



EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Indice

vol. 34, n. 1, gennaio-marzo 2011

	5	<i>In questo numero</i>
<i>Editoriale</i>	7	Nuovo titolo, radici antiche Lamberto Briziarelli
	11	Promuovere salute e sviluppo: colmare il deficit di sviluppo Glenn Laverack
<i>Articoli</i>	14	Cure primarie e epidemie delle malattie croniche. La vera sfida per la sanità distrettuale Gavino Maciocco
	28	Il medico che promuove la salute: co- ricerca sulle dimensioni della qualità Carlo Romagnoli, Mario Berardi, Fulvio Forcignanò, Fabrizio Germini, Piero Grilli, Luca Tedeschi, Erminia Battista, Michela Cardamone
	39	La Casa della salute, un presidio della rete del Servizio sanitario nazionale Bruno Benigni
	50	Gestione del rischio clinico nelle cure primarie Damiano Parretti
	64	Cure primarie, distretto, integrazione. Un sistema di buone pratiche Filippo Antonio Bauleo, Paola Beatini, Giancarlo Pocetta
	75	La psichiatria di collegamento ed il circuito delle cure primarie: l'esperienza di Spoleto Alessandro Petrucci, Chiara Onofri, Silvio D'Alessandro
	83	Promozione dell'accesso agli screening attraverso interventi di comunità: il progetto "Educatori alla Salute nella Comunità" Mauro Palazzi, Chiara Reali, Antonella Bazzocchi

<i>ERRATA CORRIGE</i>	90	Integratori e farmaci nello sport agonistico Riccardo Tominz, Kyriakos Tsapralis, Matteo Bovenzi, Auro Gombacci, Alessandro Vegliach
<i>Recensioni</i>	94	Recensioni
<i>Schede</i>	98	Schede
<i>Documenti</i>	102	Cure primarie: mettere al primo posto le persone
	112	La nuova sanità pubblica: il ruolo e l'impegno degli igienisti
<i>Notiziario</i>	122	a cura di Giancarlo Pocetta OMS - Giornata Mondiale della Salute 2011 / Festival Inter- nazionale del Giornalismo a Perugia: un palcoscenico per la salute / Terza conferenza europea sulla <i>Scuola promotrice di salute</i> / Integrazione tra scuola e comunità a Padova il XIII convegno nazionale dei centri interculturali / Due iniziative dell'European Childhood Obesity Group (ECOG) / Aggiornamenti dal Progetto COMPHP / Disponibili i dati HBSC- Italia 2010 sulla percezione della scuola negli adolescenti italiani / Corsi di formazione al Centro sperimentale per l'Educazione Sanitaria, Università degli studi di Perugia / ULTIM'ORA: Nuovo sito web EuroHealthNet www.eurohealthnet.eu

Editoriale

Nuovo titolo, radici antiche

New title, old roots

Lamberto Briziarelli

Educazione sanitaria e promozione della salute, giornale scientifico del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università di Perugia – a seguito del processo di ammodernamento di cui abbiamo parlato nel numero 4 del 2010 – ha deciso di cambiare nome; il processo di revisione e di allargamento della base culturale attorno ai temi principali della nostra rivista, il dibattito avviato agli inizi – e perfezionato verso la fine – del 2010 hanno evidenziato anche la necessità di esplicitare l'evoluzione nel modo più evidente possibile.

Non è una sorpresa tuttavia, per il lettori più affezionati, perché questo fatto è già avvenuto più volte, da quando nel 1956, Alessandro Seppilli e Carlo Sganga, medico provinciale, crearono, all'interno della Rivista di biologia diretta da Aldo Spirito, una pubblicazione su un oggetto assolutamente nuovo che chiamarono *Educazione sanitaria*. Passando poi a *Educazione sanitaria e medicina preventiva* e quindi da ultimo a *Educazione Sanitaria e Promozione della salute*.

Ma soprattutto non stupisce coloro che sono stati più vicini alla vita ed alle vicissitudini culturali del Centro sperimentale e del suo fondatore, della sua scuola, la peculiarità dei quali è stata sempre la stretta connessione con il mondo contemporaneo, adeguando indirizzi della ricerca ed attività didattiche alle sue modificazioni. Nel mettere per quanto più possibile in atto il motto dell'Igiene *Rerum conoscere causas*.

