tedesco)

La situazione complessiva è la seguente (valori in mld. di franchi, dal valore previsto più basso a quello più elevato):



Rapporto costi-benefici

Grazie a misure che influenzano lo stile di vita individuale e le condizioni quadro della società, è possibile ridurre il carico di morbilità e i costi economici che ne derivano[36]. L'OMS stima che circa l'80 % delle malattie cardiovascolari potrebbero essere evitate riducendo i fattori di rischio ad esse legati. Di conseguenza, anche i relativi costi sarebbero ridotti in modo significativo. Varie indagini descrivono questi effetti, come ad esempio lo studio condotto congiuntamente dall'OMS e dal World Economic Forum (WEF)[37], il quale evidenzia che le misure per la promozione della salute sul posto di lavoro possono portare a una riduzione di oltre il 25 % dei costi diretti e indiretti. Per ogni dollaro americano investito a questo scopo è possibile ottenere risparmi per oltre 5 dollari.

Per la Svizzera sono disponibili, in base ai dati del 2010, analisi dettagliate costi- benefici per i fattori di rischio alcol e tabacco[38]. Tali analisi hanno permesso di dimostrare che ogni franco investito genera un beneficio documentabile (alcol 1:23; tabacco 1:41), che il calo della prevalenza dei problemi di alcolismo è in correlazione con l'importo delle spese cantonali per la prevenzione e che il risparmio conseguito è nettamente superiore alle risorse investite. Un discorso analogo vale per la prevenzione del tabagismo, per la quale è stato dimostrato che le misure di prevenzione hanno contribuito in modo determinante alla recente riduzione della prevalenza del consumo di tabacco in Svizzera. (…) Da un punto di vista economico, il risultato annuale della prevenzione del tabagismo equivale a una riduzione dei costi sociali delle malattie legate al tabagismo pari a quasi CHF 800 mln. (valori possibili compresi tra 544 e 931 milioni).

36 Confederazione Svizzera (2015). Scenari di sviluppo delle uscite per la sanità. Rapporto sul piano finanziario di legislatura 2013–2015 della Confederazione. Berna.

37 OMS/WEF (2008). Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace through Diet and Physical Activity: *http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596329_eng.pdf?ua=1* (in inglese)

38 Wieser, S. et al. (2010). Synthesebericht – Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur (in tedesco): *http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07612/07620/index.html?lang=de&download=NHzLp-Zeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCJdH59f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--*

3 La prevenzione oggi

3.1 Attività internazionali

Piano d'azione globale OMS

A maggio 2013, la 66ª Assemblea mondiale della sanità dell'OMS ha adottato il proprio piano d'azione globale per le malattie non trasmissibili 2013–2020[39]. Tale piano propone una particolare visione («Un mondo libero dal carico evitabile delle malattie non trasmissibili.”») e persegue un preciso obiettivo superiore («Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbilità, mortalità e disabilità dovuto alle malattie non trasmissibili attraverso la collaborazione e la cooperazione multisettoriale a livello nazionale, regionale e mondiale, affinché le popolazioni raggiungano i più elevati standard possibili in termini di salute e produttività a ogni età, e tali malattie non costituiscano più un ostacolo per il benessere o lo sviluppo socioeconomico»).

Il piano d'azione dell'OMS illustra varie modalità per gli Stati membri e altri portatori di interesse di attivarsi a tutti i livelli per raggiungere i nove obiettivi quantitativi facoltativi proposti dal piano. In tale contesto valgono i seguenti principi superiori: orientamento sulle fasi della vita; *empowerment* di persone e comunità; strategie basate su dati scientifici; assistenza sanitaria capillare; gestione di conflitti d'interesse concreti o potenziali; rispetto dei diritti umani; pari opportunità a livello sanitario; impegno nazionale nella cooperazione e nella solidarietà internazionale; approcci multisettoriali. L'OMS svolge inoltre attività specifiche per i singoli fattori di rischio[40] e propone ai Paesi misure concrete, in alcuni casi nel quadro di programmi autonomi.

OMS Europa

L'OMS Europa ha adottato un proprio piano d'azione per gli anni 2012–2016[41] che prevede un approccio globale e integrato alla prevenzione delle MNT. Tale piano è incentrato soprattutto su programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie rivolti a tutta la popolazione, ma anche a gruppi e individui particolar- mente a rischio. La visione proposta dal piano è la seguente: un'Europa che assicura la promozione della salute, libera da malattie non trasmissibili evitabili, decessi prematuri e disabilità evitabili.

Il piano d'azione per l'Europa applica un approccio globale che integra sistematicamente misure e concetti volti a ridurre le disparità nel contesto della salute, che combatte le malattie non trasmissibili, incentivando programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie rivolti a tutta la popolazione, ma anche concentrandosi su gruppi e persone particolarmente a rischio, e che intende ottenere la massima efficacia per quanto riguarda le cure e l'assistenza. L'OMS Europa sviluppa altresì attività complementari[42] per singole malattie, organizza conferenze su temi specifici e mette a disposizione informazioni concernenti la prevenzione. In tale contesto trovano spazio anche approcci specifici ai fattori di rischio come la Dichiarazione di Vienna sulla nutrizione e le malattie non trasmissibili nel contesto di Sanità2020[43], la Strategia dell'OMS Europa per la promozione dell'attività fisica (2016–2025)[44] e il piano d'azione per la riduzione del consumo problematico di alcol (2012–2020)[45].

---

39 *http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/* (in inglese)

40 P. es. Declarations of the 16th World Conference on Tobacco OR Health, March 17–21, 2015, Abu Dhabi, UAE; http://www.who.int/tobacco/worldconference2015/en/ (in inglese)

41 *http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-first-session/documentation/working-documents/wd12-action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016* (in inglese)

42 http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases

43 *http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf* (in inglese)

44 *http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/283830/65wd09g_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf?ua=1*

45 *http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf*

3.2 La prevenzione in Svizzera

In Svizzera, numerosi attori statali e non statali sono impegnati a livello federale, cantonale e comunale nell'ambito della prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Finora la Confederazione si è adoperata soprattutto per contrastare i fattori di rischio mediante programmi di prevenzione nazionali. Un approccio simile si ritrova anche nei programmi di prevenzione dei Cantoni, mentre le leghe per la salute adottano perlopiù approcci specifici per una singola malattia.

Cantoni

Conformemente alla ripartizione federale delle competenze, il compito di promuovere la salute e di prevenire le malattie rientra nella responsabilità dei Cantoni e dei comuni. Ogni Cantone dispone oggi di un organo responsabile. Tali organi sono riuniti nell'Associazione svizzera dei responsabili cantonali per la promozione della salute (ARPS). L'ARPS ha lo scopo di incentivare il coordinamento nonché la collaborazione e la costituzione di reti tra Confederazione, Promozione Salute Svizzera, altre organizzazioni specializzate e Cantoni. Essa intrattiene inoltre una collaborazione permanente con la Conferenza dei delegati cantonali ai problemi di dipendenza (CDCD).

L'Associazione dei medici cantonali svizzeri, che si occupa anch'essa di temi concernenti la salute pubblica, funge da piattaforma per lo scambio intercantonale su questioni tecniche e normative in relazione con i compiti dei medici cantonali.

Il mutuo coordinamento dei Cantoni a livello politico e strategico, nonché la rappresentazione degli interessi cantonali nei confronti delle autorità federali avvengono tramite la CDS. Le decisioni della CDS hanno valore di raccomandazioni per i Cantoni.

Lo scambio politico dei Cantoni con la Confederazione è assicurato dal Dialogo «Politica nazionale della sanità», la piattaforma permanente di Confederazione e Can- toni. Un coordinamento e un dibattito regolari sugli obiettivi e sulle attività di Confederazione e Cantoni sono così garantiti anche nell'ambito della promozione della salute e della prevenzione.

Confederazione

La Confederazione assolve compiti sussidiari e/o superiori, in particolare negli ambiti di ricerca e monitoraggio, informazione, sorveglianza e coordinamento dell'esecuzione di atti legislativi, nonché nella cooperazione internazionale. Per quanto concerne la prevenzione e la promozione della salute, l'UFSP è attualmente responsabile dell'attuazione dei programmi di prevenzione nei settori alcol, tabacco, droghe, alimentazione e attività fisica/peso corporeo sano. Nella competenza dell'UFSP rientrano anche il Programma nazionale migrazione e salute e la lotta alle malattie non trasmissibili nell'ambito della protezione dalle radiazioni. Per l'attuazione della Strategia nutrizionale è invece responsabile l'Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria (USAV).

Nei rispettivi comitati direttivi dei programmi nazionali sono rappresentati gli attori importanti come la CDS, altri Uffici federali, p. es. l'Ufficio federale dello sport (UFSPO), l'Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria (USAV), nonché le varie istanze di finanziamento come il Fondo per la prevenzione del tabagismo (FPT), la Regìa federale degli alcool (RFA) e la Promozione Salute Svizzera (PSCH).

Promozione Salute Svizzera

Promozione Salute Svizzera è una fondazione che ha ricevuto un mandato legale definito[46] ed è responsabile dell'amministrazione di fondi pubblici (conformemente all'art.

[46] L'art. 19 cpv. 1 LAMal attribuisce agli assicuratori un chiaro mandato di prevenzione delle malattie. Ai sensi dell'art. 19 cpv. 2 LAMal, gli assicuratori devono gestire, congiuntamente con i Cantoni, un'istituzione avente lo scopo di stimolare, coordinare e valutare misure atte a promuovere la salute e a prevenire le malattie (la fondazione Promozione Salute Svizzera).

20 cpv. 1 della legge federale sull'assicurazione malattie LAMal, ogni persona assicurata obbligatoriamente versa un contributo annuo per la prevenzione generale delle malattie). La PSCH ha come obiettivo a lungo termine di migliorare la salute della popolazione in Svizzera[47]. In quanto fondazione di diritto privato, Promozione Salute Svizzera è sostenuta da Cantoni e assicuratori. Essa riunisce inoltre rappresentanti della Confederazione, della Suva, dei medici, della scienza, delle associazioni specializzate nella prevenzione delle malattie e di altre organizzazione. Attualmente la PSCH si concentra sui temi «peso corporeo sano nei bambini e giovani», «salute psichica/stress», «rafforzare la promozione della salute e la prevenzione». Il progetto «Via», portato avanti insieme a dieci cantoni, ha lo scopo di promuovere la salute delle persone più anziane, di aumentare la loro autonomia e migliorare la loro qualità di vita.

Fondo per la prevenzione del tabagismo

Tramite il DFI, la Confederazione è altresì responsabile del Fondo per la prevenzione del tabagismo. In quanto organo federale dotato di un mandato legale definito (art. 28 cpv. 2 lett. c della legge federale sull'imposizione del tabacco LImT) e responsabile dell'amministrazione delle entrate fiscali (i produttori di tabacco e quindi tutti i fumatori pagano un'imposta speciale di 0,13 centesimi per sigaretta o di 1,37 franchi per chilo di tabacco trinciato fine). Il compito dell'FPT è di finanziare misure efficaci e sostenibili volte a ridurre il consumo di tabacco.

Leghe per la salute e altre ONG

Numerose organizzazioni non governative (ONG) e organizzazioni senza scopo di lucro s'impegnano nel settore della prevenzione e della promozione della salute e sostengono la collaborazione interdisciplinare tra la medicina, il lavoro sociale e altri ambiti specializzati[48]. Informano, consigliano e sostengono le persone colpite e i loro familiari, mettendo a disposizione offerte di corsi, aiuto all'autoaiuto e sostegno per migliorare le competenze per la salute. Alcune conducono regolarmente importanti campagne di prevenzione delle malattie e di diagnosi precoce.

Le ONG sono gruppi d'interesse o istituzioni finanziate tramite donazioni e contributi dei membri, attività commerciali, ma anche grazie a fondi pubblici. In parte sono loro affidati anche mandati statali, sulla base di convenzioni sulle prestazioni e/o di disposizioni legali. Esse sono spesso organizzate su scala nazionale, ma anche cantonale. Le ONG definiscono in autonomia le proprie priorità in materia di prevenzione delle MNT.

Medici di base

I medici di base[49] sono di norma i primi interlocutori in caso di problemi di salute. Assistono e curano i pazienti e li indirizzano, se necessario, al relativo specialista. Negli ultimi anni, tuttavia, le esigenze che i medici di famiglia sono chiamati a soddisfare sono divenute sempre più complesse: il numero dei pazienti anziani con patologie multiple, complesse e spesso croniche aumenta sempre più rispetto al numero dei medici di base. Oltre alle cure nello studio medico, la consulenza e il coordinamento comportano un dispendio di tempo sempre maggiore.

Farmacisti

I farmacisti assumono compiti centrali nelle cure mediche di base (p. es. gestione dei medicamenti). In quanto strutture di facile accesso, le farmacie sono i luoghi ideali per diversi tipi di consulenza in materia di salute. Nel contesto internazionale l'accento è posto sullo sviluppo di modelli in cui i farmacisti svolgono un ruolo più importante in ambiti quali errori di prescrizione, problemi legati ai medicamenti, nonché gestione delle malattie croniche (GMC; ingl. chronic disease management). In particolare i programmi interdisciplinari di GMC per asmatici o diabetici si sono rivelati molto efficaci.

---

47 *http://promozionesalute.ch/chi-siamo/fondazione/mandato-obiettivi-e-strategia.html*

48 L'Alleanza per la salute in Svizzera comprende 48 ONG, www.allianz-gesundeschweiz.ch; la Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute (GELIKO) rappresenta come associazione mantello le leghe per la salute e le associazioni attive su tutto il territorio svizzero.

49 Medici specialisti in medicina interna generale, pediatria, medici generici (nella letteratura sono spesso inclusi nel gruppo dei medici di base anche i medici specialisti in ginecologia e psichiatria).

Conformemente al disegno della nuova legge federale sulle professioni sanitarie (LPSan), il termine «professioni sanitarie» comprende le professioni di infermiere/a, fisioterapista, ergoterapista, levatrice, dietista, optometrista, osteopata. Questi specialisti svolgono già oggi un ruolo importante nella prevenzione delle MNT, ad esempio attraverso la consulenza e la distribuzione di informazioni e opuscoli. Ciò vale soprattutto per i settori della gestione delle malattie croniche, dell'autogestione, delle competenze per la salute, della partecipazione del paziente e della consulenza in materia di salute.

Professioni sanitarie

Le istituzioni sanitarie come gli ospedali e le case di cura svolgono compiti cruciali nella prevenzione secondaria come in quella terziaria. L'ospedalizzazione o il soggiorno prolungato in case di cura si rendono necessari soprattutto in caso di gravi problemi di salute. La prevenzione svolge inoltre un ruolo importante nella riabilitazione e nelle cure di lunga durata.

Istituzioni sanitarie

3.3 Metodi di prevenzione

Le persone sono responsabili del loro stile di vita e del loro comportamento. Tuttavia, affinché possano agire in modo responsabile per quanto concerne la loro salute, queste necessitano di informazioni affidabili, ad esempio su effetti nocivi o benefici per la salute legati alle scelte di determinanti prodotti o comportamenti. Hanno inoltre bisogno di condizioni quadro che promuovono la salute, nonché della possibilità e della capacità di effetuare delle scelte favorevoli alla salute. Una prevenzione efficace deve pertanto rafforzare le competenze per la salute e creare un contesto che renda possibile un comportamento sano, prendendo in considerazione le pari opportunità.

