

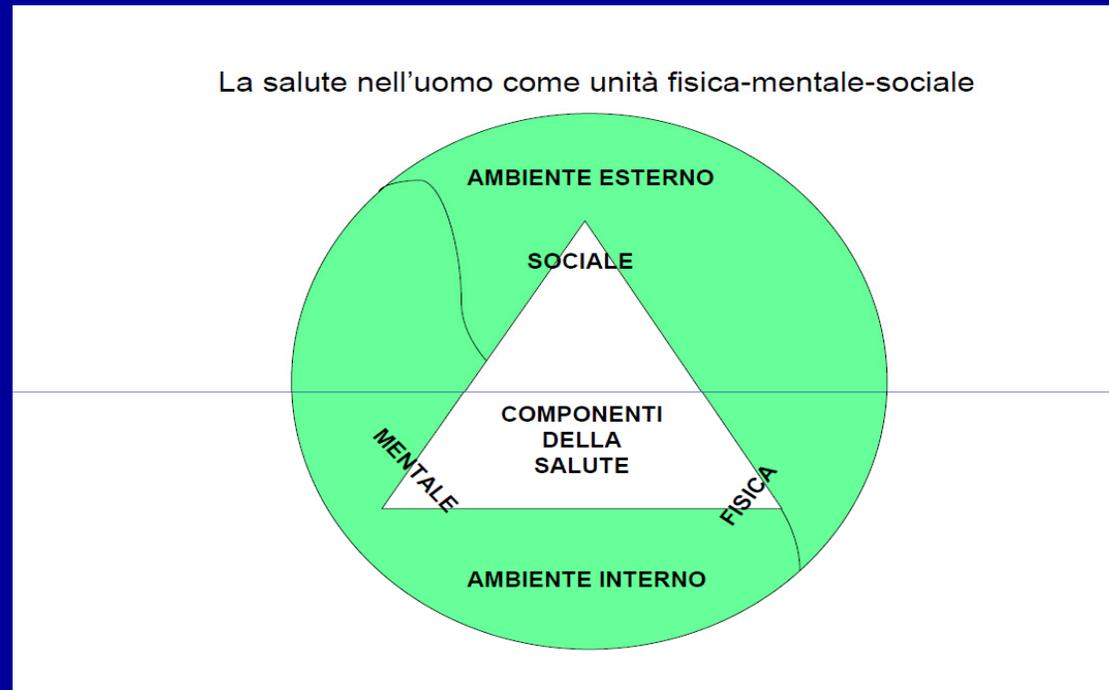
“La promozione della salute”

**Dr Carlo Romagnoli
Coordinamento aziendale
Promozione salute
AUSL 2 Perugia**

Temi affrontati

1. ***La promozione della salute:***
 1. *Definizioni: salute, promozione salute, determinanti di salute, fattori di rischio, potenziale di salute*
2. ***Interventi attinenti alla promozione della salute***
 1. *Quadro generale*
 2. *Counselling*
 3. *Educazione alla salute*
3. ***L'organizzazione della promozione della salute***
 1. *Programma Europeo "Gaining health"*
 2. *Programma ministeriale "Guadagnare Salute" e suoi sviluppi*
4. ***Metodi di intervento in promozione della salute***
5. ***Aspetti applicativi a livello di una azienda sanitaria locale***
 1. *Problemi prioritari e soluzioni sperimentate nella AUSL 2*
 2. *Relazione sulla qualità dell'attività 2010*
 3. *Programma aziendale 2010 – 2012*
 4. *Dimensioni della qualità del **medico che promuove la salute***
 5. *Trasparenza e valutazione in regime di terzietà nella promozione della salute*
6. ***Bibliografia***