Educazione sanitaria nasce nella temperie dell'immediato dopoguerra, subito dopo la normalizzazione formale del Paese con la Costituzione e la creazione dei primi governi repubblicani, sulla spinta dell'Organizzazione mondiale della Sanità che promuove la cre-

azione a Parigi dell'Unione Internazionale per l'educazione sanitaria e, in Italia, del Centro Sperimentale. L'intento è chiarissimo: accanto alla riaffermazione della centralità dell'uomo e di una nuova educazione civica – dopo i trascorsi del lungo sonno della dittatura – anche nel campo della salute viene data la massima attenzione al ruolo della persona, nell'assumere i diritti dettati dall'art. 32 della Carta Costituzionale ma non accettandoli in quanto concessi dal sovrano ma assumendoli in piena responsabilità e conoscenza da parte di ciascun individuo. Diritti universali, si badi, non dei soli cittadini.

Con i cambiamenti del quadro nosografico, la rapida diminuzione della mortalità per malattie infettive e la crescita delle patologie cronico degenerative, la dimostrazione dell'insufficienza a fronteggiare il nuovo da parte di una medicina totalmente concentrata sulla cura, in qualche modo racchiusa in uno scientismo tecnologico e farmacologico si apre un vasto dibattito culturale e politico, ma anche economico, in particolare sui costi e l'inefficienza di una sanità tripartita tra ospedali, mutue e servizi di igiene pubblica. Nel momento della lotta contro l'istituzionalizzazione, i movimenti di liberazione della donna, del lavoro, della scuola, a seguito anche delle denunce degli intellettuali come Marcuse, Illich, Basaglia e Goffman e molti altri, al titolo *Educazione sanitaria* si aggiunge *Medicina Preventiva*.

Interpretando ancora una volta da vicino le spinte del Paese a realizzare sempre meglio la Costituzione, con la legge 833 e l'avvio della costruzione del Servizio Sanitario Nazionale. La prevenzione, lasciata solo negli Uffici comunali di Igiene e nei Laboratori provinciali di igiene e profilassi, deve divenire parte integrante dell'intera medicina; tutto ciò che si occupa della salute deve divenire la nuova Sanità pubblica, che non può più essere solo quella dei prefetti della salute e degli Ufficiali sanitari. La medicina, tutti gli operatori sanitari debbono occuparsi allo stesso tempo di prevenzione, cura e riabilitazione, l'assistenza sanitaria di base ed il livello comunitario diventano temi preminenti del lavoro della rivista.

E poi, rapidissimamente, nel susseguirsi incredibile dei cambiamenti della parte finale del "secolo veloce", *Educazione sanitaria e Promozione della salute*. La constatazione che i servizi sanitari, sia pure rinnovati almeno sulla carta ma non in tutto il loro corpo enorme, non sono in grado di assicurare la salute pur contrastando efficacemente la malattia, apre la strada al discorso sui determinanti ed inizia il lungo percorso da Ottawa a Bangkok, passando da Sundsvall e Rio de Janeiro, Adelaide, Giakarta, Mexico City.

Preminenti divengono così anche le problematiche ambientali e una prima apertura alle questioni economiche.

Ed eccoci all'ultima tappa, l'ultimo cambiamento resosi necessario dagli sconvolgimenti che hanno travolto l'intero sistema di incerti equilibri – forse si potrebbe meglio chiamarli equivoci – si cui in qualche modo si reggeva il sistema mondiale, a fronte dei due maggiori elementi che determinano i rapporti tra popoli e stati, tra continenti: la globalizzazione,

con i suoi effetti positivi e negativi, un'economia drogata e priva di ogni controllo, lasciata libera come le briglie di un cavallo imbizzarrito. Il neo-liberismo che ha dominato l'ultimo scorcio del "secolo breve" ha comportato (essendone anche una delle cause principali) il peggioramento di tutti gli indici di salute della maggior parte dei Paesi nel mondo – con poche eccezioni – l'aumento esponenziale delle disuguaglianze fra e all'interno dei Paesi, il galoppante allargamento dei nuovi flagelli infettivi, la disgregazione di interi contesti sociali; ma anche la lotta fra etnie e religioni, il trionfo di molti integralismi.

E dunque la fortissima evidenza che i problemi della salute, traguardo per molti sempre più lontano nonostante tutti i progressi sul piano scientifico e tecnologico, non possono essere affrontati e possibilmente risolti se non "facendo sistema" fra tutti gli insiemi che compongono le società moderne, sempre più complesse; interconnesse con i mezzi di comunicazione ma totalmente dissociate fra loro e al loro interno nei programmi e nelle direzioni dello sviluppo.

E dunque il nuovo titolo sarà *Sistema Salute. Cultura, ricerca, educazione, promozione*. Purtroppo, per motivi burocratici esso comparirà solo nei prossimi numeri.