La *scala d'intervento*[50] rappresentata di seguito mostra la portata e le possibilità delle misure di prevenzione statali. Secondo il principio di proporzionalità, una misura del livello successivo è adottata solo se l'interesse pubblico per la prevenzione delle malattie non può più essere soddisfatto con la misura del livello precedente. Per una prevenzione efficace è tuttavia spesso indispensabile combinare misure di diversi livelli a seconda della situazione.

[50] Con riferimento all'«intervention ladder» del Nuffield Council on Bioethics, London (GB) *http://nuffieldbioethics.org/report/public-health-2/policy-process-practice/* (in inglese)

Livello	Misura	Descrizione
1	**Monitorare**	L'intervento si limita al monitoraggio epidemiologico della situazione attuale.
2	**Mettere a disposizione le informazioni**	Campagne sui mass media, opuscoli informativi, flyer, ecc.
3	**Offrire possibilità di scelta**	P. es. creare piste ciclabili o parchi giochi in agglomerati densamente popolati.
4	**Modificare l'«opzione standard»**	Modificare le condizioni di base senza limitare la libertà di scelta, p. es. riduzione del contenuto di sale negli alimenti pronti con l'opzione individuale di aggiungerne.
5	**Creare incentivi positivi**	Creare incentivi finanziari positivi o prestazioni concrete, come ad esempio riduzioni sull'abbonamento in palestra.
6	**Creare incentivi negativi**	Ad esempio imposta sull'alcol e sul tabacco, multe per guida in stato di ebbrezza.
7	**Limitare le possibilità di scelta**	Ad esempio limitazioni dell'età per l'acquisto di alcol o tabacco.
8	**Abolire le libertà di scelta**	Ad esempio divieto di consumare, possedere e rivendere stupefacenti illegali.

3.3.1 Livelli di prevenzione

Nella scienza e nella pratica si distinguono tre livelli di prevenzione, a seconda dello stato di salute delle persone:

- la **prevenzione primaria** ha lo scopo di evitare le malattie. Serve a creare condizioni di vita favorevoli alla salute, a migliorare le competenze per la salute, nonché a incentivare ulteriori fattori di protezione e ridurre i fattori di rischio;
- la **prevenzione secondaria** si concentra sulla diagnosi e sull'intervento precoci in caso di rischio concreto e/o di primi segnali di una malattia, e si concentra su singoli gruppi a rischio;
- la **prevenzione terziaria** mira a evitare la cronicizzazione e i danni secondari e a migliorare la qualità di vita nelle persone già colpite dalla malattia.

LIVELLI DI PREVENZIONE

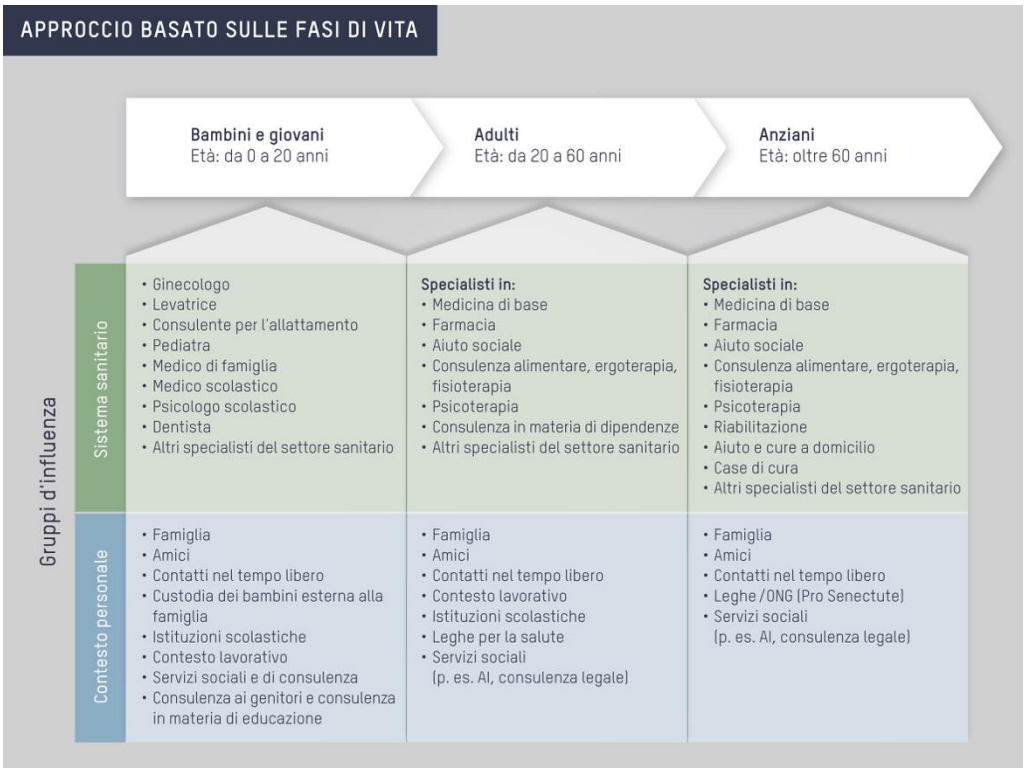
	In buona salute	A rischio	Malattia	Malattia cronica sotto controllo
Livello di prevenzione	Prevenzione primaria	Prevenzione secondaria / diagnosi precoce	Prevenzione terziaria / gestione della malattia	
Tipo di misura	Promozione di condizioni e stili di vita sani per tutta la vita; approcci generici e specifici	Lotta ai fattori di rischio, check-up regolari, diagnosi precoce, screening	Cura nella fase acuta; gestione delle complicanze	Mantenere invariata la situazione; riabilitazione; autogestione
Attori	Leghe per la salute e altre ONG; medici di base; persone colpite	Leghe per la salute e altre ONG; medici di base; persone colpite	Medici di base; specialisti; cure ospedaliere; leghe per la salute e altre ONG; persone colpite e familiari	Medici di base; leghe per la salute e altre ONG; strutture ospedaliere; persone colpite e familiari

3.3.2 Approcci rivolti a tutta la popolazione

Dal momento che lo stile di vita ha un'influenza determinante sull'insorgere delle MNT, la prevenzione di queste patologie mette al centro l'individuo e le sue necessità. I seguenti approcci preventivi rivolti a tutta la popolazione (livello: prevenzione primaria) mirano pertanto a migliorare le condizioni di vita, ridurre i fattori di rischio e potenziare i fattori di protezione.

Approccio basato sulle fasi di vita

L'approccio basato sulle fasi di vita prende in considerazione l'intera vita di un individuo, suddividendola in fasi. Mentre la crescita e uno sviluppo sano rappresentano la priorità nell'infanzia e nell'adolescenza (durante la quale è importante anche sviluppare stili di vita favorevoli alla salute), nell'età adulta si punta soprattutto a preservare la salute, evitare le malattie e mantenere e migliorare la partecipazione e la produttività sul piano economico e sociale. Il mantenimento dell'indipendenza e della qualità di vita nonché la prevenzione delle disabilità e della dipendenza sono invece essenziali in un'età più avanzata. Le condizioni di riferimento nonché gli specialisti e gli interlocutori cambiano in funzione della fase di vita. Tali figure, agendo come moltiplicatori, influenzano in modo determinante gli stile di vita e le condizioni quadro dei singoli individui in materia di salute. Per i lattanti e i bambini in tenera età, le levatrici, i/le consulenti per i padri, ma anche i pediatri o il contesto personale rappresentano gli interlocutori principali per questioni inerenti all'alimentazione, alla cura del bambino, mentre nell'adolescenza le figure di riferimento principali si trovano nella scuola o nelle organizzazioni per il tempo libero.



Approccio basato sull'ambiente

Un altro punto importante nella prevenzione delle MNT è rappresentato dal contesto (o ambiente) in cui agisce l'individuo. Questo ambiente è inteso come un sistema delimitato fondato sul contesto sociale, che esercita un'influenza sulla salute degli individui e dei gruppi che vi agiscono. Ne sono esempi la scuola, il posto di lavoro, il comune, il quartiere o il contesto sociale. Questo approccio si basa sulla constatazione che i problemi di salute sono generati dall'interazione tra le condizioni quadro socioeconomiche e culturali e lo stile di vita individuale.

Questi ambienti costituiscono un contesto sociale relativamente duraturo, del quale l'individuo è consapevole anche a livello soggettivo. L'obiettivo di questo approccio è di organizzare questi ambienti in modo che abbiano un'influenza positiva sulla salute.

Approccio basato su gruppi di destinatari

Per arrivare a sensibilizzare determinati gruppi di popolazione con offerte e messaggi specifici, è necessario agire e comunicare non solo a livello dell'intera popolazione, ma anche in modo più mirato, rivolgendosi a particolari gruppi di destinatari. Un gruppo di destinatari è un gruppo di persone con caratteristiche e necessità comuni e/o con situazioni di vita simili; questo approccio ne tiene conto per definire misure e obiettivi adatti a tale gruppo specifico. Nel contesto della prevenzione i gruppi sono in genere quelli che presentano maggiori rischi o dispongono di risorse più limitate.

Esempi di gruppi di destinatari possono essere: giovani uomini disoccupati, madri single in aree deboli a livello socioeconomico, persone anziane in case di riposo, migranti ecc.

3.3.3 Approcci individuali

Per le persone particolarmente a rischio e per quelle già ammalate, vengono scelti approcci individuali (livello: prevenzione secondaria e terziaria). Queste misure, se confrontate con quelle rivolte all'intera popolazione, si rivelano più complesse ma tuttavia efficaci.

Un approccio individuale specifico è rappresentato dalla consulenza in materia di salute. Si tratta di una consulenza professionale che incentiva e sostiene processi di cam-

biamento a livello individuale sulla base di metodi scientificamente provati, di tipo essenzialmente psicologico e sociale (p. es. colloqui motivazionali). Essa persegue l'obiettivo di migliorare le competenze per la salute e quindi il senso di responsabilità dell'individuo al fine di promuovere la salute, evitare la malattia e/o offrire sostegno nella sua gestione[51].

La consulenza in materia di salute va oltre la semplice trasmissione di informazioni, consigli concreti e norme di comportamento. Affronta con un approccio globale la condizione di vita concreta e le necessità specifiche di singoli individui, sostenendoli a lungo termine nello sviluppo di competenze personali. Gli individui imparano ad agire in modo più efficace sulla loro salute e sulle loro condizioni di vita e a gestire i cambiamenti nelle diverse fasi della loro esistenza, in presenza di difficoltà, malattie e disabilità. Il loro senso di responsabilità è così rafforzato.

La consulenza in materia di salute può essere dispensata da professionisti di varie professioni in diversi ambienti come ad esempio ospedali, case di cura, comuni o aziende, spesso da parte di attori delle leghe per la salute. Degne di nota sono anche le formazioni destinate ai pazienti e le consulenze online, che stanno assumendo sempre maggiore importanza. Rappresentano un fattore importante anche la costituzione di reti con i servizi sociali e di consulenza e con altre offerte nel contesto specifico della persona. Solo in questo modo è possibile tenere conto dei determinanti microsociali e macrosociali della salute.

Un piano concreto per la consulenza in materia di salute è costituito dal percorso salute[52]: questo modello utilizza i punti di contatto tra l'individuo e il sistema sanitario nel senso più ampio del termine (p. es. farmacie, Spitex, medici di famiglia, consulenza alimentare), allo scopo di mettere a punto misure volte a favorire la modifica dello stile di vita della persona interessata. Il percorso salute comprende numerose prestazioni in materia di prevenzione, come ad esempio una valutazione della situazione iniziale, obiettivi concordati insieme alla persona interessata, elaborazione congiunta di misure e controllo regolare.

Questo percorso non è riservato solo alle persone malate (prevenzione terziaria) e può essere seguito anche da persone che, in ragione del proprio stile di vita, sono maggiormente a rischio di sviluppare una MNT (prevenzione secondaria).

3.4 Costi e finanziamento

Da anni la spesa sanitaria complessiva è in costante aumento e nel 2013 ha raggiunto i CHF 69 mld. Di questi, CHF 1,54 mld. sono stati destinanti in Svizzera a spese concernenti la prevenzione. Nel confronto internazionale, i fondi impiegati per la prevenzione e la promozione della salute in Svizzera risultano bassi. Nel 2013 è stato destinato alla prevenzione il 2,2 % circa della spesa sanitaria complessiva. La media OCSE è del 3,1 %.

Finanziamento della prevenzione delle MNT

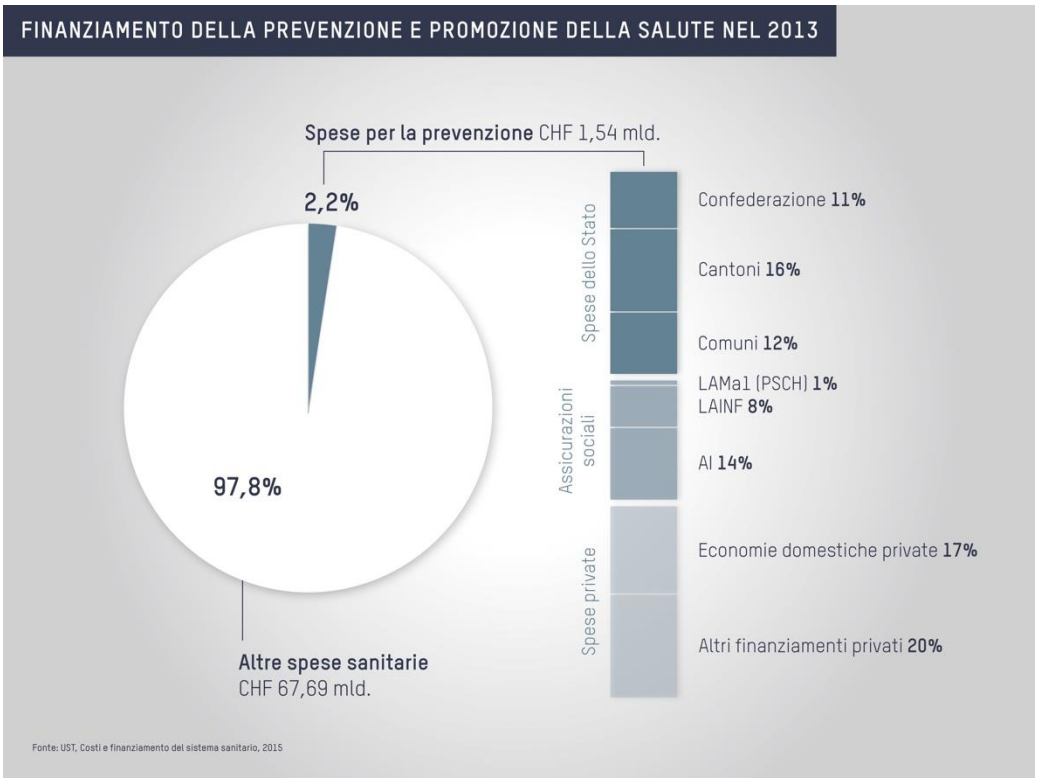
Le spese per la prevenzione (importo complessivo: CHF 1,54 mld.) sono state finanziate nel 37 % dei casi da privati, in misura del 23 % dalle assicurazioni sociali e per il 39 % dallo Stato (valori 2013[53]). In questa voce rientrano le spese negli ambiti di salute a scuola, sicurezza alimentare, Suva, vaccini, preparazione alle pandemie, lotta ad altre malattie trasmissibili, prevenzione delle dipendenze e prevenzione delle malattie non

[51] Krane, E. (2011). Gesundheitsberatung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (edit.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention (tedesco)

[52] Descritto nel rapporto di base «Prévention dans le domaine des soins», *http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/15204/15311/index.html?lang=it*

[53] UST 2013; tabella T 14.5.3.5, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungen und Finanzierungsregimes 2012, in Millionen Franken

trasmissibili. Non sono comprese né le spese sostenute dagli assicuratori-malattie per la prevenzione secondaria (p. es. medicamenti contro ipercolesterolemia e ipertensione), né quelle effettuate dallo stato per le infrastrutture che possono tuttavia contribuire a degli stili di vita sani (p. es. percorsi pedonali e ciclabili, aree ricreative).



