

L'Assistenza Sanitaria Ospedaliera e Domiciliare

La Situazione Italiana



L'Assistenza Sanitaria Ospedaliera e Domiciliare La Situazione Italiana

Sabrina Grigolo, Tania Re

Presidio sanitario gradenigo, Cipes Piemonte
Turin, Italy

sabrina.grigolo@gradenigo.it, iuhpe-cipes@cipespiemonte.it

Abstract

L'organizzazione delle cure sanitarie in Italia nasce nel Medio Evo quando vengono costruiti i primi Ospedali di accoglienza di mendicanti e moribondi. Il Servizio Sanitario Nazionale attuale prende forma con la Legge 833 del 1978, con lo scopo di tutelare la salute fisica e psichica delle persone come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Successive modifiche di legge e della nostra Costituzione hanno sempre più delegato alle Regioni le competenze in materia di Sanità e Salute Pubblica. In questo report sono approfonditi gli aspetti principali della storia del nostro SSN, dell'integrazione delle cure territoriali, della continuità ospedale-territorio e del servizio sociale. Un particolare approfondimento è dedicato al personale sanitario che rappresenta la vera risorsa del SSN italiano e alla formazione nella promozione della salute. Rispetto a quest'ultimo punto, è stata elaborata una mappatura europea delle principali scuole e corsi di formazione in promozione della salute.

1. Introduzione

1.1 I Principi Fondamentali del Sistema sanitaria Nazionale

Nel nostro Paese la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività prevista dall'articolo 32 della Costituzione è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale. Istituito dalla legge 833 del 1978, il SSN italiano ha carattere universalistico e solidaristico, fornisce cioè l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito e lavoro.

In sintesi, ecco i principi fondamentali su cui si basa il SSN:

- responsabilità pubblica della tutela della salute
- universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari
- globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai Livelli essenziali di assistenza
- finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale
- "portabilità" dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre regioni.

Il SSN assicura quindi un accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, di equità, qualità, appropriatezza delle cure e economicità nell'impiego delle risorse. I cittadini effettuano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate ed esercitano il proprio "diritto alla salute" per ottenere prestazioni sanitarie, inclusive della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

Il governo del sistema sanitario è esercitato in misura prevalente da Stato e Regioni, secondo la distribuzione di competenze stabilita dalla recente revisione della Carta costituzionale e dalla legislazione in materia. Le previsioni costituzionali recano una complessa distribuzione di competenze in tema di salute. Da un lato, alla legislazione statale spetta la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, in forza della lett. m) dell'art. 117, comma 2, d'altro canto, la tutela della salute rientra nella competenza concorrente affidata alle Regioni. Dunque, le Regioni possono legiferare in materia nel rispetto dei principi fondamentali posti dalla legislazione statale nonché dei livelli essenziali come individuati da quest'ultima. In proposito va ricordato come l'espressione livelli essenziali sia mutuata dalla legislazione in materia sanitaria, e che l'art. 1 del dlgs 30 dicembre 1992 n. 502, così come sostituito dall'art. 1, dlgs 19 giugno 1999, n. 229, vi aggiunga l'aggettivo uniformi, a testimonianza della volontà di eliminare disuguaglianze nella fruizione dell'assistenza sanitaria nelle varie aree del Paese. La definizione di livelli essenziali di assistenza è affidata ad un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Nel trentennale dell'istituzione del SSN, il Ministero ha realizzato il "Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale" redatto al Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche Vittorio Bachelet della Libera Università degli studi sociali - LUISS "Guido Carli" e con la supervisione di una commissione di esperti dello stesso Ministero.

Nel documento si ripercorrono i vari momenti di costruzione del sistema, dalla legge 833/1978 al decreto legislativo 502/1992, alla riforma del 1999 (D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229) fino alla modifica del titolo V della parte II della Costituzione, offrendo spunti di riflessione sull'organizzazione e sul funzionamento del SSN in particolare sui seguenti aspetti:

- la tutela del diritto fondamentale alla salute
- la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute della persona e delle comunità locali: il servizio sanitario nazionale

- la centralità della persona
- l'universalità, l'eguaglianza e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi
- la globalità della copertura assistenziale: i livelli essenziali di assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni
- il metodo della programmazione
- il finanziamento pubblico dei livelli essenziali di assistenza
- la regionalizzazione e la leale collaborazione tra i livelli di governo
- l'aziendalizzazione
- i soggetti erogatori e le prestazioni
- la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori
- l'integrazione tra assistenza, formazione e ricerca
- l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale

1.1.1 Breve storia del Servizio Sanitario Nazionale

Nel 1958, con la legge n. 259, il Governo Fanfani II per la prima volta istituì in Italia il Ministero della Sanità, scorporandolo dal Ministero degli interni. Il primo titolare del dicastero fu Vincenzo Monaldi. Nel 1968 con la legge 132 cosiddetta legge Mariotti gli ospedali che fino ad allora facevano capo nella maggioranza dei casi ad enti di assistenza e beneficenza, subirono un processo di profonda trasformazione e vennero riconosciuti come enti ospedalieri. Questo portò all'affermazione del diritto alla tutela della salute ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione e al superamento del criterio e del concetto storico di enti di assistenza e beneficenza. Nel 1970 sono istituite le Regioni a statuto ordinario, enti politici territoriali, costituzionalmente titolari delle competenze in materia di cure sanitarie e di assistenza. Nel 1974 lo Stato trasferisce alle regioni le competenze in materia di assistenza sanitaria. Le regioni provano ad assumere il ruolo di programmazione. Nel 1977 viene compiuto il primo passo in senso unitario con la messa in liquidazione degli enti mutualistici quali gestori di attività sanitarie, ma la riforma complessiva della sanità può considerarsi avviata a compimento solo con l'istituzione dopo il 1978 del SSN. La Legge 23 dicembre 1978 n. 833 comunemente conosciuta come "Legge di riforma sanitaria", istituisce il Servizio sanitario nazionale con lo scopo di tutelare la salute fisica e psichica delle persone come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (art. 1). Prima del 1978 il sistema sanitario si basava sulle Casse mutue. Il diritto alla tutela della salute nasceva quindi dall'essere lavoratore e non dall'essere cittadino, tra l'altro con enormi differenze e disuguaglianze in quanto, come si può immaginare, esistevano casse ricche e casse più povere. La riforma del 1992 e del 1993 si impernia su:

- il principio della aziendalizzazione: vengono istituite le Aziende sanitarie (Aziende USL e Aziende ospedaliere) dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. L'USL da struttura operativa dei Comuni (L.833) diviene Azienda con riconoscimento di personalità giuridica pubblica. La scelta è di istituire un soggetto pubblico autonomo responsabilizzato per la natura aziendalistica della sua struttura e per gli obiettivi improntati a logiche di efficienza, efficacia, produttività, qualità dei processi produttivi. Si afferma che nonostante l'assetto autonomistico dell'Azienda resta fermo il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno sociosanitario delle Comunità locali. Il Sindaco o la Conferenza dei Sindaci: viene confermata l'esigenza di un ruolo delle autonomie locali nei confronti dell'USL finalizzato a garantire uno specifico livello programmazione locale e a verificare l'andamento generale dell'attività delle USL, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al Direttore Generale e alla Regione ;
- la riduzione del numero delle Usi che da 600 passa a 200;
- la separazione delle responsabilità tra erogatori e "assicuratori" (cioè l'USL), si introduce così una sorta di competizione nell'ambito della gestione delle prestazioni, dal momento che queste

possono essere prestate tanto dal presidio pubblico (AUSL o Azienda Ospedaliera) quanto dai presidi privati, case di cura private ecc.

- il finanziamento derivato dal pagamento delle prestazioni erogate, sulla base di tariffe definite dalle singole regioni tenuto conto del costo delle prestazioni medesime (il pagamento prima avveniva con il metodo cosiddetto a "piè di lista", cioè tutto ciò che era stato speso veniva rifuso);
- la libera scelta del cittadino: il cittadino può scegliere dove andare a curarsi tanto la prestazione viene pagata secondo un tariffario nazionale individuato dal ministero e integrato dalle regioni.
- l'istituzione delle figure del Direttore sanitario aziendale e dal direttore amministrativo, nominati direttamente dal direttore generale;
- l'introduzione del sistema dell'accreditamento con una, almeno teorica, apertura del mercato sanitario alla libera concorrenza tra strutture pubbliche e private;
- l'adozione sistematica del metodo di verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni; introduzione di indicatori di efficienza e qualità.
- Il Programma delle attività territoriali prevede la localizzazione dei servizi, determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote a carico di ASL e Comune. Il programma relativamente alle attività socio-sanitarie è approvato dal Direttore Generale d'intesa con il Comitato dei sindaci del distretto. Il Comitato dei sindaci formula inoltre parere sulle restanti materie e concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute del Programma. E' questo forse l'unico momento in cui è possibile per i Comuni influire sulle scelte sanitarie adottate dalle ASL, facendo leva sulla necessità dell'intesa che lascia presupporre qualcosa di più di un semplice parere. L'art. 3 quater D. Lgs 502/92, introdotto con D. Lgs 19.6.1999, introduce il Distretto nell'articolazione territoriale delle ASL e prevede che la organizzazione e il funzionamento del Comitato dei Sindaci del distretto siano disciplinati dalla Regione. Il D.Lgs. 229/99: la terza riforma sanitaria. La prima osservazione che scaturisce dalla lettura del Decreto è la linea di netta controtendenza rispetto alla normativa precedente. I principi generali della terza riforma sanitaria sono:
 - la conferma dell'importanza del SSN come strumento attraverso cui l'ordinamento svolge il compito costituzionale di tutela della salute, vengono così ribaditi e perseguiti i principi e gli obiettivi della prima riforma sanitaria;
 - il completamento del sistema di aziendalizzazione e regionalizzazione del sistema e delle strutture sanitarie;
 - il potenziamento del ruolo dei Comuni;
 - l'obiettivo di raggiungere in tempi brevi l'esclusività di rapporto per i medici.
 - l'abbassamento dell'età pensionabile .

1.1.2 Le professioni sanitarie e sociali del Servizio Sanitario Nazionale

Spetta allo Stato l'individuazione delle figure professionali con i relativi profili ed ordinamenti didattici e l'istituzione di nuovi Albi . Sono professioni sanitarie quelle che lo Stato italiano riconosce e che, in forza di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione . Il campo di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei Decreti Ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli Ordinamenti Didattici dei rispettivi Corsi di Laurea e di formazione post base nonché dagli specifici codici deontologici. Nell'ambito delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione le regioni hanno competenza in merito all'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie citate tuttavia, l'individuazione di nuove professioni sanitarie da ricomprendere in una delle aree di cui agli articoli 1, 2, 3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251 (professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione), il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute . La definizione delle funzioni caratterizzanti le

nuove professioni avviene evitando parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse. Il Ministero della Salute interviene nella programmazione dei fabbisogni quali-quantitativi del Servizio sanitario nazionale per il personale sanitario con diploma di laurea e con lauree specialistiche e nei programmi di formazione in medicina generale. L'obiettivo per il Ministero e le Regioni è di pervenire a stime corrette in funzione delle esigenze delle strutture sanitarie e in funzione di una concreta corrispondenza dei laureati nel mondo del lavoro anche con particolare riguardo a quelle professionalità delle quali si avverte una particolare carenza. [...] In tale settore occorre evidenziare l'opportunità, da un lato, di razionalizzare le competenze delle professioni esistenti (che a volte si sovrappongono, dando origine a zone grigie fra una professione e l'altra), e dall'altro, di individuare nuove professioni sanitarie, di cui il sistema necessita (a titolo esemplificativo, si segnalano gli Ottici, gli Odontotecnici che attualmente sono arti ausiliarie delle professioni sanitarie, e altri operatori quali ad esempio i Chiropratici).

Ordini e collegi

Alcune professioni sanitarie sono costituite in Ordini e Collegi, con sede in ciascuna delle province del territorio nazionale. Accanto alle professioni già costituite in Ordini (medici-chirurghi ed odontoiatri, medici-veterinari, farmacisti) e Collegi (ostetriche, tecnici sanitari di radiologia medica TSRM, infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia IPASVI), le più recenti disposizioni in materia di professioni sanitarie prevedono la trasformazione in Ordini dei Collegi professionali esistenti, nonché la creazione degli Ordini per le professioni attualmente non costituite in Ordini. Attualmente le 22 professioni sanitarie riconosciute sono esercitate da circa 500.000 professionisti che operano nelle aree infermieristiche, ostetrica, riabilitativa, tecnico-sanitaria e della prevenzione. La nuova disciplina sulla pubblicità, ai sensi della legge 4 agosto 2006, n. 248, è adesso demandata agli Ordini, che dovranno vigilare sul rispetto delle regole di correttezza professionale affinché la pubblicità avvenga secondo criteri di trasparenza e veridicità delle qualifiche professionali e di non equivocità, a tutela e nell'interesse dell'utenza. Di seguito i profili dei professionisti della salute coinvolti nella promozione della salute e nella continuità assistenziale.

Medico specialista di igiene e medicina preventiva (o di Sanità Pubblica)

La Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dura quattro/cinque anni. Ogni Scuola ha un numero limitato di posti. Sono ammessi al Concorso di ammissione alla Scuola i Laureati del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. La Scuola ha come funzione principale la formazione di medici che dovranno promuovere la salute comunitaria e individuale; vigilare e prevenire i rischi per la salute dell'uomo di ambito ambientale, comportamentale ed impiantistico; lavorare sulla programmazione, Gestione e Valutazione dei Servizi Sanitari.

Medico Responsabile delle Cure Domiciliari

È responsabile delle cure domiciliari. Coordina il persona medico, infermieristico e assistenziale in carico nel suo servizio. Per lo svolgimento delle sue attività, utilizza metodi riconducibili al case management in quanto coinvolge funzionalmente molte risorse di altri servizi e organizzazioni.

Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Famiglia

Costituiscono il primo contatto della persona, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario e rappresentano pertanto un riferimento importante per le scelte relative ai servizi sanitari, per l'educazione a stili di vita salutari e per l'adozione di comportamenti appropriati in situazioni di malattia e riabilitazione. Offrono un contributo prezioso per la strategia di promozione della salute.

L' infermiere

L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria. Il diploma universitario di infermiere abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo Albo professionale. Tra le aree della formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica, intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze

cliniche avanzate e delle capacità che permettano loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche, vi è la sanità pubblica (infermiere di sanità pubblica). L'IPASVI è il collegio che ha la rappresentanza nazionale degli infermieri italiani. Per esercitare la propria attività l'infermiere ha l'obbligo di esservi iscritto. La Federazione nazionale coordina i Collegi provinciali, che tra i loro compiti istituzionali hanno quello della tenuta degli albi dei professionisti. Il Collegio, dopo l'istituzione della laurea in infermieristica, è in corso di trasformazione verso un Ordine professionale, proprio a coronare l'evoluzione del ruolo dell'infermiere come professionista autonomo della salute. Con la trasformazione dei collegi in ordini, già prevista dalla stessa legge 43/2006, la sigla IPASVI, ormai obsoleta e superata, dovrà certamente scomparire, poiché già oggi essa esprime tre categorie trasformate; infatti IP (infermiere professionale) è oggi sostituito dal termine infermiere; AS è acronimo di assistente sanitario, figura che confluirà nell'ordine delle professioni tecniche della prevenzione; infine VI indica la figura non più esistente della vigilatrice d'infanzia, dal 1997 sostituita dalla nuova figura dell'infermiere pediatrico.