1.1) Definizione: la salute



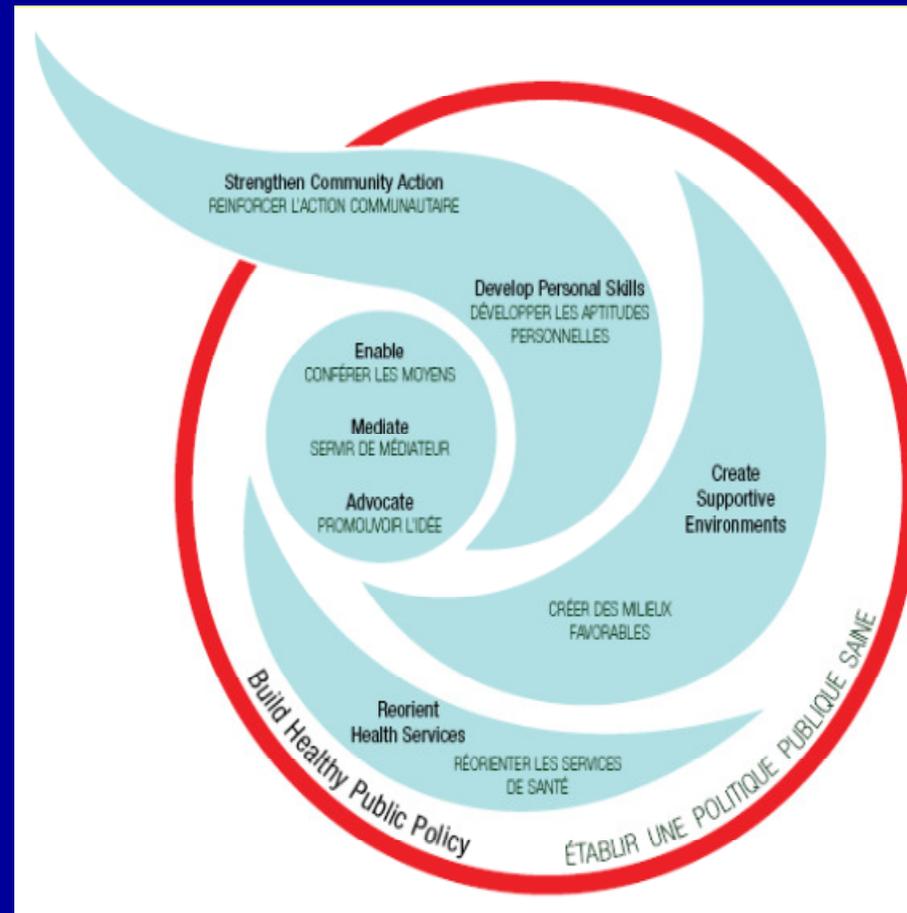
- “Per salute intendiamo uno **stato di completo benessere fisico, mentale e sociale** e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità.” (OMS, 1948)

1.2) Definizioni: promozione della salute

- *il processo che garantisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul proprio livello di salute e per migliorarlo (Carta di Ottawa. OMS, 1986)*

1.2.1) Le cinque azioni che compongono il processo della promozione della salute

1. Rafforzare l'azione comunitaria
2. Sviluppare le attitudini personali
3. Dare gli strumenti, mediare tra interessi e visioni diverse, creare senso e immaginario
4. Creare ambienti favorevoli
5. Riorientare i servizi sanitari elaborando una politica pubblica per la salute.



- **La promozione della salute è un processo che garantisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul proprio livello di salute e per migliorarlo (Carta di Ottawa, 1986, OMS)**

1.2.2) *Salute e promozione della salute*

Secondo la Carta di Ottawa la salute:

- 1) **è una risorsa per la vita quotidiana**, non l'obiettivo del vivere.
- 2) **è un concetto positivo** che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche.
- 3) si raggiunge allorché gli **individui e le collettività sviluppano e mobilitano al meglio le proprie risorse**, in modo da soddisfare prerogative sia personali (fisiche e mentali), sia esterne (sociali e materiali).

1.3) Definizioni: *determinanti di salute*

- La gamma di fattori personali, socioeconomici e ambientali che determinano lo stato di salute delle singole persone e delle popolazioni.