In confronto ai costi (CHF 25 mld. all'anno) generati dalle cinque MNT trattate nella presente strategia, la Svizzera investe nella prevenzione un importo relativamente esiguo. E questo nonostante studi[54] dimostrino che ogni franco investito per- mette di risparmiare costi generati dalle malattie in quantità molto superiore al valore investito.

Per l'attuazione dei programmi nazionali in corso concernenti alcol, tabacco nonché alimentazione e attività fisica, l'UFSP e l'USAV mettono a disposizione complessivamente CHF 4,5 mln. che saranno in futuro destinati alla realizzazione della Strategia MNT.

Le fonti di finanziamento per i progetti di prevenzione nel settore delle MNT sono le seguenti: Promozione Salute Svizzera, Fondo per la prevenzione del tabagismo e decima sull'alcol. Questi fondi sono in parte vincolati e vengono utilizzati anche per progetti nell'ambito della prevenzione delle dipendenze e della salute psichica.

Ai sensi dell'art. 20 cpv. 1 LAMal, ad oggi ogni persona assicurata versa obbligatoriamente un contributo annuo per la prevenzione generale delle malattie. Nel 2015 tale contributo ammontava a CHF 2.40, corrispondenti a un importo complessivo di circa CHF 18 mln. Questa somma viene utilizzata da Promozione Salute Svizzera per progetti di prevenzione nel settore delle MNT e della salute psichica.

Il Fondo per la prevenzione del tabagismo è stato istituito nel 2004 per contribuire al finanziamento di misure efficaci e sostenibili volte a ridurre il consumo di tabacco. Si

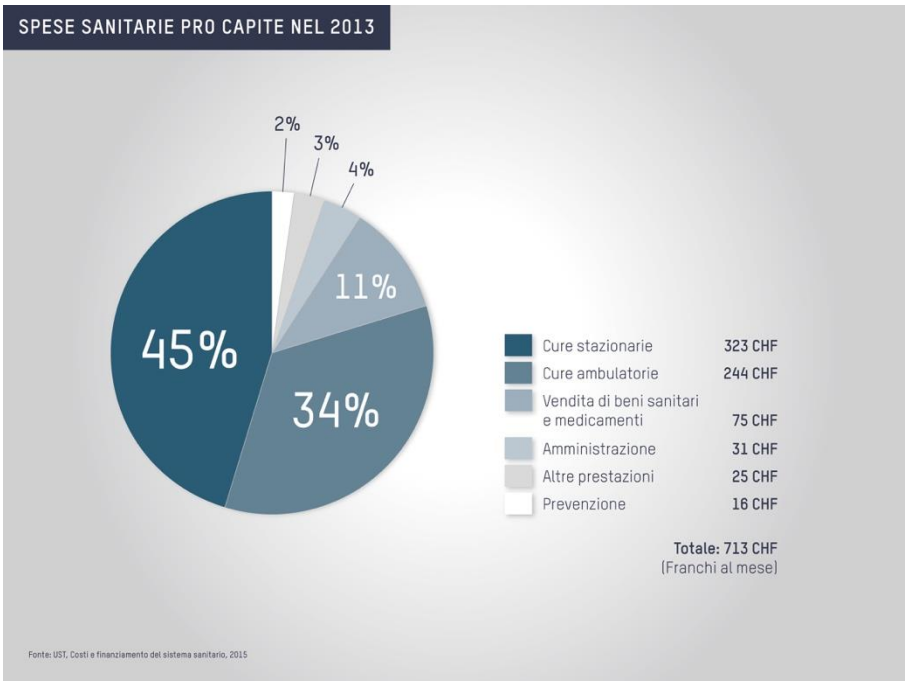
[54] Wieser, S. et al. (2010). Synthesebericht – Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur (in tedesco): *http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07612/07620/index.html?lang=de&download=NHzLp-Zeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCJdH59f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--*

tratta pertanto di un fondo vincolato. Tale Fondo è finanziato da una tassa di 2,6 centesimi per ciascun pacchetto di sigarette venduto. Gli introiti annuali ammontano ad oggi a circa CHF 12,5 mln.

Per quanto concerne l'alcol, i Cantoni ricevono il 10 % del prodotto netto dell'imposizione sulle bevande distillate (il restante 90 % va a AVS e AI), corrispondente a circa CHF 26 mln. Ai sensi dell'art. 131 cpv. 3 della Costituzione federale, i Cantoni sono tenuti a impiegare tale importo per combattere, nelle sue cause e nei suoi effetti, l'abuso di sostanze che generano dipendenza. I Cantoni possono tuttavia disporre liberamente della propria quota.

Spese sanitarie pro capite

Nel 2013, la spesa sanitaria pro capite ammontava in Svizzera a circa CHF 713 al mese, di cui CHF 16 destinati alla prevenzione.



4 Visione e obiettivi strategici

La Strategia MNT persegue la visione precisata di seguito:

Visione

Più persone restano in buona salute oppure hanno un'elevata qualità di vita malgrado siano affette da una malattia cronica. Meno persone si ammalano e muoiono prematuramente a causa di malattie non trasmissibili evitabili. La popolazione è in grado di coltivare un ambiente propizio alla salute e di adottare degli stili di vita sani, a prescindere dalla propria condizione socioeconomica.

Obiettivi strategici

Sulla base di tale visione sono definiti gli obiettivi indicati di seguito.

Obiettivi superiori a lungo termine

1. *Contenere l'aumento del carico di morbilità dovuto alle MNT*
2. *Contenere l'aumento dei costi dovuti alle MNT*
3. *Ridurre i decessi prematuri provocati dalle MNT*
4. *Mantenere e migliorare la partecipazione e la produttività della popolazione sul piano economico e sociale*

Obiettivi specifici

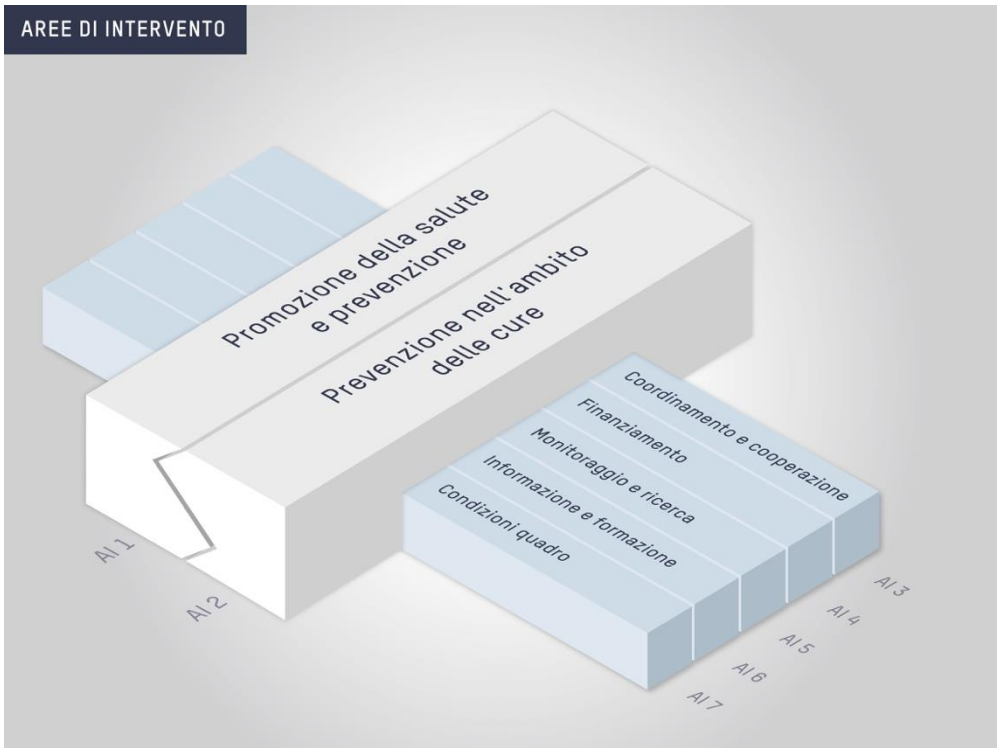
1. *Ridurre i fattori di rischio comportamentali*
2. *Migliorare* le competenze per la salute
3. *Sviluppare condizioni quadro che promuovono la salute*
4. *Migliorare le pari opportunità nell'accesso alla promozione della salute e alla prevenzione*
5. *Ridurre la quota di popolazione con un maggior rischio di ammalarsi di una MNT*
6. *Migliorare la qualità di vita e ridurre la necessità di cure*

Gli obiettivi specifici sono in correlazione diretta con le aree d'intervento descritte nel capitolo seguente. Gli obiettivi superiori a lungo termine sono influenzati positivamente dal raggiungimento degli obiettivi specifici.

5 Aree d’intervento e orientamenti principali

La Strategia MNT pone al centro il benessere e la salute delle persone, partendo dal presupposto che queste sono responsabili del modo in cui vivono e del proprio comportamento. Tuttavia, per consentire loro di agire in modo responsabile per quanto concerne la loro salute, queste necessitano di informazioni affidabili, ad esempio su effetti nocivi o benefici per la salute legati alle scelte di determinanti prodotti o comportamenti. Hanno inoltre bisogno di condizioni quadro che promuovono la salute nonché della possibilità e della capacità di mettere in pratica le opzioni scelte.

Alfine di raggiungere gli obiettivi strategici prefissati, la strategia agisce in sette aree d'intervento (AI). Di seguito vengono illustrate le sfide principali per ciascuna area d'intervento e vengono definiti gli orientamenti principali da perseguire nei prossimi anni.



Al centro della strategia vi sono le due AI seguenti: «Promozione della salute e prevenzione» (AI1; prevenzione primaria) e «Prevenzione nell’ambito dell'assistenza sanitaria» (AI 2; prevenzione secondaria e terziaria). L’AI 1 pone al centro le competenze per la salute, il comportamento responsabile e le condizioni quadro che promuovono la salute. L’AI 2 mira a rafforzare la capacità delle persone a rischio o malate nella gestione dei loro fattori di rischio, della loro malattia e delle conseguenze che ne derivano.

Le due principali aree d'intervento sono coadiuvate da cinque aree d'intervento supplementari: AI 3 «Coordinamento e cooperazione»; AI 4 «Finanziamento»; AI 5 «Monitoraggio e ricerca»; AI 6 «Informazione e formazione»; AI 7 «Condizioni quadro».

I due principi enunciati di seguito valgono per tutte le aree d'intervento:

Principi

- le esigenze dell'individuo sono una priorità: affinché le persone possano agire con senso di responsabilità è fondamentale tenere conto del loro sviluppo, delle loro condizioni di vita, delle loro conoscenze, dei loro valori e del loro comportamento. Le organizzazioni che rappresentano le persone interessate sono coinvolte nell'attuazione concreta della strategia. Un'attenzione particolare è rivolta alla promozione della salute delle persone in condizioni di vulnerabilità;
- gli approcci della prevenzione strutturale e comportamentale sono combinati. Le condizioni quadro che promuovono la salute sono migliorate, mentre le competenze e le risorse delle persone colpite sono rafforzate per consentire alle persone di fare scelte sane.

Le aree d'intervento come anche i singoli orientamenti principali sono armonizzate tra loro e si sostengono e influenzano reciprocamente. Alfine di raggiungere gli obiettivi della strategia, le aree d'intervento e i orientamenti principali vanno perseguiti nel loro complesso.

Nella tabella seguente, gli orientamenti principali sono attribuiti principalmente a un'area d'intervento (blu scuro), ma possono avere effetto anche su altre aree (grigio chiaro).

Degli esempi pratici per ogni orientamento principale, sono disponibili negli allegati.

ORIENTAMENTI PRINCIPALI

Aree d'intervento

Orientamenti principali	Promozione della salute e prevenzione	Prevenzione nell'ambito delle cure	Coordinamento e cooperazione	Finanziamento	Monitoraggio e ricerca	Informazione e formazione	Condizioni quadro
Prevenire i fattori di rischio, rafforzare i fattori di protezione	●	○					○
Promuovere approcci basati sulle fasi di vita e sul contesto ambientale	●	○					○
Rafforzare il sostegno alle persone in condizioni vulnerabili	●	○		○		○	
Promuovere la prevenzione nell'ambito delle cure		●				○	
Migliorare le interfacce tra prevenzione e cura	○	●	○			○	
Elaborare linee guida		●	○			○	
Sfruttare le piattaforme esistenti	○	○	●	○		○	○
Istituire una conferenza dei portatori di interesse	○	○	●	○		○	○
Costituire un comitato di esperti per la prevenzione nell'ambito delle cure		○	●			○	
Utilizzare i mezzi finanziari in funzione della strategia	○	○		●			
Colmare le lacune	○	○		●			
Chiarire il finanziamento delle prestazioni di prevenzione		○		●		○	
Istituire un monitoraggio delle MNT	○	○			●		
Incentivare la ricerca e il trasferimento di conoscenze	○	○			●	○	
Sostenere l'innovazione	○	○		○	●		○
Informare la popolazione	○					●	
Promuovere offerte di autogestione per i malati cronici		○		○		●	
Sostenere la formazione di base e continua degli specialisti del settore sanitario		○				●	
Consolidare le condizioni quadro favorevoli alla salute	○						●
Rafforzare la collaborazione multisettoriale	○	○	○	○			●
Coltivare l'impegno a livello internazionale	○	○					●

5.1 Promozione della salute e prevenzione (AI 1)

Descrizione area d'intervento

La maggior parte delle persone è sana e non soffre di una MNT. Affinché questa situazione non cambi, è indispensabile che ciascun individuo abbia delle buone competenza per la salute e disponga pertanto della capacità di prendere decisioni che influiscano positivamente sulla sua salute. Importanti sono anche le condizioni ambientali, di vita e di lavoro favorevoli alla salute, che sostengono queste decisioni e ad esempio consentono di effettuare un'attività fisica sufficiente e di seguire un'alimentazione equilibrata.

Sfide principali

La promozione della salute e la prevenzione hanno una lunga tradizione in Svizzera. Molti approcci sono ormai consolidati e hanno dato prova di efficacia. Attualmente, tuttavia, la gran parte dell'impegno in materia di prevenzione si concentra su singoli fattori di rischio, nonostante sia proprio il concorso di diversi fattori a rendere più probabile l'insorgere di una malattia. Le misure volte a ridurre i vari fattori di rischio dovrebbero pertanto essere combinate, prendendo in considerazione altresì le condizioni di vita delle persone colpite, alfine di evitare le MNT e di concentrare l'impegno sulle necessità degli individui direttamente interessati.

Orientamenti principali

I orientamenti principali indicati di seguito sono centrali per quest'area d'intervento.

