

- 465 *In questo numero*
- Editoriale* 467 Continuità delle cure e promozione della salute
assieme: strategia per servizi efficaci e sostenibili
Filippo Antonio Bauleo
- Monografia* 470 *I contesti della promozione della salute: il servizio sanitario*
Promozione e prevenzione. Ripensare la sanità
pubblica, nuovi paradigmi e modelli.
Lamberto Briziarelli
- 483 L'involuzione delle condizioni di salute in Italia
ed i compiti del nostro SSN
Carlo Romagnoli
- 504 Politiche di budgeting nei sistemi sanitari
per esigenze di finanza pubblica
Enza Caruso
- 519 La Casa della Salute
Ardigò Martino, Francesco Sintoni, Brigida Marta
- 534 Le Cure Intermedie
Giulia Pieri, Davide Pianori, Maria Pia Fantini
- 544 L'Ospedale di Comunità nella Regione
Emilia-Romagna: descrizione di modelli organizzativi
implementati a livello locale
**Davide Pianori, Cinzia Badiali, Stefano Boni,
Fatima Geraldi, Vincenzo Manigrasso,**

**Cristina Pittureri, Patrizia Re, Andrea Spanò,
Giulia Pieri, Simona Rosa, Maria Pia Fantini**

- 558 Dinamica attuale in Italia della programmazione
sanitaria in tema di salute mentale
Luigi Ferrannini, Francesco Scotti

Altri contributi

- 567 Durezza dell'acqua e patologie cardio-cerebrovascolari:
revisione sistematica della letteratura e valutazione
meta-analitica

**Vincenza Gianfredi, Daniele Nucci, Samuele Vannini,
Milena Villarini, Massimo Moretti**

- 578 Lavoro precario: nuovi modelli di organizzazione del
lavoro, nuove forme contrattuali e condizione di
salute dei lavoratori

**Paola Beatini, Filippo Bauleo, Riccardo Casadei,
Liliana Minelli**

Recensioni

603

Schede

607

Documenti

- 610 L'integrazione socio-sanitaria, percorso normativi
a livello nazionale e locale a cura di di Luigi
Colombini

Carta GIMBE per la tutela della salute e del benessere
delle persone

IN QUESTO NUMERO

Conclude la serie di Monografie sui contesti della promozione della salute proposta nel 2015 dalla Rivista, la *Monografia* dedicata al Servizio Sanitario, curata da *Filippo Antonio Bauleo*.

Un compito impegnativo, in considerazione degli attuali indirizzi culturali e gestionali che sempre più orientano verso la cura, centrati su criteri e indicatori economici e gestionali e molto poco sui bisogni della persona e sul suo equilibrio di salute.

Riorientare il servizio sanitario, obiettivo della Carta di Ottawa del 1986, è solo assai parzialmente perseguito.

Lamberto Briziarelli introduce l'argomento evidenziando l'esigenza di aprire una nuova fase per la Sanità, un ripensamento di paradigmi, di modelli per un nuovo rapporto fra salute e politica, fra servizi e popolazione.

E' imperativo un allargamento dell'ottica degli interventi verso una promozione della

salute globalmente intesa, utilizzando strumenti quali i Profili e i Patti di salute, focalizzando l'organizzazione sulla medicina del territorio e sulla centralità del distretto e delle comunità locali.

Agli effetti dei tagli alla Sanità conseguenti a sette anni di crisi finanziaria è dedicato il contributo di *Carlo Romagnoli*: l'Autore, analizzando in dettaglio l'andamento degli indicatori di salute globale, evidenzia un grave processo di disgiunzione tra attesa di vita e attesa di vita in salute. Sono proposte interpretazioni e gestioni efficaci e sostenibili del fenomeno.

Enza Caruso sviluppa il tema precedente passando in rassegna le politiche di spesa sanitaria adottate in Europa e in Italia. Viene esaminata l'attuale complessa architettura di budgeting per il Servizio Sanitario Nazionale italiano che grava su uno tra i più efficienti ed efficaci servizi sanitari al mondo.

Ardigò Martino et al propongono e approfondiscono, a seguire, il modello della Casa della Salute: caratteristiche, funzioni, competenze, attori coinvolti. Un modello di assistenza multidimensionale e multi-servizio che attraverso la partecipazione della comunità nella gestione delle condizioni di salute garantisce sostenibilità ed efficacia; un cambiamento di relazioni di potere e di gerarchie tra servizi e professionisti che non può prescindere da un processo di radicale rinnovamento culturale. L'articolo di *Giulia Pieri et al* è dedicato alle Cure Intermedie e all'integrazione ospedale-territorio; a partire da una panoramica internazionale è descritto il contesto normativo e organizzativo italiano ed è proposto in conclusione il National Audit of Intermediate Care per la valutazione di questi servizi.

A completamento, l'articolo di *Davide Pianori et al* presenta il modello di Ospedale di Comunità implementato nella regione Emilia Romagna; l'analisi organizzativa condotta ha evidenziato come questa struttura possa costituire una importante risorsa per i pazienti e per lo stesso Servizio Sanitario.

L'ultimo contributo della Monografia tratta la Salute Mentale, nella prospettiva della programmazione sanitaria. *Luigi Ferrannini e Francesco Scotti* introducono i problemi in

campo, le nuove direttrici programmatiche e le priorità di azione a livello regionale.