Murray e Lopez stimano che la salute sia determinata da

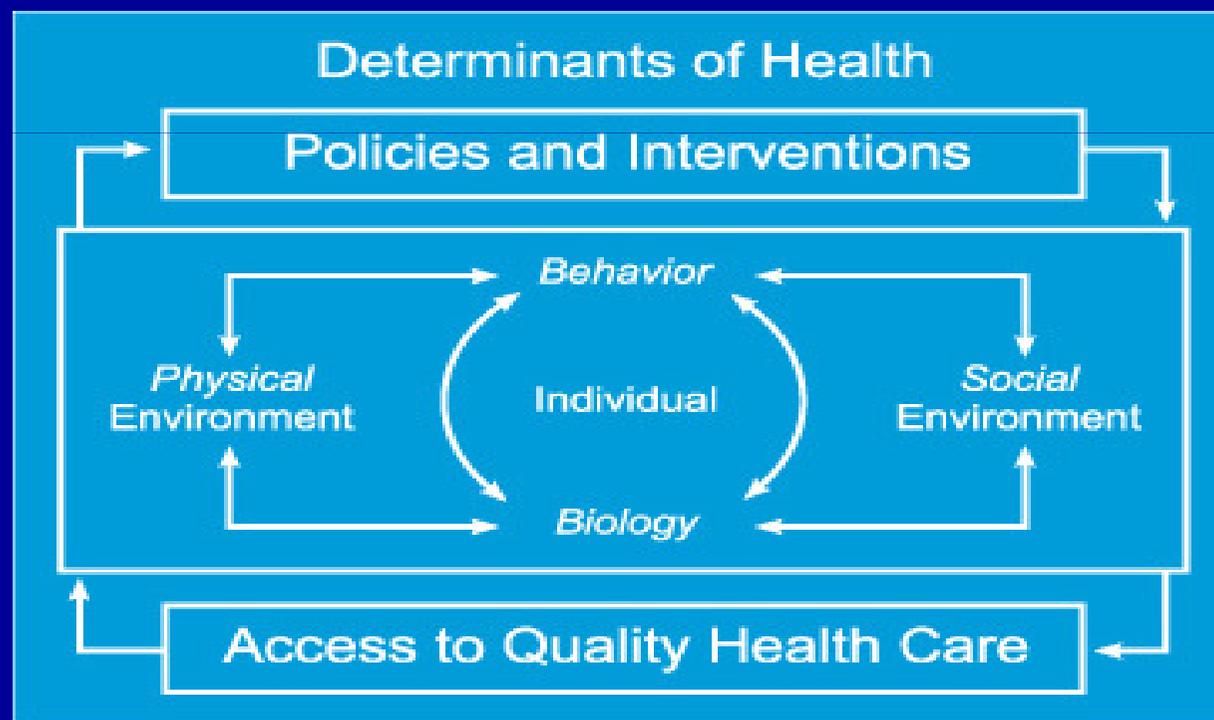
- **Fattori socio-economici e stili di vita 40-50%**
- **Stato e condizioni dell'ambiente 20-30%**
- **Eredità genetica 20-30%**
- **Servizi sanitari 10-15%**

(Murray CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease

Study.Lancet 1997;349 (9061); 1269-76)

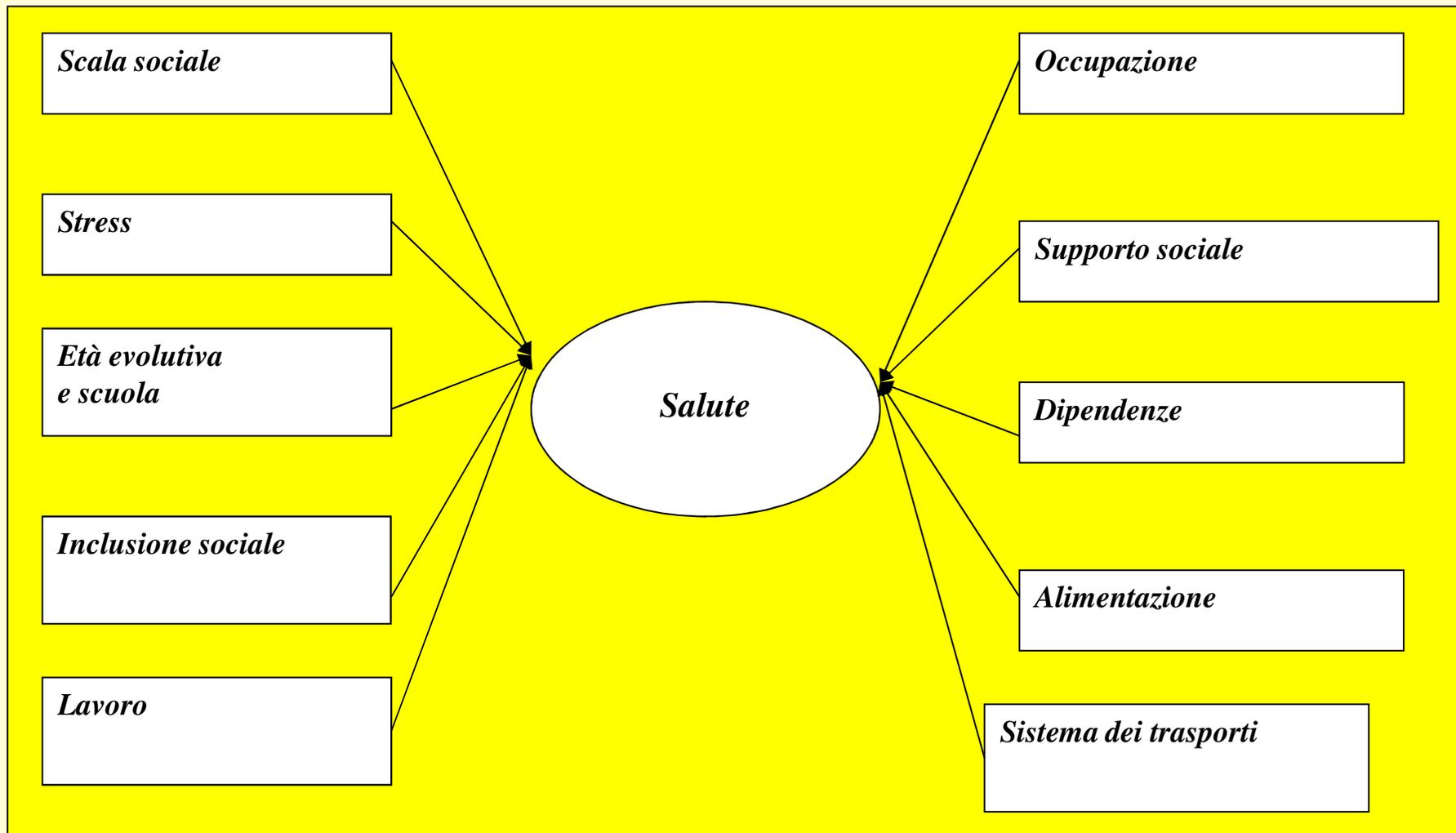
1.3.1) *Determinanti sociali della salute: accezione USA 2001*