Al concetto di fare *sistema* degli insiemi di tutti i portatori di interesse verso la salute, abbiamo aggiunto quattro parole chiave, sulle quali ci siamo interrogati a lungo e che ci sembrano tutte altrettanto importanti e indispensabili: cultura, ricerca, promozione, educazione.

C'è *in primis* bisogno di una nuova *cultura* della salute, costruita "insieme", in un vero meticcio e non solo nel confronto dei diversi specialismi. Si pensi alla necessità di ragionare e di riflettere, di sviluppare idee e formulare proposte sui rapporti tra economia e salute, sui rispettivi vantaggi e svantaggi. Una cultura che non può essere fatta solo dagli addetti ai lavori ma che utilizzi anche il prodotto del lavoro degli altri soggetti che, sia pure con gradienti diversi di significatività, incidono sullo sviluppo della società e sul formarsi delle opinioni.

Naturalmente, le basi del nostro lavoro non possono essere che quelle della conoscenza fondata sulle certezze della *ricerca*, sulla necessità che solo le evidenze, empiriche e sperimentali, debbano guidare le azioni degli operatori, sia nel campo delle professioni che in quello sociale. Ma nell'affrontare tutte le problematiche che determinano, positivamente e negativamente la salute, il tradizionale paradigma prevalente, bio-medico, sempre meno efficace sul piano della promozione, deve essere associato non solo quello bio-psico-sociale già da tempo oggetto di riflessione sulla nostra rivista bensì molti altri apporti culturali che hanno già da tempo iniziato un proprio percorso su questo oggetto.

Gli indirizzi della *promozione*, da Ottawa in avanti, rimangono l'imperativo categorico del fare sistema, che impegnano tutti i comparti sociali nello sviluppo di una politica pubblica di salute e del riorientamento dell'intero sistema dei servizi, non solo quelli sanitari.

Ed infine l'*educazione* o le educazioni, senza aggettivi, elemento fondante di una società di individui "liberi e responsabili", come affermato autorevolmente da Zagrebelsky. Un pro-

cesso di elevazione culturale – che si lega ancora una volta all'esercizio dei diritti costituzionali – verso l'assunzione di una completa responsabilità, come definita altrettanto autorevolmente da Jonas. Libertà legata alla conoscenza, al sapere, quindi resistente agli imbonimenti, alle suggestioni ingannevoli ed illusorie del mercato, alla propaganda proveniente da interessi precostituiti, capace di portare a scelte autonome, indipendenti. E quindi all'assunzione di responsabilità nella piena cognizione delle ragioni per cui si sceglie. Verso le istituzioni, verso i politici ed i partiti, verso gli altri comparti del sociale. Un processo di crescita culturale operato dalla "società che educa" di Tourain, che avviene lungo tutto l'arco dell'esistenza, nei due luoghi principali del nostro "ubi consistam" quello della vita e quello del lavoro. E dunque in primo luogo la famiglia, struttura fondamentale della società ma in tutte le altre cellule in cui si articola il corpo sociale e poi la scuola, luogo del lavoro dei minori, e l'impresa, pubblica o privata, artigianale o industriale, commerciale o terziaria, formale o virtuale. Un processo immane di crescita che riguarda anche i soggetti presupposti, o auto-supposti, informati. L'insieme dei politici dovrà riflettere sul rapporto con il prodotto della ricerca, sul loro essere al di sopra del giudizio dei cittadini e sul come invece rapportarsi ad essi, in questo processo di ulteriore emarginazione, degli uni dagli altri. E' un cammino arduo, che potremo portare avanti solo se tutti coloro che hanno aderito al nostro progetto seguiranno a camminare con noi, a sostenerci ed aiutarci.

Promuovere salute e sviluppo: colmare il deficit di sviluppo

Promoting health and development: bridging the development gap

Glenn Laverack

Direttore di Health Promotion, School of Population Health, University of Auckland, New Zealand

Riportiamo parti dell'editoriale del n.2/2010 di Global Health Promotion, a firma Glenn Laverack, che - partendo dalla Conferenza di Nairobi del giugno del 2009 - riporta interessanti considerazioni in merito alla discussione che già da tempo abbiamo iniziato attorno allo sviluppo della Promozione della salute. In particolare gli aspetti relativi alla maggiore attenzione verso i determinanti sociali della salute ed il necessario coinvolgimento della società civile e dei responsabili politici.