Per la sezione Altri Contributi presentiamo una review di letteratura curata da *Vincenza Gianfredi et al* sulla correlazione tra durezza dell'acqua e patologie cardiovascolari. Consumare acque dure risulta protettivo per le CVD: uno spazio di azione per l'educazione sanitaria e per azioni di sanità pubblica nazionali e locali.

Al tema del lavoro precario e alle nuove forme di organizzazioni del lavoro è dedicato l'articolo di *Paola Beatini et al*. Sono presentati concetti, modelli e strumenti costruiti a livello internazionale per mettere in relazione le nuove forme contrattuali conseguenti alla crisi del 2008 e le condizioni di salute dei lavoratori. Il framework della Commissione WHO sui determinanti sociali di salute costituisce un punto di partenza di analisi dettagliata del fenomeno per ricercatori e decisori. Segnaliamo per la Rubrica Documenti il lavoro di *Luigi Colombini* sui percorsi normativi nazionali e locali sviluppati nel tempo per l'integrazione socio-sanitaria. Chiude la rubrica la Carta della Fondazione GIMBE per la tutela della salute e il benessere della persona.

Editoriale

Continuità delle cure e promozione della salute assieme: strategia per servizi efficaci e sostenibili

Continuity of care together with health promotion: a strategy for effective and sustainable services

Filippo Antonio Bauleo

Il rapporto del Censis per il 2015 evidenzia: “la situazione attuale in sanità è caratterizzata da un ormai stabile impegno economico delle famiglie, dall’erosione progressiva della spesa pubblica”, nonché le “difficoltà dei percorsi di cura”. L’OMS afferma che i sistemi sanitari si sono poco riformati, hanno investito pochissimo in prevenzione e promozione, hanno mantenuto alti costi e basse performance rispetto al miglioramento della salute. L’Osservatorio Europeo sui Sistemi sanitari e sulle Politiche Sanitarie, interrogandosi sui finanziamenti e sulla sostenibilità dei sistemi di sanità pubblica, afferma che l’equità, che dovrebbe essere garantita da un sistema sanitario pubblico, non potrà mai essere prodotta da sistemi assicurativi privati, che portano invece ad aumentare costi e inappropriately.

Alcuni anni fa ci chiedevamo: si può considerare la promozione della salute la centralità della nuova sanità pubblica? È possibile orientare il siste-

ma nella linea strategica della promozione della salute? La continuità delle cure può essere l’altro elemento centrale della nuova sanità pubblica?

Le mie esperienze professionali di direzione nel SSN, le indicazioni provenienti da istituzioni internazionali e dalla letteratura scientifica, mi portano ad affermare che un servizio sanitario pubblico efficace e sostenibile – oggi – debba avere come guida, bussola, stella polare il binomio continuità delle cure/promozione della salute.

La centralità della persona è elemento fondante della continuità delle cure, come della promozione della salute. È consolidato che l’azione di promozione della salute nei contesti di vita e di lavoro della comunità, negli interventi rivolti alla persona - nella sua interezza e nelle sue interazioni -, utilizzi gli strumenti della partecipazione e dell’intersectorialità, delle alleanze tra mondo della sanità e i tanti settori della società che giocano un ruolo sui determinanti socio-economici

di salute e sui comportamenti ad essa favorevoli. I nuovi bisogni socio-sanitari impongono di trasferire sempre più impegno e risorse dall'ospedale al territorio, dalla cura alla prevenzione e alla promozione della salute, dalla sanità di attesa a quella di iniziativa, dalla erogazione di prestazioni alla presa in carico e ai percorsi di cura.

La continuità tra le diverse aree dell'assistenza (sociale e sanitaria, primaria e ospedaliera) è elemento imprescindibile per efficacia, qualità e sicurezza delle cure e deve essere organizzata in percorsi integrati, centrati sulla Casa della Salute, le cure intermedie, il Distretto. Sono necessari chiari indirizzi politico-gestionali per una più adeguata organizzazione dei servizi – accessibile, continua, adattata, flessibile. Solo una sistematica integrazione di risorse professionali e comunitarie può consentire di gestire con efficacia polipatologie e multiproblematicità sanitarie e socio-assistenziali.

L'OMS afferma "La continuità delle cure è un importante determinante dell'efficacia, sia per la gestione delle malattie croniche, per la salute riproduttiva, per la salute mentale, che per assicurarsi che i bambini crescano in modo sano..." Per continuità delle cure si intende una articolata sequenza di azioni da parte di professionisti e servizi che permettono il procedere corretto e tempestivo di un programma assistenziale anche prolungato, attraverso lavoro di équipe, raccolta e registrazione standardizzata di dati clinici, protocolli diagnostico-terapeutici, procedure operative, percorsi assistenziali, piani di cura. Si compone di tre aspetti fondamentali:

1. continuità di relazione: continuità della relazione tra paziente e professionisti che forniscono assistenza in modo organico, coerente e attento allo sviluppo del percorso di trattamento;
2. continuità di comunicazione: la comunica-

zione tra professionisti che afferiscono ai diversi contesti assistenziali nel percorso di cura del paziente;

3. continuità di gestione: azione coordinata e integrata di più attori - professionisti, servizi, istituzioni-, attraverso l'utilizzo di piani assistenziali e percorsi di cura.