- L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce i determinanti di salute come: *“i fattori personali, sociali, culturali, economici e ambientali che influenzano lo stato di salute di individui e popolazioni”*.
- Una definizione ampia che ha dato luogo a diverse classificazioni nel tempo

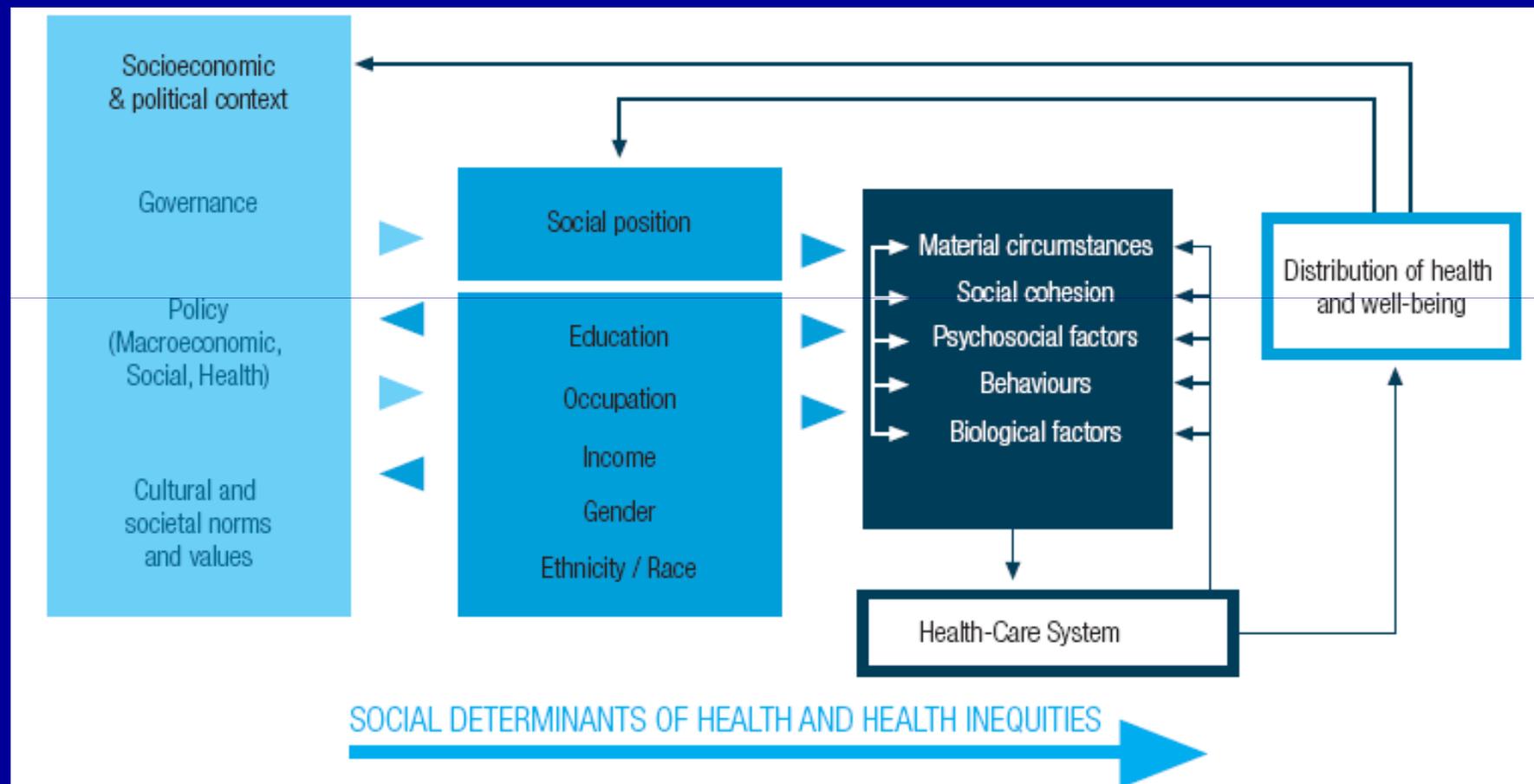


Esempio 1: Determinanti di salute secondo il programma USA "Healthy people 2010" (USA 2001)

1.3.2) Esempio 2: Determinanti sociali di salute: accezione OMS 2003 (Fonte: OMS 2003)