Lo Psicologo

La professione dello psicologo è riconosciuta dallo Stato attraverso la legge 56 del 1989. L'art. 1 della legge contiene la seguente definizione della professione di psicologo: "La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Per esercitare la professione di psicologo è necessario aver conseguito l'abilitazione in psicologia mediante l'esame di Stato ed essere iscritto nell'apposito albo professionale. L'esercizio dell'attività psicoterapeutica è subordinato ad una specifica formazione professionale, da acquisirsi, dopo il conseguimento della laurea in psicologia o in medicina e chirurgia, mediante corsi di specializzazione almeno quadriennali che prevedano adeguata formazione e addestramento in psicoterapia. La legge, quindi, riconosce la professione e ne regola l'attività che può essere svolta, non prevedendone ambiti di intervento specifici, sia nel comparto sanitario che in quello socio-assistenziale. Con il DL 248/07 cosiddetto "Milleproroghe" la psicologia diventa una professione sanitaria. Infatti l'articolo 24-sexies, prevede che l'Ordine Nazionale degli Psicologi sia vigilato dal Ministero della Salute, mentre prima l'alta vigilanza era esercitata dal Ministero della Giustizia.

Le professioni sociali

Dal rapporto di Formez del 2009 su "Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali", commissionato dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, si evince che in assenza di una regolamentazione quadro a livello nazionale delle professioni sociali, i sistemi di welfare regionali hanno avvertito l'esigenza di qualificare i servizi e gli interventi sociali assicurando standard operativi, funzionali e professionali in grado di garantire livelli uniformi delle prestazioni. In materia di formazione del profilo professionale la concorrenza tra le fonti statali e regionali è obbligatoria con affidamento alle Regioni di una funzione di programmazione e adeguamento al territorio dei principi dettati dallo Stato. Di seguito andremo a presentare le figure riconosciute a livello nazionale: educatore, assistente sociale e operatore socio-sanitario. Anche se non verrà trattato, si sottolinea l'emergere di nuove professioni sociali in alcune regioni, quali l'agente di rete, il mediatore, l'animatore, il coordinatore d'ambito.

L'Educatore professionale

L'educatore professionale opera nei servizi culturali e territoriali, nelle agenzie per le attività del volontariato, in contesti di marginalità sociale, di multiculturalità e/o di multietnia, con obiettivi di promozione e di tutela della persona e della diversità attraverso mirate ed efficaci iniziative per la formazione della personalità, altresì per la prevenzione e/o la riduzione del disagio e dello svantaggio, per la cura della persona in ambiti psichiatrici protetti. Il suo ambito di esercizio professionale è rappresentato da strutture pubbliche e private aventi funzione educativa e di animazione sociale, quali: centri e strutture socio-educative, servizi sociali, case psichiatriche protette e comunità alloggio, centri per anziani, centri per immigrati, comunità per soggetti in condizioni di disagio socio-culturale, sistema penitenziario, ma anche la strada, il quartiere, la città, i musei, le biblioteche, le videoteche, ecc. Si definiscono "Educatori Professionali" coloro che hanno conseguito la laurea in scienze

dell'educazione presso le facoltà di scienze della formazione o il Corso Universitario di Educatore Professionale previsto dal DM 520/98, ovvero che sono in possesso del diploma di laurea per educatori professionali (Facoltà di Medicina e Chirurgia) previsto dal Decreto interministeriale 2 aprile 2001, o titolo ad esso equipollente o equivalente ai sensi della legge 42/99, od ai sensi del DM Sanità 29/03/1984, o da altre normative regionali o provinciali. secondo il Decreto Ministero Sanità 8 ottobre 1998, n. 520 " [...] l'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà. L'educatore professionale:

- programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia;
- contribuisce a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato;
- programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi socio-sanitari e strutture socio-sanitarie-riabilitative e socio-educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività;
- opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità;
- partecipa ad attività di studio, ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopra elencati.
- L'educatore professionale contribuisce alla formazione degli studenti e del personale di supporto, concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e all'educazione alla salute. L'educatore professionale svolge la sua attività professionale, nell'ambito delle proprie competenze, in strutture e servizi socio-sanitari e socio-educativi pubblici o privati, sul territorio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali in regime di dipendenza o libero professionale [...].

L'assistente sociale

Il profilo di assistente sociale ha ottenuto un formale riconoscimento giuridico già nel 1987, anno in cui il DPR 15 gennaio 1987, n.14 attribuiva valore abilitante al diploma di assistente sociale rilasciato dalle scuole dirette ai fini speciali per assistenti sociali. A livello di normativa nazionale sono successivamente intervenuti sul profilo diversi altri atti che ne hanno disciplinato in maniera organica e definita percorsi formativi, competenze, funzioni e ambiti di operatività. Tra i più rilevanti citiamo L. n. 84/1993 che istituisce l'ordine e l'albo professionale degli assistenti sociali e il DPR 328/2001 che modifica e integra la disciplina dell'ordinamento e dell'albo professionale a seguito dell'istituzione del corso di laurea in Scienze del Servizio Sociale e della laurea specialistica in Programmazione e Gestione delle politiche e dei Servizi Sociali (Classe 57/S). "L'assistente sociale è un operatore sociale che, agendo secondo i principi, le conoscenze e i metodi specifici della professione, svolge la propria attività nell'ambito del sistema organizzato delle risorse messe a disposizione dalla comunità, a favore di individui, gruppi e famiglie, per prevenire e risolvere situazioni di bisogno, aiutando l'utenza nell'uso personale e sociale di tali risorse, organizzando e promuovendo prestazioni e servizi per una maggiore rispondenza degli stessi alle particolari situazioni di bisogno e alle esigenze di autonomia e responsabilità delle persone, valorizzando e questo scopo aiuta le risorse della comunità." .

L'operatore socio-sanitario

La figura professionale dell'OSS è stata riconosciuta e regolamentata nel 2001 a livello nazionale attraverso un Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome. L'Accordo del 22 febbraio del 2001 istituisce il profilo dell'Operatore socio-sanitario (OSS) definendone competenze e ambiti di operatività e disciplinando l'ordinamento didattico dei corsi di formazione. Le intese raggiunte in sede di Conferenza Stato-Regioni e Province autonome relative all'individuazione di questa figura



professionale permettono la realizzazione, dal punto di vista delle professionalità, dell'integrazione socio-sanitaria resa necessaria dall'impossibilità di separare interventi di cura da interventi di prevenzione, riabilitazione e recupero sociale della persona .

1.2 Sistema sanitario nazionale delle cure domiciliari

1.2.1 L'integrazione Sociosanitaria (Estratto Dal Libro Bianco Sul Servizio Sanitario Nazionale)

L'integrazione sociosanitaria è disciplinata come modalità di coordinamento delle prestazioni sociosanitarie, intese come tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Nell'ambito delle prestazioni sociosanitarie vengono in rilievo: a) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; b) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute; c) le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tale partizione tenta di fare chiarezza in relazione ad uno dei nodi centrali della disciplina in materia di assistenza sociosanitaria, quello delle competenze sia in materia gestionale, sia a livello di programmazione, sia con riferimento agli oneri finanziari, risultando tradizionalmente cointeressati alle relative funzioni sia il Servizio sanitario regionale per gli aspetti più propriamente sanitari, sia i Comuni per i profili più strettamente legati all'assistenza sociale. Ciascuna tipologia, infatti, è attribuita ad uno specifico livello istituzionale: la prima e la terza sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali, mentre le prestazioni afferenti alla seconda categoria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale. L'individuazione delle prestazioni da ricondurre alle tre tipologie sopra menzionate sulla base dei criteri della natura del bisogno, della complessità ed intensità dell'intervento assistenziale e della relativa durata, nonché la precisazione dei criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni, con espressa e puntuale attribuzione alle une o agli altri della correlata responsabilità, è avvenuta con l'emanazione del D.P.C.M. 14/02/2001, atto di indirizzo e coordinamento nella materia in esame. Con tale atto, inoltre, si precisa che l'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali e vengono previste norme di principio in tema di programmazione ed organizzazione delle attività. A seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, tuttavia, la funzione di indirizzo e coordinamento non risulta più, come si è visto sopra, compatibile con il nuovo quadro costituzionale e gli atti statali di indirizzo e coordinamento emanati anteriormente all'entrata in vigore della riforma costituzionale del 2001, quale il sopra menzionato D.P.C.M, alla stregua del principio di continuità, esplicano la propria efficacia sino a che le singole Regioni non avranno esercitato le proprie competenze sul punto. Ulteriore questione da affrontare a seguito dell'entrata in vigore del nuovo Titolo V della Costituzione, attiene al tema dell'afferenza delle singole prestazioni nell'alveo della materia concorrente "tutela della salute", ovvero della materia "assistenza sociale", in quanto, risultando quest'ultima di competenza residuale regionale, consente discipline differenziate su base regionale senza il filtro dei "principi fondamentali". In ogni caso, quale che sia la soluzione ricostruttiva in materia di prestazioni sociosanitarie, resta ferma la competenza legislativa statale esclusiva avente ad oggetto la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, che deve considerarsi competenza trasversale a tutte le altre e pertanto in grado di derogare alla potestà legislativa regionale. A fronte della tradizionale prevalenza di una vis attrattiva della competenza sanitaria rispetto a quella sociale, il d.lgs. 229/99 e la legge quadro istitutiva del

sistema integrato dei servizi sociali hanno introdotto disposizioni volte a chiarire gli ambiti delle diverse prestazioni, e le relative competenze, tentando così di superare la frammentarietà del percorso assistenziale nell'ambito del sistema sanitario e sociale. Il compito di garantire l'integrazione sociosanitaria è attribuito al Distretto, articolazione organizzativa dell'azienda USL attraverso l'organizzazione e l'erogazione dei servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché mediante l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria ove delegate dai Comuni. Tra le numerose attività indefettibili del distretto elencate dalla legge, le seguenti appaiono integrare la tipologia delle prestazioni sociosanitarie: attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze; attività o servizi rivolti a disabili e anziani; attività o servizi di assistenza domiciliare integrata (vera leva per rendere effettivo l'obiettivo della continuità tra ospedale e territorio); i servizi alla persona relativi al dipartimento di salute mentale ed al dipartimento di prevenzione. Alle Regioni è demandata la concreta disciplina dei criteri e delle modalità mediante i quali Comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari. Tra le diverse modalità volte a promuovere l'integrazione socio-sanitaria si segnalano sia la coincidenza territoriale degli ambiti territoriali ottimali sociali con i distretti sanitari, sia la programmazione integrata, incentivata mediante diversi strumenti: l'intesa sulle attività socio-sanitarie del Programma delle attività territoriali (PAT) che determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza; il concorso del comitato dei Sindaci alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute; gli accordi di programma aziende USL/Comuni e/o le convenzioni che recepiscono i contenuti sociosanitari del PAT e del Piano di Zona. La legge 328/2000 in particolare, si è posta il problema del raccordo tra distretto sanitario e zona sociale, imponendo, sul piano organizzativo, la creazione di ambiti adeguati, attraverso il coordinamento o la coincidenza delle due articolazioni territoriali, così da favorire una reale integrazione socio-sanitaria; sul versante della programmazione, il coordinamento tra pianificazione zonale e distrettuale, in quanto i Comuni afferenti al distretto sanitario predispongono il Piano di zona d'intesa con l'azienda USL. Tra i contenuti ricorrenti della pianificazione socio-sanitaria, la previsione di percorsi integrati socio-sanitari in grado di garantire la continuità delle cure nell'ambito di una capillare rete di servizi caratterizzati dalla "presa in carico" sanitario-assistenziale del paziente.

2. Principali Tendenze Nazionali

Nell'ultimo decennio è cambiato in modo rilevanti il rapporto tra bisogno/domanda di salute e offerta dei servizi, per una molteplicità di fattori, quali: l'invecchiamento progressivo della popolazione (circa il 20% della popolazione italiana ha più di 65 anni); cambiamento della struttura della famiglia; aumento delle patologie cronico-degenerative; potenziamento della medicina e della tecnologia. Le previsioni sono di aumento dell'aspettativa di vita e si pone il problema della qualità degli anni di vita guadagnati, il livello di disabilità si sta assestando e spostando nelle classi di età più avanzate, ma il tema della Non Autosufficienza si pone come una vera emergenza per il futuro. L'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari è cambiata, con diminuzione rilevante dei posti letto ospedalieri e al contempo una crescita, lenta e non uniforme, nello sviluppo dei servizi territoriali, dove c'è ancora molta incertezza nei riferimenti. Sono entrati in crisi i modelli di riferimento (crisi dell'ospedale: la cura della malattia non è più l'indicatore unico dell'intervento sanitario; crisi del modello sociale: la cura della malattia è parte integrante della "capacità di vivere" della persona fragile, coinvolge la dimensione affettiva e la relazione sociale), con necessità di ridefinire le priorità del Servizio Sanitario Nazionale.

2.1 Le Caratteristiche Del Sistema Non Autosufficienza E Lo Sviluppo Delle Cure Domiciliari

Di seguito le caratteristiche di un sistema per la Non Autosufficienza equo, efficace ed efficiente:

- è un sistema che riconosce soggetto e famiglia come risorsa protagonista e valorizza la soggettività;
- è un sistema unitario a forte integrazione sociosanitaria, in un continuum unico che renda indistinguibile per l'utente le diverse provenienze degli interventi (sanitaria o sociale), in grado di riunire interventi multi assiali-multisetoriali, ben oltre a quelli sicuramente di tipo sanitario, sociosanitario, socio assistenziale, tra cui ad esempio quelli del settore dell'abitazione e dei trasporti;
- è un sistema che investe molto nell'accessibilità ed agisce intensivamente sulla garanzia della bassa soglia di accesso, sull'accoglienza calda ed amichevole;
- è un sistema dotato di una forte capacità di orientamento ed accompagnamento di chi pone la domanda, di mediazione tecnica nella valutazione del bisogno, capace di monitorare la qualità e gli esiti degli interventi;
- è un sistema fortemente partecipato, con rilevante presenza di reti informali, primariamente centrate sulla famiglia, sul volontariato, sul terzo settore. Ancora e soprattutto, è un sistema molto attento a riconoscere, prevenire e contrastare l'isolamento e la solitudine delle persone e delle famiglie che vivono ed affrontano problemi di elevata complessità.

Il terzo settore andrà coinvolto in modo più congruo. Anziché essere erroneamente invocato per colmare le carenze del welfare pubblico, andrebbe considerato in primo luogo quale stimolo all'innovazione e alla flessibilizzazione dei servizi, alla sussidiarietà orizzontale e solidarietà, ed ancor più quale forza trainante per la diffusione del principio di reciprocità (che postula la proporzionalità, mentre il principio dello scambio l'equivalenza). Se lo scopo di un sistema di protezione di persone con forte svantaggio, come nel caso della Non Autosufficienza, è "non abbandonare, non mortificare nessuno", ci si deve porre non solamente la domanda di quanto del bisogno/domanda debba essere coperto dall'intervento pubblico (in fin dei conti lo sarà comunque solo parzialmente), bensì in quale modo e misura le istituzioni del welfare (sia di ambito sanitario che sociale) possano davvero essere credibili soggetti di diffusione e rinforzo di questo principio di reciprocità, che si lega allo sviluppo della comunità locale, alla solidarietà e sussidiarietà orizzontale correttamente interpretata. Il nodo centrale rimane quello di capire se e come il sistema pubblico possa riuscire a favorire la crescita del capitale sociale, e non solo di quello economico-finanziario. Quest'ultimo obiettivo (incremento del capitale economico), pur sensato e condivisibile, nasce intrinsecamente limitato, se visto in proiezione nel lungo periodo (per progressione della domanda) e se valutato per praticabilità (ad es. appare improbabile il recupero da maggiore carico fiscale) o per tempestività (è di difficile realizzazione l'incremento dell'efficienza gestionale delle organizzazioni di erogazione). Ben vengano ulteriori

risorse, che è bene derivino innanzitutto da una loro riconversione (ad es. da quelle ospedaliere o residenziali verso quelle per la domiciliarità), ma non si può eludere il tema centrale: come colmare il divario tra una domanda che appare inarrestabilmente in crescita, sia nei suoi aspetti quantitativi che qualitativi, rispetto a risorse – pubbliche ma spesso anche private – che, anche in proiezione, non sono congruamente corrispondenti. Non si intravede via diversa da quella del coinvolgimento consapevole e coerente dell'intera collettività, con l'assunzione di corresponsabilità della cittadinanza, con una più salda cooperazione tra pubblico, privato, comunità locale. Le aziende sanitarie ed i servizi sociali costituiscono in questo caso gli assi portanti del sistema pubblico; il distretto sociosanitario, ad alta integrazione, sembra poter rappresentare l'agente istituzionale che con maggiori probabilità può interpretare tale funzione di integrazione. Nell'ambito delle cure di lungo termine, il sistema pubblico deve porsi con maggiore forza l'obiettivo di:

- aumentare la propria efficienza
- affinare la mediazione tecnica della valutazione del bisogno, pratica dispendiosa ma indispensabile per la personalizzazione degli interventi
- superare nei servizi la logica prestazionale e rinforzare la cultura e la pratica della presa in carico integrata
- integrarsi con le altre aree della Socialità per "fare sistema", concretizzando interventi intersettoriali
- creare organizzazioni "leggere" da appesantimenti burocratici e iperspecialistici, diffondendovi competenze e saperi fino ai livelli organizzativi più bassi, puntando sul recupero di sicurezza e fiducia del cittadino, degli operatori, rendendo entrambi più consapevoli dei costi delle decisioni. Cittadini-utenti più informati, competenti ed educati ad una domanda più adulta, in grado di usare i servizi in modo più appropriato, possono contribuire grandemente a colmare il divario tra domanda ed offerta e a creare organizzazioni complesse che davvero riescano a "dare di più a chi ha meno".