Prevenire i fattori di rischio, rafforzare i fattori di protezione

La popolazione è sostenuta nel proprio sforzo di mantenere degli stili di vita favorevole alla salute, di rafforzare i fattori di protezione e di prevenire i fattori di rischio che possono condurre a una MNT. A tal fine si esamina quali approcci e provvedimenti legati a fattori specifici si sono finora rivelati efficaci, sono rilevanti per la strategia e dovranno essere portati avanti.

La riduzione dei fattori di rischio e il rafforzamento dei fattori di protezione restano misure essenziali per evitare le MNT, dal momento che abuso di alcol, tabagismo, alimentazione non equilibrata e scarsa attività fisica influenzano in modo determinante l'insorgere di tali patologie. L'influenza dei fattori genetici è, in confronto, nettamente inferiore. Per tale ragione è molto importante continuare a tematizzare i fattori di rischio.

Dal momento che l'insorgere delle MNT è spesso provocato da diversi fattori di rischio, va tuttavia rivolta un'attenzione sempre maggiore ad approcci che comprendano tutti i fattori di rischio. Gli approcci specifici per ciascun fattore di rischio saranno esaminati e quelli che si riveleranno efficaci e rilevanti per la strategia saranno portati avanti. Sarà così assicurata la continuità, senza nel contempo precludere la possibilità di nuovi sviluppi.

Promuovere approcci basati sulle fasi di vita e sul contesto ambientale

Sono rafforzate le misure che integrano approcci basati sulle fasi di vita e sul contesto ambientale orientati alle necessità e che comprendono vari fattori di rischio. L'accento è posto su attività di prevenzione specifiche per i seguenti tre gruppi: bambini e giovani, adulti in età lavorativa, anziani.

La prevenzione delle MNT esige spesso misure che mirano a contrastare diversi fattori di rischio. A seconda della necessità e della situazione del gruppo di destinatari, dovranno essere tematizzati contemporaneamente diversi fattori di rischio e concentrarsi sull'approccio «fasi della vita» o «contesto ambientale» in funzione del quadro in cui s'inserisce tale gruppo. I gruppi di destinatari possono così essere raggiunti più facilmente, l'efficacia delle misure può essere incrementata e la loro sostenibilità può essere migliorata.

Le attività di prevenzione devono essere concepite e realizzate in modo che le necessità delle persone, del loro ambiente di vita (scuola, posto di lavoro, comune, ecc.), così come le loro condizioni di vita, le loro conoscenze, i loro valori e il loro comportamento siano tenuti in sempre maggiore considerazione. Esse vanno organizzate in modo da migliorare lo stato di salute delle persone in tutte le fasi della vita. Le basi di uno stile di vita sano devono essere incoraggiate nei bambini e nei giovani, mentre gli adulti dovranno essere spronati a migliorare le proprie competenze per la salute e il senso di responsabilità per la propria salute. Negli anziani è utile soprattutto fare in modo che questi conservino la propria autonomia e non necessitino di cure particolari.

Rafforzare il sostegno alle persone in condizioni di vulnerabilità

Il sostegno alle persone in condizioni di vulnerabilità è rafforzato. A tale scopo sono necessarie misure orientate in modo specifico al loro ambiente di vita.

Il sostegno mirato di persone in condizioni di vulnerabilità è particolarmente importante. Una maggiore vulnerabilità a livello di salute può avere molteplici ragioni e può colpire ad esempio persone provenienti da fasce della popolazione con un difficile accesso alla formazione, persone con un reddito basso o assente, o ancora persone svantaggiate a livello socioeconomico per motivi linguistici o culturali. Le persone possono inoltre essere vulnerabili in seguito a una crisi puntuale (breve termine) o alle condizioni di vita (lungo termine). Tutte sono accomunate dal fatto di avere necessità ed esigenze specifiche.

Per le persone in condizioni di vulnerabilità, si devono mettere a punto in modo mirato offerte di facile accesso e adeguate alle necessità. Un accesso semplice a offerte in diverse lingue con interpreti multiculturali dovrà ad esempio essere proposto ai migranti, tenendo conto del loro particolare ambiente di vita. Il lavoro preventivo di prossimità (p. es. levatrici, offerte del datore di lavoro o delle associazioni per i loro membri) dovrà essere sostenuto in modo specifico per ottenere un migliore accesso alle persone in condizioni di vulnerabilità. Le persone colpite dovranno essere coinvolte nell'elaborazione e nella realizzazione di tali offerte.

5.2 Prevenzione nell'ambito delle cure (AI 2)

Descrizione area d'intervento

Quando si ammalano o sono particolarmente a rischio, le persone colpite e i loro familiari devono essere sostenuti con offerte preventive volte a preservare la loro qualità di vita e la loro partecipazione alla vita sociale. Nel contempo si dovrà fare in modo di ridurre il rischio di ammalarsi, di evitare le complicazioni e di contenere un'eventuale necessità di cure particolari. Per raggiungere tali obiettivi, è necessario inserire a lungo termine la prevenzione nell'ambito delle cure e della riabilitazione lungo l'intera catena di presa a carico. Queste azione contribuiscono anche all'attenuazione dell'aumento della spesa sanitaria.

Quest'area d'intervento si concentra pertanto sul riconoscimento e sull'intervento precoce in caso di maggiore rischio di ammalarsi, nonché sul miglioramento della qualità di vita e del decorso della malattia per le persone che ne sono già affette. Ciò comprende le prestazioni di prevenzione basate su dati scientifici per il sostegno concreto dei mutamenti degli stili di vita (p. es. consulenza in materia di salute, formazione dei pazienti, programmi di gestione delle malattie e relativo coordinamento con le organizzazioni attive nel contesto della persona interessata).

Sfide principali

In situazioni di maggiore vulnerabilità (in funzione della constatazione di maggiori fattori di rischio o della diagnosi di una MNT), le persone sono di norma più disposte a riflettere sul proprio comportamento ed eventualmente anche a modificarlo. In tale contesto, si è rivelato efficace offrire un sostegno alle persone colpite, in quanto di norma non è facile

modificare le proprie abitudini. A tale scopo è indispensabile considerare la situazione di vita del paziente nella sua globalità. Tuttavia, questo approccio non è purtroppo adottato in modo sistematico.

In generale, le offerte di cura in Svizzera sono già molto ben strutturate e offrono standard elevati. Ciò non di meno, il potenziale di miglioramento delle interfacce di prevenzione e cura è ancora notevole. Un margine di miglioramento si evidenzia altresì nella costituzione di reti e nel coordinamento, nonché nella distribuzione dei compiti e dei ruoli tra gli specialisti del settore sanitario e le principali organizzazioni di consulenza e leghe per la salute nel contesto della persona interessata.

Dato che le persone vengono in contatto con il sistema sanitario in diversi luoghi e situazioni, la prevenzione intesa come consulenza in materia di salute e percorso salute deve essere rafforzata a livello di assistenza sanitaria e consulenza. Un'integrazione sistematica della prevenzione nelle cure è necessaria per quanto concerne le malattie croniche, che sono maggiormente imputabili a fattori di rischio legati agli stili di vita.

I orientamenti principali indicati di seguito sono centrali per quest'area di intervento.

Orientamenti principali

Promuovere la prevenzione nell'ambito delle cure

Misure basate su dati scientifici, volte a rafforzare la prevenzione nell'ambito delle cure, sono fissate a lungo termine e sviluppate. Le lacune sono colmate.

Negli scorsi anni sono stati lanciati in Svizzera diversi progetti e iniziative allo scopo di rafforzare la prevenzione nell'ambito dell'assistenza sanitaria e di migliorare le interfacce tra prevenzione e assistenza sanitaria. Alcuni sono ormai consolidati a lungo termine, mentre altri faticano ad ottenere tale condizione, anche per motivi di ordine finanziario.

Sulla base dell'impegno già profuso, i progetti basati su dati scientifici vanno potenziati e, laddove necessario e utile, ampliati. Tali progetti si fondano sul percorso salute e sulla consulenza in materia di salute nonché su approcci di assistenza coordinata. Al centro vi sono le persone particolarmente a rischio e quelle già ammalate. I progetti sono di facile accesso e sviluppati in funzione delle necessità, alfine di raggiungere al meglio le persone in condizioni di vulnerabilità.

Migliorare le interfacce tra prevenzione e cura

Le interfacce e la collaborazione all'interno e all'esterno dell'assistenza sanitaria sono migliorate e integrate nelle tematiche rilevanti della politica sanitaria.

La collaborazione all'interno e all'esterno dell'assistenza sanitaria deve essere migliorata. L'integrazione di aspetti di prevenzione e cura nell'ambito di un concetto di assistenza integrato e incentrato sul paziente costituisce una priorità. A tale scopo, gli attori coinvolti dovranno costituire reti volte a incentivare la cooperazione tra fornitori di prestazioni nell'ambito dell'assistenza sanitaria e le organizzazioni di consulenza nonché le leghe per la salute, e a rafforzare la prevenzione come elemento essenziale di cure coordinate su un piano globale. Una migliore gestione delle interfacce esige inoltre un'ottimizzazione della collaborazione interprofessionale nonché un chiarimento e un riconoscimento delle competenze e dei ruoli delle istituzioni coinvolte e delle professioni sanitarie e sociali. Misure per una migliore gestione di queste interfacce e per la promozione di cure coordinate su un piano globale, che comprendano anche gli aspetti della prevenzione primaria, sono prese in considerazione in tutti gli sforzi politici in corso e dovranno essere potenziate in seno ai forum corrispondenti.

Elaborare linee guida

Gli aspetti riguardanti la prevenzione sono sviluppati e sanciti sulla base delle esperienze e degli approcci esistenti nelle linee guida già disponibili o in linee guida specifiche per le prestazioni di prevenzione.

Linee guida e standard per le prestazioni di prevenzione fondati su dati scientifici sono elaborati ogni volta che emergono lacune o che gli approcci esistenti devono essere rielaborati in vista di un'ottimizzazione dell'interazione di misure di riconoscimento precoce e di prevenzione (p. es. smettere di fumare, perdere peso, incrementare l'attività fisica) nell'ambito dell'assistenza sanitaria. Strumenti di prevenzione pratici sono sviluppati e fissati per i fattori di rischio (scarsa attività fisica, alimentazione non equilibrata, tabagismo e consumo eccessivo di alcol) e per le MNT frequenti (laddove mancanti), a complemento dei percorsi di trattamento e dei programmi di gestione delle malattie già esistenti.

Queste linee guida e questi standard si fondano su dati scientifici, considerano le necessità delle persone colpite e servono da criterio di qualità per le buone pratiche. Si rifanno al percorso salute e all'approccio della consulenza in materia di salute, garantendo così l'interazione di prevenzione e assistenza sanitaria. Vi rientrano ad esempio: valutazione della situazione iniziale, obiettivi concordati insieme alla persona interessata, elaborazione congiunta di misure e controllo regolare.

Inoltre dovranno essere elaborati standard, prestazioni di prevenzione e linee guida per gruppi specifici di pazienti, con particolare riferimento a persone anziane e affette da patologie croniche nonché a individui in condizioni di vulnerabilità come migranti con un diverso contesto culturale e linguistico.

5.3 Coordinamento e cooperazione (AI 3)

Descrizione area d'intervento

L'AI «Coordinamento e cooperazione» comprende la costituzione di reti dei vari attori nonché lo sviluppo di forme di cooperazione mirate e vincolanti. Ha lo scopo di armonizzare obiettivi e attività nonché di formulare basi strategiche comuni e priorità che permettano di ricavare migliori sinergie e di ottimizzare gli effetti.

Sfide principali

La grande autonomia e la molteplicità di attori che seguono approcci di assistenza sanitaria e prevenzione in parte eterogenei si traducono in una gamma di sforzi e strutture altrettanto ampia. Tale situazione incentiva l'innovazione e la pluralità degli approcci e corrisponde al sistema federale svizzero, alle condizioni della politica sanitaria, ma anche al desiderio degli attori di fissare in autonomia le proprie priorità. D'altro canto, tuttavia, tale situazione rende più complesso coordinare le diverse attività, formulare standard di qualità uniformi, fissare priorità e colmare le lacune, anche in considerazione dei mezzi finanziari limitati.

Soprattutto le attività interprofessionali nel punto d'interfaccia tra prevenzione e cura, finora nate essenzialmente dall'iniziativa di singoli attori, sono ancora poco coordinate e spesso limitate in termini di estensione spaziale e/o temporale. La sostenibilità e lo sfruttamento del trasferimento delle conoscenze sono così garantiti solo in parte.

Orientamenti principali

I orientamenti principali indicati di seguito sono centrali per quest'area di intervento.

Sfruttare le piattaforme esistenti

Le piattaforme già consolidate continuano ad essere utilizzate, adeguandole agli obiettivi della Strategia MNT.

Con le loro attività, numerosi attori contribuiscono a raggiungere gli obiettivi delle strategie di politica sanitaria. Si tratta in particolare di servizi federali, Cantoni, organizzazioni non governative, nonché di associazioni regionali e nazionali, che intervengono attivamente nelle diverse tematiche. Alfine di attuare le misure in modo mirato e coordinato, sono state create diverse piattaforme di partner, che si sono rivelate molto efficaci e servono allo scambio di esperienze e buone pratiche nonché ad affrontare le

sfide a livello nazionale e cantonale in modo efficiente e integrato. Le piattaforme saranno adeguate alle necessità delle nuove strategie.

Istituire una conferenza dei portatori di interesse

Viene istituita una conferenza dei portatori di interessi che tratta regolarmente il tema dell'attuazione della strategia e offre agli attori una piattaforma per uno scambio pragmatico di esperienze.

Una conferenza dei portatori di interesse è istituita sotto la responsabilità del Dialogo "Politica nazionale della sanità" alfine di portare avanti il dialogo e promuovere la collaborazione e lo scambio di esperienze. Essa ha la funzione di discutere l'attuazione della strategia, di approfondire approcci efficaci e sfide specifiche e di vagliare le priorità. Sarà possibile presentare progetti di attuazione efficaci e concordare approcci congiunti. La conferenza dei portatori di interesse non svolge così solo la funzione di promuovere la cooperazione e il coordinamento, ma rafforza anche il trasferimento delle conoscenze.

Costituire un comitato di esperti per la prevenzione nell'ambito delle cure

Viene creato un comitato di esperti per fornire consulenza su questioni specifiche concernenti la prevenzione nell'ambito delle cure.

Alfine di offrire consulenza su questioni specifiche concernenti la prevenzione nell'ambito dell'assistenza sanitaria, si persegue la costituzione di un comitato che dovrà essere composto da esperti indipendenti. La finalità, la forma e il metodo ottimali nonché le interfacce con le commissioni esistenti (p. es. Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali CFPF) devono essere definiti, così come dovranno essere stabiliti i compiti da affidare concretamente a tale comitato.

Possibili compiti di questo comitato di esperti sono la valutazione delle prestazioni di prevenzione nell'ambito dell'assistenza sanitaria nonché la formulazione di competenze richieste per la fornitura di prestazioni di prevenzione. Il comitato potrebbe anche proporre orientamenti principali prioritari, identificare gli approcci da non approfondire nonché valutare le possibilità di implementazione e finanziamento delle prestazioni di prevenzione.

5.4 Finanziamento (AI 4)

Descrizione area d'intervento

Affinché sia possibile raggiungere gli obiettivi formulati nella presente strategia, è necessario garantire un utilizzo dei fondi finanziari adeguato alla strategia e un impiego efficiente delle risorse. Un finanziamento coerente e ben coordinato derivante da parte di istituzioni pubbliche e private è indispensabile a tale scopo.