1.3.3) Determinanti sociali di salute e di diseguità nella salute: modello CSDH – OMS 2008



Source: Amended from Solar & Irwin, 2007

1.4.1) Definizioni: fattore di rischio

Condizioni, comportamenti o ambienti biologici o socioeconomici che sono associati o provocano una maggior predisposizione a una determinata patologia e/o lesione e a uno stato di salute compromessa.

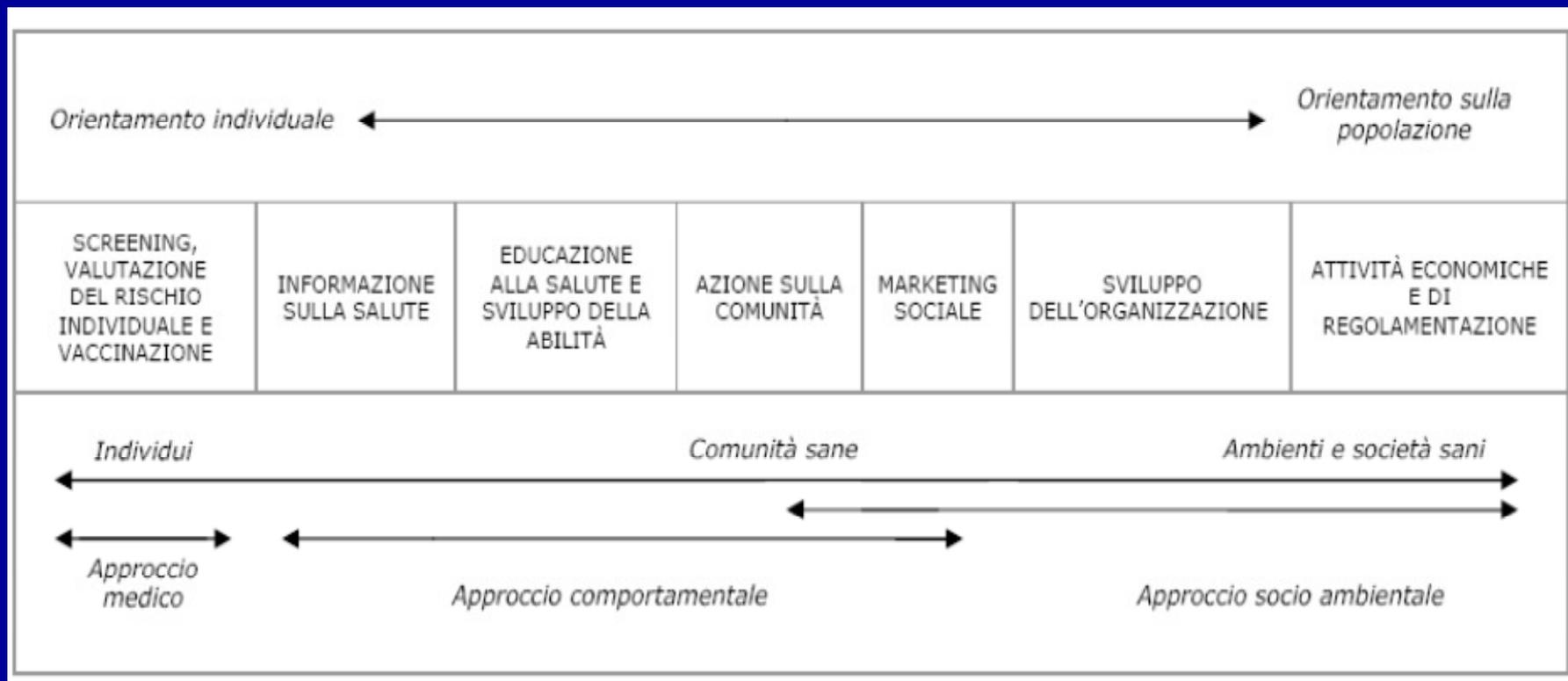
Fattori di rischio individuali

- ***Mancato investimento energia libidica***
- **Fumo**
- **Abuso di alcool**
- **Scorretta alimentazione**
- **Inattività fisica**