3. Strutture Nazionali del Servizio Sanitario Nazionale

Prendendo a riferimento quanto già attivato dalle diverse regioni la rete assistenziale territoriale può avvalersi dei seguenti strumenti:

- attivazione di posti letto territoriali gestiti dal MMG e dal personale infermieristico;
- possibilità di una gestione della fase acuta a domicilio mediante un'assistenza domiciliare integrata garantita da gruppi multidisciplinari che offrano consulto immediato, organizzino la presa in carico strutturata sulla base di un piano terapeutico individuale ed integrino l'offerta di servizi sul territorio;
- disponibilità di posti letto in strutture intermedie intraospedaliere il cui coordinamento è affidato a team infermieristici con il medico specialista che svolge funzioni di consulenza a fronte di specifici bisogni di assistenza e monitoraggio;
- programmi di dimissione assistita o programmata dall'ospedale previa identificazione del percorso da seguire successivamente alla dimissione;
- programmi di dimissione protetta del paziente fragile dall'ospedale con la identificazione della modalità di presa in carico;
- albergo sanitario, servizio gestito completamente da infermieri all'interno di apposite unità di tipo ambulatoriale e a bassa intensità assistenziale, rivolto a pazienti dimessi da una struttura ospedaliera sia a pazienti che attendono un ricovero ospedaliero programmato;
- programmi di ospedalizzazione domiciliare;
- struttura intermedie di riabilitazione post acuzie;
- centri di comunità/poliambulatori specialistici in cui sono presenti medici specialisti, MMG ed infermieri;
- team infermieristici di comunità che si recano al domicilio dei pazienti, spesso cronici, terminali o con esigenze riabilitative offrendo servizi di diversa intensità assistenziale.

Per quanto attiene all'assistenza domiciliare, tale livello assistenziale viene assicurato dal DPCM 29.11.2001 "Livelli essenziali di assistenza", che introduce nel livello distrettuale l'assistenza a domicilio prestata dal MMG e dal PLS, supportata da prestazioni infermieristiche e riabilitative, nonché dall'aiuto infermieristico (assistenza tutelare) da prestarsi in maniera integrata con i Comuni, per la parte sociale e condividendo con loro, anche i costi (50%). L'assistenza domiciliare si è particolarmente evoluta in assistenza domiciliare integrata (ADI). Nella quasi totalità delle Regioni italiane le cure domiciliari sono inserite nelle cure primarie e l'ambito territoriale elettivo in cui si collocano è il Distretto, che rappresenta per la sua dimensione territoriale, anche il luogo ottimale di realizzazione delle attività integrate con il comparto sociale. Nei casi complessi, per predisporre un piano individualizzato di assistenza si procede con la Valutazione Multidimensionale, l'individuazione di un case manager, responsabile/garante del progetto assistenziale e si completa il processo con la verifica degli esiti, per valutare il programma di assistenza adottato sotto il profilo della qualità e della appropriatezza. L'assistenza domiciliare ha subito un processo di progressiva articolazione e strutturazione per fare fronte alla sempre maggiore complessità dei bisogni e alle patologie dei destinatari: dalle cronicità, alle disabilità complesse (SLA, etc.), alle patologie oncologiche e terminali. Le attuali tecnologie e i dispositivi applicati all'assistenza domiciliare consentono alle persone anche con gravi fragilità e/o non autosufficienti, tramite sistemi di assistenza "Home", di affrontare un processo di graduale cambiamento della qualità di vita. In questa prospettiva, l'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come alternativa a ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità della vita del paziente, a cui vanno aggiunti anche benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero. Sul piano del governo clinico, una corretta impostazione dell'assistenza domiciliare soddisfa le seguenti condizioni:

- presa in carico fondata su criteri di eleggibilità dei pazienti da assistere;

- continuità assistenziale con la gestione maniera coordinata nei piani di cura delle diverse prestazioni incluse nelle cure primarie e nell'assistenza specialistica e ospedaliera (dimissioni programmate, assistenza infermieristica, riabilitativa, prestazioni farmaceutiche e protesiche adeguate);
- gestione integrata con le prestazioni di aiuto domiciliare da parte delle amministrazioni locali;
- collaborazione professionale tra diverse figure professionali;
- valutazione degli interventi realizzati e della relativa spesa.

È inoltre indispensabile un buon funzionamento del sistema informativo delle cure domiciliari, per la gestione dei pazienti ed un'analisi sistematica della intensità e complessità degli interventi erogati, per le verifiche delle attività svolte, dei risultati e dei costi. Il MMG, con l'eventuale coinvolgimento di altre figure mediche specialistiche in base alle caratteristiche del paziente, l'infermiere professionale, il terapeuta della riabilitazione e il personale dei servizi sociali, compreso quello dedicato all'aiuto domestico familiare, sono i componenti dell'équipe multidisciplinare delle cure domiciliari. Pur nelle variegate realtà regionali, per le cure domiciliari, sono individuabili alcuni profili che vanno da forme di assistenza domiciliare di carattere prestazionale a livelli più complessi e multiformi di cura quali:

- cure domiciliari prestazionali consistenti in prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato, effettuate sotto la guida del MMG;
- cure domiciliari integrate, con più livelli di complessità in funzione alle differenti condizioni patologiche a cui debbono rispondere. Sono caratterizzate da una presa in carico multiprofessionale e dalla formulazione di un Piano assistenziale individuale, redatto in base ad una valutazione globale della persona;
- cure domiciliari palliative per malati terminali oncologici e non oncologici, sono anch'esse caratterizzate da una presa in carico multiprofessionale e dalla formulazione di un Piano assistenziale, ma la risposta fornita ha un carattere più intensivo perché legata a bisogni di elevata complessità, l'équipe di cura è in possesso di specifiche competenze.

Oltre ai posti letto territoriali gestiti dal MMG e dal personale infermieristico la rete integrata territorio-ospedale, costituita da una molteplicità di servizi e strutture chiamate a garantire la continuità dell'assistenza, comprende varie tipologie di strutture residenziali chiamate a rispondere ai diversi bisogni sociosanitari secondo un gradiente differenziato di intensità assistenziale. Nell'ambito di tali strutture per non autosufficienti possiamo distinguere:

- nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) per la presa in carico di pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi, incluse le condizioni di responsività minimale e le gravi patologie neurologiche, caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità, che richiedono supporto alle funzioni vitali e continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica;
- nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) per la presa in carico di pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.;
- nuclei specializzati (Nuclei Alzheimer) a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico", con prestazioni di carattere residenziale o semiresidenziale;
- Unità di cure residenziali di mantenimento: erogano prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo con prestazioni di carattere residenziale e semiresidenziale.

Le prestazioni residenziali erogate da tali strutture si caratterizzano, di norma, come prestazione di assistenza a lungotermine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-

acuzie” svolte, di norma, in regime ospedaliero. Tali prestazioni richiedono valutazioni periodiche per verificare come si modifica il livello di bisogno nel tempo, ma anche per valutare se possono essere recuperate le condizioni di assistibilità a domicilio, in particolare per le prestazioni residenziali successive ad un ricovero, per periodi predeterminati e nell’ambito di programmi di dimissione ospedaliera. Le prestazioni erogate da tali strutture risultano fortemente caratterizzate e condizionate dalla organizzazione generale e dalle risorse poste in campo dalla struttura erogatrice e sono connesse:

- alle caratteristiche tecnico-organizzative e professionali del “nucleo” (o più in generale della struttura residenziale entro cui esso è collocato), caratteristiche che definiscono l’attività svolta;
- alle caratteristiche del paziente, al fine di individuare il “caso trattato” attraverso i dati identificativi del fruitore della prestazione ed alcuni indicatori di bisogno assistenziale che consentano di definire l’appropriatezza del trattamento erogato.
- Nell’ambito della disabilità possiamo individuare strutture che si differenziano in base alla tipologia erogativa in:
 - strutture/nuclei che erogano prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva, nonché trattamenti di mantenimento per soggetti con problemi ad alta intensità assistenziale, inclusi i soggetti a responsività minimale;
 - strutture/nuclei che erogano prestazioni diagnostiche, terapeutiche riabilitative e socioriabilitative a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico;
 - strutture/nuclei che erogano prestazioni terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili gravi;
 - strutture/nuclei che erogano prestazioni terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative di mantenimento, in regime residenziale congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili privi di sostegno familiare.

La dotazione di posti letto territoriali comprende inoltre le strutture di residenzialità psichiatrica di cui al P.O. salute mentale e gli hospice. Un ruolo peculiare a livello territoriale viene svolto dalle circa diciottomila farmacie presenti complessivamente in Italia, tra pubbliche e private, che contribuiranno ad aumentare la numerosità e l’accessibilità complessiva dei possibili punti di riferimento sanitari, anche per il supporto alle attività di monitoraggio di parametri fisiologici o delle terapie in atto, nella direzione di integrare le strutture ospedaliere e territoriali. Di fatto, la riforma delle farmacie introdotta con il d.lgs 153/09 sarà un momento importante di riforma del servizio sanitario, incidendo in profondità nel complesso del suo funzionamento, una volta realizzati i decreti ministeriali applicativi. I decreti in via di emanazione riguardano infatti la possibilità di effettuare prenotazioni dei servizi sanitari e ritiro dei referti, la possibilità di effettuare prestazioni analitiche e strumentali finalizzate all’autocontrollo, la possibilità di usufruire di prestazioni fisioterapiche ed infermieristiche, il supporto all’assistenza domiciliare tramite la messa a disposizione anche di operatori socio-sanitari, anche ai fini del miglioramento dell’accessibilità complessiva delle prestazioni sanitarie attualmente erogate dal Servizio sanitario, di cui le persone in situazioni di fragilità potranno particolarmente giovare. Il legislatore prevede anche che la corretta attuazione dei decreti sarà sottoposta, fintanto che le Regioni non avranno approvato specifiche norme in materia, alla valutazione ed al monitoraggio da parte delle Aziende sanitarie locali, nell’ambito dei parametri che verranno stabiliti dalle convenzioni regionali, di successiva definizione, e delle corrispondenti riduzioni di servizi attualmente erogati in altre strutture.

4. Politiche nazionali realizzate per promuovere e migliorare il servizio sanitario territoriale

4.1 Continuità delle cure ed integrazione ospedale territorio (estratto dal Piano Sanitario Nazionale)

Uno dei principali obiettivi del SSN è garantire la continuità delle cure:

- tra i diversi professionisti intra ed extrarospedalieri, in modo che la frammentazione nata dallo sviluppo di competenze ultraspecialistiche si integri in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione ed implementazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi etc.);
- tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio, il post dimissione, che il paziente a volte si vede costretto ancora ad affrontare da solo, al di fuori di un percorso conosciuto e condiviso;
- del trattamento terapeutico quando necessario.
- Il modello assistenziale orientato alla continuità delle cure prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie, nonché il monitoraggio mediante adeguati strumenti di valutazione di appropriatezza, anche tenuto conto di quanto reso disponibile attraverso il Sistema Tessera Sanitaria, delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali. Una modalità organizzativa atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali è il Punto Unico di accesso (PUA), che opera attraverso la raccolta di segnalazione, orientamento e gestione della domanda, attivazione di prestazioni per bisogni semplici, oltreché avvio della valutazione multidimensionale per i bisogni complessi, migliorando la collaborazione e il coordinamento tra le diverse componenti, pubbliche e non, sanitarie e sociali, impegnate nel percorso di cura, al fine di garantirne l'unitarietà. I pazienti che necessitano maggiormente di continuità delle cure sono:
- pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che corrono rischi elevati, ove non adeguatamente assistiti, di ritorno improprio all'ospedale. Essi necessitano di competenze cliniche ed infermieristiche, con l'affidamento ad un case manager, in una struttura dedicata o a domicilio;
- pazienti cronici, stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali e rischio di ricoveri inappropriati ove non adeguatamente assistiti. Il percorso di cura richiede una forte integrazione tra team multidisciplinari di cure (medico, infermiere ed assistente sociale), con luogo di cura il domicilio del paziente o una struttura protetta;
- pazienti cronici complessivamente in buone condizioni di salute che hanno come obiettivo il monitoraggio del loro stato di salute, risiedono al domicilio e hanno le caratteristiche necessarie per essere educati all'autocura e al self empowerment (diabete, asma).

Per gli assistiti che vengono dimessi dall'ospedale e presi in carico sul territorio la continuità delle cure deve essere garantita, già durante il ricovero, da un'attività di valutazione multidimensionale che prenda in esame sia le condizioni cliniche sia quelle socio assistenziali del paziente ai fini di definire, in accordo con il MMG e durante il ricovero stesso, il percorso assistenziale più idoneo in compatibilità con la rete dei servizi sociali e distrettuali esistente. Anche nella gestione integrata delle cronicità il MMG è il principale referente e corresponsabile della presa in carico e del percorso diagnostico terapeutico più appropriato per il paziente stesso. La gestione della cronicità può prevedere un'organizzazione territoriale che comprenda la possibilità di disporre di posti letto territoriali/servizi residenziali gestiti da MMG e personale infermieristico, all'interno di apposite strutture di cure intermedie, e al contempo percorsi dedicati per il ricovero ospedaliero. La gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo delle tecnologie innovative, tra le quali la telemedicina, la teleassistenza e più in generale l'ICT in particolare per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori istituzionali e non istituzionali deputati alla presa in carico delle cronicità (ASL, Ospedali, distretti, cure primarie, residenze sanitarie, comuni, ma anche famiglie, associazioni, istituzioni profit e non profit, in altre parole il ricchissimo capitale sociale che caratterizza moltissime realtà locali italiane). Obiettivo nel triennio è implementare la rete assistenziale definendone i nodi e le interrelazioni funzionali in un sistema gestionale e

relazionale tra professionisti, che pur basandosi sul lavoro in team, sappia identificare con chiarezza, responsabilità e procedure per la definizione e l'effettuazione del percorso assistenziale e il passaggio, se necessario, tra differenti strutture ed ambiti di cura. Questo complesso sistema di integrazione/continuità deve caratterizzarsi per la flessibilità consentita dal mix di servizi eterogenei tra di loro in rapporto al livello di integrazione tra componenti sanitarie e sociali delle competenze professionali coinvolte, per la facilità di accesso, per l'appropriatezza delle prestazioni erogate e per il gradimento dei pazienti. Il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale vengono garantiti dal Distretto al quale sono altresì affidati i compiti di ricercare, promuovere e realizzare opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale e di fungere da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (MMG e altre professionalità convenzionate). Il Distretto rappresenta, inoltre, l'interlocutore degli Enti Locali ed esercita tale funzione in modo coordinato con le politiche aziendali.