Sfide principali

Le sfide concernenti il finanziamento sono numerose. Al centro vi sono tre aspetti: gli strumenti di finanziamento esistenti, spesso vincolati, sono stati fino ad oggi orientati su obiettivi strategici diversi (p. es. il Fondo per la prevenzione del tabagismo si rifà al Programma nazionale tabacco, Promozione Salute Svizzera tra l'altro al Programma nazionale alimentazione e attività fisica). Ad oggi esiste pertanto un gran numero di meccanismi di gestione diversi destinati a progetti (pilota) strutture e prestazioni di base nell'ambito della prevenzione. Ciò complica in particolare il finanziamento di progetti riguardanti tutti i fattori di rischio. Inoltre, vi è una molteplicità di forme di finanziamento, che risultano spesso poco efficienti per i richiedenti e poco trasparenti per i finanziatori.

Ad oggi, il finanziamento di progetti e misure in cui sussistono le maggiori necessità d'intervento e che si fondano sui nuovi elementi della strategia non è garantito a sufficienza. Ciò vale anche per i progetti innovativi, per la loro istituzione e soprattutto per il loro consolidamento a lungo termine.

Le prestazioni e le offerte di prevenzione sono effettuate all'interno e all'esterno del sistema di assistenza sanitaria. Le funzioni di coordinamento delle prestazioni e di consulenza delle persone colpite devono essere retribuite in modo appropriato. Il finanziamento di queste prestazioni deve essere più trasparente.

I orientamenti principali indicati di seguito sono centrali per quest'area di intervento.

Orientamenti principali

Utilizzare i mezzi finanziari in funzione della strategia

Gli strumenti di finanziamento di cui dispongono i poteri pubblici sono allineati agli obiettivi e ai orientamenti principali della Strategia MNT. Nell'ambito del finanziamento dei progetti, i processi di richiesta e attribuzione sono semplificati ai fini di un impiego più efficiente delle risorse.

L'organizzazione dell'attribuzione dei fondi tiene conto degli obiettivi della Strategia MNT e si allinea ai orientamenti principali strategici. Nell'ambito di tali orientamenti principali gli attori dovranno tuttavia avere la possibilità di definire priorità flessibili. Inoltre, si dovrà garantire il finanziamento di misure innovative che comprendono diversi fattori di rischio.

Il processo di finanziamento e attribuzione delle misure dovrà essere reso più semplice e trasparente, ai fini di una maggiore efficienza. Standard di qualità e criteri per l'attribuzione dei fondi dovranno essere formulati in modo uniforme allo scopo di consolidare i processi di richiesta e attribuzione dei diversi donatori. A tale scopo sono valutate varie soluzioni, come ad esempio l'istituzione di un comitato di coordinamento superiore deputato a esaminare le richieste e a stabilire le chiavi di finanziamento per i diversi strumenti.

Inoltre, alfine di sfruttare le sinergie e di impiegare i fondi in modo più efficiente, sono esaminati finanziamenti basati su partenariati, ad esempio per quanto concerne progetti congiunti di diversi Uffici federali o altre organizzazioni.

Colmare le lacune

Per la prevenzione nell'ambito dell'assistenza sanitaria e per la prevenzione tra gli anziani, vale a dire i due contesti in cui sussistono le maggiori necessità d'intervento, sono messi a disposizione fondi supplementari.

Per l'istituzione di offerte di prevenzione nell'ambito dell'assistenza sanitaria e per il rafforzamento della prevenzione tra gli anziani dovranno essere stanziati fondi supplementari. Tali fondi saranno impiegati per rafforzare gli ambiti dell'assistenza sanitaria e della prevenzione in cui sussistono le maggiori necessità d'intervento per sostenere progetti innovativi, il loro sviluppo e il loro consolidamento a lungo termine.

In tale contesto, in primo piano vi è la richiesta presentata dalla fondazione Promozione Salute Svizzera di incrementare il contributo per la prevenzione generale delle malattie. Questo dovrebbe garantire il finanziamento di misure per la prevenzione nell'ambito dell'assistenza sanitaria, la prevenzione tra gli anziani e la salute psichica ed è attualmente al vaglio del DFI (marzo 2016).

Chiarire il finanziamento delle prestazioni di prevenzione

Il finanziamento delle prestazioni di prevenzione nell'ambito dell'assistenza sanitaria è chiarito. A tal fine vanno considerate le possibilità e le condizioni quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di altri responsabili della copertura dei costi. Tali precisazioni nonché una migliore comunicazione facilitano l'individuazione di soluzioni adeguate

Per una parte delle prestazioni di prevenzione nell'ambito delle cure destinate a persone particolarmente a rischio o già malate, la modalità di remunerazione non è chiarita. Ciò riguarda anche le offerte di consulenza delle leghe per la salute. Gli attori come i poteri pubblici, gli assicuratori e i datori di lavoro devono individuare soluzioni comuni che

tengano conto delle diverse fonti di finanziamento. Questo vale anche per la remunerazione appropriata delle importanti funzioni di consulenza e coordinamento nel quadro delle prestazioni globali di prevenzione, soprattutto nel settore non medico.

Per quanto concerne l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), il quadro per la presa in carico delle singole misure di prevenzione è definito nella legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10). L'assunzione dei costi è possibile solo per prestazioni eseguite o prescritte dal medico a beneficio di pazienti particolarmente a rischio. Queste prestazioni sono esaminate sulla base del rispetto dei criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (criteri EAE) ed elencate in modo completo (elenco positivo). I criteri EAE validi per tutte le prestazioni devono essere applicati in modo ancora più concreto e operativo alle prestazioni di prevenzione. I fornitori di prestazioni e gli assicuratori disciplinano la remunerazione delle prestazioni in apposite convenzioni tariffali. Una necessità di chiarimento e comunicazione sussiste eventualmente anche per i nuovi approcci come ad esempio il «coaching salute» che potrebbero far emergere questioni in merito alla delimitazione.

5.5 Monitoraggio e ricerca (AI 5)

Descrizione area d'intervento

Una politica di prevenzione delle malattie non trasmissibili basata su dati scientifici necessita di basi fondate. L'innovazione e la ricerca devono essere incoraggiate in caso di lacune. Progetti pilota possono quindi essere sperimentati a livello regionale o per una durata limitata alfine di determinarne l'efficacia prima di introdurli su tutto il territorio o per un periodo prolungato.

Un monitoraggio allineato agli obiettivi della strategia costituisce inoltre la base per la verifica della strategia e delle sue misure, l'adeguamento a nuove sfide e lo sviluppo continuo da parte della Confederazione e dei Cantoni.

Sfide principali

Nonostante i progressi compiuti negli ultimi anni nell'ambito delle conoscenze relative alle malattie non trasmissibili, lacune significative continuano a sussistere in alcuni ambiti. Mancano ad esempio dati di elevata qualità e rappresentativi a livello internazionale sulle MNT. Altre importanti lacune emergono nel settore della qualità e dell'efficacia dei progetti, soprattutto nell'interfaccia tra prevenzione e cura.

La promozione, il finanziamento e l'accompagnamento scientifico mirato dei progetti pilota e innovativi pratici e applicati costituiscono un'ulteriore sfida importante.

Orientamenti principali

Gli orientamenti principali indicati di seguito sono centrali per quest'area d'intervento

Istituire un monitoraggio delle MNT

Un monitoraggio delle MNT è messo a punto sulla base dei dati e dei sistemi di monitoraggio disponibili. Tale monitoraggio comprende informazioni su scala nazionale in merito a carico di morbilità, fattori di rischio, determinanti sociali e gruppi di popolazione a rischio.

Sulla base degli obiettivi e delle priorità della strategia viene istituito un monitoraggio delle MNT. Questo strumento permette di migliorare l'osservazione degli sviluppi in corso nel settore delle MNT. Tale monitoraggio rappresenta altresì la base con cui la Confederazione e i Cantoni verificano le proprie misure e le adeguano alle nuove sfide. Il monitoraggio dovrà contribuire a definire priorità nel campo della promozione della ricerca e dell'innovazione. Non da ultimo, un monitoraggio globale costituisce una base irrinunciabile per la valutazione della Strategia MNT.

Il monitoraggio delle MNT si basa sul Sistema di monitoraggio alimentazione e attività fisica (MOSEB), già rivelatosi efficace, e lo sostituisce. Esso integra i dati di fonti nazionali consolidate (soprattutto UST), include informazioni su carico di morbilità, fattori di rischio, determinanti sociali, gruppi di popolazione a rischio e costi, e mira soprattutto a colmare le lacune in materia di dati, soprattutto per quanto concerne le persone con meno di 15 anni di età.

Vengono esaminate le attuali priorità di ricerca e, se necessario, ne sono definite di nuove. Il trasferimento delle conoscenze dalla teoria alla pratica è incentivato.

Incentivare la ricerca e il trasferimento di conoscenze

Le priorità della ricerca meritevoli di essere incentivate sono stabilite sulla base delle relative lacune in materia di conoscenze. Importanti lacune sussistono soprattutto nel campo della ricerca sui servizi sanitari che comprendono anche la prevenzione, nel senso di un'assistenza sanitaria globale. Il programma nazionale di ricerca «Assistenza sanitaria» (PNR 74) incoraggia pertanto a considerare gli aspetti della prevenzione delle malattie non trasmissibili.

Il trasferimento delle conoscenze dalla teoria e dalla scienza alla pratica è incentivato. I partner e la popolazione sono regolarmente informati in merito agli sviluppi e alle conclusioni più importanti.

L'innovazione nel settore della prevenzione delle MNT è sostenuta. Sono prioritari il sostegno scientifico ai progetti di prevenzione multisettoriali e riguardanti un insieme di fattori di rischio e i progetti volti al potenziamento dell'interfaccia tra promozione della salute e prevenzione.

Sostenere l'innovazione

In particolare, progetti innovativi concernenti le tematiche delle due aree d'intervento principali (AI 1 e AI 2) sono proposti e accompagnati a livello scientifico alfine di promuovere l'innovazione nell'ambito della prevenzione delle MNT. Nel settore della promozione della salute e della prevenzione primaria l'accento è posto su progetti di prevenzione multisettoriali e/o comprendenti tutti i fattori di rischio. Per quanto concerne la prevenzione nell'ambito della promozione della salute, dovranno essere incentivati progetti riguardanti le interfacce tra l'assistenza sanitaria e le offerte di prevenzione e di promozione della salute.

Questi progetti hanno l'obiettivo di raccogliere un gran numero di dati scientifici e di assicurare una transizione efficace verso offerte regolari e garantite a lungo termine. I fattori di successo che mirano a consolidare a lungo termine progetti pilota e innovativi sono sostenuti e messi a disposizione della pratica. Ciò permetterà di evitare che progetti rivelatisi efficaci siano interrotti e non siano trasposti nella pratica a causa dell'insufficienza di know-how e mezzi finanziari.

Il potenziamento del finanziamento da parte di PSCH e FPT è esaminato al fine di assicurare la promozione dell'innovazione.

5.6 Informazione e formazione (AI 6)

Descrizione area d'intervento

La strategia parte dal presupposto che le persone siano responsabili dei loro stili di vita e del loro comportamento. A tale scopo, la popolazione necessita di informazioni affidabili e adeguate all'età sulla salute, sul modo di preservarla e di ristabilirla nonché sui comportamenti nocivi o benefici per la salute. Solo una persona ben informata può impegnarsi con cognizione a favore della propria salute e di quella degli altri. È pertanto essenziale che l'intera popolazione, ma anche le persone in condizioni di vulnerabilità, siano sufficientemente sensibilizzate alle cause delle malattie non trasmissibili. I moltiplicatori come gli insegnanti o i datori di lavoro svolgono un ruolo decisivo nella trasmissione delle conoscenze.

Sono promosse le offerte di formazione per le persone che soffrono di malattie croniche e per i loro familiari volte a migliorare le competenze in materia di salute e l'autogestione della patologia. È tuttavia ugualmente essenziale che gli specialisti del settore sanitario acquisiscano le competenze necessarie grazie a formazioni di base e continue, nonché ad altre forme di trasmissione delle conoscenze.

Le necessità dei singoli gruppi di destinatari possono divergere notevolmente e anche la loro accessibilità è in parte molto variabile. Per esempio, nel quadro delle varie attività di prevenzione realizzate negli scorsi anni, sono già state prese in considerazione categorie quali: malati cronici e i loro familiari, persone svantaggiate a livello socioeconomico provenienti da un contesto migratorio, genitori di bambini in tenera età nonché specialisti del settore. Si tratta ora di consolidare tale base con una comunicazione attiva, trasparente, adeguata alle necessità, in linea con il contesto ambientale in cui vivono i gruppi di destinatari e sempre più concentrata su aspetti che comprendano tutti i fattori di rischio.

Sfide principali

I orientamenti principali indicati di seguito sono centrali per quest'area di intervento.

Orientamenti principali

Informare la popolazione

La popolazione è informata attivamente in merito alla problematica delle MNT, delle loro cause e dell'importanza di condizioni ambientali, di vita e di lavoro favorevoli alla salute. Alle persone in condizioni di vulnerabilità è garantito l'accesso a informazioni adeguate a questo gruppo specifico di destinatari.

Le misure di comunicazione informano e sensibilizzano la popolazione, introducendo nell'agenda pubblica tematiche specifiche e ragguagliano in merito alla problematica delle MNT, alle loro cause e alle possibilità d'intervento. Esse possono così aiutare a migliorare le competenze per la salute e a indurre mutamenti dell'atteggiamento e in parte anche del comportamento grazie all'interazione con altre misure. Possono infine contribuire a creare condizioni ambientali, di vita e di lavoro favorevoli alla salute.

Oltre alle misure di comunicazione rivolte all'intera popolazione, sono necessarie anche misure di informazione e sensibilizzazione mirate per persone in condizioni di vulnerabilità (p. es. migranti), alfine di migliorare le loro competenze per la salute conformemente alle loro necessità. I bambini e i giovani meritano particolare attenzione. Il loro sviluppo viene sostenuto in particolar modo rafforzando le loro risorse. La formazione e la funzione dei sistemi di sostegno a loro rivolti, ad esempio la famiglia e la scuola nonché i gruppi professionali che sono attivi in queste strutture, devono essere incentivate e consolidate.

Promuovere offerte di autogestione per i malati cronici

Con il coinvolgimento delle persone interessate, si promuovono offerte di formazione per i malati cronici e i loro familiari, volte a migliorare le competenze per la salute e l'autogestione.

Di pari passo con l'aspettativa di vita, aumenta anche il numero di persone che convive con una malattia cronica. Il sostegno alle persone colpite nel condurre una vita per quanto possibile lunga, autonoma e responsabile assume pertanto un'importanza cruciale e contribuisce anche a evitare o posticipare un'eventuale necessità di cure particolari.

In tale contesto, il miglioramento delle competenze per la salute e dell'autogestione delle persone malate e dei loro familiari è particolarmente urgente. Le persone interessate diventano così esperte della loro malattia. Per raggiungere questo obiettivo, le offerte esistenti fornite dalle organizzazioni dei pazienti, dalle leghe per la salute e da organizzazioni simili nonché le offerte di autoaiuto vanno potenziate e il loro finanziamento va approfondito. L'utilizzo di nuove tecnologie per migliorare le competenze per la salute e sostenere stili di vita che promuovono la salute va altresì preso in considerazione.

Gli specialisti del settore sanitario sono sostenuti nell'acquisire competenze in materia di prevenzione nell'ambito delle cure e nell'utilizzarle in modo efficace e adeguato alle esigenze.