Continuità delle cure e promozione della salute assieme, dunque, nel territorio. Il territorio costituisce infatti lo snodo fondamentale nell'organizzazione dei sistemi sanitari, oggi più di ieri, come affermato dall'OMS che individua nelle cure primarie orientate verso la comunità il livello nevralgico di offerta dei servizi di promozione, prevenzione, diagnosi e cura di malattie acute a bassa complessità e croniche, che garantisce continuità di cura. Le cure primarie sono necessariamente caratterizzate da multiprofessionalità, multidisciplinarietà e integrazione sia sotto il profilo relazionale che organizzativo. In Italia la struttura operativa dell'Azienda sanitaria locale deputata a ruolo di facilitatore dell'integrazione tra professionisti, istituzioni, organizzazioni e assistiti è il Distretto, luogo e regia delle cure primarie. Costituiscono elementi consolidati di lavoro nel Distretto:

1. la valutazione sistemica dei bisogni della comunità e l'attenzione ai determinanti della salute, anche quelli socio-economici, alla base delle disuguaglianze in salute e della cronicità;
2. la definizione partecipata delle priorità;
3. l'individuazione di fattori positivi per la salute da promuovere (la struttura urbana: luoghi di incontro e socializzazione, la scuola: ciò che promuove lo star bene a scuola, il lavoro: la soddisfazione, lo stress);
4. l'utilizzo di sistemi informativi epidemiologici proattivi (costruzione di registri di patologia, stratificazione del rischio, richiamo programma-

to dei pazienti ...);

5. la costruzione di relazioni operative tra i professionisti: medici di medicina generale, pediatri di famiglia, operatori dei servizi territoriali, specialisti del territorio e ospedalieri e tra strutture territoriali e ospedaliere, che rappresenta il governo clinico distrettuale.

Elementi che pongono gli operatori sanitari di fronte a una domanda crescente di collaborazione interprofessionale e inter-organizzativa. Il termine collaborazione fa riferimento ad azioni collettive orientate verso obiettivi comuni in uno spirito di armonia e fiducia reciproci, ma comprenda anche il concetto di mutua interdipendenza. La collaborazione è il problema centrale di ogni impresa collettiva, come la sanità pubblica; si basa sul presupposto che i professionisti della salute siano consapevoli della necessità e dell'efficacia del lavoro in équipe, unico in grado di garantire un'assistenza migliore. Un modello di struttura della collaborazione individua quattro dimensioni tra loro interconnesse: due riconducibili alle relazioni tra individui e due alle relazio-

ni tra organizzazioni. Le prime due si riferiscono all'esistenza di una visione comune e obiettivi condivisi e alla "internalizzazione", vale a dire senso di appartenenza, fiducia nelle competenze e capacità reciproche. Le dimensioni organizzative includono formalizzazione delle azioni (accordi, piani, sistemi informativi, procedure) e governo strategico, linee di indirizzo politico-gestionali per sviluppare i processi di collaborazione interistituzionale e interprofessionale, nonché interventi di formazione.

Anche se c'è la crisi, e per farvi fronte. Ci sono segnali positivi. Il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 afferma il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare. Il decreto ministeriale dell'aprile 2015 sugli standard ospedalieri indirizza verso lo sviluppo delle cure intermedie, in particolare ospedali di comunità e sempre più governi regionali puntano sul modello organizzativo della Casa della Salute.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- CENSIS Il sistema di welfare. In: 49° Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2015. Milano, Franco Angeli, 2015.
- World Health Organization The World Health Report 2008. Primary Health Care: now more than ever. Geneve, WHO, 2008.
- Thomson S, Foubister T, Mossialos E Financing health care in the European Union. Challenges and policy responses. European Observatory on Health Systems and
- Policies. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2009.
- Atti del Seminario Nazionale di studio del Collegio Operatori S.It.I. La Nuova sanità pubblica: il ruolo e l'impegno degli igienisti, Bevagna (Perugia). Igiene e Sanità Pubblica, 2010; 46: suppl 3.
- Bauleo FA, Beatini P, Pocetta G Cure primarie, distretto, integrazione. Un sistema di buone pratiche. ESPS, 2011; 34: 64-75.
- Uijen AA, Schers HJ, Schellevis FG, van den Bosch WJHM How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. Family Practice 2012; 29: 264-271.
- D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, San Martín-Rodriguez L, Pineault R A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research 2008; 8:188.

Monografia

I contesti della promozione della salute: il servizio sanitario

Come introduzione alla parte monografica di questo numero di Sistema salute, dedicata al tema Promozione della salute e Sistema sanitario, abbiamo redatto una sorta di summa ricapitolativa di tutto quanto era stato pubblicato su questa stessa rivista negli ultimi due anni, dal cambiamento del titolo, attorno alla sanità italiana, con qualche aggiunta di materiali di altre fonti. Come a costituire una cornice entro la quale si collocano i diversi contributi che seguono, a formare un quadro quanto più possibile completo per portare avanti il nostro discorso di attualizzazione della Promozione della salute rispetto alle profonde modificazioni che il Paese ha subito e sta tuttora subendo.