Per molti anni, la promozione della salute è stata pesantemente legata a strategie delle scienze del comportamento ed all'educazione sanitaria, nel tentativo di aumentare la conoscenza ed il cambiamento dei comportamenti individuali. Il focus era puntato su soluzioni per migliorare la salute quali l'attività fisica ed una migliore dieta. E' tempo di andare oltre queste soluzioni ed è tempo dell'azione. Fin dalla Carta di Ottawa (1) non c'è stata migliore opportunità per la promozione della salute per affermare la sua posizione come dominio professionale di primo piano per rendere capace la gente di agire in rapporto con la propria salute. La promozione della salute facilita il processo di *empowerment* lavorando con la gente in modo da farla giungere ad un migliore controllo sui determinanti della propria salute. La promozione della salute è connessa con la redistribuzione del potere e con la lotta alle disuguaglianze in salute. Vanno in questo senso anche i principi centrali del rapporto del 2008 della "Commissione sui determinanti sociali della salute" [...] (2).

Gli strumenti pratici sono forniti attraverso le molte attività che aumentano le risorse ed i contributi degli altri. Essi comprendono le conoscenze di base (*health literacy*, l'educazione e la formazione ma in particolare le forme dell'organizzazione sociale e l'azione collettiva che i promotori di salute intraprendono come costruzione della formazione comuni-

taria. Per convincere gli altri, la promozione della salute deve fornire prove irrefutabili del come essa possa indirizzarsi direttamente ai determinanti sociali della salute.

Uno dei maggiori ostacoli al pieno dispiegamento del potenziale della promozione della salute è stata la sua incapacità di colmare il fossato della messa in opera, specialmente nei confronti di concetti chiave come il potenziamento delle comunità. Questo è stato il tema della Conferenza di Nairobi: “Promuovere salute e sviluppo: colmare il fossato della messa in opera” [...].

Uno dei principali risultati della conferenza è stato il *Nairobi call for action* (appello all'azione, ndr) che “individua le strategie e gli impegni chiave richiesti urgentemente per colmare il deficit della messa in opera nel campo della salute e dello sviluppo, attraverso la promozione della salute”. Le principali strategie ed azioni sono state presentate in cinque sottotemi: Il rafforzamento delle capacità per la promozione della salute, Il potenziamento dei sistemi sanitari, Partnership ed azione intersettoriale; Potenziamento delle comunità, Educazione sanitaria e comportamenti salutari [...].

Il proposito di molte delle azioni proposte è quello di rafforzare i sistemi al di fuori del campo della promozione della salute od anche delle strategie usate nella ambito della promozione della salute, come l'*health literacy*. Creare competenze per la promozione della salute è solo l'inizio. E' necessario un cambiamento nella pratica per affrontare direttamente temi politici spinosi, che riguardano i determinanti della salute radicati nella povertà, la mancanza di potere e le disuguaglianze [...].

Il *call for action* è stato scritto per raggiungere ognuno e tuttavia corre il rischio reale di divenire responsabilità di nessuno. E' quindi necessario il coinvolgimento di tutti gli stakeholder per usare il potenziale non sfruttato della promozione della salute e rendere i suoi principi di *empowerment* e di equità integrati nell'agenda della politica e dello sviluppo. L'esperienza della Carta di Ottawa ha dimostrato che un documento sulla strategia ha migliori possibilità di successo quando è sostenuto da un “movimento” dei professionisti e della società civile.

Perché questo avvenga necessita urgentemente un piano di azione che stabilisca chiaramente compiti, responsabilità e tempi. Alcuni dei concetti chiave emersi a Nairobi vanno intesi come piste veloci. Un esempio è quello del come operare la transizione dall'educazione sanitaria alla promozione della salute.

Il *call for action* è una partenza significativa ma è necessario un maggiore impegno dei professionisti della sanità, dei politici e della società civile sul come applicare queste raccomandazioni. Il testo usa una terminologia che potrebbe essere attraente per i finanziatori e i responsabili politici, come “rivitalizzare l'assistenza di base”, “politiche pubbliche favorevoli alla salute” e “sfide mondiali come il cambiamento climatico” ma il testo è troppo lungo [...].

Altri incontri con gli stakeholder potrebbero essere utili per fornire maggiori dettagli, ad esempio, sul come ottenere finanziamenti durevoli e azioni di livello politico in ciascuno dei sub-temi, sia nazionalmente che regionalmente.

Con maggiore impegno la conferenza di Nairobi potrebbe essere ricordata come punto di svolta in cui la promozione della salute si allinea con altri per affrontare le disuguaglianze e i determinanti sociali della salute.