Sostenere la formazione di base e continua degli specialisti del settore sanitario

La trasmissione delle conoscenze pratiche concernenti gli approcci in materia di prevenzione nell'ambito delle cure, ma anche delle competenze sociali, interculturali e comunicative deve essere rafforzata per offrire una consulenza globale sulla salute, fondata su conoscenze omogenee trasmesse agli specialisti del settore sanitario durante la formazione di base e continua. L'accento è posto sui colloqui motivazionali nonché sul percorso salute in quanto quadro d'orientamento globale per le prestazioni di prevenzione. È così perseguito un miglioramento delle interfacce e della collaborazione tra prevenzione e cure.

In questo contesto, si dovrà cominciare creando moduli integrati specifici nell'ambito dei diversi livelli di formazione (formazione di base e continua, perfezionamento professionale). A tal fine è necessario innanzitutto determinare lo stato attuale della trasmissione delle conoscenze e delle capacità in materia di prevenzione nell'ambito della formazione di base e continua, a livello universitario e non universitario, dei professionisti del settore sanitario. Possibili modalità di approfondimento delle competenze saranno determinate di conseguenza. Tali contenuti dovranno poi essere integrati nei cataloghi degli obiettivi didattici delle professioni mediche universitarie (tra cui odontoiatria, farmacia, chiropratica).

Per quanto concerne le professioni sanitarie a livello di scuole universitarie professionali (SUP), scambi attivi saranno avviati con le conferenze delle professioni, affinché le competenze preventive siano maggiormente rappresentate nei programmi di formazione di base e continua. È al vaglio altresì l'integrazione nei programmi quadro d'insegnamento per quanto concerne le professioni nell'ambito delle scuole specializzate superiori e della formazione di base. Dovrà essere infine esaminata anche la possibilità di proporre moduli interprofessionali rivolti agli specialisti del settore sanitario.

5.7 Condizioni quadro (AI 7)

Descrizione area d'intervento

Le condizioni ambientali, di vita e di lavoro vanno concepite in modo da sostenere le persone che adottano un comportamento favorevole alla salute («make the healthy choice the easy choice»). Le possibili misure di prevenzione strutturale sono molteplici. Oltre alle disposizioni legali (p. es.: definizione dei prezzi, disponibilità, pubblicità e imposizione di beni e servizi nocivi per la salute), vi rientrano altresì l'impegno dell'economia (p. es. codice di condotta o impegni volontari a favore di alimenti sani), la creazione di ambienti di vita favorevoli alla salute (p. es. promozione di piste ciclabili sicure e piacevoli, offerta di alimenti sani nelle mense aziendali e scolastiche, messa a disposizione di aree naturali e ricreative). Anche il rafforzamento di una politica sanitaria multisettoriale e delle pari opportunità contribuisce a migliorare le condizioni di vita.

Sfide principali

È noto che ad esempio le persone con un reddito basso o con un livello di formazione inferiore hanno meno possibilità di invecchiare in modo sano. È pertanto importante creare condizioni quadro in funzione delle esigenze che incrementino le possibilità di adottare stili di vita che promuovono la salute. Sono proprio le persone in condizioni di vulnerabilità a beneficiare maggiormente delle misure di prevenzione strutturali.

La salute dipende da diversi determinanti come ad esempio istruzione, reddito, qualità dell'aria, trasporti, economia, sicurezza. Non è solo la politica sanitaria a influire sulle condizioni quadro sociali. In virtù della complessità del tema e della molteplicità di influssi, altri settori della politica dovranno essere sensibilizzati sugli aspetti sanitari e coinvolti attivamente. Oltre a richiedere un coordinamento spesso dispendioso in termini di tempo e denaro, la collaborazione può essere complicata da conflitti in materia di obiettivi.

Orientamenti principali

I orientamenti principali indicati di seguito sono centrali per quest'area di intervento.

Le condizioni quadro sociali sono concepite e applicate in modo da contribuire alle pari opportunità e alla qualità di vita della popolazione, promuovendo degli stili di vita sani.

Consolidare le condizioni quadro favorevoli alla salute

Le condizioni quadro sociali devono essere per quanto possibile organizzate ai vari livelli dello Stato in modo tale da incentivare comportamenti favorevoli alla salute, all'attività fisica e alla mobilità. In tale contesto andranno per esempio rafforzate le infrastrutture che promuovono la salute come i quartieri con piste ciclabili sicure e piacevoli, parchi giochi nonché aree naturali e ricreative. È inoltre importante offrire alle persone alternative sane, interessanti e facilmente accessibili nell'ambito dell'alimentazione e dell'attività fisica. Ciò è reso possibile ad esempio da promesse d'azione volontarie degli ambienti economici che s'impegnano per una scelta sana nei due ambiti citati. A complemento di queste misure, è utile inoltre verificare che le basi legali esistenti siano applicate in modo ottimale e siano adeguate alle sfide attuali.

L'accesso alla promozione della salute e alla prevenzione deve essere garantito a tutti. Il principio delle pari opportunità sancito dalla Costituzione è così applicato nell'ambito della salute pubblica. Accessi facilitati e specifici per gruppi di destinatari sono offerti in particolare a persone in condizioni di vulnerabilità.

Le questioni inerenti alla prevenzione e alla salute sono sempre più spesso considerate nel quadro di una politica sanitaria multisettoriale.

Rafforzare la collaborazione multisettoriale

Le misure volte a contrastare le MNT sono interconnesse con molti ambiti della vita e della politica (p. es. economia, ambiente, istruzione, trasporti, pianificazione territoriale) e sono realizzati da un vasto numero di attori. È necessario pertanto garantire un buon coordinamento tra gli attori, sensibilizzandoli all'importanza della tematica della salute nel loro campo di attività. Le istanze decisionali di tutti gli ambiti dovranno pertanto essere sensibilizzati a prendere in considerazione gli aspetti con- cernenti la salute e ad assumersi responsabilità in questo ambito. Gli attori devono essere richiamati alla loro responsabilità sociale in materia di salute.

La collaborazione tra i diversi organi e settori politici nazionali e cantonali è mantenuta o ottimizzata, alfine di consolidare gli aspetti e le condizioni quadro inerenti alla salute. Sono promossi infine progetti, modelli e concetti pilota che applicano a livello globale l'approccio della politica sanitaria multisettoriale.

La Svizzera partecipa attivamente agli sforzi internazionali intrapresi per migliorare la salute della popolazione e coltiva lo scambio internazionale di esperienze.

Coltivare l'impegno a livello internazionale

La Svizzera sostiene attivamente gli sforzi intrapresi da OMS e OMS Europa nel prevenire e contrastare le malattie non trasmissibili e coltiva lo scambio internazionale, in particolare con l'UE. In tale contesto rientra la collaborazione alle raccomandazioni internazionali nell'ambito della politica in materia di alcol, tabacco, alimentazione e attività fisica. La Svizzera si adegua alle strategie e ai piani d'azione internazionali dell'OMS e dell'UE e si adopera tuttora per ratificare la convenzione dell'OMS sul tabacco (Convenzione quadro dell'OMS per la limitazione del consumo di tabacco; Framework Convention on Tobacco Control FCTC). A tale scopo il Parlamento dovrà adottare la legge sui prodotti del tabacco e un messaggio concernente la ratifica della convenzione.

6 Attuazione della strategia

La Strategia MNT con i suoi obiettivi, aree d'intervento e orientamenti principali è concepita per il periodo 2017-2024. Offre un quadro di riferimento agli attori statali e non statali impegnati nella prevenzione delle malattie non trasmissibili. Questo approccio è per- seguito anche nell'attuazione della strategia.

Elaborazione delle misure

Una volta adottata la strategia, Confederazione (UFSP), Cantoni (CDS), PSCH e altri attori interessati definiranno congiuntamente, a partire dal 2016, le misure necessarie, che saranno realizzate a partire dal 2017. Queste saranno approvate dal Dialogo "Politica nazionale della sanità". Inoltre, le misure della Confederazione saranno adottate dal Consiglio federale. Dove utile e possibile, le misure della Strategia MNT, della Strategia nazionale dipendenze e del progetto Salute mentale saranno elaborate congiuntamente. Saranno sviluppate fondandosi sul diritto federale e cantonale esistente e tenendo conto delle rispettive competenze.

Le misure dovranno partire da quanto già esistente, garantire la continuità e consolidare approcci che comprendano tutti i fattori di rischio e che si concentrino in particolare sulla prevenzione nell'ambito delle cure. Potranno essere orientate sui fattori di rischio, sugli ambienti come pure sulle fasi della vita. Le esperienze, le conoscenze e i risultati acquisiti con l'attuazione dei programmi di prevenzione precedenti confluiscono nelle misure future. La transizione a partire dalle misure e dalle strutture esistenti avviene in modo fluido.

Programmi cantonali

I programmi cantonali esistenti dovranno essere portati avanti e progressivamente adeguati a obiettivi, aree d'intervento e orientamenti principali della Strategia MNT.

Quantificare gli obiettivi

Gli obiettivi strategici saranno quantificati a partire dal 2016 in relazione con l'elaborazione delle misure e di concerto con gli attori interessati. Per ciascun obiettivo della Strategia MNT dovrà essere definito almeno un valore, da raggiungere in un arco temporale determinato. La definizione dei valori (quantificazione) serve a verificare l'efficacia della strategia e riflette altresì il grado di priorità delle misure. Il sistema di monitoraggio delle MNT raccoglierà gli indicatori corrispondenti e fornirà un rendiconto regolare dello stato dei lavori nella prospettiva del raggiungimento degli obiettivi.

Sostenere gli obiettivi strategici

Gli altri attori statali e non statali sono invitati ad allineare le proprie attività agli obiettivi della Strategia MNT e a svilupparle in modo tale da sostenersi e completarsi a vicenda. In linea di massima, la definizione individuale delle priorità è lasciata ai singoli attori.

Conferenza dei portatori di interesse

Come illustrato al punto 5.3, con l'attuazione (a partire dal 2017) viene istituita una conferenza dei portatori di interesse che tratta regolarmente il tema dell'attuazione della strategia e offre agli attori una piattaforma per uno scambio di esperienze. Essa fornisce la possibilità di presentare approcci efficaci, promuove lo sviluppo di progetti di attuazione specifici e potenzia la costituzione di reti e il trasferimento di conoscenze.

Coordinamento

Un comitato strategico di attuazione diretto da Confederazione (UFSP), Cantoni (CDS) e PSCH coordinerà l'attuazione della Strategia MNT a partire dal 2017, congiuntamente con rappresentanti di altri attori importanti.

Rapporto e valutazione

UFSP, CDS e PSCH riferiscono periodicamente al Dialogo "Politica nazionale della sanità" in merito alle fasi di attuazione finalizzate al raggiungimento degli obiettivi prefissati. I risultati e le conclusioni della conferenza dei portatori di interesse confluiscono in questo rapporto. Nel 2020, il Consiglio federale sarà informato in merito allo stato di attuazione della strategia con un rapporto intermedio. Nel 2023, l'attuazione sarà valutata in dettaglio per quanto concerne rilevanza, efficienza, economicità e sostenibilità delle misure. Un nuovo rapporto sarà sottoposto al Dialogo "Politica nazionale della sanità". Infine, il Consiglio federale sarà informato sull'evoluzione della strategia e deciderà in merito alle azioni successive da intraprendere. Se necessario potranno altresì essere effettuate valutazioni specifiche di determinati progetti.

Finanziamento

Il finanziamento dell'attuazione presso gli attori avviene tramite fondi propri o attraverso contributi di fondi già esistenti, messi a disposizione da Promozione Salute Svizzera o dal Fondo per la prevenzione del tabagismo.

La richiesta della fondazione Promozione Salute Svizzera di incrementare il contributo per la prevenzione generale delle malattie è attualmente (marzo 2016) al vaglio del DFI.

Allegato

Esempi

Promozione della salute e prevenzione (AI 1)

Prevenire i fattori di rischio

- Unternehmen rauchfrei – integrazione della prevenzione del tabagismo nella gestione aziendale della salute *http://www.unternehmenrauchfrei.ch/*
- MiniMove – bambini in movimento *http://www.ideesport.ch/it/progetti-bambini-e-giovani/mini-open-sunday/mini- open-sunday*

Promuovere approcci basati sulle fasi di vita e sul contesto ambientale

- Progetto MIAPAS di Promozione Salute Svizzera *http://promozionesalute.ch/public-health/alimentazione-e-attivita-fisica-nei- bambini-e-negli-adolescenti/focus-tematici/prima-infanzia.html*
- Scuole: Rete svizzera di scuole in salute *www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Schweizerisches-br-Netzwerk-br-Gesundheitsfoerdernder-br-Schulen/PXoYa/*
- Via – Promozione della salute in età avanzata *http://promozionesalute.ch/public-health/promozione-della-salute-in-eta- avanzata.html*
- M-Well – Progetto pilota salute in azienda *http://www.bag.admin.ch/themen/ernarung_bewegung/14489/in- dex.html?lang=it*

Rafforzare il sostegno alle persone in condizioni di vulnerabilità

- femmesTISCHE – programma di prevenzione e promozione della salute per donne provenienti perlopiù da un contesto migratorio. *http://femmestische.ch/*
- Hometreatment Aargau – Aufsuchende Familienarbeit *http://www.hota.ch/*

Prevenzione nell'ambito delle cure (AI 2)

Promuovere la prevenzione nell'ambito delle cure

- Il progetto pilota «Girasole» avviato nel Cantone Ticino coniuga «coaching salute» e «Paprica» e intende, in una fase successiva, ampliare il progetto all'intero percorso salute *www.gesundheitscoaching-khm.ch*, *http://www.paprica.ch*
- Prevenzione delle cadute *http://www.reumatismo.ch/Sturzpraevention?r=1, http://www.bpa.ch/it/per-gli-specialisti/prevenzione-cadute; http://promozionesalute.ch/public-health/promozione-della-salute-in-eta- avanzata.html*
- Eviprev – programma di incentivazione della prevenzione e della promozione della salute basate su dati scientifici nell'ambito degli studi medici *www.eviprev.ch*

Migliorare le interfacce tra prevenzione e cura

- Strategia eHealth Svizzera a partire dal 2018 – Integrazione della prevenzione nella cartella informatizzata del paziente *http://www.e-health-suisse.ch*
- Piattaforma Interprofessionalität – l'assistenza di base è assicurata in un contesto interprofessionale *www.interprofessionalitaet.ch*

Elaborare linee guida

- NICE Pathways – linee guida e standard di qualità *https://pathways.nice.org.uk*
- QualiCCare – elaborazione di standard di trattamento per diabete e COPD *www.qualiccare.ch*

Coordinamento e cooperazione (AI 3)

Sfruttare le piattaforme esistenti

- Giornata PAzCA *http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/10916/10922/15816/index.html?lang=it*
- Conferenza annuale actionsanté *http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/11260/15808/index.html?lang=it*

Istituire una conferenza dei portatori di interesse

- Manifestazione dei portatori di interesse nell'ambito delle MNT *http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/14877/15482/index.html?lang=it*

Finanziamento (AI 4)

Utilizzare i mezzi finanziari in funzione della strategia

- Convenzioni di programma secondo la Nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC)
- Verifica di possibili convenzioni di collaborazione (tra cui convenzioni sulle prestazioni, *memorandum of understanding)*

Rafforzare i settori con necessità d'intervento

- Finanziamento congiunto di progetti nell'ambito della politica sanitaria multisettoriale, p. es. Centro di servizi per la mobilità DATEC *http://www.are.ad-min.ch/dienstleistungen/00908/index.html?lang=it*