5. Descrizione dei Corsi di Formazione per Professionisti della Salute

5.1 La formazione in promozione della salute

Nel paragrafo relativo all'Italia incluso nella Revisione della letteratura di cui al Capitolo 1, in merito alla formazione in promozione della salute si legge che " [...] In Italia il primo corso di formazione in promozione della salute venne attivato dall' Università degli Studi di Perugia nel 1990. DoRS (Centro Regionale di Documentazione per la promozione della salute) è un'organizzazione finanziata a livello regionale dal Piemonte ed è stato fondato nel 1998. [...] è coinvolto nella formazione dei professionisti e dei decisori politici col fine di sviluppare le competenze e le conoscenze necessarie per la pratica di PS. Inoltre forniscono assistenza per la pianificazione, l'implementazione e la valutazione di interventi, progetti e politiche per la salute. Il Dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Torino in collaborazione con DORS ha lavorato sulle competenze per gli studenti sviluppando un Master in promozione della salute, prevenzione e educazione alimentare (Regione Piemonte, 2005) [...]. Negli ultimi anni i corsi delle facoltà di medicina di tutta Italia hanno subito una riorganizzazione volta a soddisfare i bisogni presenti e futuri del settore sanitario. La promozione della salute è considerata come una componente chiave all'interno del nuovo curriculum e ciò dimostra una crescente consapevolezza che la promozione della salute è fondamentale per la preparazione e la formazione dei medici. Tra gli altri corsi offerti in Italia vi è il Master in progettazione, coordinamento e valutazione degli interventi integrati di promozione ed educazione alla salute dell'Università di Perugia. Altri corsi in promozione della salute sono offerti a Siena, Torino, Cagliari, Milano e Roma." A partire da quanto scritto nel paragrafo sopra riportato ho cercato di approfondire quale tipo di formazione in promozione della salute esiste in Italia, da chi viene offerta e a chi è rivolta. Nel 1990, Modolo e Briziarelli scrivevano che l'educazione sanitaria in Italia era entrata nell'Università limitatamente al settore sanitario e recentemente. Già da diversi anni l'educazione era stata inserita nella Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva di Perugia, ma solo nel 1988 sarebbe diventata parte importante del curriculum. Successivamente sarebbe stata inserita nel curriculum della Facoltà di Medicina, come disciplina del corso integrato di Igiene e Sanità pubblica. Per quanto concerne altri corsi di laurea, fino ad allora non c'era stata alcuna apertura, neppure nella formazione degli insegnanti. Per questi ultimi, la consueta formazione disciplinare, non apriva che raramente a tematiche che riguardassero la conoscenza dell'età evolutiva e tanto meno a problematiche concernenti la salute. Nei corsi per infermieri professionali, universitari e non, veniva dedicato uno spazio abbastanza ampio alla salute e alla educazione per la salute. Vent'anni dopo la situazione non sembra molto cambiata, infatti, secondo Briziarelli, nonostante il riconoscimento generale e l'accettazione della promozione della salute, poco si è fatto per la sua introduzione nella formazione di base degli operatori che debbono metterla in pratica. Sottolinea che i settori della formazione specifica, sia a livello di base che di specializzazione, sono rimasti assai distratti e i contenuti della promozione della salute, al pari di quanto era successo per la prevenzione e l'educazione sanitaria, sono restati praticamente fuori della porta delle Facoltà di Medicina. Ciò è avvenuto non solo in Italia ma un po' ovunque nel mondo, ad eccezione di non molte realtà in cui hanno fatto breccia, come in alcune sedi in Gran Bretagna e Olanda. Diversi tentativi sono stati operati in Italia nel settore disciplinare MED/42 (igiene generale e applicata) e comunque non in tutte le sedi. Qualche spiraglio è stato aperto nei corsi di specializzazione per gli insegnanti, con l'introduzione dell'educazione sanitaria, che rappresenta tuttavia solo una piccola parte della promozione della salute. In un paradosso non infrequente in Italia, il settore MED/42 ha invece avuto uno sviluppo interessante, nel senso della promozione della salute e dell'educazione sanitaria, nei Corsi di Laurea per le professioni sanitarie, in particolar modo quelli della I classe (infermieristica ed ostetricia) e della IV classe (assistenza sanitaria e tecnici della prevenzione) e ciò è stato possibile soprattutto grazie agli igienisti che diffusamente in Italia hanno avuto la possibilità di presiedere i Consigli di tali Corsi. Seppure in minore quantità, lo stesso fenomeno è avvenuto in altri Corsi, come pietistica, educazione professionale, logopedia. In tutti i Corsi di Laurea per le professioni sanitarie ha avuto anche un notevole sviluppo l'insieme delle discipline umanistiche (antropologia, psicologia, pedagogia, ...). Per queste ultime discipline timidi tentativi si sono avuti anche nei Corsi di Laurea in Medicina, tra cui quello di Perugia che tra i primi in Italia ha attivato la disciplina Antropologia medica. Nelle scuole di Specializzazione questi aspetti hanno interessato praticamente solo la Scuola di Perugia. L'insegnamento e la pratica della promozione della salute e delle discipline ad essa correlate sono

avvenuti in modo intenso in alcune sedi e in modo molto tiepido in altre. Tuttavia, Briziarelli conclude, possiamo oggi dire che un impulso assai robusto è venuto da giovani docenti in diversi Atenei che hanno raccolto il testimone perugino e lo stanno portando avanti. Per quanto riguarda la formazione degli psicologi, la promozione della salute/psicologia di comunità rientra tra le aree di insegnamento della scuola di specializzazione in psicologia della salute, che ha lo scopo di formare specialisti preparati a svolgere nelle organizzazioni, nelle comunità, nei gruppi e verso singoli individui, interventi di:

- promozione e mantenimento della salute;
- prevenzione e trattamento della malattia;
- analisi e miglioramento dei sistemi di tutela della salute e di elaborazione delle politiche della salute;

utilizzando le competenze e le tecniche proprie della professione dello psicologo. Secondo una definizione generalmente accettata "La psicologia della salute è l'insieme dei contributi specifici - scientifici, professionali, formativi- della disciplina psicologica, alla promozione e mantenimento della salute, alla prevenzione e trattamento della malattia e all'identificazione dei correlati eziologici, diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate, e all'analisi e miglioramento del sistema di cura della salute e di elaborazione delle politiche della salute». In Italia esistono 3 scuole di specializzazione in psicologia della salute, a Torino, Roma e Bologna. Nell'ambito dell'infermieristica, la promozione della salute e l'educazione sanitaria sono per lo più associate all'infermieristica di famiglia e di comunità nell'ambito dell'infermieristica di sanità pubblica. In numerosi documenti l'OMS sollecita gli stati membri a attuare riforme sanitarie che mettano al centro l'assistenza sanitaria di base incentrata su famiglia e comunità (community care) finalizzata, soprattutto, a pratiche di self care, prevenzione, promozione della salute nell'ottica di un potenziamento delle risorse individuali e della comunità stessa (empowerment). In questo contesto l'infermiere, in virtù dello specifico profilo e della sua formazione, rappresenta la figura responsabile dell'assistenza globale che meglio di altre può intercettare le necessità del territorio e la "presa in carico" complessiva dell'utente.

5.1.1 II CSESi

Nel 1954 viene fondato a Perugia il Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria, prima come organismo volontario, sotto l'egida dell' Organizzazione Mondiale della Sanità, poi come Centro Universitario nel 1963 e interuniversitario, con l'Università di Napoli, nel 1991. Il Centro costituisce un esempio di collaborazione tra discipline e professionisti che contribuiscono all'elaborazione dei temi e delle metodologie dell'educazione sanitaria e della promozione della salute. Il Centro nella elaborazione dei principi e metodologie della Educazione Sanitaria si è sempre ispirato agli indirizzi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sostenendo la giustezza delle sue politiche, che, tuttora, ritiene di grande rilievo per l'Europa e il mondo, nonostante le tendenze contrarie, per cui sostiene la difesa del Modello europeo di welfare, soprattutto per quanto riguarda il diritto dei cittadini alle cure e alla promozione della salute. Gli esperti del Centro nel corso degli anni hanno collaborato con molti gruppi di lavoro dell'OMS, a cominciare dai gruppi per il rinnovamento della formazione del medico e dei professionisti sanitari, temi sui quali con l'OMS il Centro ha organizzato convegni fin dagli anni sessanta. Altri temi sviluppati sono stati "la promozione della salute nel lavoro", la "documentazione" "la comunicazione", "l'educazione e promozione della salute nella scuola", la partecipazione all'elaborazione di un Thesaurus per la promozione della salute", per contribuire a costruire un linguaggio comune tra le varie lingue europee. La collaborazione internazionale si è sviluppata con vari paesi Europei, soprattutto da quando il Centro ha ospitato l'Ufficio Europeo dell'International Union for Health Promotion and Education (1986-1991), realizzando la prima (Madrid), la seconda (Varsavia) e la sesta (Perugia) Conferenza europea. La collaborazione si è estesa anche a Paesi dell'America latina, Ecuador, Nicaragua e dell'Africa. In questi anni il CSES ha svolto un'ampia attività di formazione rivolta a professionisti del servizio sanitario, degli enti locali, della scuola; questa funzione si è alimentata dai risultati di numerosi progetti di ricerca che hanno riguardato la messa a punto di modelli formativi innovativi come pure la progettazione e valutazione di interventi di promozione della salute ed educazione sanitaria. Le iniziative di aggiornamento su tecniche moderne di insegnamento/apprendimento promosse dal Centro hanno anche avuto riflessi sulle innovazioni

didattiche sperimentali dell'insegnamento dell'Igiene e Sanità Pubblica nei corsi universitari. Il Centro, soprattutto nei decenni passati, era ritenuto per largo consenso un punto di riferimento fondamentale sia per l'elaborazione culturale e gli indirizzi metodologici che per l'impegno nella formazione. Il Centro collabora al dottorato di ricerca in Educazione Sanitaria che ha sede presso il Dipartimento di Specialità Medico Chirurgiche e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Perugia. Inoltre ha un'attività editoriale volta a mantenere i contatti con gli operatori e a diffondere più largamente principi e metodi. In particolare vanno segnalate due riviste: Educazione sanitaria e promozione della salute (già Educazione sanitaria e medicina preventiva, fondata come Educazione sanitaria nel 1956) e la Salute Umana fondata in collaborazione con l'Istituto di Medicina Sociale del 1972. In Italia il primo corso di formazione in promozione della salute venne attivato proprio dall'Università degli Studi di Perugia nel 1990 attraverso il Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria. Il CSESi, in quanto struttura che promuove, realizza e sostiene attività di ricerca e di formazione su tematiche relative alla tutela ed alla promozione della salute; dal 1958 ha organizzato un Corso Estivo, ripetutosi per ben 25 edizioni; dal 1979 ha aperto un Corso Annuale, successivamente trasformato in "Master in educazione sanitaria" biennale, articolato in un primo anno di "Corso di Perfezionamento in educazione sanitaria" ed in un secondo anno composto da "Atelier di Educazione Sanitaria"; la frequenza di almeno 4 Atelier e la discussione di una tesi permettono il conseguimento del diploma di "Master in educazione sanitaria". I Corsi dello CSESi sono stati frequentati da molti medici e assistenti sanitari. Oggi il Master dell'Università di Perugia dura 1 anno e ha cambiato nome: "Master in Progettazione, Coordinamento e Valutazione di interventi integrati in promozione ed educazione alla salute". Il Master offre un percorso formativo che si colloca nella cornice di riferimento costituita dall'articolazione strategica rappresentata dalla Carta di Ottawa e che trova la sua più vicina espressione in Healthy 21, gli obiettivi di salute per il 21° secolo fissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. La strategia della Promozione della Salute, della quale l'Educazione Sanitaria rappresenta lo strumento operativo centrale, è sempre più al centro delle politiche sanitarie dell'Italia; ne fa fede tutta la più recente pianificazione sanitaria nazionale e regionale. Essa costituisce il meccanismo centrale e il processo per conseguire gli obiettivi della nuova sanità pubblica. Fermamente collegata ai determinanti di salute sociali e basata su una prospettiva delle scienze sociali, richiede un impegno chiaro per l'empowerment, la partecipazione e lo sviluppo della comunità. L'inserimento in tale ottica strategica e operativa richiede agli operatori coinvolti nelle azioni per la promozione della salute nuove conoscenze, nuove capacità ma soprattutto un ripensamento del proprio ruolo all'interno dei servizi. L'accesso al master è riservato a coloro che sono in possesso di una Laurea di I livello, il livello o del vecchio ordinamento conseguita in Italia, a professionisti in possesso di un titolo equipollente, a laureati presso atenei non italiani secondo la normativa vigente. Finalità del corso è quella di fornire specifiche competenze professionali nel settore degli interventi di promozione della salute e dell'educazione sanitaria, per:

- sviluppare una visione aggiornata delle basi scientifiche e dei riferimenti culturali relativamente ai modelli di salute e di promozione della salute, con particolare enfasi rivolta al contesto europeo e all'approccio "Health in all policies"
- acquisire la capacità di gestione di processi di trasferimento/traslazione dei risultati della ricerca scientifica nel contesto operativo
- conoscere e applicare metodologie di progettazione di interventi di promozione ed educazione alla salute a livello individuale, di piccolo gruppo, di comunità
- conoscere e applicare azioni di ricerca qualitativa e quantitativa per l'analisi di bisogni di salute e la valutazione degli interventi
- conoscere i fondamentali metodi di comunicazione educativa utilizzabili in/ con diversi contesti e target
- conoscere e gestire processi di valutazione di impatto sulla salute
- saper gestire gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari
- saper coordinare programmi integrati di promozione della salute ed educazione alla salute

- attivare e sostenere processi di miglioramento continuo di qualità dei servizi coinvolti in azioni di promozione della salute ed in progetti di educazione sanitaria;
- coordinare e sostenere progetti multidisciplinari di ricerca per l'analisi e la valutazione dei bisogni e delle domande di salute a sostegno della progettazione in promozione della salute ed educazione sanitaria.

L'Università di Perugia partecipa allo Eu.Ma.H.P Consortium e ciò offre ai partecipanti al Master la possibilità di acquisire i crediti necessari anche per il titolo europeo frequentando uno stage di formazione presso una delle Università europee aderenti alla rete. Lo European Master in Health Promotion - progetto Commissione Europea-DG Sanco - è stato istituito per creare un programma di formazione post lauream comune, condiviso, modulare, e di standard elevati per gli specialisti del settore in Europa e assicurare una procedura benchmarking atta a garantire pratiche di qualità in promozione della salute. E' promosso da una rete di Università europee e gode del riconoscimento e del sostegno dell'Unione Europea. Nessun altro corso universitario post-laurea (master, corsi di perfezionamento) ha avuto il successo e la continuità del corso offerto dall'Università di Perugia. A titolo esemplificativo si elencano alcuni corsi attinenti la promozione della salute e l'educazione alla salute che attualmente non risultano attivi:

- l'Università degli Studi di Firenze – Dipartimento di Sanità Pubblica ha attivato diversi corsi di perfezionamento: nell'a.a. 2002-03 "Gestione dei processi educativi e formativi per la promozione della salute", nel 2003-04 "L'educazione alla salute dell'adolescente", nel 2006-07 "I determinanti della salute"
- l'Università degli Studi di Siena aveva attivato un Corso di perfezionamento in "Educazione e promozione della salute: strategie, metodi e strumenti e Master in Promozione della salute, prevenzione, educazione alimentare"
- il Dipartimento dell' Età evolutiva dell' Università degli studi di Parma aveva attivato il Master universitario di "Promozione e tutela della salute e dell' educazione alimentare nell'età evolutiva"
- L'Università di Bologna offre un Master in "Alimentazione ed educazione alla salute" e un Master di II livello in "Sviluppo dell'attività motoria e promozione della salute" per la formazione dell'Equity in Health Manager.