Altrimenti, questo avvenimento potrà essere ricordato come un'opportunità mancata, nel momento in cui il pensiero contemporaneo avrebbe potuto essere recettivo per l'integrazione della promozione della salute. Cosa succederà dipende dalle scelte effettuate dalle professioni della promozione della salute nel loro insieme e dai risultati dei conseguenti incontri e conferenze.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization (WHO). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO; 1986.
2. World Health Organization (WHO). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commissions on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.

Articoli

Cure primarie e epidemie delle malattie croniche. La vera sfida per la sanità distrettuale

Primary care and chronic disease epidemics. The real challenge for health district

Gavino Maciocco

Dipartimento di sanità pubblica. Università di Firenze

Parole chiave: cure primarie, modello, malattie croniche, sanità distrettuale

RIASSUNTO

Obiettivi: individuare un modello di cure primarie costruito sulla base dell'approccio comunitario e di sanità pubblica (valutazione dei bisogni della comunità, partecipazione dei cittadini, lotta alle disuguaglianze nella salute, interventi di prevenzione primaria) e in funzione dei bisogni e dell'empowerment dei pazienti (accessibilità, informazione, proattività, self-care).

Metodologia: alla luce degli sviluppi culturali internazionali relativi all'assistenza sanitaria di base e delle conseguenze del radicale cambiamento economico-politico mondiale sui sistemi sanitari, sono analizzati i fattori epidemiologici, sociali ed organizzativi che rendono urgente e improcrastinabile un radicale rinnovamento delle cure primarie.

Risultati: è presentato un modello di cure primarie caratterizzato da:

- un team multiprofessionale e multidisciplinare in grado di fornire da una parte prestazioni cliniche di qualità e dall'altra una vasta gamma di interventi preventivi e di promozione della salute in una prospettiva di medicina "proattiva";
- la presenza di strutture edilizie e di infrastrutture tecnologiche (informatiche e diagnostiche) in grado di supportare adeguatamente team numericamente consistenti (di cui al punto precedente);
- un servizio di sanità pubblica in grado di presidiare l'organizzazione generale delle cure primarie, di sostenere tecnicamente – in un contesto partecipativo – la valutazione dei bisogni, la scelta delle priorità e la programmazione, il monitoraggio e la valutazione degli interventi.

Key words: primary care, model, chronic diseases, health district

SUMMARY

Objective: a radical renewal of primary health care is urgent and cannot be delayed. On one hand it offering services in line with the needs of the population and create the conditions for the empowerment of the same (accessibility, information, proactive, self-care). On the other hand preserving the community and public health approach (community needs, citizens participation, health inequalities, primary prevention).

Methodology: review of the new social-cultural changes in primary care in several countries and analysis of the epidemiological trends.

Results: the necessary steps should include:

- a multitask and multidisciplinary team able to provide high quality clinical services together with a wide range of health promotion and preventive services in the framework of a “proactive health care”;
- physical infrastructure fully equipped with informatics and diagnostic equipment to support the team mentioned above;
- a public health service capable of managing the overall primary care system, providing technical support to the process from the beginning to the end (needs assessment, within a participative framework; priority setting; monitoring; evaluation and reporting).

The full realization of this model requires time, probably, a long period.

Il medico che promuove la salute: co- ricerca sulle dimensioni della qualità

The health promoter practitioner: co-research on quality dimensions

Carlo Romagnoli

Coordinatore aziendale per la promozione della salute, ASL 2 Umbria

Mario Berardi, Fulvio Forcignanò, Fabrizio Germini, Piero Grilli, Luca Tedeschi
Medici di medicina generale, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

Erminia Battista

Referente Dipartimento di prevenzione, ASL 2 Umbria

Michela Cardamone

Borsista, Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: qualità, promozione della salute, medicina generale

RIASSUNTO

Obiettivo: nel quadro del programma regionale “Guadagnare salute” e sulla base del lavoro svolto in Umbria nell’ultimo decennio per migliorare la qualità dell’assistenza sanitaria tramite la individuazione condivisa delle dimensioni importanti della qualità per assistenza sanitaria ospedaliera, interventi di prevenzione ed interventi di promozione della salute, abbiamo voluto individuare in modo condiviso anche dimensioni e standard di qualità per il medico che promuove la salute.

Metodologia: attivazione di un gruppo di coricerca con mmg e operatori della AUSL 2 di Perugia che ha applicato focus group e metodo Delphi per condividere significato, rilevanza e sostenibilità delle dimensioni di qualità proposte.