Chiarire il finanziamento delle prestazioni di prevenzione

- KIDSSTEP Obesity: *www.akj-ch.ch/de/fachpersonen/therapie-msitmgp.html*

Monitoraggio e ricerca (AI 5)

Istituire un monitoraggio delle MNT

- Sistema di monitoraggio alimentazione e attività fisica (MOSEB) *http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/index.html?lang=it*
- Dati dell'Ufficio federale di statistica nel settore della sanità *http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14.html (in tedesco e francese)*

Incentivare la ricerca e il trasferimento di conoscenze

- Programma nazionale di ricerca «Assistenza sanitaria» (PNR 74) *www.nfp74.ch (in tedesco e francese)*

Sostenere l'innovazione

- Fondo «Progetti innovativi» (Fondo PI) di Promozione Salute Svizzera *http://promozionesalute.ch/public-health/supporto-di-progetti/fondo-progetti-innovativi.html*

Informazione e formazione (AI 6)

Informare la popolazione

- Million Hearts® – Campagna di sensibilizzazione della popolazione alle malattie cardiovascolari *http://millionhearts.hhs.gov*
- Informazioni sulla salute rivolte ai migranti *http://www.migesplus.ch/it/*

Promuovere offerte di autogestione per i malati cronici

- Evivo – autogestione delle malattie croniche *www.evivo.ch*
- «Mobile Health» – misure della sanità pubblica supportate tra l'altro da dispositivi mobili, quali telefoni cellulari e dispositivi per il monitoraggio dei pazienti *www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00135/00218/00278/index.html?lang=it*

Formazione di base e continua degli specialisti del settore sanitario

- Armonizzazione delle competenze rilevanti degli specialisti del settore sanitario grazie all'elaborazione e all'attuazione di una legislazione coerente (LPMed, LPPsi, disegno LPSan) *http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/index.html?lang=it*
- Integrazione del «coaching salute» nell'ambito della formazione continua dei medici di famiglia e pediatri in collaborazione con l'Istituto svizzero per la formazione medica (ISFM)
  http://www.fmh.ch/it/formazione-isfm.html, www.gesundheitscoaching-khm.ch

Condizioni quadro (AI 7)

Consolidare le condizioni quadro che promuovono la salute

- Healthy Cities per un ambiente di vita favorevole alla salute *www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/ac- tivities/healthy-cities (in inglese)*
- actionsanté – mangiare meglio, più movimento *http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/in- dex.html?lang=it*
- *Test d'acquisto di alcol_http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/13088/14457/in- dex.html?lang=it*

Rafforzare la collaborazione multisettoriale

- Dialogo sull'integrazione della Conferenza tripartita sugli agglomerati in merito al tema «Prima infanzia - Chi inizia sano va lontano»
  http://www.dialog-integration.ch/it/
- Strategia per uno sviluppo sostenibile dell'Ufficio federale per lo sviluppo territoriale *http://www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00262/00528/index.html?lang=it*

Coltivare l'impegno a livello internazionale

- Convenzione dell'OMS sul tabacco (Convenzione quadro dell'OMS per la limitazione del consumo di tabacco; *Framework Convention on Tobacco Control FCTC*).
  http://www.bag.admin.ch/fctc/index.html?lang=it
- Elaborazione di una strategia per l'attività fisica di OMS Europa *www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/news/news/2015/01/whoeurope-first-region-in-the-world-to-develop-strategy-for-physical-activity*

Abbreviazioni

AI	Area di intervento
AI	Assicurazione per l'invalidità
AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
APVP	Anni potenziali di vita perduti
ARPS	Associazione svizzera dei responsabili cantonali per la promozione della salute
AVS	Associazione per la vecchiaia e i superstiti
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
FMH	Federazione dei medici svizzeri
FPT	Fondo per la prevenzione del tabagismo
GMC	Gestione delle malattie croniche (*chronic disease management, CDM*)
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
LPMed	Legge federale sulle professioni mediche universitarie
LPPsi	Legge federale sulle professioni psicologiche
LPSan	Legge federale sulle professioni sanitarie
MNT	Malattia non trasmissibile (ingl. *non communicable disease*, NCD)
MOSEB	Sistema di monitoraggio alimentazione e attività fisica
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
ONG	Organizzazione non governativa
PSCH	Promozione Salute Svizzera
RFA	Regìa federale degli alcool
SECO	Segreteria di Stato dell'economia
UE	Unione europea
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UFSPO	Ufficio federale dello sport
USAV	Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria
UST	Ufficio federale di statistica
WEF	World Economic Forum

Ringraziamenti

La Strategia MNT è stata elaborata in stretta collaborazione con numerosi attori. Il Consiglio federale e la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) desiderano ringraziare in particolar modo le istituzioni indicate di seguito per il loro impegno nell'elaborazione della Strategia MNT.

Associazione svizzera per la prevenzione del tabagismo (AT); fondazione Careum; Caritas Svizzera; Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP); Gli assicuratori-malattia innovativi (curafutura); Regìa federale degli alcool (RFA); Evidenz basierte Prävention und Gesundheitsförderung in der Arztpraxis (EviPrev); Vivere senza tabacco; Hochschule Luzern (HSLU); Promozione Salute Svizzera (PSCH); Interpharma; Cantone di Argovia (AG); Cantone di Basilea Campagna (BL); Cantone di Friburgo (FR); Cantone dei Grigioni (GR); Cantone di San Gallo (SG); Cantone Ticino (TI); Cantone di Vaud (VD); Cantone di Zugo (ZG); Kantonsapothekervereinigung (KAV/APC); lega svizzera contro il cancro/Oncosuisse; Collegio di medicina di base (KHM); Lega polmonare Svizzera; PAPRICA (physical activity promotion in primary care); Procap Svizzera – per persone con handicap; QualiCCare; RADIX; Lega svizzera contro il reumatismo; Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI); Schweizerische Adipositas-Stiftung (SAPS/FOSO); Fondazione Svizzera delle Associazioni Giovanili (FSAG); diabetesvizzera (ASD); Società Svizzera di Nutrizione (ssn); Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute (GELIKO); Fondazione Svizzera di Cardiologia (FSC)/CardioVasc Suisse; Associazione svizzera dei farmacisti (pharmaSuisse); Unione svizzera dei datori di lavoro (SAV); Federazione Svizzera della Associazioni professionali sanitarie (FSAS); Croce Rossa Svizzera (CRS); Solothurner Spitäler AG (soH); Spitex Verband Schweiz; Dipendenze Svizzera; Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH); Fondo per la prevenzione del tabagismo (FPT); Federazione degli assicuratori svizzeri (santésuisse); Federazione delle imprese svizzere (economiesuisse); Federazione dei medici svizzeri (FMH); associazione IG eHealth.

Glossario

Termine	Definizione
Approccio basato sull'ambiente	Un punto importante nella prevenzione delle MNT è rappresentato dal contesto (o ambiente) in cui agisce l'individuo. Questo ambiente è inteso come un sistema delimitato fondato sul contesto sociale, che esercita un'influenza sulla salute degli individui e dei gruppi che vi agiscono. Ne sono esempi la scuola, il posto di lavoro, il comune, il quartiere o il contesto sociale. Questo approccio si basa sulla constatazione che i problemi di salute sono generati dall'interazione tra le condizioni quadro socioeconomiche e culturali e lo stile di vita individuale. L'obiettivo di questo approccio è di organizzare questi ambienti in modo che abbiano un'influenza positiva sulla salute.
Approccio basato sulle fasi di vita	L'approccio basato sulle fasi di vita prende in considerazione l'intera vita di un individuo, suddividendola in fasi: infanzia e adolescenza, età adulta ed età avanzata. Mentre la crescita e uno sviluppo sano rappresentano la priorità nell'infanzia e nell'adolescenza (durante la quale è importante anche sviluppare stili di vita favorevoli alla salute), nell'età adulta si punta soprattutto a preservare la salute, a evitare le malattie, a contribuire alla vita sociale e alla produttività. Il mantenimento dell'indipendenza e della qualità di vita nonché la prevenzione delle disabilità e della dipendenza sono invece essenziali in un'età più avanzata. Le condizioni di riferimento nonché gli specialisti e gli interlocutori cambiano in funzione della fase di vita. Tali figure, agendo come moltiplicatori, influenzano in modo determinante gli stili di vita e le condizioni quadro dei singoli individui in materia di salute. Per i lattanti e i bambini in tenera età, le levatrici, i consulenti per madri e padri ma anche i pediatri o il contesto personale rappresentano gli interlocutori principali per questioni inerenti all'alimentazione alla cura del bambino, mentre nell'adolescenza le figure di riferimento principali si trovano nella scuola o nelle organizzazioni per il tempo libero.
Approccio basato su gruppi di destinatari	Per arrivare a sensibilizzare determinati gruppi di popolazione con offerte e messaggi specifici, è necessario agire e comunicare non solo a livello dell'intera popolazione, ma anche in modo più mirato, rivolgendosi a particolari gruppi di destinatari. Un gruppo di destinatari è un gruppo di persone con caratteristiche e necessità comuni e/o con situazioni di vita simili; questo approccio ne tiene conto per definire misure e obiettivi adatti a tale gruppo specifico. Nel contesto della prevenzione i gruppi sono in genere quelli che presentano maggiori rischi o dispongono di risorse più limitate. Esempi di gruppi di destinatari possono essere: giovani donne/uomini disoccupati, madri/padri single in aree deboli a livello socioeconomico, persone anziane in case di riposo, migranti ecc.
Autogestione	L'autogestione è un aspetto della competenza per la salute. In presenza di una malattia cronica, l'autogestione identifica anche un processo dinamico comprendente le capacità di un individuo di gestire in modo attivo e adeguato i sintomi, le conseguenze fisiche e psicosociali e i trattamenti della malattia cronica e di adattare di conseguenza il proprio stile di vita. L'autogestione può essere promossa e sostenuta con formazioni, tecnologie e programmi adeguati.
Carico di morbilità	Nel contesto della Strategia MNT, il termine «carico di morbilità» riunisce i concetti di decesso (prematuro) o mortalità, sofferenza cronica (morbilità) e peggioramento della qualità di vita.

Competenza per la salute	La competenza per la salute è la capacità individuale di prendere nella vita quotidiana decisioni che abbiano effetti positivi sulla salute.
Consulenza in materia di salute	La consulenza in materia di salute è una consulenza professionale che incentiva e sostiene processi di cambiamento a livello individuale sulla base di metodi scientificamente provati, di tipo essenzialmente psicologico e sociale (p. es. colloqui motivazionali). Essa persegue l'obiettivo di migliorare le competenze per la salute e quindi il senso di responsabilità dell'individuo. La consulenza in materia di salute affronta con un approccio globale la condizione di vita concreta e le necessità specifiche di singoli individui, sostenendoli a lungo termine nello sviluppo di competenze personali. Gli individui imparano ad agire in modo più efficace sulla loro salute e sulle loro condizioni di vita e a gestire i cambiamenti nelle diverse fasi della loro esistenza, con difficoltà, malattie e disabilità.
Decessi prematuri	Secondo la definizione dell'UST, i decessi prematuri (o mortalità prematura) sono misurati mediante il numero di anni potenziali di vita perduti (APVP). Gli APVP sono gli anni di vita persi nel corso di un anno solare in seguito a decessi avvenuti prima del compimento dei 70 anni.
Diagnosi precoce/ intervento precoce	La diagnosi precoce è una forma di diagnosi eseguita per identificare il prima possibile i sintomi delle malattie. Il loro trattamento è definito intervento/trattamento precoce.
Efficacia, appropriatezza ed economicità	Efficacia, appropriatezza ed economicità sono termini evocati con riferimento alla LAMal. Si tratta di criteri di qualità che le prestazioni devono soddisfare al fine di essere remunerate dalle casse malati. Al di fuori della LAMal sono di uso comune anche le espressioni «basato su dati scientifici» e «impiego efficiente dei fondi».
Fattori d'influenza (determinanti della salute)	«Fattori d'influenza» è l'iperonimo comprendente i fattori di rischio e i fattori di protezione che influenzano l'insorgere di una malattia.
Fattori di rischio	Fattori che, in ragione di un rapporto causale, aumentano la probabilità di ammalarsi di una MNT. Fattori di rischio legati al comportamento: tabagismo, consumo eccessivo di alcol, alimentazione non equilibrata, scarsa attività fisica Fattori di rischio fisiologici: ipertensione, iperglicemia, sovrappeso, obesità, ipercolesterolemia
Fattori di protezione	Fattori che, in quanto preventivi della malattia, limitano l'influenza dei fattori di rischio e rendono quindi meno probabile l'insorgenza della malattia. Si tratta per esempio di: alimentazione equilibrata, attività fisica, riposo adeguato, rete sociale di sostegno.
Malattie non trasmissibili (MNT)	Le malattie non trasmissibili (ingl. *non communicable diseases*; abbr.: NCD) son malattie non trasmissibili, non contagiose, che di norma hanno un decorso cronico e prolungato e sono influenzati dal nostro comportamente e contesto divita. Spesso sono dette infatti «malattie croniche» o «malattie della civilizzazione». La loro frequenza è in aumento tra la popolazione, soprattutto tra le persone più anziane. Cinque gruppi di malattie sono responsabili, oltre alle malattie psichiche, di una gran parte del carico di malattia in Svizzera: cancro, diabete, patologie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche e malattie muscolo-scheletriche. Queste MNT hanno un rapporto causale con quattro fattori di rischio molto diffusi e determinati degli stili di vita: alimentazione non equilibrata, scarsa attività fisica, tabagismo e consumo eccessivo di alcol.

Pari opportunità	Le pari opportunità nell'ambito della salute hanno l'obiettivo di far sì che tutte le persone possano sviluppare, gestire e preservare la propria salute, indipendentemente dalle differenze sociali, economiche, di sesso e di età. A tale scopo è indispensabile che le persone dispongano di un accesso equo e corretto alle risorse sanitarie.
Persone in condizioni di vulnerabili	Le persone in condizioni di vulnerabilità sono individui che presentano una maggiore incidenza dei fattori di rischio e un deficit di fattori di protezione. Le persone possono inoltre essere vulnerabili in seguito a una crisi puntuale (breve termine) o alle condizioni di vita (lungo termine). Una maggiore vulnerabilità a livello di salute può avere molteplici ragioni e può colpire ad esempio persone provenienti da fasce della popolazione con un difficile accesso alla formazione, persone con un reddito basso o assente o ancora persone svantaggiate a livello socioeconomico per motivi linguistici o culturali. Il sostegno mirato di persone in condizioni di vulnerabilità è particolarmente importante.
«Percorso salute»	Il «percorso salute» è un esempio concreto di consulenza in materia di salute. Si tratta di un processo standardizzato, coordinato e basato su dati scientifici che mira a portare la persona interessata e i fornitori di prestazioni a individuare un approccio personalizzato che faciliti il cambiamento degli stili di vita dell'individuo. Questo percorso non è riservato solo alle persone malate (prevenzione terziaria) e può essere seguito anche da persone che, in ragione del proprio stile di vita, sono maggiormente a rischio di sviluppare una MNT (prevenzione secondaria).
Prestazioni di prevenzione	Le prestazioni di prevenzione sono le offerte di consulenza dispensate da specialisti del settore sanitario.. Esse mirano a evitare o a ritardare l'insorgere delle MNT tra le persone maggiormente a rischio nonché a migliorare la qualità di vita degli individui già malati.
Prevenzione Prevenzione primaria, secondaria e terziaria	«Prevenzione» è l'iperonimo per tutte le misure che contribuiscono a ridurre l'insorgenza, la diffusione e gli effetti negativi delle malattie o dei problemi di salute. Le misure di prevenzione comprendono interventi a livello medico, psicologico ed educativo, controllo ambientale, misure legislative, lavoro di lobbying e campagne mediatiche. La prevenzione primaria si rivolge a diversi gruppi di popolazione, serve a creare ambienti di vita favorevoli alla salute, a migliorare le competenze per la salute e altri fattori di protezione nonché a ridurre i fattori di rischio, con l'obiettivo di evitare le malattie. La prevenzione secondaria si concentra sul riconoscimento e sull'intervento precoce in caso di rischio concreto e/o di primi segnali di una malattia e si concentra su singoli gruppi a rischio; La prevenzione terziaria mira a evitare la cronicizzazione e i danni secondari e a migliorare la qualità di vita nelle persone già colpite dalla malattia.
Prevenzione comportamentale e prevenzione strutturale	Con il termine «prevenzione comportamentale» s'intende il miglioramento della competenza per la salute in seno alla popolazione. Approcci comportamentali o individuali si rivolgono direttamente alla persona presso cui s'intende indurre un mutamento dell'atteggiamento o del comportamento. Con il termine «prevenzione strutturale» s'intende invece il miglioramento delle condizioni quadro sociali. Gli approcci comportamentali o strutturali mirano a creare un ambiente di vita favorevole alla salute.