Nel database Hp-source.net Masanotti G., che ha inserito le informazioni relative alla promozione della salute in Italia, indica tre Università tra gli organi principali coinvolti nello sviluppo della conoscenza nell'ambito della promozione della salute: l'Università di Perugia (Prof. Pocetta, Dipartimento di Specialità medico-chirurgiche e Sanità Pubblica), di Siena (Prof. Giacchi, Istituto di Igiene) e di Cagliari (Prof. Contu, Dipartimento di Igiene). Una piccola curiosità relativa ai nomi dei Dipartimenti di Igiene delle Università italiane, due hanno nomi che ci fanno intuire un cambiamento di paradigma (almeno nel titolo): delle 34 Scuole di specializzazione di igiene e medicina preventiva, sotto la Facoltà di Medicina e Chirurgia:

- presso l'Università degli Studi di Genova è stato istituito il Dipartimento di Scienze della Salute - Sez. di Igiene e Medicina preventiva
- presso l'Università degli Studi di Palermo, è stato istituito il Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute "G. D'Alessandro". Il Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute "G. D'Alessandro", cui afferiscono i docenti dell'Istituto di Patologia Infettiva e Virologia e della Medicina del Lavoro ha il fine di "promuovere ricerche nel campo delle complesse interazioni uomo-ambiente in relazione alle diverse realtà epidemiologiche, quali quelle infettive e quelle cronico - degenerative, allo scopo di promuovere il benessere fisico-psichico della collettività".

5.1.2 La formazione non universitaria

Aldilà della formazione in promozione della salute offerta in ambito universitario esiste una formazione offerta principalmente agli operatori in servizio che già si occupano di promozione della salute (assistenti sanitari, medici e altri operatori delle ASL; insegnanti di diversi ordini) dalle ASL, da enti strumentali e istituzionali (DORS, ISS, CCM...). A tale proposito, Modolo ci dice che, nonostante i limiti nella formazione di base dei vari operatori, il tema della formazione ha assunto importanza nella

politica sia del sistema sanitario che di quello scolastico. Infatti, favoriti dalle risorse economiche messe a disposizione dal SSN e dalle linee di indirizzo dei due sistemi stessi, hanno moltiplicato gli sforzi per la formazione degli operatori in servizio, nella quale sono state coinvolte varie agenzie formative, non ultima l'Università. Per Briziarelli in Italia "la realtà è andata oltre l'attività delle istituzioni formali e interventi di formazione per la promozione della salute e soprattutto per l'educazione sanitaria sono stati realizzati da diverso tempo e in quasi tutte le regioni italiane. Questo tipo di formazione è avvenuta per l'impegno di diversi soggetti: istituti scientifici ed enti di formazione, anche privati, servizi sanitari regionali e locali, scuole ed è stato soprattutto verso operatori sanitari e sociali, insegnanti ed altri operatori delle scuole." Si tratta di una formazione discontinua e frammentaria di cui non daremo conto in questo lavoro. Si può però certamente dire che in alcune regioni vi è stata un'offerta maggiore. Emblematico è l'esempio del Piemonte dove è stato istituito DORS, un servizio finanziato dalla Regione Piemonte - Assessorato alla tutela della salute e sanità, indirizzato alle Aziende ASL e ASO, agli operatori della scuola, della ricerca, dell'associazionismo e a coloro i quali, a vario titolo, operano nel campo della Prevenzione e della Promozione della Salute. Tra i suoi obiettivi vi è proprio quello di formare gli operatori (professionisti e dei decisori politici) affinché sviluppino competenze e capacità di intervento per promuovere la salute della popolazione. Il raggio d'azione di DORS inizialmente limitato alla regione Piemonte si è poi esteso in tutta Italia. Tra le iniziative più recenti a livello nazionale si segnala il piano formativo del progetto PinC dell'ISS. Tra le attività del programma c'è anche la progettazione di una strategia comunicativa e formativa rivolta a operatori sanitari (MMG, pediatri, operatori Sian, DP, Sert, operatori sanitari dei servizi territoriali, etc.), operatori socio-sanitari, operatori della scuola (USR, USR, Dirigenti scolastici, insegnanti), farmacisti, associazioni dei cittadini, personale delle amministrazioni comunali, Decisori, Forze dell'ordine ovvero le "figure chiave", sanitarie e non sanitarie, il cui contributo è fondamentale per raggiungere i target primari (adulti, adolescenti, bambini, donne, anziani, famiglie) della promozione della salute. È interessante il fatto che il target di questa formazione è il frutto di un'indagine conoscitiva. PinC prevede la realizzazione di un pacchetto di attività e di strumenti di comunicazione e formazione a sostegno degli obiettivi del programma Guadagnare salute. La partecipazione a questi corsi di formazione è stata agevolata in qualche modo anche dall'obbligo degli operatori sanitari di acquisire crediti ECM (Educazione Continua in Medicina).

5.1.3 Associazioni e Altri Organismi

L'associazionismo per l'Educazione alla Salute e la Promozione della Salute

Nella Relazione dello Stato sanitario del Paese del 1990, si legge che "l'aggregazione di quanti operano per l'educazione sanitaria in forme organizzate e strutturate, rappresenta un fenomeno non nuovo nel panorama italiano ed anzi per dimensione può essere considerato anche uno dei più cospicui nel panorama dell'associazionismo scientifico. Le maggiori organizzazioni attive nel campo sono due: l'Associazione Italiana per l'Educazione Sanitaria e il Comitato Italiano per la promozione della salute e l'educazione sanitaria già Comitato Italiano per l'Educazione sanitaria. L'associazionismo professionale in questo settore esprime alcune ben identificabili caratteristiche peculiari. Rispetto alle tradizionali associazioni professionali a carattere scientifico infatti l'AIES ed il CIPES hanno da sempre privilegiato l'una l'operatività, caratterizzandosi come un organismo del volontariato di servizio, l'altra l'azione politico organizzativa a supporto dei decisori istituzionali al livello più alto (Ministero e Regioni)". Qui di seguito verranno presentate le due organizzazioni sopracitate e altri organismi che si ritiene abbiano portato/stiano portando contributi non secondari allo sviluppo dell'educazione sanitaria e della promozione della salute in Italia. Non dimentichiamo però che ci sono altre associazioni, per es. quelle interessate al self-help e self-care, in vari settori, o alla difesa dei diritti del malato, che stanno trovando spazi per l'azione educativa verso la popolazione, cercando di accorciare le distanze che spesso separano il cittadino dalle istituzioni e che aprono spazi interessanti alla partecipazione. Inoltre, un ruolo di sensibilizzazione se non proprio di educazione e promozione della salute, è esercitato anche da associazioni di volontariato, naturalistiche, di difesa dell'ambiente, che contribuiscono all'affermazione di un disegno preventivo.

CIPES

Fondata nel 1954 come Comitato Italiano per l'Educazione Sanitaria, la Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria è un'organizzazione nazionale non istituzionale che



si propone di favorire lo sviluppo della Promozione della Salute e dell'Educazione Sanitaria in Italia, di assicurare la collaborazione tecnica e organizzativa a strutture volontarie che lavoravano nell'ambito della salute, di collegare Enti, Associazioni e Società che operano in campo sanitario, educativo, assistenziale e previdenziale, di facilitare lo scambio di informazioni ed il confronto delle esperienze in campo teorico ed applicativo dell' educazione sanitaria; di incoraggiare la ricerca e gli studi sperimentali sulle metodiche più efficaci di educazione sanitaria; di contribuire alla formazione di un'opinione pubblica correttamente sensibile ai problemi della salute fisica e mentale. La CIPES collabora con l'Unione Internazionale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria ([International Union for Health Promotion and Education](#) - IUHPE), della quale è membro costituente. La CIPES ha sede a Perugia presso il Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria interuniversitario - CSESi dell'Università di Perugia. La Confederazione organizza periodicamente la Conferenza Italiana per l'Educazione Sanitaria, promuove e coordina convegni e seminari interregionali e regionali, costituisce commissioni o gruppi di studio su temi o settori specifici, diffonde pubblicazioni, istituisce assegni di studio. Possono essere membri della CIPES: gli Enti, le Associazioni e le Società Nazionali a carattere sanitario, educativo, assistenziale e previdenziale che operano nel campo dell'educazione sanitaria o sono comunque interessati al suo sviluppo; le federazioni regionali, provinciali di USL, i Centri e le Associazioni locali per l'educazione sanitaria; le persone fisiche, gli Enti, le Fondazioni, le Società, che intendono coadiuvare la confederazione nel conseguimento dei fini statutari. I membri partecipano all'Assemblea ed eleggono il consiglio direttivo; ricevono il bollettino, ora Newsletter; ricevono i documenti dell'ufficio di presidenza; possono partecipare ai gruppi di studi ed alle commissioni; traducono le ricerche internazionali in italiano; possono chiedere l'assistenza dei gruppi di studi o sui membri dell'ufficio di presidenza per informazione sui programmi, sulle pubblicazioni, i materiali audio-visivi provenienti da regioni italiane o paesi esteri; hanno la possibilità di acquistare a prezzo ridotto le pubblicazioni edite direttamente o disponibili per ciò; di patrocinare, congiuntamente con la CIPES, i programmi di ricerca o di formazione del personale, seminari e convegni di carattere nazionale o regionale. La CIPES collabora con il [Ministero della Sanità](#) e mantiene rapporti con altre organizzazioni internazionali attive nel settore della Promozione e Educazione alla salute. L'ultima Conferenza Nazionale si è tenuta congiuntamente con AIES al Lido di Venezia nell'ottobre 2010, nell'ambito del Congresso Nazionale degli Igienisti Italiani SItI.

AIES

L'Associazione Italiana per l'Educazione Sanitaria (AIES) è sorta nel 1966 per creare punti di raccordo tra tutti coloro che hanno interesse e sono impegnati in attività di educazione alla salute. L'AIES è un modo di legare varie esperienze, è un modo per riflettere sulle modalità con cui si affrontano i problemi dell'educazione sanitaria, è un modo per unirsi nelle azioni promozionali. Intende contribuire allo sviluppo di un'educazione sanitaria che si fondi sulla comunità, che parta dai suoi bisogni, che consenta di conoscere i problemi di salute, che stimoli la partecipazione e il lavoro comune tra operatori dei servizi e popolazione. E' composta da operatori sanitari e sociali, docenti universitari e di scuole, medie elementari e materne, da cittadini interessati allo sviluppo dell'educazione alla salute. L'Associazione ha sede legale in Perugia presso il [Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria interuniversitario](#) (CSESi) dell'Università degli Studi di Perugia. Si articola in Sezioni Locali che hanno autonomia amministrativa e organizzativa, nel quadro dei programmi generali stabiliti annualmente dall'Associazione. Possono divenire soci dell'Associazione le persone fisiche (soci individuali) che, a qualunque titolo partecipino o collaborino ad attività di educazione sanitaria. Per assumere la qualità di socio è necessario inoltrare domanda al Presidente della competente Sezione Regionale. Sono istituite le seguenti Sezioni Locali: Abruzzo, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Comitato Ortonovo, Lombardia, Sezione Provinciale Perugia, Sezione Provinciale Piacenza, Roma, Sardegna, Sicilia, [Toscana](#), Veneto.

Fondazione Angelo Celli

La Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, con sede in Perugia, è stata istituita il 10 luglio 1987. Essa è stata promossa da [Alessandro Seppilli](#), che ne ha costituito il patrimonio iniziale e ne è stato Presidente fino al 1993. Fu lui che volle intitolare la Fondazione ad [Angelo Celli](#) (1857-1914), definito dalla Enciclopedia Italiana il più insigne degli igienisti dell'Ottocento, ponendolo a modello per quanti si occupano di sanità pubblica giacché seppe unire un lungo e appassionato



magistero universitario, una vastissima e proficua attività di ricerca sulle più gravi patologie del tempo, e un impegno lucido e costante, anche in sede parlamentare, per una rapida e capillare traduzione sociale delle conquiste della medicina scientifica allora in pieno sviluppo, insieme a una forte attenzione alle condizioni di vita delle fasce più deboli della popolazione e a una coraggiosa opzione di fondo per una strategia sanitaria diretta alla prevenzione prima ancora che alla cura delle malattie ormai conclamate. La Fondazione ha per scopo la costruzione e la espansione la più larga possibile di forme di cultura - e dunque di cognizioni, valori, schemi comportamentali e stili di vita - funzionali alla promozione della salute individuale e collettiva, intesa come diritto egualitario e bene indivisibile. Incentrando la sua attività verso questo obiettivo, la Fondazione lavora parimenti intorno ai problemi connessi con i modelli e le pratiche alimentari, con gli stili esistenziali e in generale con gli assetti socio-culturali da cui dipendono le situazioni di bene-essere individuale e collettivo e le condizioni di una costruttiva convivenza civile, di una consapevole esplicazione dei diritti/doveri di cittadinanza, e di una apertura scevra di preconcetti alla "diversità" e ai rapporti interculturali. In tutte queste direzioni essa promuove e realizza, in proprio o in collaborazione con altri organismi, studi e ricerche, dibattiti e convegni, attività di consulenza, iniziative editoriali, corsi di formazione a vario livello e più ampie tipologie di comunicazione. La Fondazione ha largamente indagato e operato in Italia e in altri Paesi sui fattori sociali che intervengono nei processi di salute/malattia, sulle rappresentazioni collettive concernenti la corporeità, l'alimentazione, la patologia somatica e psichica e le figure e le istituzioni convenzionali e non convenzionali che alla difesa della salute appaiono preposte, sui fenomeni di comunicazione e di costume che nei confronti della salute in vario modo interferiscono, sui momenti di "gestione domestica della salute" e sui possibili successivi "itinerari terapeutici", sulle immagini relative ai farmaci e alle procedure diagnostico-terapeutiche, sui rapporti e le reciproche attese fra medico e paziente e in generale fra i servizi sanitari e la loro utenza, anche a fronte dei sempre più intensi ed estesi flussi di immigrazione, con l'obiettivo di contribuire a una più efficace calibrazione socio-culturale delle strategie sanitarie e di promuovere appunto una sempre più estesa cultura della salute, negli operatori e nella popolazione, intesa come consapevolezza dei processi oggettivi e soggettivi connessi alla salute e come matrice di una attiva e viepiù necessaria partecipazione comportamentale di tutti alla sua difesa. La Fondazione pubblica tre periodici: "Educazione Sanitaria e Promozione della Salute" / "La Salute Umana. Rivista bimestrale di promozione ed educazione alla salute".

La SItI è la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (ONLUS).

La Società riunisce tutte le persone qualificate e interessate a collaborare al conseguimento dei seguenti scopi:

- promuovere il progresso scientifico e culturale nel campo dell'Igiene, Epidemiologia, Sanità Pubblica, Medicina Preventiva e di Comunità, Programmazione, Organizzazione, Management ed Economia sanitaria, nonché in tutte le altre sue possibili articolazioni funzionali;
- rendere operante la cooperazione tra gli Igienisti, l'Amministrazione sanitaria e le Istituzioni mediche e scientifiche nazionali e internazionali che perseguono gli stessi fini;
- favorire l'evoluzione e lo sviluppo culturale e professionale delle attività di prevenzione ed il ruolo e la qualificazione dei suoi cultori ed operatori a livello centrale e periferico;
- dare impulso alle attività di educazione sanitaria volte ad innalzare il livello igienico-sanitario della popolazione.
- promuovere le attività di aggiornamento professionale e di formazione permanente nei confronti dei soci anche con programmi di educazione continua al fine di elevarne la professionalità e le competenze manageriali, scientifiche e tecniche.
- promuovere e partecipare, attraverso l'attività dei soci e mediante la collaborazione con altre società e organismi scientifici, a studi e ricerche scientifiche nell'ambito delle discipline di cui al comma a) con predisposizione di manuali, linee-guida, protocolli operativi e studi multicentrici.