1.5) Il potenziale di salute

- *L'insieme dei fattori di salute che comunità e singolarità non sviluppano pienamente*
- Nel lavoro per processi il ***potenziale di salute equivale*** ai ***problemi*** del lavoro per progetti
- E' possibile **misurare** il ***potenziale di salute*** d'intesa con la comunità e le singolarità e farne un **esito forte** del processo di promozione salute

2.1) *Interventi attinenti la promozione della salute: quadro generale*



- ***Strategie per la promozione della salute***
(Fonte: Bensber M 2000, citato in OMS 2006)

2.1.1) *Interventi attinenti la promozione della salute: **Counselling***

- **Stile di vita:**
Modo di vivere basato su profili identificabili di comportamento che sono determinati dall'interconnessione tra caratteristiche individuali, interazioni sociali e condizioni socioeconomiche ed ambientali.
- **Counselling:**
 - ***attività professionale che tende ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del cittadino*, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta.***

2.1.2) EDUCAZIONE ALLA SALUTE

- L'educazione alla salute comprende quelle opportunità di apprendimento costruite consapevolmente, che coinvolgono alcune forme di comunicazione ideate per:
 - ***conoscere meglio la salute;***
 - ***migliorare le cognizioni;***
 - ***per sviluppare quelle capacità di vita*** che contribuiscono alla salute del singolo e della comunità.

3.1) *L'organizzazione della promozione della salute*

- *Programma Europeo “Gaining health”:*

La Regione Europea dell'OMS ha definito nel 2006 una strategia di contrasto alle malattie croniche, valida per l'Europa, dall'Atlantico agli Urali, denominata Guadagnare Salute -

- *Programma Minsalute “Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari”*
- privilegia la **comunicazione** per la salute su 4 determinanti: **fumo, alcool, dieta e attività motoria**
- è abbinato ad un **sistema di sorveglianza (PASSI)**

3.1.2) Programma ministeriale “Guadagnare salute”

Strategie e ipotesi di intervento

I progetti specifici che sviluppano il programma governativo, finalizzato a indurre alcuni cambiamenti di opinioni e di comportamenti, attraverso una idonea campagna informativa, sono

quattro:

- 1) Guadagnare salute rendendo **più facile una dieta più salubre** (alimentazione)
- 2) Guadagnare salute rendendo **più facile muoversi e fare attività fisica** (attività fisica)
- 3) Guadagnare salute rendendo **più facile essere liberi dal fumo** (lotta al fumo)
- 4) Guadagnare salute rendendo **più facile evitare l'abuso di alcol** (lotta all'abuso di alcol)

3.1.3) Programma ministeriale “Guadagnare salute”

Ogni programma è intersettoriale poiché vede coinvolto il mondo attivo di:

- Ministero della Salute
- Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali - INRAN
- Ministero della Famiglia
- Ministero Pubblica Istruzione
- Ministero Economia e Finanze
- Ministero Interno
- Ministero dei Trasporti
- Ministero Sviluppo Economico
- Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive
- Ministero Università e Ricerca
- Governo
- Produttori e Gestori dei pubblici servizi
- Regioni
- ASL
- Enti locali
- Responsabili personale settore privato e pubblico

3.1.4) Sviluppi del programma “Guadagnare salute”

- Nel periodo 2007-2010 nonostante gli interventi comunicativi intersettoriali attivati, ***i sistemi di sorveglianza non hanno rilevato sostanziali modificazioni*** nei fattori oggetto di intervento
- Viene allora attivato nel ***2010 in cinque regioni italiane, tra cui l’Umbria***, un programma teso ad applicare i principi di “Guadagnare salute” ***attraverso metodi partecipati***