Promozione e prevenzione. Ripensare la sanità pubblica, nuovi paradigmi e modelli.¹

Promotion and prevention. Rethinking Public Health, new paradigms and models

Lamberto Briziarelli

Centro Sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: false illusioni, bisogni, determinanti sociali e sanitari, nuovi patti per la salute

RIASSUNTO

Obiettivo dell'articolo è principalmente quello di verificare se il servizio sanitario, a circa trent'anni dalla sua istituzione, abbia soddisfatto le aspettative poste dalla legge di riforma e dai movimenti culturali e politici che avevano condotto ad essa, come anche colmato le attese ed i bisogni della popolazione. E, conseguentemente, fornire alcune indicazioni e proposte all'occorrenza. Avendo, ovviamente, come focus la Promozione della salute. Il ragionamento si sviluppa a partire dalla necessità di un ripensamento di fronte a false illusioni, poi smentite;

1. Questo tema è stato anche oggetto di una relazione (Da bisogni e profili ad un programma globale di salute) in un Convegno "Dai bisogni di salute ad un programma globale di prevenzione. Il Piano nazionale di prevenzione 2014-2018", Arezzo 26 giugno 2015.

come risulta dall'analisi dei compiti della sanità e dal mancato raggiungimento di molti degli obiettivi di salute. Sulla base delle positive aperture del Piano nazionale di prevenzione e attraverso il richiamo alle indicazioni degli organismi internazionali per una "fase nuova" nel campo della sanità, fornisce indicazioni circostanziate per una salute e sanità 2.0 che sappia rispondere alle nuove sfide. Anzitutto con la revisione di paradigmi, con la costruzione di nuovi modelli operativi nel rapporto fra salute e politica, fra servizi e popolazione. Con nuovi patti fra cittadini e istituzioni, fra tecnici, politici e popolazione, fra utenti e operatori. In nome di valori e principi sempre validi e spesso dimenticati, ricollocando la persona al centro del sistema.

Key words: fakes, needs, health and social determinants, new health agreements

SUMMARY

The article aims mainly to ascertain thirty years later the achievement of health service objectives, according both to health reform law and population needs, as well as to the cultural and political movements. Secondly focusing into the Health Promotion some indications and proposals are offered.

Starting from a rethinking towards false hopes, the author demonstrates how services have not completely attained their objectives of equity, solidarity, universal access to the services provided throughout the nation. Then, having in mind both the new National Prevention Plan and International organization for a new phase recommendations as well, towards a Health and Health services 2.0 indications and suggestions are provided. Paradigms and models have to be revised in order to implement new operational ways between health and politics, services and users. On these purposes new agreements are needed, having the people as system center.

L'involuzione delle condizioni di salute in Italia ed i compiti del nostro SSN

The health condition involution in Italy and the tasks of our NHS

Carlo Romagnoli

Medico igienista, Staff Programmazione epidemiologica USL Umbria1, Perugia

Parole chiave: anni di vita in salute, crisi, domanda socio sanitaria

RIASSUNTO

A sette anni dall'inizio della crisi finanziaria globale che ha inciso pesantemente sui determinanti distali di salute (reddito, lavoro, inserimento sociale, ecc.), continua l'approvazione di misure finanziarie che sottraggono risorse al Servizio sanitario nazionale, ponendo il problema degli effetti che il combinato disposto tra crisi e tagli alla sanità determinano su bisogni, domanda di salute, accessibilità e capacità di risposta dei servizi socio sanitari, effetti che possono essere illustrati anche dall'andamento di indicatori di salute globale quali la attesa di vita e la attesa di vita in salute alla nascita ed a 65 anni. Vengono pertanto analizzate le evidenze risultanti dalla pubblicazione di dati su queste misure da parte di OMS, Unione Europea ed Istat, distintamente per gli andamenti europei ed italiani. Tutte le fonti disponibili convergono nell'evidenziare una tendenza generale alla disgiunzione tra attesa di vita e attesa di vita in salute, registrando la prima una crescita spettacolare mentre la seconda nel complesso dell'Europa ristagna e nello specifico dell'Italia arretra vistosamente sia alla nascita che a 65 anni, con un aumento degli anni di vita vissuti in cattiva salute, il che a sua volta farebbe emergere: a) una maggiore capacità del SSN nel ridurre la letalità piuttosto che nel comprimere la morbosità da malattie cronico degenerative; b) un aumento della domanda socio sanitaria ed una disgiunzione tra questa e le risposte ottenibili tramite un SSN defanziato ed estremamente disomogeneo nelle sue afferenze operative; c) un ruolo importante per la deprivazione materiale e la disoccupazione di lungo periodo, con effetti negativi maggiori tra i quintili più poveri della popolazione, mentre per le donne si accentua il paradosso di vivere più anni degli uomini ma in condizioni di salute peggiori; d) la necessità di potenziare le politiche di promozione della salute, prevenzione ed assistenza territoriale, il che richiederebbe comprensione e accettazione del problema, condizioni organizzative omogenee tra i diversi SSR e disponibilità di investimenti adeguati.