5.2 I setting per la promozione della salute

Nel contesto comunitario: la rete italiana delle Città Sane

La finalità del progetto dell'OMS Città Sane è quella di coinvolgere le Amministrazioni locali nello sviluppo di politiche nelle quali la salute sia uno dei principali valori di riferimento. La partecipazione italiana al progetto ha inizio nel 1987 con l'adesione delle città di Milano e Padova. Nel 1995 si è costituita formalmente la Rete Italiana delle Città Sane che è attualmente composta da oltre 70 Comuni in 17 regioni. Nel 2001 è divenuta associazione senza scopo di lucro. La Rete promuove il ruolo e l'impegno dei Comuni italiani nelle politiche di promozione della salute a livello locale. Diffonde e sviluppa il movimento Città Sane a livello nazionale: i Comuni associati mirano a costruire un percorso condiviso di raccolta, analisi e diffusione degli elementi migliori e replicabili delle buone pratiche di promozione della salute, ad esempio in materia di inquinamento delle città, prevenzione di tumori, trapianti, risorse sanitarie. Inoltre, la Rete è costantemente impegnata sui temi principali del progetto Città Sane Oms, ovvero pianificazione urbana per la salute, valutazione di impatto sulla salute, invecchiamento in salute. Nel contesto sanitario: gli Ospedali promotori di salute. Il progetto Health Promoting Hospitals nasce alla fine degli anni 80 con il concorso dell'Ufficio Europeo OMS con lo scopo di collegare e sostenere gli ospedali che intraprendono iniziative di trasformazione e riorientamento basato sull'approccio di setting. Nel periodo 1993-97 viene avviato e sviluppato il Progetto Europeo degli Ospedali Pilota in cui 20 Ospedali europei si impegnano a sviluppare ciascuno 5 progetti di promozione della salute. Nel 1995 viene lanciata l'idea di costituire le Reti Nazionali per incorporare nell'organizzazione, nei principi e nella cultura ospedaliera le specificità della promozione della salute. Obiettivo dichiarato: migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, le condizioni di lavoro, la soddisfazione degli operatori e degli utenti. Ogni Ospedale si impegna a realizzare almeno 3 progetti. In Italia i primi due Ospedali aderenti al movimento sono stati l'Ospedale di Padova e l'Ospedale .Buzzi. di Milano. Nel quadro della riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale e in particolare nel quadro della logica aziendale, la filosofia di fondo proposta è quella della qualità totale con al centro gli interessi e la soddisfazione del cliente. Nel 1995 comincia il lavoro di preparazione per la costituzione della Rete Regionale Veneta che nel è stata designata dall'OMS e dal Ministero della Sanità quale Centro di Coordinamento della Rete Italiana degli Ospedali promotori di salute e la sua organizzazione indicata come riferimento metodologico organizzativo per le altre Reti regionali Italiane. All'iniziativa veneta, fa seguito nel 1997 la costituzione formale della Rete Piemontese e nel gennaio dello stesso anno si tiene la Prima Conferenza Nazionale degli ospedali promotori di salute. Infine, nel Marzo del 1998 si tiene la Seconda Conferenza Nazionale durante la quale viene sancito un accordo di programma tra le due reti in direzione della costituzione della Rete Nazionale. La Rete Italiana degli Ospedali per la Promozione della Salute si configura, quindi, come una "rete di reti regionali", pienamente autonome nella gestione delle proprie attività e nei rapporti diretti con i propri ospedali aderenti, con le rispettive autorità regionali e con l'Ufficio Europeo dell'OMS. A oggi sono state costituite 12 reti regionali. Il progetto HEPPY si inserisce nella Rete HPH della Regione Piemonte, all'interno di due progetti specifici: Progetto "Continuità assistenziale Ospedale-territorio" (coordinatore: Dott.ssa Maria Grazie De Rosa) e Progetto "Ospedale e territorio senza dolore" (dott.ssa Carla Bena).

Nel contesto scolastico: le Scuole promotrici di salute

In Europa, ad opera dell'OMS, cui si sono aggiunte poi altre organizzazioni internazionali, è stato dato il via ad un'azione concertata per l'estensione del lavoro di educazione alla salute che già veniva svolto nelle scuole. Con essa dovevano essere presi in considerazione tutti gli aspetti della vita scolastica: lo sviluppo del senso olistico della salute, dall'ambiente all'organizzazione del lavoro, dalle attività collaterali alla ristorazione e così via. Passando quindi dalla prevenzione delle possibili patologie dell'infanzia alla trasformazione del vivere nella scuola come momento fondamentale per l'armonica crescita dello studente. All'iniziativa hanno aderito praticamente tutti i Paesi Europei, creando una rete molto ampia di soggetti che hanno adottato questa strategia e la stanno tuttora portando avanti. In Italia l'iniziativa è stata recepita dal Ministero della Pubblica Istruzione, che ha selezionato un gruppo di scuole campione in alcune regioni italiane per dare il via al progetto in modo sperimentale ed è seguita da quello della sanità che è il referente ufficiale per l'OMS del progetto è il Ministero della Sanità. La Rete europea delle regioni per la promozione della salute (RHN) si è

costituita nel 1992 per rafforzare l'attenzione sul miglioramento delle condizioni di salute nelle regioni, in vista dell'incremento del loro ruolo in Europa. Il Network supporta lo sviluppo di politiche e strategie di miglioramento della salute realizzate a livello nazionale e promuove l'equità in salute, l'ampia partecipazione ai processi decisionali e l'equilibrio tra promozione della salute, contesto socio-ambientale e servizi sanitari. Ne fanno o ne hanno fatto parte alcune regioni italiane (Veneto, Calabria), ma non esiste un coordinamento a livello italiano.

5.3 Centri di documentazione e banche dati sulla promozione della salute

Nella Relazione sullo stato sanitario del paese si sottolinea più volte la difficoltà di dare conto in una breve sintesi di tutto ciò che si fa in Italia a proposito di promozione della salute ed educazione alla salute a causa dell'estrema eterogeneità della documentazione e la dispersione delle fonti di informazione, dovuta anche all'assenza di un Osservatorio nazionale. Si dice inoltre che, in attesa che sia pienamente operativo in Italia un Osservatorio della promozione e dell'educazione alla salute razionale ed efficiente, sono stati utilizzati i dati del SEDES e del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria. Dopodiché si perdono le tracce di questo osservatorio. Negli anni, in Italia sono stati messi in atto molti esempi parziali (dal punto di vista tematico, geografico o documentale) di banche dati, ma spesso le esperienze si sono interrotte per il venir meno del mandato o per diverse ragioni di sostenibilità. Per ovviare a questi problemi e per realizzare un database nazionale e regionale di progetti, interventi e buone pratiche di prevenzione e promozione della salute, il progetto PinC (Programma nazionale di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi di Guadagnare Salute) ha promosso una collaborazione con il [Dors](#), il Centro regionale di documentazione per la promozione della salute della Regione Piemonte con esperienza consolidata nella costruzione di banche dati. Il gruppo di lavoro comprende anche l'Ars Toscana, le Regioni Veneto, Emilia-Romagna, Toscana nonché l'agenzia di editoria scientifica Zadig. Altre Regioni, come l'Umbria, hanno dichiarato il proprio interesse a partecipare e, più in generale la partecipazione al gruppo di lavoro è aperta alle realtà locali disposte a impegnarsi. PinC è coordinato scientificamente dal Cnesps dell'Istituto superiore di sanità. A partire dal 2000 Dors, in collaborazione con gli operatori piemontesi, ha costruito un database di progetti di promozione della salute ("[Pro.Sa. progetti](#)"), inizialmente rivolto alle esperienze regionali. La collaborazione del Dors con Centri di documentazione di diverse Regioni viene avviata nel 2007 grazie a due successivi progetti Ccm affidati a Dors nell'ambito del programma Guadagnare Salute "Attività di ricognizione dei progetti ed interventi di prevenzione e promozione della salute negli adolescenti nelle Regioni italiane" e "Sviluppo e consolidamento della rete dei centri di documentazione per la prevenzione e la promozione della salute". Per questi progetti DoRS ha contattato i centri studi e documentazione operanti nelle varie Regioni. Nelle Regioni dove centri studi o documentazione non erano presenti ha ricercato la collaborazione di Enti regionali, Agenzie sanitarie regionali e Dipartimenti universitari con una vocazione ed un'esperienza di ricerca e documentazione nel settore dei minori o dell'adolescenza o, più in generale, in tematiche relative alla Promozione ed Educazione alla Salute. Ciò ha consentito poi la sperimentazione dell'utilizzo della banca dati Pro.Sa. in un contesto sovraregionale con risultati convincenti. Complessivamente sono stati raccolti più di 2000 progetti in 16 Regioni, catalogati e inseriti in banca dati, progetti poi sottoposti a una selezione al fine di individuare le potenziali buone pratiche. L'accesso alla banca dati è stato a questo punto caratterizzato in senso nazionale, attraverso un sito apposito "Rete italiana dei Centri di Documentazione per la Prevenzione e Promozione della Salute" (www.retepromozionesalute.it) di cui Dors ha mantenuto completamente le funzioni di gestione e sviluppo. Pur tenendo conto della possibilità di ulteriore crescita e miglioramento, si tratta della più completa, organizzata e fruibile base informativa oggi disponibile sulle attività di prevenzione e promozione della salute in Italia. Sebbene il progetto si sia formalmente concluso nel 2008, successivamente la banca dati è stata comunque utilizzata, senza finanziamenti dedicati, da 7 Regioni. A partire da questo bagaglio culturale fornito dal Dors, il progetto di collaborazione con PinC prevede lo sviluppo del sistema informativo e della banca dati nazionale e regionale (revisione e adattamento del portale www.retepromozionesalute.it); la strutturazione di un percorso di selezione delle buone pratiche all'interno della banca dati; la partecipazione (nelle fasi di progettazione, erogazione, predisposizione di materiali didattici) a iniziative di formazione promosse dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto Superiore di Sanità.

DORS

DoRS (Centro Regionale di Documentazione per la promozione della salute) è un'organizzazione finanziata a livello regionale dal Piemonte. Ha sede a Torino ed è stata fondata nel 1998 con Deliberazione della Giunta Regionale del Piemonte n. 90-23098/97. Fornisce documenti e materiali tratti dalla letteratura, dalle esperienze e dai "prodotti" realizzati da quanti operano per migliorare la salute alle ASL, agli operatori sanitari, ricercatori, sindacati, insegnanti, organizzazioni di comunità e attori politici a livello locale, provinciale e regionale. Informa sulle evidenze prodotte, disseminare le prove di efficacia di interventi per la salute. Oltre a diffondere la letteratura, è coinvolto nella formazione dei professionisti e dei decisori politici col fine di sviluppare le competenze e le conoscenze necessarie per promuovere la salute della popolazione. Inoltre forniscono assistenza per la pianificazione, l'implementazione e la valutazione di interventi, progetti e politiche per la salute. DORS lavora attivamente per sviluppare reti a livello locale, regionale, nazionale e internazionale e, in particolar modo, coopera attivamente al progetto per lo sviluppo di una Rete informativa nazionale.

SEDES

Sito internet dell'Agenzia per la promozione e l'educazione alla salute, la documentazione, l'informazione e la promozione culturale in ambito socio-sanitario, con sede a Perugia; l'Agenzia svolge funzioni di supporto e consulenza, informazione e promozione culturale nell'ambito della prevenzione, della promozione della salute e dell'educazione sanitaria.

CTDS

Il Centro Trentino di Documentazione per la Salute è un servizio di archivio, biblioteca, emeroteca, mediateca, banca dati on-line. Nei suoi vari settori raccoglie una grande quantità di documenti riguardanti un ampio ventaglio di argomenti che afferiscono ai concetti di promozione ed educazione alla salute, di miglioramento della qualità della vita, di assistenza sanitaria e sociale

CEDES

Il Centro di documentazione per l'educazione alla salute fa parte del sistema di documentazione della regione Toscana e ha lo scopo di provvedere alla diffusione delle informazioni scientifiche e della cultura della salute.

ISS - Centro Italiano di documentazione dell'OMS

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è il Centro di documentazione per l'Italia dell'OMS - Ufficio regionale per l'Europa dal 1991. Il Centro sostiene l'attività dell'OMS promuovendo la diffusione della documentazione prodotta dalle sedi della WHO-Headquarters e della WHO-Europe. A tal fine provvede alla raccolta e catalogazione di tale materiale, nonché al recupero dell'informazione bibliografica e alla fornitura del documento primario. Promuove altresì la traduzione in lingua italiana di documenti WHO/EURO attinenti ad argomenti di particolare rilevanza e cura la recensione di pubblicazioni di interesse specifico e di attualità.

5.4 Il contesto europeo

Su 47 paesi europei, 27 sono membri dell'Unione Europea con una popolazione totale di circa 500 milioni di persone. Altri tre paesi europei sono candidati all'ingresso e altri paesi tra cui l'Islanda hanno fatto domanda o stanno pensando di fare domanda per diventare membri. I cittadini dell'UE non hanno mai vissuto così a lungo e l'aspettativa di vita sta ancora crescendo. Tuttavia, la salute della popolazione dell'UE è lungi dall'essere così buona come potrebbe essere e ci sono ancora livelli significativi di malattie prevenibili di mortalità precoce. Le condizioni sociali ed economiche di fondo e le condizioni di vita e lavorative associate sono identificate come i più importanti determinanti di salute in Europa. Durante l'ultimo decennio c'è stata una crescita rapida e senza precedenti del potere e dell'influenza dell'UE nello sviluppo delle politiche pubbliche per la salute in Europa. Dalle sue iniziali responsabilità indirette per i fattori che incidono sulla salute, come gli standard comuni relativi alle medicine, alle assicurazioni mediche, e alla salute dei lavoratori, l'UE attraverso i diversi trattati europei è diventata la forza trainante che facilita le azioni per la protezione e il miglioramento della salute in Europa e oltre (Davies 2003). Ciò ha un importante impatto sul bisogno di, e sull'attenzione per, le competenze chiave per la promozione della salute in Europa. La strategia sanitaria europea