4) Metodi di progettazione in promozione della salute

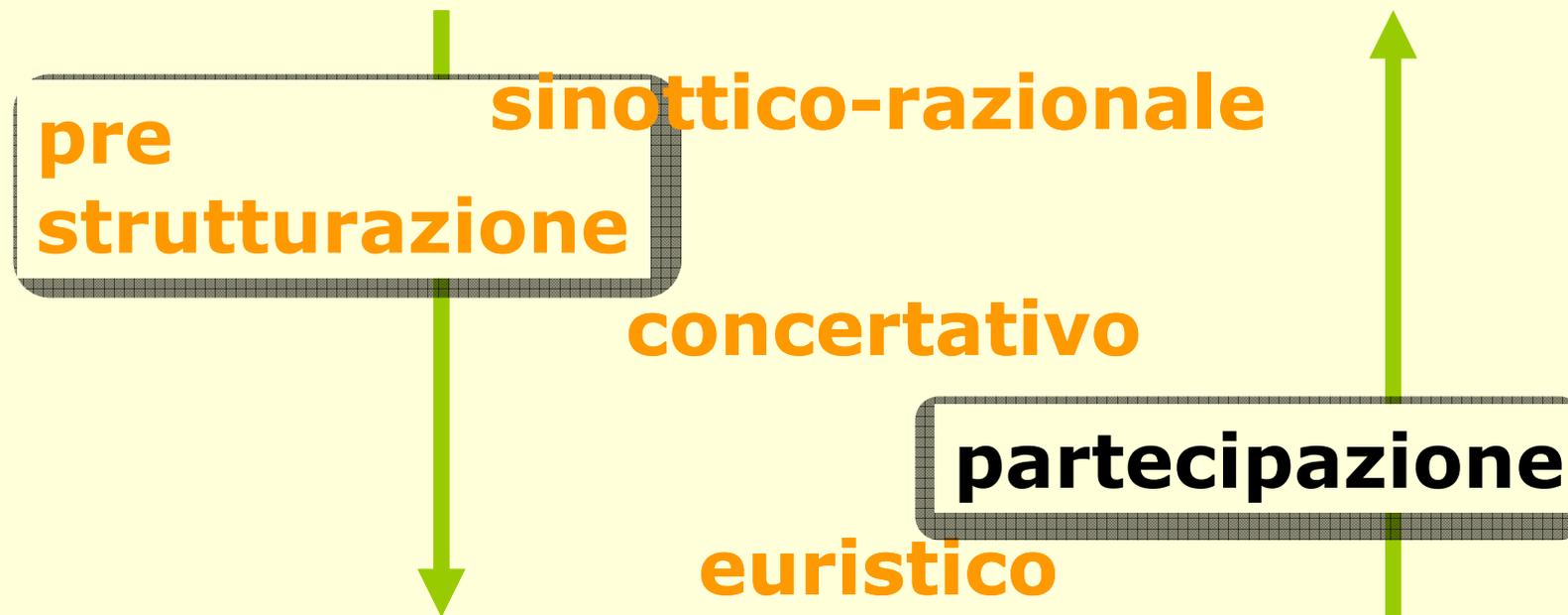
I progetti si possono differenziare rispetto diversi criteri, qui combineremo insieme il criterio della pre-strutturazione e della partecipazione dei diversi attori coinvolti in un progetto

4.1) metodi di progettazione in promozione della salute: le tappe di un progetto



Valutazione ex-ante In itinere Ex-post

4.2) I modelli o approcci alla progettazione



4.3) Modello sinottico-razionale (s-r)

ASSUME CHE:

- Ambiente predeterminato,
fisso**
- Problema chiaro, non
ambiguo**
- Obiettivi
trasparenti,
desiderabili da tutti**

Quindi.....semplificazione realtà

4.4) Modello sinottico-razionale (s-r)

CARATTERISTICHE

- Importanza tappa progettazione, spesso delegata ad esperti**
- Programmi strutturati, strumenti predefiniti, poca o nessuna importanza attribuita alle caratteristiche specifiche di quel contesto**
- Distanza fra chi progetta e chi esegue**

4.5) Modello concertativo

CARATTERISTICHE

→ **Considera i punti di vista e il potere**

→ **Per arrivare alla stesura del progetto necessaria la negoziazione, concertazione fra servizi, operatori e (a volte) destinatari (non viene negata conflittualità)**

→ **L'interazione fra i diversi attori prosegue in tutte le tappe**

→ **Possibilità modifiche durante implementazione, valutaz. processo**

4.6) Modello euristico

Persegue sempre due finalità

a) affrontare un particolare problema o i problemi percepiti come più rilevanti in una comunità /organizzazione, o da una categoria sociale (famiglie, giovani, anziani...)

b) aumentare la partecipazione, la collaborazione l'empowerment, attivare risorse, creare connessioni

4.7) Caratteristiche modello euristico

**Si passa dal deficit model
all' empowerment model:
i cittadini, gli utenti, i
beneficiari non sono visti solo
come portatori di problemi, ma
come persone con risorse con
cui collaborare**