Key words: years of healthy life, crisis, health care request

SUMMARY

Seven years after the global financial crisis that has weighed heavily on the distal determinants of health (income, employment, social inclusion, etc.), continues the approval of financial measures which divert resources to the NHS, placing the problem of the effects that the conjunction between crisis and cuts to health care determine on needs, demand for health, accessibility and responsiveness of social health effects that can be shown also on the performance of global health indicators such as life expectancy and life expectancy at birth and health in 65 years. They therefore analyzed the evidence resulting from the publication of data on these measures by WHO, European Union and Istat, separately for the Italian and European trends. All available sources converge in highlighting a general tendency to disjunction between life expectancy and healthy life expectancy, recording the first spectacular growth and the second in the whole of Europe is stagnating and specifically Italy recedes conspicuously either at birth that at 65, with an increase of the years of life she lived in poor health, which in turn would emerge: a) increased capacity of the our NHS to reduce the lethality rather than compressing morbidity from chronic degenerative diseases; b) an increase in demand for social and health care and a disjunction between this and the answers obtained through a poor SSN and extremely uneven in its operating afferents; c) an important role in material deprivation and long-term unemployment, with major negative effects among the poorest quintile of the population, while for women accentuates the paradox of living more years of men but in worse health; d) the need for a strengthened policy of health promotion, prevention and community care, which would require understanding and acceptance of the problem, organizational conditions consistent between different SSR and the availability of adequate investment.

Politiche di budgeting nei sistemi sanitari per esigenze di finanza pubblica *Budgeting policies in health systems for reasons of public finance*

Enza Caruso

Università degli studi di Perugia - Dipartimento di Economia; Centro di analisi delle politiche pubbliche dell'Università di Modena e Bologna.

Parole chiave: Europa, Italia, finanziamento e spesa sanitaria, budgeting

RIASSUNTO

Il saggio pone in rassegna le principali politiche di spesa sanitaria e finanziamento adottate in Europa e in Italia, che dipendono dalle condizioni delle finanze pubbliche e dall'organizzazione dei sistemi di welfare. I sistemi sanitari dei paesi non colpiti dall'austerità, con adeguati livelli di spesa sanitaria, elevata copertura e ridotta spesa out of pocket, hanno potuto affrontare la crisi con politiche contro cicliche. Nei paesi condannati dall'austerità la sanità è stata invece pesantemente colpita rincorrendo politiche pro cicliche. In Italia, la cornice finanziaria del nuovo Patto per la salute si è presentata da subito fortemente precaria, essendo condizionata a successive modifiche che si rendessero necessarie in relazione ai vincoli macroeconomici. Al riguardo, si illustrano le recenti manovre di riduzione del finanziamento sanitario, evidenziando come i miglioramenti di efficienza nella gestione delle risorse hanno in sostanza fatto spazio ad altre politiche.

Key words: Europe, Italy, health expenditures, health financing, budgeting.

SUMMARY

The paper reviews the main policies of health expenditure and financing taken in Europe and Italy, which depend on the condition of public finances and the organization of welfare systems. Countries which were not affected by the austerity policies, with appropriate levels of health care spending, high coverage and reduced out of pocket expenditures, were able to tackle the crisis with counter cyclical policies. On the other hand, Countries that have been hit by austerity, chasing pro cyclical policies have heavily cut the health spending. In Italy, the new Pact for health have immediately taken a highly precarious financial framework, depending on subsequent changes that would be necessary respect to macroeconomics constraints. In that regard, the paper focuses on the latest healthcare funding cuts, showing how the efficiency gains in resource management, rather than being invested for the sustainability of the system, have been used to cover other sectors expenditures.

La Casa della Salute *The House of Health*

Ardigò Martino, Francesco Sintoni, Brigida Marta

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI), Dipartimento di Scienze Mediche Chirurgiche, Università di Bologna.

Parole chiave: Casa della Salute, assistenza primaria alla salute globale, salute pubblica, modelli assistenziali, risolutività.

RIASSUNTO

Obiettivo del testo è discutere le principali funzioni e competenze che dovrebbero qualificare la Casa della Salute (CdS) nel contesto italiano. Nel testo si prende spunto dalla letteratura internazionale rispetto ai cambiamenti demografici ed epidemiologici in atto a livello globale e vengono analizzate proposte ed esperienze di lavoro internazionali e nazionali. Le funzioni e le competenze riportate sono: risolutività, accoglienza, accettabilità, accessibilità, primo contatto, responsabilità, longitudinalità, tecnologie relazionali, di gestione e organizzazione dei percorsi assistenziali, negoziazione tra i linguaggi e i valori dei vari attori coinvolti. Sono inoltre analizzate le caratteristiche dell'assistenza *basata sul contesto*, del lavoro in rete ed in équipe e la collaborazione tra università e servizi sanitari.

Key words: House of Health, comprehensive primary health care, public health, health care models, effectiveness.

SUMMARY

Objective of the text is to discuss the main functions and competences that should qualify the House of Health (CdS) in the Italian context. The text is inspired by the international literature about the demographic and epidemiological changes taking place globally. Proposals and work experiences presented in international and national literature were analyzed. CdS's functions and competencies are: effectiveness, accountability, acceptability, accessibility, first contact, responsibility, continuity of care, relational technologies, management and organization of care pathways, negotiation between the meanings and the values of the various actors involved. We also analyze the characteristics of system and context based care, of team work, the constitution of horizontal integrated network and we affirm the importance of a collaboration between universities and health services.