"Insieme per la salute: un approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013" include azioni volte a promuovere una buona salute affrontando i maggiori determinanti di una cattiva salute associati con la morbosità e la mortalità precoce. Nell'UE gli stati membri hanno la responsabilità maggiore in materia di politiche per la salute e di servizi sanitari per i cittadini europei. Si riconosce che una cooperazione a livello comunitario è necessaria e che questa cooperazione e coordinamento tra i paesi europei e le organizzazioni internazionali aumenta l'efficacia delle politiche di prevenzione. L'UE sostiene lo scambi di informazioni e le linee guida contenenti buone pratiche che permettono l'aumento della tutela della salute nella Comunità. Per implementare effettivamente questa strategia è necessaria una forza lavoro competente e professionale per la promozione della salute attraverso gli stati membri che possiede una visione comune dei principi basilari e delle conoscenze di promozione della salute basata sulle prove di efficacia, e l'abilità di tradurre gli obiettivi strategici in pratica. Costruire e aumentare le competenze per promuovere la salute efficacemente è cruciale per migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze di salute in Europa e gli stati membri trarrebbero beneficio da un sistema che facilitasse lo scambio strutturato, la collaborazione e la coerenza tra le diverse strutture nazionali nell'ambito della costruzione di competenze per la forza lavoro della promozione della salute (Santa-María Morales et al., 2000). Gli sforzi per aumentare la capacità di soddisfare i bisogni della popolazione richiedono una forza lavoro con competenze sufficienti ad affrontare le sfide poste. L'individuazione delle competenze chiave per la promozione della salute in Europa offre un modo per sviluppare una visione condivisa di ciò che costituisce la conoscenza specifica e le competenze richieste per una pratica di promozione della salute efficace nel contesto europeo (Battel-Kirk et al., 2009). Considerati i diversi stadi di sviluppo della promozione della salute in Europa, è ragionevole dire che c'è bisogno di un quadro di riferimento coerente che a partire dagli sviluppi nazionali e internazionali porti ad un sistema globale e flessibile per lo sviluppo della forza lavoro e la garanzia di qualità (Santa-María Morales et al. 2009). In Europa c'è una varietà di contesti sociali, economici, culturali e politici che si riflette sugli attuali sviluppi delle competenze per la promozione della salute nei diversi stati. Nelle politiche e strategie dell'UE si riconosce tuttavia che gli standard di qualità siano centrali per un uso etico delle risorse e per un'azione efficace sulla salute. La formazione dello staff basata su standard ben definiti e l'implementazione di standard di controllo della qualità sono visti come importanti meccanismi per ottenere una pratica di qualità. Negli ultimi vent'anni l'UE ha elaborato una serie di direttive e decisioni (Recognition of the Professional Qualifications, 2005/36/EC, Setting up a Group of Coordinators for the Recognition of Professional Qualifications, 2007/172/EC) per stabilire sistemi più flessibili di riconoscimento delle qualifiche professionali e per assicurare qualità e accesso ai servizi relativi alla salute, favorendo il principio di libero movimento tra gli stati membri. Il riconoscimento transnazionale delle qualifiche professionali offre una spinta per lo sviluppo degli standard comuni e dei criteri di qualità nella formazione ed educazione dei professionisti della salute e, dalla prospettiva della promozione della salute, di tutti i professionisti con l'obiettivo del miglioramento della salute (Santa-María Morales et al., 2009). Queste strategie e trattati quindi forniscono un potente contesto per lo sviluppo di competenze per la promozione della salute a livello pan-europeo. Il Trattato di Maastricht (Title XII, Education, Vocational Training, Youth and Sport Article 165 -ex Article 149 TEC) stabilisce che la Comunità Europea dovrebbe contribuire allo sviluppo di un'educazione di qualità incoraggiando la cooperazione tra gli stati membri, sostenendo e integrando quest'azione quando necessario. Maastricht stabilisce inoltre che gli stati membri dovrebbero incoraggiare la mobilità degli studenti e degli insegnanti incoraggiando il riconoscimento accademico dei diplomi e periodi di studi, promuovendo la cooperazione tra sistemi educativi e sviluppando scambi di informazione ed esperienze su temi comuni ai sistemi educativi degli stati membri. Questo ovviamente ha una rilevanza diretta per lo sviluppo delle competenze che formeranno la base dell'educazione e della formazione in promozione della salute in Europa. L'obiettivo principale del processo di Bologna era di creare uno Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore basato sulla cooperazione internazionale e su scambi accademici che attragga sia studenti e personale europeo sia studenti e personale di altre parti del mondo. Il processo prende il nome dalla Dichiarazione di Bologna, firmata da 29 paesi nel giugno 1999. I firmatari promisero di riformare i sistemi di istruzione superiore in modo convergente in modo da rendere l'istruzione superiore europea più compatibile e comparabile, più competitiva e più attrattiva per gli europei e per gli studenti e gli studiosi di altri continenti. Nello specifico, gli obiettivi della Dichiarazione includevano di lavorare per creare un sistema di qualificazioni comparabili, cicli comuni relativi ai sistemi di primo e secondo livello, un sistema di crediti (ETCS) basato sul volume di studio, di incoraggiare una mobilità attiva di studenti e

staff in Europa, di promuovere la cooperazione per lo sviluppo di criteri comuni/garanzia di qualità a livello europeo e di incoraggiare la dimensione europea dell'istruzione superiore come lo sviluppo di curriculum, la cooperazione inter-istituzionale, gli schemi di mobilità, i programmi di studio integrati, gli stage e la ricerca (Davies, 2003) Oggi, il Processo unisce 46 paesi. Un'importante caratteristica del Processo di Bologna e la chiave del suo successo è che coinvolge anche la Commissione Europea, il Consiglio d'Europa e UNESCO-CEPTES così come rappresentati di istituzioni di istruzione superiore, studenti, personale, datori di lavoro e agenzie di controllo della qualità. Sulle basi della Dichiarazione di Bologna, l'Associazione Europea per il Controllo della qualità nell'istruzione superiore (European Association for Quality Assurance in Higher Education in Europe) (2005) ha sviluppato una serie di standard e di linee guida per il sistema europeo di istruzione superiore e ha cercato di individuare dei modi per assicurare un adeguato sistema di revisione dei pari (peer review) per il controllo di qualità e/o l'accREDITAMENTO delle agenzie. Tutti questi sviluppi forniscono una chiara motivazione per lo sviluppo di un meccanismo pan-europeo volto a garantire la qualità della preparazione professionale e la qualificazione di quanti lavorano nella promozione della salute negli stati membro dell'UE (Santa-María Morales et al., 2009).

5.4.1 Collaborazione sullo sviluppo delle competenze per la Promozione della Salute in Europa

La Commissione Europea, tramite il suo programma di sanità pubblica, ha sostenuto molte iniziative significative in quest'area, tra le quali ci sono lo sviluppo di competenze per la formazione di secondo livello in promozione della salute del progetto EUMAHP (Master europei in PS) e altre iniziative di collaborazione come i progetti di sviluppo delle competenze a livello pan-europeo di PHETICE e ASPHER.

European Masters in Health Promotion (EUMAHP)

EUMAHP è una delle iniziative finanziate dalla Commissione Europea, sviluppate in relazione alla promozione della salute in Europa (Meresman, 2004). Nel 1997, si riunì un consorzio di esperti coinvolti nella formazione nell'ambito della promozione della salute provenienti da tutti gli stati membri e dalla Norvegia. Lo sviluppo del programma EUMAHP iniziò nel 1998 con lo scopo di migliorare la qualità della promozione della salute attraverso la formazione professionale dei promotori di salute in Europa e per trarre beneficio dal valore aggiunto della dimensione Europea. Il progetto inoltre cercava di "sviluppare ulteriormente e rafforzare la concettualizzazione europea della promozione della salute dopo la Carta di Ottawa" (Colomer et al., 2002). Lo sviluppo delle competenze era centrale per il lavoro iniziale del progetto EUMAHP (Davies et al., 2000). Gli obiettivi del progetto EUMAHP erano:

- il miglioramento degli standard formativi nell'ambito della promozione della salute all'interno delle istituzioni accademiche
- la certificazione o l'accREDITAMENTI dei professionisti e operatori della promozione della salute
- la professionalizzazione del campo della promozione della salute e il suo riconoscimento.

Lo sviluppo del curriculum per la formazione in promozione della salute era una delle principali aree di lavoro del consorzio, e includeva un'attenzione per il controllo di qualità dei programmi educativi rilevanti. Lo sviluppo di un curriculum e di competenze chiave a livello europeo erano centrali per il progetto (Davies et al., 2000). Il gruppo di lavoro EUMAHP per gli standard professionali e accademici definì le competenze per la promozione della salute come "le conoscenze, le abilità e le attitudini necessarie per implementare specifiche azioni di promozione della salute all'interno di specifiche aree di pratica in base a specifici standard" (Meresman et al., 2006). Come parte dei compiti di questo gruppo di lavoro, venne somministrato un questionario riguardante sia la promozione della salute in generale sia la pratica in specifici ambienti e con particolari gruppi di persone. Venne completato da 33 esperti di promozione della salute di tutta Europa. Ai partecipanti venne chiesto di mappare le competenze che ritenevano più essenziali, desiderabili o non rilevanti. Vennero identificate 27 competenze suddivise in 5 aree di competenza:

1. competenze analitiche; per es. comprensione dei determinanti di salute sociali, culturali e soggettivi

2. competenze per la gestione sociale; per es. sensibilità verso le dinamiche di gruppo e istituzionali. Abilità a gestire tali situazioni.
3. competenze per il policy making; per es. comprensione dei settori, delle politiche e dei servizi pubblici
4. competenze di comunicazione; per es. abilità di dialogare, di ascoltare attivamente e con attenzione, empatia, ascolto compassionevole
5. competenze operative; per es. abilità gestionali: leadership, prendere decisioni, abilità di mobilitazione delle risorse, di organizzare le mansioni.

Il quadro EUMAHP per le competenze, incluse le 5 dimensioni di cui sopra, ha gettato le basi per lo sviluppo di un curriculum di base per i programmi di formazione di secondo livello pubblicato dal consorzio (Colomer et al., 2002). Questo lavoro iniziale ha fornito importanti fondamenta per lo sviluppo collaborativo di un curriculum di base coerente per la formazione in promozione della salute di secondo livello in Europa.

Public Health Training in the Context of an Enlarging Europe (PHETICE)

Un altro progetto fondato dalla Commissione Europea che si basa sulle competenze come base per lo sviluppo del curriculum è il progetto PHETICE (Formazione in Sanità pubblica nel contesto di un Europa in allargamento) che ha sviluppato uno schema per guidare la formazione di operatori della sanità pubblica multidisciplinare e ha incluso nel suo direttivo esperti di promozione della salute. Il progetto PHETICE venne lanciato nel 2005, con l'idea che gli sviluppi della sanità pubblica nell'Unione Europea richiedevano un approccio unificato per lo sviluppo della forza lavoro attraverso le specializzazioni di sanità pubblica. Si riteneva che l'introduzione di una dimensione europea comune di sanità pubblica fosse necessaria per ottenere degli sviluppi e per utilizzare il quadro preparato dalla Commissione Europea. Il progetto venne avviato da 5 programmi di Master europei finanziati dalla Commissione Europea nell'area della sanità pubblica in senso ampio, alimentazione, gerontologia, epidemiologia e promozione della salute. Il lavoro realizzato all'interno del progetto PHETICE include una mappatura dell'attuale situazione della formazione in sanità pubblica e una raccolta di importanti documenti e informazioni su come il sistema europeo comune di monitoraggio della salute può essere sostenuto con la formazione e su come i sistemi di competenze e di controllo della qualità vengono sviluppati in Europa. Il progetto PHETICE era diviso in 7 pacchetti di lavoro e distribuito tra cinque partner. All'interno del programma PHETICE, vennero realizzati una mappatura dell'attuale situazione della formazione nell'ambito della sanità pubblica al fine di fornire al progetto informazioni di contesto, e una raccolta di importanti documenti e informazioni sull'istruzione superiore in sanità pubblica in Europa. Inoltre hanno raccolto informazioni sulle strategie educative e pedagogiche adatte per la sanità pubblica ma anche ottimizzate per essere in linea col processo di Bologna. Venne realizzata un'indagine tra le università e scuole di sanità pubblica dell'Europa allargata, usando una lista comune di indirizzi dell'ASPHER (Association of schools of Public Health – Associazione delle Scuole di Sanità Pubblica) e dei programmi di master europei già esistenti. 86 università hanno risposto (PHETICE, 2008). Venne sviluppato un modello per analizzare le competenze per la sanità pubblica e la promozione della salute. Questo modello, che venne sviluppato a partire da modelli internazionali di sanità pubblica e di promozione della salute già esistenti, è pensato per essere flessibile in modo da permetterne l'uso più ampio possibile affinché possa collegarsi ad altre aree e se ne possa espandere l'uso a livello europeo, nazionale e locale. Questo modello è stato rivisto per permettere l'inclusione di discipline specifiche e delle competenze chiave. Il modello è dinamico ed è diviso in 3 aree collegate tra loro. In termini di risultato, il modello mira a migliorare lo sviluppo della sanità pubblica e contiene esempi di gruppi chiave di riferimento (dalle popolazioni agli individui). Permette anche all'utilizzatore di definire il modello di salute all'interno del quale lavora (da ICD a EUPHID). Per migliorare la sanità pubblica del gruppo di riferimento, il processo di sanità pubblica è profondamente basato sui valori chiave della "Salute per tutti" (per es. la giustizia sociale e l'equità) che definiscono il contesto nel quale le competenze sono usate e messe in pratica. Le competenze chiave sono suddivise nelle seguenti categorie:

- valutazione (assessment) e analisi

- politiche e pianificazione
- implementazione e valutazione (evaluation)
- comunicazione
- elaborazione delle informazioni
- Lavoro di gruppo
- leadership.

Il processo ciclico interagisce con la struttura esistente fatta di istituzioni e di professionisti e delle componenti chiave che li costituiscono (per es. le missioni, i valori, le competenze delle istituzioni e i valori, le competenze e le performance degli individui). Il progetto PHETICE stabilisce dei collegamenti con il lavoro svolto dall'ASPHER e raccomanda che collegamento con altri network europei vengano mantenuti (Davies et al., 2008).

Association of the School of Public Health in the European Region (ASPHER)

L'ASPHER venne stabilita nel 1966, per rappresentare le scuole di sanità pubblica, altri tipi di istruzione di secondo livello in sanità pubblica e altri programmi. Queste scuole e gli altri programmi preparano gli studenti per carriere nei servizi o nella sanità pubblica accademica attraverso l'ottenimento di diplomi in sanità pubblica a tutti i livelli (baccalaureato, master e dottorato). ASPHER sta attualmente sviluppando standard basati sulle competenze per l'istruzione dei professionisti di sanità pubblica, inclusi quanti lavorano nella promozione della salute. L'attenzione del Programma europeo dell'ASPHER per le competenze chiave di sanità pubblica (European Public Health Core Competencies Programme - EPHCC) è rivolta allo sviluppo di una lista di competenze chiave considerata necessarie dalle Scuole di sanità pubblica per formare i loro studenti a sviluppare, organizzare, gestire e prevedere problemi di sanità pubblica (ASPHER, Phase 1 report). Queste competenze sono necessarie per affrontare le sfide della salute delle popolazioni e dei sistemi di salute, che una parte dei professionisti della sanità pubblica potrebbe aspettarsi di dover affrontare, e naturalmente i sistemi di prevenzione delle malattie e la promozione della salute costituiscono un'importante componente di questo portfolio di competenze (Birt and Foldspang, 2009). È stato deciso che più probabilmente le competenze sarebbero state viste come appropriate e valide se fossero state sviluppate con un metodo bottom-up, con uno stretto coinvolgimento dei professionisti della sanità pubblica che ogni giorno devono dimostrare le competenze di sanità pubblica nel loro lavoro. La prima fase del progetto fu una fase di raccolta. Tutte le scuole di sanità pubblica furono invitate a mandare una lista di competenze che per loro erano importanti (Birt and Foldspang, 2009). Le competenze vennero classificate in sei aree tematiche:

1. Metodi (epidemiologia, biostatistica, metodi qualitativi)
2. ambiente sociale e salute
3. ambiente fisico, chimico e biologico e salute
4. politiche, organizzazione, gestione ed economia per la salute
5. promozione della salute e prevenzione
6. tematiche interdisciplinari, inclusi fare strategia, etica e altri temi.

Queste aree erano largamente in accordo con le aree dell'ASPH (Association of Schools of Public Health-Associazione delle scuole di sanità pubblica) negli Stati Uniti. Ciascun area ha il suo gruppo di lavoro e il presidente del gruppo di lavoro può suggerire sottodivisioni. Per ottimizzare l'inclusività del processo, se il membro di un gruppo suggerisce una competenza, questa veniva inserita nella lista. Lo scopo era di produrre un quadro valido delle competenze applicate nella formazione in sanità pubblica in tutta Europa. Non c'era un limite massimo di competenze (ASPHER, 2007). All'interno di queste aree le competenze erano divise in due gruppi: pratiche (che richiedono abilità) e intellettive (che richiedono conoscenza e comprensione) e ciascun gruppo conteneva un elenco di competenze per ciascuna delle seguenti aree:

- determinanti di salute, fattori di rischio
- teorie e principi della promozione della salute e della prevenzione
- fare strategia, sviluppo, gestione e valutazione di programmi
- comunicazione.