Risultati: le dimensioni che danno qualità al medico che promuove la salute e sono al contempo rilevanti e sostenibili sono rappresentate da efficacia teorica, accettabilità per il cittadino, approccio relazionale, modalità di informazione, omogeneità, mentre coinvolgimento, adeguatezza del contesto operativo, copertura, continuità e valutabilità sono risultate rilevanti ma non sostenibili da parte del mmg in quanto legate alle funzioni integrative affidate al distretto ed ai centri di salute. Per ogni dimensione sono state fornite definizioni condivise e standard minimali e di riferimento. I risultati della co - ricerca sono ora sottoposti alla validazione degli mmg e dei cds ed alla sperimentazione all’interno di un programma di promozione della salute.

Keywords: quality, health promotion, general practice

SUMMARY

Objective: to share the dimensions and quality standards elaborated in the regional program "Gaining Health" and on the basis of work done in last decade in Umbria to improve the quality of healthcare through the identification of shared dimensions of quality hospital care, prevention and health promotion, with the GPs in order to add the promotion dimension.

Methodology: creation of a group of "co-ricerca" with GPs and health professionals of the local health agency (ASL 2 Perugia) who worked in small groups and Delphi to share meaning, relevance and sustainability of quality dimensions proposed.

Results: the quality dimensions indicated, both relevant and sustainable, are represented by: theoretical effectiveness, acceptability to the people, relational approach, detailed information, consistency. Important but not sustainable by the GPs because functions of the health districts and health centres are: participation, adequacy of the operational context, coverage, availability and continuity. For each dimension has been shared and provided definition and minimal standard of reference. These results from the "co-ricerca" group are now subject to validation of GPs and health professionals from the health districts and health centres and tested within a program of health promotion.

La Casa della salute, un presidio* della rete del Servizio sanitario nazionale

The Health House, a defense network of National Health Service

*Presidio, *da presidium* (lat.), posto avanzato, e dunque "la sede più vicina alla popolazione cui è affidato l'espletamento del servizio sanitario e del servizio sociale" [dal dizionario Devoto-Oli]

Bruno Benigni

Presidente del Centro di promozione per la salute "Franco Basaglia", Arezzo

Parole chiave: cronicità, distretto, programmazione, aree elementari, Casa della salute, Cure primarie, integrazione, Comune, Regolamento, democrazia cognitiva

RIASSUNTO

Obiettivi: in fase di riforma della sanità pubblica e del welfare locale proporre la struttura Casa della salute quale nodo della rete dei servizi distrettuali

Metodologia: esame degli esiti dell'applicazione della riforma del servizio sanitario nazionale e delle più recenti distorsioni e conseguenti esigenze di innovazioni di sistema.

Risultati: La Casa della salute avvicina i servizi sanitari e sociali alla popolazione, promuove democrazia cognitiva, partecipazione informata dei cittadini alle scelte e al conseguimento degli obiettivi di salute, sviluppa la prevenzione, valorizza e rende efficaci le cure primarie, realizza l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie nell'unità di tempo e di spazio, immette gli Enti locali nel progetto-salute, rende più sostenibile il Servizio sanitario nazionale.

Key words: chronicity, district planning, elementary areas, Health House, primary care, integration,

Municipality, Regulations, cognitive democracy

SUMMARY

Objectives: under the reform of the local public health and welfare the “Health House” can be the node of a district services network.

Methodology: review of the outcomes of the reform of the national health service and the most recent distortions and consequent need of innovation of the current system.

Results: the “Health Home” moves health and social services closer to the population, promotes cognitive democracy, an active participation of citizens in the decision phase and in the health and treatment achievements, develops prevention, enhances and effective primary care, integrates health and social benefits, involves the local authorities in the health programs and makes NHS more sustainable.

Gestione del rischio clinico nelle cure primarie

Risk Management in Primary Care

Damiano Parretti

Medico di Medicina Generale, Responsabile nazionale Incident Reporting SIMG, Membro del Gruppo di Lavoro per la Sicurezza negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Ministero della Salute

Abbiamo sempre sostenuto che il campo dell'educazione sanitaria debba comprendere la cosiddetta educazione del paziente, relativa sia all'accettazione ed applicazione del disposto del medico e degli altri operatori, sociali o sanitari che siano (meglio definita con il termine inglese di compliance) quanto nel suo agire quotidiano nelle condizioni di degente, convalescente, disabile.

Nel quadro generale della medicina di territorio abbiamo ritenuto importante, accanto agli altri articoli, inserire questo sul rischio clinico non tanto e non solo come elemento di acquisizione teorica, quanto come momento di riflessione per i medici, in un settore assai delicato del loro rapporto con il paziente. Come anche un invito ai colleghi a reagire allo stimolo di Parretti. Il capitolo del risk management si sta arricchendo di continuo ma soprattutto in ambito ospedaliero e deve necessariamente estendersi a quello delle cure primarie e ci sembra dunque importante poter contribuire alla sua diffusione.