Le Cure Intermedie

Intermediate care

Giulia Pieri, Davide Pianori, Maria Pia Fantini

Giulia Pieri

Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - DIBINEM, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Azienda USL di Imola

Davide Pianori

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva – Università degli Studi di Perugia

Maria Pia Fantini

Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - DIBINEM, Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Parole chiave: cure intermedie, fragilità, anziani, post-acuzie, assistenza socio-sanitaria

RIASSUNTO

È universalmente riconosciuto che la situazione attuale di prestazioni frammentate di tipo sanitario e sociale nell'assistenza ai pazienti anziani con multimorbidità e fragili, non garantisce cure efficaci, efficienti e soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie.

Come può il settore delle “cure intermedie” porsi nella prospettiva di favorire il coordinamento e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale producendo valore aggiunto per la persona? Che cos'è il sistema delle “cure intermedie”, quali i suoi obiettivi, a quali tipologie di pazienti è rivolto, e con quali modalità di erogazione?

Per rispondere a questi quesiti e per una corretta programmazione e valutazione di impatto del sistema di “cure intermedie”, occorre costruire esperienze e strumenti di monitoraggio e confronto.

Infatti, dal momento che non esistono ad oggi best practices riconosciute su questi temi, è solo dallo studio di casi e dai confronti nazionali e internazionali che è possibile trarre ispirazione per identificare soluzioni innovative per l'organizzazione dei servizi e le politiche sanitarie.

Key words: intermediate care, frailty, elderly, post acute care, social-health care

SUMMARY

It is universally recognized that the fragmentation of services for the assistance to elderly patients with mul-

timorbidity does not guarantee effective and efficient care, and does not even guarantee the satisfaction of patients and their families.

How can the “intermediate care” promote the coordination and integration between health and social care and produce added value for the person? What is “intermediate care”, what are its aims, which patients are involved, and how is it provided?

To answer these questions and to correctly plan and evaluate the impact of “intermediate care” it is necessary to create such experiences and develop tools to monitor and compare their efficacy. Since well established “best practices” do not exist yet, cases studies and national and international comparisons are key elements in identifying innovative solutions for the organization of health services.

L'Ospedale di Comunità nella Regione Emilia-Romagna: descrizione di modelli organizzativi implementati a livello locale

The community hospitals in Emilia-Romagna region: description of organizational models developed at local level

Davide Pianori, Cinzia Badiali, Stefano Boni, Fatima Geraldì, Vincenzo Manigrasso, Cristina Pittureri, Patrizia Re, Andrea Spanò, Giulia Pieri, Simona Rosa, Maria Pia Fantini

Davide Pianori

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Perugia

Cinzia Badiali

Azienda USL di Bologna

Stefano Boni

Azienda USL della Romagna

Fatima Geraldì

Azienda USL di Bologna

Vincenzo Manigrasso

AOU Sant'Orsola Malpighi di Bologna

Cristina Pittureri

Azienda USL della Romagna

Patrizia Re

Azienda USL della Romagna

Andrea Spanò

Azienda USL di Modena

Giulia Pieri

Aziende USL di Imola, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Simona Rosa

Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Maria Pia Fantini

Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Parole chiave: ospedale di comunità; cure intermedie; anziani; post-acuzie

RIASSUNTO

Obiettivi: obiettivi dello studio sono descrivere il modello organizzativo e le caratteristiche dei pazienti ammessi e trattati negli Ospedali di Comunità (OsCo).

Metodi: l'analisi organizzativa è stata condotta in tre Ospedali di Comunità della Regione Emilia Romagna: Fanano (Ausl di Modena), Castel San Pietro Terme (Ausl di Imola) e Forlimpopoli (Ausl della Romagna). Per descrivere il modello organizzativo è stata somministrata ai referenti aziendali una scheda di rilevazione. Per valutare il livello d'indipendenza dei pazienti ricoverati è stato utilizzato l'indice di Barthel modificato da S. Shah e coll. (BIM).

Risultati: in un periodo di osservazione di tre mesi sono stati valutati 271 pazienti. La media dei punteggi totali del BIM all'ammissione è risultata essere di 22,0 punti a Forlimpopoli, di 38,6 punti a Fanano e 21,0 a Castel S. Pietro. La media dei punteggi alla dimissione è stata di 24,4 punti a Forlimpopoli e di 56,1 punti a Fanano. Per Castel S. Pietro non sono disponibili i dati BIM della dimissione. In tutti e tre gli OsCo la responsabilità organizzativa e gestionale è infermieristica e i criteri di accesso sono la definizione di diagnosi e prognosi di malattia e la non autosufficienza.

Conclusioni: da una prima analisi sembra che l'Ospedale di Comunità, può rappresentare una risorsa importante per i pazienti, per il servizio sanitario regionale e per i professionisti perché si configura come interfaccia strutturale tra l'ospedale e il territorio in grado di garantire continuità delle cure.

Key words: community hospital; intermediate care; elderly; post acute care

SUMMARY

Objectives: objectives of the study are to describe the organizational model and the characteristics of patients admitted and treated in three Community Hospitals.