Alcune delle competenze incluse nella bozza del gruppo delle competenze pratiche per la promozione della salute richiedevano agli studenti di dimostrare la capacità di descrivere e valutare i determinanti di salute, descrivere e individuare i principi e gli elementi biologici, fisici, chimici, sociali e psico-sociali coinvolti nella prevenzione e nella promozione della salute, di realizzare indagini sugli stili di vita, di analizzare dati e saper usare metodi di ricerca qualitativi. La bozza delle competenze intellettive richiedeva agli studenti di conoscere e comprendere un'ampia gamma di aree sociali, psicologiche ed economiche inclusi la filosofia di base, le scienze sociali, l'impatto dell'ambiente sociale sulla salute, la comprensione dell'origine sociale, culturale ed economica dei determinanti di salute. La lista provvisoria delle competenze chiave per la sanità pubblica fase 1 venne pubblicata nell'ottobre del 2007. Questa lista venne realizzata a partire dalle liste di competenze ricevute da ciascun presidente. Alcune competenze vennero riviste o leggermente modificate dai presidenti per evitare troppe ripetizioni e sovrapposizioni che inevitabilmente avvengono quando una serie di liste indipendenti vengono messe insieme (ASPHER, 2007). Durante la fase 2 vennero stabiliti contatti con gli stakeholder della sanità pubblica. Si tennero due conferenze nel 2008 (Arhaus, Danimarca e Parigi, Francia) e dei workshop in Slovenia e Scozia. Il risultato di queste consultazioni fu che la lista di competenze originata dai sei gruppi di lavoro iniziali venne modificata e nell'ottobre 2008 venne pubblicata la lista provvisoria delle competenze chiave in sanità pubblica fase 2 (ASPHER, 2008). Secondo Birt e Foldspang (2009) le sfide alla salute delle popolazioni e ai sistemi di salute variano nel tempo e nelle diverse regioni europee. Pertanto si spera che questo processo venga continuato e rafforzato nella fase 3 e che porti a liste condivise a livello generale e regionale di competenze chiave per l'istruzione in sanità pubblica nei diversi livelli di istruzione. In definitiva, le competenze per la sanità pubblica devono essere definite per adattarsi in modo appropriato ai diversi livelli di istruzione e formazione in sanità pubblica e anche ai diversi possibili livelli di occupazione nella sanità pubblica (al fine di agevolare la possibilità di confrontare le offerte di lavoro, e un reale libero movimento dei professionisti di sanità pubblica in Europa). Le competenze possono essere monitorate a livello del singolo studente e le liste di competenze forniranno anche un nuovo potenziale per lo sviluppo di diplomi in sanità pubblica a livello europeo (Birt and Foldspang, 2009). Attualmente è in corso la fase 3 che include piani per le scuole di sanità pubblica e interazioni tra gli stakeholder di sanità pubblica attraverso conferenze, workshop locali e regionali, classificazioni delle competenze in base al livello di formazioni, continue revisioni e continue pubblicazioni di liste di competenze riviste. ASPHER nella sua pianificazione per il 2015 sta portando avanti una serie di indagini Delphi al fine di consolidare la lista delle priorità. Entrambe le somministrazioni del Delphi hanno indicato un sostegno molto forte al progetto sulle competenze.

5.4.2 IUHPE/Le Iniziative Europee

Nel 2005 il Comitato Regionale europeo della IUHPE ha creato un sotto-comitato con lo scopo di elaborare raccomandazioni sullo sviluppo della formazione, dell'accreditamento e degli standard professionali per la promozione della salute nell'Unione Europea. Uno studio esplorativo sugli sviluppi della promozione della salute nella regione europea è stato portato avanti da Santa-María Morales and Barry (2007) a nome del sotto-comitato. Gli obiettivi dello studio erano:

- esaminare il livello della formazione specialistica in promozione della salute nelle regioni europee
- determinare la situazione corrente in materia di accreditamento e registrazione professionale degli operatori di promozione della salute nei paesi
- avere una visione d'insieme del lavoro corrente a livello nazionale/regionale in materia di competenze e di standard professionali
- determinare l'esistenza e la situazione attuale dei percorsi professionali nella promozione della salute nei diversi paesi

Sono stati ricevuti dati da 33 paesi e lo studio ha riscontrato che la formazione in promozione della salute sta attraversando un processo di sviluppo in Europa, sebbene nei diversi paesi ci siano diversi livelli di sviluppo. Solo un piccolo numero di paesi ha riportato sviluppi attivi nelle competenze per la promozione della salute e sono stati riportati diversi livelli di sviluppo. Lo studio prova che in almeno 7 paesi è in corso uno sviluppo delle competenze per la promozione della salute e in 4 lo sviluppo degli standard professionali. Nonostante il piccolo numero di sistemi esistenti, le conclusioni dello studio indicano che c'è un'esperienza sulla quale lavorare per lo sviluppo delle competenze e degli standard professionali a livello pan-europeo (Santa-María Morales and Barry, 2007). Sulla base delle informazioni raccolte attraverso lo studio esplorativo, il sotto-comitato IUHPE/EURO ha attivato un progetto pilota con partecipanti di sette paesi per verificare la fattività di un sistema di accreditamento basato sulle competenze a livello pan-europeo. Il progetto portato avanti da Battel-Kirk e Barry (2009) individua il livello di interesse per e il progresso verso questo sviluppo all'interno dei paesi partecipanti ed esplora le barriere e gli stimoli ad un accreditamento basato sulle competenze. Complessivamente il progetto ha confermato il sostegno ad un sistema pan-europeo e ha raccomandato che questo sistema tenga in considerazione le differenze tra paesi europei in termini di sistemi sanitari, livello di infrastrutture e sviluppo della promozione della salute. I partecipanti a questo progetto, con altri otto partner, hanno proseguito con lo sviluppo di una proposta per ottenere fondi dall'Agenzia esecutiva per la sanità pubblica della Commissione Europea (ora Agenzia esecutiva per la salute e i consumatori). La proposta ha avuto successo ed ora è il progetto CompHP. I partner del progetto sono stati anche attivi nello sviluppo del Galway Consensus Statement (Dichiarazione di consenso di Galway) sulle aree delle competenze chiave per la PS (Allegrante et al., 2009), che venne visto come portatore di un quadro di riferimento potenzialmente utile per gli sviluppi europei.

5.4.3 The Galway Consensus Conference Statement

Sulla base degli sviluppi internazionali, la Conferenza di consenso di Galway del 2008 fu pensata come primo passo verso un accordo internazionale sulle competenze chiave necessarie per la preparazione professionale degli specialisti di promozione della salute e di educazione alla salute. Questa conferenza cercò di promuovere lo scambio e una maggiore collaborazione sullo sviluppo delle competenze chiave per la promozione della salute e il rafforzamento di comuni approcci per la costruzione di competenze e lo sviluppo della forza lavoro. La IUHPE in collaborazione con la SOHPE (Society for Public Health-Società per la sanità pubblica), il CDC statunitense (Center for Disease Prevention and Control-Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie) e altri partner si è riunito presso l'Università nazionale dell'Irlanda a Galway dal 16 al 18 giugno 2008 per la Conferenza di consenso di Galway che è culminata nella pubblicazione della Dichiarazione di Galway di consenso sulle aree delle competenze chiave per la promozione della salute e l'educazione sanitaria (Allegrante et al., 2009; Barry et al., 2009). I partecipanti della conferenza provenivano da istituzioni di istruzione superiore e da entità che governa mentali chiave, ONG, società professionali a livello nazionale e globale. La conferenza ha cercato la partecipazione di leader e stakeholder di tutto il mondo; tuttavia dei circa 35 esperti che sono stati invitati a partecipare, solo 26, per lo più provenienti dall'Europa e dal Nord America, hanno accettato l'invito e hanno partecipato alla conferenza. Diverse regioni del mondo, tra cui l'Africa sub-sahariana, la regione asiatico-pacifica e quella latino-americana, non erano rappresentate o erano sotto-rappresentate a causa della mancanza di risorse finanziarie per coprire i viaggi. Le relazioni preparate dal segretariato della conferenza per stimolare le riflessioni contenevano la più aggiornata revisione della letteratura relative all'accREDITAMENTO in promozione della salute ed educazione alla salute, che includeva la preparazione e la valutazione professionale basata sulle competenze, gli standard, e gli approcci volti al controllo di qualità. I partecipanti alla Conferenza di Galway hanno raggiunto l'accordo sui valori e i principi chiave, una definizione comune e otto aree di competenze chiave necessarie per una pratica della promozione della salute efficace. La Dichiarazione di consenso elaborata dagli organizzatori non si riferisce a competenze specifiche ma si concentra piuttosto sulle aree delle competenze chiave che sono fondamentali per raggiungere miglioramenti di salute. Le otto aree di competenze chiave sono così definite:

1. Catalizzatore del cambiamento (Catalyzing change) – permettere il cambiamento e mettere gli individui e le comunità in grado di migliorare la loro salute



2. Leadership – fornire una direzione strategica e opportunità per la partecipazione allo sviluppo di politiche pubbliche per la salute, mobilitando e gestendo risorse per la promozione della salute e la costruzione di competenze
3. Valutazione (Assessment) – valutare i bisogni e delle risorse presenti nelle comunità e nei sistemi che porti all'individuazione e all'analisi dei determinanti comportamentali, culturali, sociali, ambientali e organizzativi che promuovono e mettono in pericolo la salute
4. Pianificazione (Planning) – sviluppare obiettivi misurabili in risposta alla valutazione dei bisogni e delle risorse e individuare strategie basate sulla conoscenze derivate dalla teoria, dalle prove e dalla pratica
5. Implementazione (Implementation) – portare avanti strategie efficaci ed efficienti, culturalmente sensibili ed etiche che assicurino i maggiori miglioramenti possibili per la salute, inclusa la gestione delle risorse umane e materiali
6. Valutazione (Evaluation) – determinare la portata, l'efficacia e l'impatto dei programmi e delle politiche di promozione della salute. Questo include l'uso di metodi di valutazione e di ricerca appropriati per sostenere i miglioramenti, la sostenibilità e la diffusione del programma
7. Advocacy – promuovere con e a nome degli individui e delle comunità il miglioramento della loro salute e del loro benessere e costruire le loro competenze affinché possano intraprendere azioni che possono migliorare la salute e rafforzare le risorse della comunità al tempo stesso
8. Partnership – lavorare in modo collaborativo con altre discipline, settori e partner per aumentare l'impatto e la sostenibilità dei programmi e delle politiche di promozione della salute.

6. Profilo di Competenze del Professionista della Salute nella Continuità Assistenziale

Elaborato a cura del Gruppo di Progetto Italiano del Progetto HEPPY: Sabrina Grigolo, Carla Bena, Claudia Rizzati, Anna Maria Cornero, Rizio Zucchi, Augusta Moletto, Lorenza Garrino, Silvano Gregorino, Maria Luisa Toso

Competenze trasversali

- Conoscere i concetti di Salute e di Malattia nelle diverse culture.
- Conoscere della Storia del sistema socioassistenziale e sanitario
- Conoscere del contesto ambientale, della situazione relazionale, delle condizioni socio-economiche e culturali.
- Conoscere i bisogni di salute della popolazione
- Conoscere le leggi, regole e regolamenti concernenti la responsabilità professionale, penale e civile applicata al ruolo del case manager
- Conoscere gli aspetti etici e deontologici
- Conoscere i servizi territoriali e ospedalieri in ambito sanitario, sociale, educativo e del mondo del lavoro
- Essere capace di assumere le conoscenze e le competenze dei familiari in ordine alle indicazioni dell'ICF fattori personali: storia della vita del paziente, ambito di vita, relazioni, abitudini, attività e partecipazione alla vita normale

Progettazione e realizzazione del Progetto di Cure

- Essere in grado di individuare i bisogni di assistenza
- Essere in grado di valutare l'ambiente di vita del paziente e la fattibilità
- Essere in grado di individuare il caregiver con cui sostenere e condividere il piano assistenziale
- Essere in grado di progettare piani e percorsi personalizzati e flessibili, modificabili nel tempo
- Essere in grado di pianificare gli interventi
- Essere in grado di valutare l'efficacia degli interventi
- Essere in grado di individuare le abilità e le risorse già presenti nella famiglia per valorizzarle e implementarle
- Essere in grado di valorizzare i familiari nel patto educativo terapeutico
- Essere in grado di entrare in termini rispettosi nella cultura della famiglia (abitudini, tradizioni imparando da essa)
- Essere in grado di applicare metodi e strumenti di gestione del sistema qualità nell'ambito della Continuità Assistenziale ospedale-territorio

Organizzazione dei servizi sanitari e sociali e collegamento con le risorse territoriali

- Essere in grado di attivare le procedure per i Servizi territoriali o per i distretti che si occupano degli "utenti fragili" da 0 a 65aa, ultra 65enni (minori a rischio, disabili, tossicodipendenti, alcolisti, persone affette da AIDS, oncologici, psichiatrici, malati cronici, ecc)
- Conoscere la realtà ospedaliera, i Servizi Sociali e il rapporto con il territorio.
- Essere in grado di applicare metodi e strumenti di gestione della sicurezza a domicilio.
- Sapersi mettere in relazione paritaria con i familiari per sollecitarne le risorse nell'ambito del patto educativo sanitario

Sviluppo professionale

- Essere in grado di gestire le competenze (knowledge management) orientate al miglioramento del sistema della salute
- Essere in grado di applicare metodi e strumenti per ricercare le migliori prove di efficacia
- Essere in grado di valutare gli interventi sulla base di indicatori di processo e di risultato
- Essere in grado di applicare metodi e strumenti per aggiornare le attività, nel rispetto delle conoscenze scientifiche e delle nuove tecnologie
- Essere in grado di gestire una corretta e paritaria relazione con la famiglia

Comunicazione e relazione d'aiuto

- Essere in grado di utilizzare tecniche di relazioni assistenziali come counselling, educazione terapeutica,
- conoscere il significato di coping, adherence, e, in genere, delle azioni di rinforzo e rassicurazione della persona fragile
- Essere in grado di ascoltare e mediare e di comunicare in maniera efficace con il paziente e la sua famiglia
- Essere in grado di orientare la persona nell'ambito delle risorse territoriali
- Essere in grado di riconoscere e contenere situazioni emotivamente stressanti
- Essere in grado di applicare metodi e strumenti per sostenere, addestrare e accompagnare i caregivers alla gestione della persona a domicilio
- Essere in grado di stringere il patto educativo terapeutico tramite la raccolta delle narrazioni secondo la Metodologia Pedagogia dei Genitori

Lavoro di gruppo

- Essere in grado di applicare strumenti per il coordinamento dell'equipe sanitaria e sociale
- Essere in grado di applicare strumenti per il monitoraggio e la verifica dell'attività svolta
- Essere in grado di lavorare in gruppo o in equipe
- Essere in grado di mettersi in discussione
- Essere in grado di assumersi le proprie responsabilità ed i propri limiti senza demandare ad altri,
- Essere in grado di applicare strumenti per la collaborative e cooperative learning,
- Essere in grado di imparare col gruppo e dal gruppo
- Essere in grado di coinvolgere nei lavori la famiglia e i familiari valorizzando le loro conoscenze e competenze.

7. Bibliografia

1. Piano sanitario nazionale 2011-2013, Ministero della Salute
2. Libro bianco su principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della salute
3. Le indicazioni programmatiche nazionali sul sistema dell'assistenza domiciliare nel Servizio Sanitario Nazionale, AGENAS
4. Patto della salute 2010-2012
5. Modolo M.A., Briziarelli L., Educazione sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale, in Educazione sanitaria e promozione della salute, Vol. 13, n. 3, settembre 1990
6. Briziarelli L., Necessità formative per la promozione della salute e la salute globale, in Educazione sanitaria e Promozione della salute, vol. 33, n. 2, 2010
7. Briziarelli L., La promozione della salute, indicazioni per la formazione dei medici, in ESPS, volume 33, n.1, 2010
8. Relazione dello stato sanitario del paese, 1999
9. Modolo M.A., Briziarelli L., Educazione sanitaria e promozione della salute: sviluppo sociale e culturale, in Educazione sanitaria e promozione della salute, Vol. 13, n. 3, settembre 1990
10. Resegotti L., Promozione Salute n. 4, CIPES Piemonte, Torino, 2010
11. <http://www.dors.it>
12. www.unipg.it/csese
13. www.asnas.it
14. www.societaitalianaigiene.org/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=86
15. http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/PinInformatiCompetenti.asp
16. <http://www.unipg.it/csese/ita/cipes.htm>
17. <http://www.antropologiamedica.it/fondazione.html>
18. http://www.ccm-network.it/prg_area4_centri_doc_Asl3TO
19. http://www.retepromozionesalute.it/allegati/REPORT_progettoAdolescenti.pdf
20. <http://www.guadagnaresalute.it/site/la-banca-dati>
21. http://www.agenas.it/norm_naz_assist_dom_ssn.htm