Parole chiave: gestione del rischio, sicurezza dei pazienti

RIASSUNTO

Obiettivi: presentare i presupposti e le caratteristiche di un buon management del rischio clinico nelle cure primarie quale presupposto fondamentale per la costruzione di percorsi atti a migliorare la qualità dell'assistenza, delle strutture e degli aspetti organizzativi.

Metodologia: analisi delle cause più frequenti di rischio clinico: fattori umani, fattori esterni e fattori strutturali; analisi dei metodi e strumenti per la prevenzione del rischio; esame delle azioni.

Risultati: la conoscenza del rischio clinico, degli errori medici e dei loro fattori causali o contribuenti, delle lacune latenti del sistema, delle misure rivolte alla prevenzione di errori ed eventi avversi devono essere oggetto di formazione di base e continua per tutti gli operatori sanitari, perché attraverso questi percorsi formativi si raggiunge un miglioramento dell'assistenza e della salute della popolazione. Lo sviluppo di reti di segnalazione di eventi avversi e l'utilizzo dei dati derivanti da database che censiscano gli errori è essenziale al fine di garantire la sicurezza dei pazienti

Keywords: risk management, patients safety

SUMMARY

Objectives: to present the conditions and characteristics of a good clinical risk management in primary care as a prerequisite key for the construction of pathways to improve the quality of care, facilities and organizational aspects.

Methodology: analysis of most common causes of clinical risk: human factors, external factors and structural factors, analysis methods and tools for risk prevention, examination of the claims.

Results: the knowledge of the clinical risk, medical errors and their causal factors, or taxpayers factors, latent weaknesses of the system of measures aim at preventing errors and adverse events should be subject to basic and continuing training for all health operators, because through these training programs is possible to improve health population. The development of networks of reporting adverse events and use of data from database which lists the errors is essential to ensure patient safety

Cure primarie, distretto, integrazione. Un sistema di buone pratiche

Filippo Antonio Bauleo

Medico di sanità pubblica, Dirigente sanitario AUSL 2 dell'Umbria, Presidente CARD Umbria

Paola Beatini

Dottore di ricerca in educazione sanitaria, Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia

Giancarlo Pocetta

Medico di sanità pubblica, Ricercatore in igiene, Coordinatore del Master in progettazione, coordinamento e valutazione di interventi integrati di promozione ed educazione alla salute del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia

Parole chiave: promozione della salute, continuità delle cure, sistema integrato, reti territoriali

RIASSUNTO

Obiettivo: presentare un insieme di buone pratiche realizzato in un Azienda sanitaria della Regione Umbria

centrato su un sistema di collaborazioni interistituzionali e interprofessionali che attribuisce al Distretto il ruolo di coordinamento e regia e di garante della stabilità di collegamento nella progettualità e operatività dei professionisti dei servizi territoriali, dei medici di medicina generale, dei pediatri di famiglia e di altri attori della comunità.

Metodo: rassegna delle esperienze realizzate a partire da bisogni rilevati o direttamente espressi dalla comunità, evidenziando la rete di collaborazioni istituita

Risultati: le esperienze prese in esame costituiscono esempi di strategie e metodologie operative attraverso le quali il Distretto ha affrontato sul territorio problemi di salute relativi alla cura, prevenzione e promozione della salute della comunità. In esse si ritrovano – con diverso grado di espressione – le dimensioni del concetto di collaborazione sviluppate in letteratura. Insieme alle già ricche e numerose esperienze realizzate nei servizi territoriali in Italia costituiscono una base empirica di conoscenze utilizzabile per riorientare le politiche di sanità pubblica e per sviluppare la ricerca sulla loro trasferibilità nel diversificato panorama delle realtà sanitarie regionali.

Keywords: health promotion, continuity of care, integrated system, local networks

SUMMARY

Objective: to present a set of good practices implemented in a Local Health Unit of the Umbria region centered on a system of inter-institutional and multiprofessional collaboration which gives the District the role of coordination and direction and ensuring the stability of the connection in the planning and operation of the health care professionals authorities, the general practitioners, pediatricians and others in the community.

Method: review of experiences gained from needs assessment or directly expressed by the community, highlighting the network of partnerships established

Results: the experiences examined are examples of strategies and methodologies through which the District has addressed the area of health problems related to the care, prevention and health promotion within the community. Together with varying degrees of expression – the dimensions of the concept of cooperation developed in the literature. Together with the reach and numerous experiences in the health care at community level in Italy, they represent a basis of empirical knowledge that can be used to redirect public health policies and to develop research on their transferability within the diverse panorama of regional health care reality.