Methods: an organizational analysis was conducted in three Community Hospitals in Emilia Romagna Region: Fanano (local health agency Modena), Castel San Pietro Terme (local health agency Imola) and Forlimpopoli (local health agency Romagna). A specific grill was created and used to describe each organizational model. Also was used the modified Barthel Index (MBI) to assess the level the independence of patients.

Results: in the period considered (three months) 271 patients have been evaluated. The average score of MBI admission was 22.0 points in Forlimpopoli, 38.6 in Fanano and 21.0 in Castel S. Pietro. The average score at discharge was 24.4 in Forlimpopoli and 56.1 in Fanano. MBI discharge data are not available for Castel S. Pietro. In all three hospitals, nurses have both organizational and management responsibilities. Access policies are: the definition of the diagnosis and prognosis and the need of long-term care.

Conclusions: from a first analysis it seems that this kind of organization, Community Hospital, is an important resource for patients, for the regional health system and for the health professionals because it ensures that continuity of care necessary, a structural interface between the hospital and local health services.

Dinamica attuale in Italia della programmazione sanitaria in tema di salute mentale

Current dynamic in Italy of mental health planning

Luigi Ferrannini, Francesco Scotti

Luigi Ferrannini

Consulente per la Rete Psichiatrica dell'Agenzia Sanitaria Regione Liguria e Coordinatore Tecnico del Gruppo Interregionale Salute Mentale della Commissione Salute

Francesco Scotti

Rappresentante della Regione Umbria nel Gruppo Interregionale Salute Mentale della Commissione Salute

Parole chiave: salute mentale, azioni prioritarie, percorsi di cura, governance

RIASSUNTO

Dopo alcuni anni, in cui le decisioni relative alla organizzazione ed agli standard assistenziali sono stati delegati completamente alle Regioni – in forza dell'autonomia derivante dall'abrogazione del Titolo V della Costituzione – è emersa da più parti la necessità di definire politiche omogenee nell'area della Salute Mentale, a fronte dei mutamenti del quadro epidemiologico, delle patologie e delle popolazioni trattate, ciò anche al fine di superare crescenti disuguaglianze nei trattamenti erogati tra le Regioni.

Un raccordo più stretto tra il Gruppo Interregionale per la Salute Mentale - strumento tecnico della Commissione Salute delle Regioni, il Ministero della Salute e l'Agenas – quale organismo di supporto tecnico-metodologico -, ha consentito di emanare nuovi Atti di Indirizzo e priorità operative, che stanno gradatamente entrando in vigore in tutte le Regioni, con un grande sforzo di aggiornamento e modernizzazione del sistema tecnico-organizzativo vigente nel settore.

Key words: mental health, priority actions, care pathways, governance

SUMMARY

In Italy, for some years decisions related to the organization and standards of mental health services have been fully delegated to regional governments, based on their autonomy derived from the abrogation of "Titolo V" in the Italian Constitution. Then, due to epidemiological changes related to pathologies and treated populations, the need to define homogeneous policies for mental health emerged, also in order to overcome increasing inequalities in health care provided in different regions.

Therefore, a stronger linkage between the Interregional Group for Mental Health – a technical organ of the Health Commission of the regional governments –, the Ministry of Health and Agenas providing technical-methodological support has been promoted. This reinforcement has allowed emanating new enforcing guidelines and operational priorities, which are gradually entering into force in all regions, through a great effort of update and modernization of the technical-organizational system in practice in the mental health sector.

Altri contributi

Durezza dell'acqua e patologie cardio-cerebrovascolari: revisione sistematica della letteratura e valutazione meta-analitica

Water hardness and cardio-cerebrovascular diseases: systematic review and meta-analytic evaluation

Vincenza Gianfredi, Daniele Nucci, Samuele Vannini, Milena Villarini, Massimo Moretti

Vincenza Gianfredi

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Perugia

Daniele Nucci

Dipartimento Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia.

Samuele Vannini

Dipartimento di Scienze Farmaceutiche (Unità di Sanità Pubblica), Università degli Studi di Perugia.

Milena Villarini

Dipartimento di Scienze Farmaceutiche (Unità di Sanità Pubblica), Università degli Studi di Perugia.

Massimo Moretti

Dipartimento di Scienze Farmaceutiche (Unità di Sanità Pubblica), Università degli Studi di Perugia.

Parole chiave: durezza dell'acqua; acqua potabile; patologie cardiovascolari; cerebrovasculopatie.

RIASSUNTO

Obiettivi: da decenni si studia la possibile correlazione tra durezza dell'acqua e patologie cardiovascolari (CVD). I risultati prodotti non sono però del tutto univoci. Scopo del presente lavoro è stato quello di effettuare una revisione sistematica della letteratura per valutare il rapporto esistente tra concentrazione di calcio (Ca^{2+}) e magnesio (Mg^{2+}) nell'acqua potabile e rischio di CVD.

Metodi: la ricerca è stata effettuata tramite *PubMed* selezionando lavori in extenso condotti sull'uomo in lingua inglese, che riportassero dati di gruppo relativi alla frequenza di CVD e i corrispondenti Odds ratio (OR) aggiustati così da eliminare fattori confondenti.