Promozione della salute	La questione relativa alla distinzione tra promozione della salute e prevenzione primaria è tuttora controversa nell'ambito del dibattito a livello specializzato. La promozione della salute, analogamente a quanto accade nella prevenzione primaria, mira innanzitutto a rafforzare i fattori di protezione e a ridurre i fattori di rischio. Nella presente strategia i due termini sono impiegati come sinonimi.
Vulnerabilità	Il rapporto tra fattori di rischio e fattori di protezione è definito con il termine «vulnerabilità».

Le MNT in cifre

Malattie	Prevalenza/incidenza (in % della popolazione in Svizzera)	Costi diretti e indiretti [i] (in CHF)	Decessi prematuri [ii] (in %)	Sviluppo
Complessivamente 5 MNT[iii]	Multimorbilità Il 22 % di tutte le persone di oltre 50 anni Il 41 % di tutte le persone di oltre 80 anni Speranza di vita in buona salute a 65 anni: Uomini: 13,6 anni; donne: 14,2 anni (2012)	Costi med. diretti: 25,6 mld. Costi indiretti: 27,3 mld.	Uomini 49,9 % Donne 59,6 %	Incremento dell'importanza delle MNT in relazione ai decessi prematuri: tra il 1993 e il 2013, il tasso di decessi prematuri dovuti a una MNT (- 47 % per gli uomini; - 42 % per le donne) è diminuito in misura meno marcata rispetto ai decessi prematuri complessivi (- 51 % per gli uomini; - 44 % per le donne).
Cancro[iv]	Il 40 % delle persone si ammala di cancro nel corso della propria vita Nuove diagnosi di cancro ogni anno: Uomini: 20 634; donne: 17 942	Costi med. diretti: 4,0 mld. Costi indiretti: 5,8 mld.	Uomini 29,3 % Donne 45,1 %	Aumento del tasso di incidenza tra i 25 e i 64 anni: per gli uomini da 1 a 141 per il cancro al colon, da 0,3 a 197,1 per il cancro ai polmoni e da 0,1 a 357,1 per il cancro alla prostata; per le donne da 6,1 a 324,5 per il cancro al seno ogni 100 000 abitanti.
Diabete[v]	Il 4,7 % con diagnosi medica di diabete: uomini: 5,5 %; donne: 3,9 % Il 3,5 % sottoposti a trattamento medico negli ultimi 12 mesi: uomini: 4,4 %; donne: 2,7%	Costi med. diretti: 1,0 mld. Costi indiretti: 1,3 mld.	Uomini 1,2 % Donne 0,9 %	Aumento della prevalenza della diagnosi di diabete: dal 3,3 % (1997) al 4,7 % (2012).
Malattie cardiovascolari[vi]	Decessi dovuti a malattie cardiovascolari: uomini: 9719; donne: 11 793 Cure stazionarie: uomini: 53 208; donne: 67 549	Costi med. diretti: 10,3 mld. Costi indiretti: 6,4 mld.	Uomini 16,6 % Donne 10,5 %	Aumento della prevalenza dell'infarto acuto del miocardio: da 149,9 (2000) a 177,9 (2012) casi per 100 000 abitanti.
Malattie respiratorie croniche[vii]	Asma: Il 6,7 % degli adulti; il 7,4 % dei bambini COPD: il 9,1% delle persone tra 18 e 60 anni	Costi med. diretti: 1,6 mld. Costi indiretti: 1,6 mld.	Uomini 2,8 % Donne 3,2 %	Aumento della prevalenza di bronchite cronica/enfisema tra i 25 e i 64 anni: dall'1,2 % degli uomini e dal 2,3 % delle donne (25-34 anni) al 3 % degli uomini e al 4 % delle donne (55-64 anni)
Malattie muscoloscheletriche[viii]	Mal di schiena: 40 % uomini: 34,9 %; donne: 44,9 % Artrosi/artrite: 7,3 % uomini: 5,6 %; donne: 9,0 %	Costi med. diretti: 8,7 mld. Costi indiretti: 12,2 mld.	Uomini 0,3 % Donne 0,6 %	Prevalenza stabile del mal di schiena: 40,8 % (1992) e 40 % (2012) Calo della prevalenza di artrosi/artrite: 8,4 % (2007) e 7,3 % (2012)

Fattori di rischio legati al comportamento	Prevalenza (in % della popolazione a partire dai 15 anni in Svizzera)	Indicatori complementari scelti	Sviluppo
Alcol[ix]	Consumo cronico a rischio (ultimi 12 mesi): • Rischio elevato: 1 % • Rischio medio: 2,9 % • Rischio complessivo: 3,9 % Consumo episodico eccessivo (binge drinking): • Il 21 % almeno 1 volta/mese • Il 5,9 % almeno 2 volte/mese	Consumo di alcol a rischio (combinazione di consumo cronico e *binge drinking* una volta al mese): 22 % Mortalità: 1600 decessi all'anno dovuti all'alcol nella fascia d'età 15-74 anni (2011)	Sostanzialmente stabile: consumo di alcol a rischio In calo: consumo cronico a rischio tra le donne In aumento: *binge drinking*
Tabacco[x]	Fumatori (a partire dai 15 anni): % Fumatori abituali (tutti i giorni): 17,6 % Fumatori occasionali: 7,4 % Fumatori nella fascia di età 25-34 anni: 34,4 %	Esposizione al fumo passivo Più di un'ora al giorno: 6 % (18,6 % nella fascia di età 15-19 anni) Più di un'ora alla settimana: 35,1 % Desiderio di smettere: 52,7 % Mortalità: 9200 decessi all'anno dovuti al tabagismo (2012)	Sostanzialmente stabile su livelli elevati: aumento fino alla fine degli anni 1990 poi calo continuo fino al 33 % nel 2001 (Monitoraggio tabacco e avvio PNT) e fino al 25 % nel 2008. Da allora stagnazione. Esposizione al fumo passivo: riduzione dal 35 % (2001) al 6 % (2013) 2010 (10 %): introduzione della legge federale concernente la protezione contro il fumo passivo
Alimentazione[xi]	Raccomandazioni: consumare almeno due porzioni di frutta e almeno tre porzioni di verdura al giorno rispettate: 7 giorni/settimana: 11 % • uomini 6 % • donne 16,2 % parzialmente rispettate: 5 giorni/settimana: 8,2 %	Persone consapevoli della propria alimentazione: media 68 %; uomini 61 %; donne 75 % Consumo giornaliero di frutta tra i bambini/giovani di 11-15 anni: • ragazzi 38 % • ragazze 48 %	Adulti: consapevolezza alimentare stabile a un livello basso (1992-2012) Bambini/giovani di 11-15 anni: leggero incremento del consumo quotidiano di frutta (2002-2010): Ragazzi dal 31 % al 38 %; ragazze dal 41 % al 48 %
Attività fisica[xii]	Rispetto delle raccomandazioni: 72 % • uomi qni 76 % • donne 69,2 % Sedentarietà per più di 8,5 ore: • uomini 19 % • donne 12,2 %	Rispetto delle raccomandazioni tra bambini e giovani di 11-15 anni: • ragazzi 16 % • ragazze 9 % Percentuale di persone che effettuano un allenamento fisico (almeno 3 volte/settimana con sudore dovuto ad attività fisica): 28 %	Adulti: aumento del 10 % delle persone attive (2002 e 2012) Bambini/giovani di 11-15 anni: stabile (2002-2010):

Fattori di rischio fisiologici	Prevalenza (in % della popolazione a partire dai 15 anni in Svizzera)	Indicatori complementari scelti	Sviluppo
Sovrappeso, obesità[xiii]	Il 41 % sovrappeso e obesità (BMI ≥ 25) Il 30,8 % sovrappeso (25 ≤ BMI < 30) Il 10,3 % obesità (BMI ≥ 30) • Sovrappeso e obesità, uomini: 50 % • Sovrappeso e obesità, donne: 32 %	Bambini/giovani di 6-12 anni • Il 19 % sovrappeso e obesità • Il 7,1 % obesità Circonferenza addominale a rischio nei giovani di 15 e oltre: 53 % • Uomini: 48 % • Donne: 58,2 %	Adulti: aumento del sovrappeso e dell'obesità dal 30 % (1992) al 41 % (2012), con un forte incremento dell'obesità dal 5 % (1992) al 10 % (2012) Bambini/giovani di 6-12 anni: stabile (2002-2012):
Ipertensione[xiv]	Il 26,8 % con diagnosi medica: • uomini: 28 % • donne: 25,7 %	Diagnosi per fasce di età • Il 38,5 % delle persone tra 55 e 64 anni • Il 51,5 % delle persone tra 65 e 74 anni • Il 57,9 % delle persone oltre i 75 anni Assunzione di medicamenti contro l'ipertensione: 15,8 %	Aumento della prevalenza della diagnosi di ipertensione: dal 20,1 % (1997) al 26,8 % (2012)
Ipercolesterolemia[xv]	Il 17,4 % con diagnosi medica di ipercolesterolemia: • uomini: 19,1 % • donne: 15,7 %	Diagnosi di ipercolesterolemia per fasce di età • Il 31,8 % delle persone tra 55 e 64 anni • Il 38,4 % delle persone tra 65 e 74 anni • Il 29,0 % delle persone oltre i 75 anni Assunzione di medicamenti contro l'ipercolesterolemia: 8 %	Aumento della prevalenza della diagnosi di ipercolesterolemia: dal 11,8 % (1997) al 17,4 % (2012)

[i] **Costi diretti e indiretti**: i costi medici diretti sono i costi generati da trattamenti come medicamenti, ospedalizzazione ecc.; i costi indiretti derivano soprattutto da perdite di produttività come assenze dal lavoro dovute a malattia; Wieser S. et al. (2014) Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW): *http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=it*

[ii] **Decessi prematuri**: anni potenziali di vita perduti tra il 1° e il 70° anno di vita; statistica delle cause di decesso, UST, anni potenziali di vita perduti: *http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html; http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/00/09/blank/ind42.indicator.420018.420005.html;*

[iii] **Complessivamente 5 MNT** (multimorbilità): insorgenza contemporanea di due o più patologie croniche (5 MNT più depressione, demenza, cataratta e morbo di Parkinson); Obsan Bulletin 4/2013: Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren; rilevamento dei dati: SHARE. *http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2013-04_d.pdf;* statistica delle cause di decesso, UST, anni potenziali di vita perduti: *http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html*; Osservatorio svizzero della salute (edit.) (2015), La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015, Berna: Hogrefe Verlag

[iv] **Cancro:** Krebs in der Schweiz, Stand und Entwicklung von 1983–2007, UST/NICER (2011). *http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/05/dos/01.html;* NICER, Nationales Institut für Krebsepidemiologie und -registrierung, Krebsinzidenz. Valori 2012. *http://www.nicer.org/de/statistiken-atlas/krebsinzidenz/*; Osservatorio svizzero della salute (edit.) (2015), La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015, Berna: Hogrefe Verlag

[v] **Diabete:** costi indiretti del diabete senza conseguenze patologiche secondarie; Indagine sulla salute in Svizzera 2012, UST. *http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/*

[vi] **Malattie cardiovascolari:** Decessi: numero, sviluppo e cause, UST, 2015. Valori 2013. *http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html;* Gesundheitsstatistik 2014, UST, Neuchâtel 2014. *http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/publikationskatalog.html?publicationID=5765;* Osservatorio svizzero della salute (edit.) (2015), La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015, Berna: Hogrefe Verlag

[vii] **Malattie respiratorie croniche:** Leuenberger P. (2015) Air pollution in Switzerland and respiratory disease in adults, Sapaldia study, Schweiz Rundsch Med Prax 1995; 84:1096–11000; Robertson, CF et al. {1993) International comparison of asthma prevalence in children: Australia, Switzerland, Chile. Pediatr Pulmonol 1993;16:219–225; Bridevaux, P-O et al., Long-term decline in lung function, utilization of care and quality of life in modified GOLD stage 1 COPD. Thorax. 2008;63:768–74 (SAPALDIA); Osservatorio svizzero della salute (edit.) (2015), La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015, Berna: Hogrefe Verlag

[viii] **Malattie muscoloscheletriche:** indagine sulla salute in Svizzera 2012, UST: *http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/*

[ix] **Alcol:** monitoraggio svizzero delle dipendenze: Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2013, *www.suchtmonitoring.ch,* 2013; Marmet, S. et al (2013), Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011, Dipendenze Svizzera

[x] **Tabacco:** monitoraggio svizzero delle dipendenze: Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2013, *www.suchtmonitoring.ch,* 2013; Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz 1995–2007, UST 2009

[xi] **Alimentazione:** indagine sulla salute in Svizzera 2012, UST: *http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/;* Monitoraggio svizzero delle dipendenze (MOSEB), indicatore 2.1: comportamento alimentare della popolazione adulta residente in Svizzera (consumo di frutta e verdura) *http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07859/index.html?lang=it*; Stamm, HP. et al. (2012) Analyse der Studie Health Behaviour of School-aged Children (HBSC) unter den Aspekten von Ernährung und Bewegung, Zurigo

[xii] **Attività fisica:** indagine sulla salute in Svizzera 2012, UST: *http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/*; Stamm, HP. et al. (2012) Analyse der Studie Health Behaviour of School-aged Children (HBSC) unter den Aspekten von Ernährung und Bewegung, Zurigo

[xiii] **Sovrappeso, obesità:** definizione di Body Mass Index (BMI): peso corporeo in kg/altezza in m^2; definizione circonferenza addominale a rischio: ≥80 cm per le donne e ≥94 cm per gli uomini; indagine sulla salute in Svizzera 2012, UST *http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/;* Murer, SB. et al. (2014) Pediatric adiposity stabilized in Switzerland between 1999 and 2012, Eur J Nutr. 2014, 53:865-875; Chappuis, A. et al. (2011), Swiss survey on salt intake: main results. CHUV, Losanna

[xiv] **Ipertensione:** indagine sulla salute in Svizzera 2012, UST: *http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/*

[xv] **Ipercolesterolemia:** indagine sulla salute in Svizzera 2012, UST: *http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/*