La psichiatria di collegamento ed il circuito delle cure primarie: l'esperienza di Spoleto

Alessandro Petrucci

Dirigente Medico Centro salute mentale, Spoleto, Dipartimento di salute mentale, ASL 3 dell'Umbria

Chiara Onofri

Specialista in formazione, Università degli studi di Perugia

Silvio D'Alessandro

Responsabile Centro salute mentale, Spoleto, Dipartimento di salute mentale, ASL 3 dell'Umbria

Parole chiave: disturbi affettivi comuni, psichiatria di consulenza e collegamento, medicina di base

RIASSUNTO

Obiettivi: presentare un'esperienza di integrazione tra psichiatria e medicina generale nell'ambito delle cure primarie finalizzata a delineare il quadro diagnostico e a strutturare interventi terapeutici specifici.

Metodo: descrizione del funzionamento e presentazione di alcuni risultati relativi all'attivazione dell'ambulatorio di collegamento per la medicina generale afferente al Centro Salute Mentale.

Risultati: il modello operativo proposto risulta aver favorito una prospettiva di collaborazione formalizzata e condivisa tra CSM e MMG, attraverso una definizione della funzione di consulenza e collegamento rispondente a requisiti di flessibilità, individualizzazione delle risposte e condivisione di metodi e obiettivi. La possibilità di discutere casi concreti, casi problematici, modalità operative congiunte, la trasmissione di informazioni cliniche e biografiche hanno consentito una migliore risoluzione delle situazioni più complesse e problematiche.

Key words: common affective disorders, consultation-liaison psychiatry, primary care

SUMMARY

Objective: demonstrate the necessity of integrating mental health care and services in primary care.

Methodology: analysis of the epidemiological trends of depressive and anxiety disorders, called Common Affective Disorders, that have a high incidence in primary care.

Results: the primary care, which is usually oriented to treat medical disorders, is not prepared enough to recognize and take care of these disorders. Spoleto's model is presented; this project consists of a liaison service for primary care instituted within the community mental health service. This service is designed to facilitate communication between physicians and psychiatrists, providing a network for diagnostic assessment and focused clinical intervention. Underlying the importance of integrated interventions, the activity carried out by Spoleto's consultation service is described in detail outlining the main intervention strategies. The goal of this model is to transfer psychiatric competences to primary care, orienting psychiatric service to treat only the severe psychiatric cases.

Promozione dell'accesso agli screening attraverso interventi di comunità: il progetto "Educatori alla Salute nella Comunità"

Mauro Palazzi, Chiara Reali, Antonella Bazzocchi

UO Epidemiologia e Comunicazione, Azienda USL di Cesena

Parole chiave: screening oncologici, disuguaglianze, empowerment, educazione tra pari

RIASSUNTO

Obiettivi: il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Cesena ha promosso dal 2006 diverse iniziative

volte alla promozione dell'accesso allo screening per il carcinoma della cervice uterina da parte delle donne di origine straniera immigrate nel territorio cesenate.

Metodi: le azioni intraprese hanno coinvolto le seguenti fasi del programma: la convocazione, la relazione con l'utenza, il monitoraggio e l'elaborazione dei dati e la diffusione delle informazioni. Per quest'ultima azione è stata sperimentata una modalità di trasmissione tra pari delle informazioni attraverso Educatrici alla Salute nella Comunità, donne di origine straniera che hanno lavorato come volontarie per diffondere informazioni sulla salute.

Risultati: i dati di adesione al Pap-test nel 2009 hanno segnalato un aumento significativo delle adesioni di donne immigrate, dal 32% del 2006 al 47% del 2009, riducendo notevolmente la differenza con le italiane (49% nel 2009). Ulteriori analisi sono necessarie per confermare l'efficacia delle azioni intraprese.

Key words: cancer screening, health inequity, empowerment, peer education

SUMMARY

Objectives: Public Health Department of Cesena since 2006 promoted several actions to increase the access of immigrant women to cervical cancer screening program.

Methods: the actions consist to improve the following phases: invitation, public relation, both data collection and analysis and improve the communication about the program. The last action was based on a different kind of communication: a methodology based on peer to peer communication realized by Community Health Educators (immigrant women that worked as volunteers to spread health information).

Results: adherence to Pap-test in 2009 significantly increased in immigrant women, from 32% in 2006 to 47% in 2009, and the gap with the Italian women was reduced (49% in 2009). Further analysis are necessary to confirm the efficacy of the actions realized.