Risultati: la ricerca ha fornito 643 studi totali (123 su animali, 403 comuni a più modalità di ricerca) dei quali solo 7 sono risultati rispondenti ai criteri di selezione. Considerando che in ogni studio sono state valutate con-

centrazioni diverse di Ca^{2+} e Mg^{2+} , il confronto è stato effettuato tra i soggetti esposti alla concentrazione più alta di tali ioni, con quelli esposti alla più bassa. Nel complesso sono stati inclusi in meta-analisi circa 66.000 soggetti (61.000 per il calcio, 66.000 per il magnesio) ottenendo, per il Ca^{2+} valori di OR = 0,72 (IC = [0.46-1.11]) e per il Mg^{2+} valori di OR = 0.84 (IC = [0.77-0.92]) che suggeriscono un ruolo protettivo degli ioni nei confronti delle CVD.

Conclusioni: in soggetti sani, consumare acque dure, contrariamente quindi a quanto ritenuto comunemente, non solo non rappresenta un rischio per la salute, ma svolge un'azione protettiva per le CVD. L'OMS stessa sottolinea l'importanza di una corretta informazione e della disponibilità di acque mineralizzare per coloro che impiegano apparecchi domestici per l'addolcimento delle acque.

Key words: water hardness; drinking water; cardiovascular diseases; cerebrovascular disorder.

SUMMARY

Objectives: since long time, it has been studying the correlation between hardness of drinking water and cardiovascular diseases (CVD), but without consistent results. The aim of this study was to review the literature and to evaluate the correlation between calcium (Ca^{2+}) and magnesium (Mg^{2+}) concentration in drinking water and the risk of CVD.

Methods: a structured computer search on PubMed was performed for molecular epidemiological studies reporting results of primary researches with cross-sectional evaluation of CVD in people exposed to different electrolyte concentrations.

Results: the systematic review identified 7 studies. As each study evaluated different concentrations, we compared subjects exposed to the highest ion levels with those exposed to the lowest one. Overall, we included 66.000 subjects in meta-analysis, and we obtained an OR = 0.72 (IC = [0.46-1.11]) for Ca^{2+} , and OR = 0.84 (IC = [0.77-0.92]) for Mg^{2+} . The results of the present meta-analysis suggest a protective effect of Ca^{2+} and Mg^{2+} ions on CVD incidence.

Conclusions: contrary to a popular conception, consuming hard water, in healthy people, not only does not represent a health risk, but it is protective against CVD. The WHO itself stresses the importance of proper information and the availability of water mineralization for consumers who employ household appliances for water softening.

Lavoro precario: nuovi modelli di organizzazione del lavoro, nuove forme contrattuali e condizione di salute dei lavoratori

Precarious work: new work organization, new contract and workers' health condition

Paola Beatini, Filippo Bauleo, Riccardo Casadei, Liliana Minelli

Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: lavoro precario, lavoro flessibile, condizioni di salute

RIASSUNTO

Obiettivi: alla luce degli importanti mutamenti economico-politico-sociali che hanno investito il mondo del lavoro e che hanno comportato cambiamenti organizzativi, nuovi rapporti di lavoro, l'emergere o il ri-emergere di nuove forme contrattuali, sono analizzati gli studi che hanno costruito il framework di riferimento per indagare la relazione lavoro precario/salute e disuguaglianze in salute

Metodi: sono presentati concetti, modelli e strumenti elaborati a livello internazionale e riportati i più recenti studi che analizzano il rapporto tra lavoro precario e percezione della sicurezza sul lavoro e tra lavoro a tempo determinato/indeterminato e salute.

Risultati: modelli costruiti e studi effettuati ipotizzano tre meccanismi di azione che collegano nuove forme di organizzazione del lavoro e salute/qualità della vita: 1. il lavoro precario espone i lavoratori a condizioni di lavoro maggiormente a rischio fisico e psicosociale nel luogo di lavoro; 2. il lavoro precario costituisce un fattore di rischio per la salute al di fuori della sfera produttiva; 3. il lavoro precario sottopone i lavoratori a conseguenze sociali e materiali negative per la vita personale e familiare. Il framework di riferimento della *WHO Commission on Social Determinants of Health* costituisce un punto di partenza per analizzare i meccanismi di azione attraverso studi che forniscano evidenze ai decisori per disegnare politiche pubbliche.

Key words: precarious employment, flexible work, health status

SUMMARY

Objectives: within the framework of the important economic, political and social changes affecting the world of work leading to organizational changes, new working relationships and the emergence or re-emergence of new work contract forms, are analyzed studies building the framework to investigate the relationship precarious work / health and health inequalities.

Methods: we present concepts, models and tools developed at international level and show the most recent studies analyzing the relationship between job insecurity and its perception and between fixed-term or permanent employment and health.

Results: models and studies suggest three mechanisms of action linking new forms of work organization and health / quality of life: 1. precarious work exposes workers to working conditions increasing physical and psychosocial risk in the workplace; 2. precarious work is a risk factor for health outside the workplace setting; 3. precarious work subjects workers to social and material negative consequences for themselves and for family life. The WHO Commission on Social Determinants of Health framework is a central starting point to analyze the action mechanisms for studies providing evidences for decision-makers to design public health policies.