4.8) Caratteristiche modello euristico

- No obiettivi specifici predeterminati a monte da operatori e/o progettisti**
- Rilevanza al processo, al “come”**
- Utilizzo metodi partecipativi (action research,.....)**

Sono principalmente coloro che sono coinvolti nel problema a decidere gli obiettivi e le attività da realizzare. Gli esperti si assumono il ruolo di facilitatori del processo

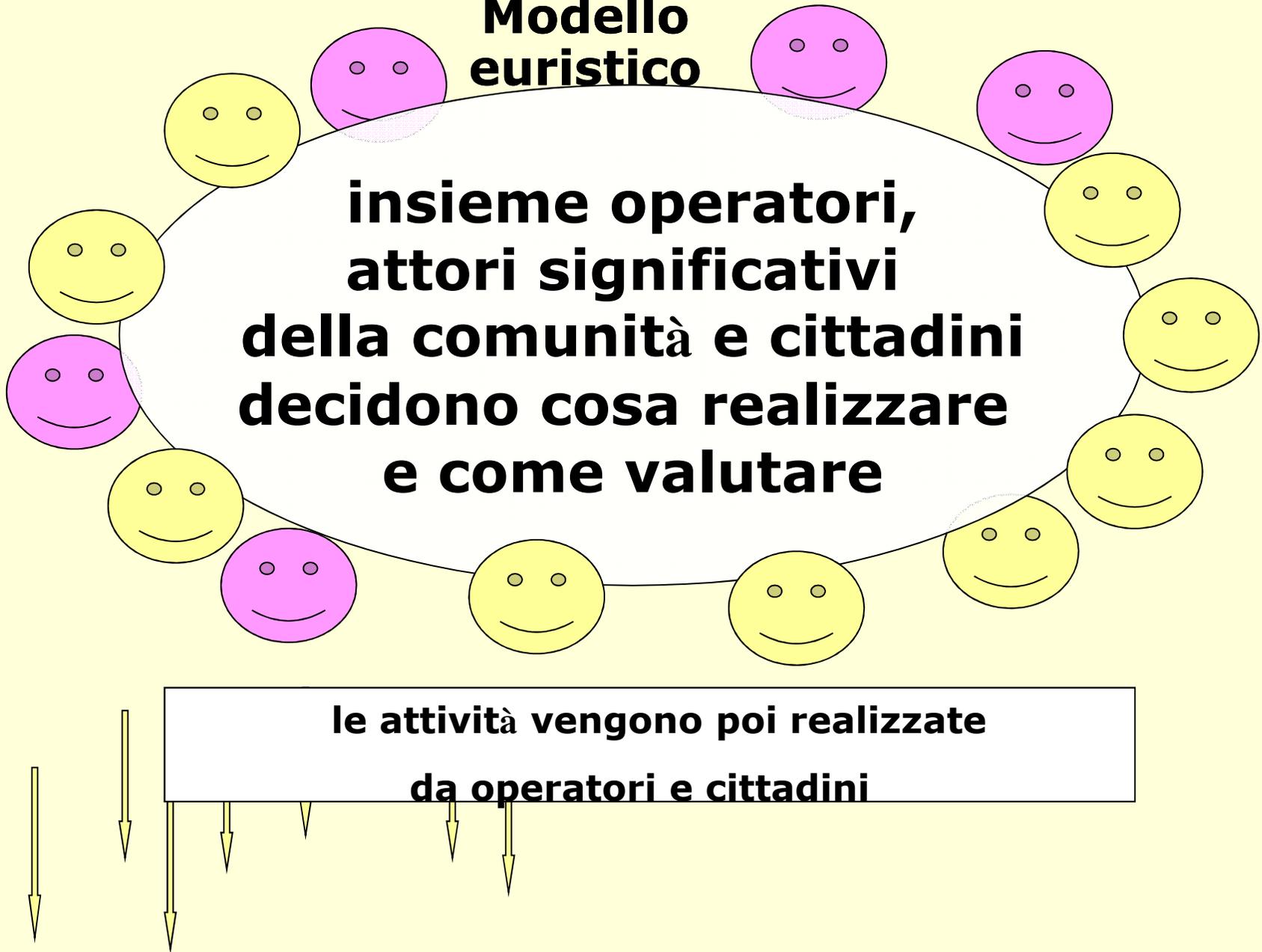
4.9) Le tappe del progetto nel modello euristico



**Modello
euristico**

**insieme operatori,
attori significativi
della comunità e cittadini
decidono cosa realizzare
e come valutare**

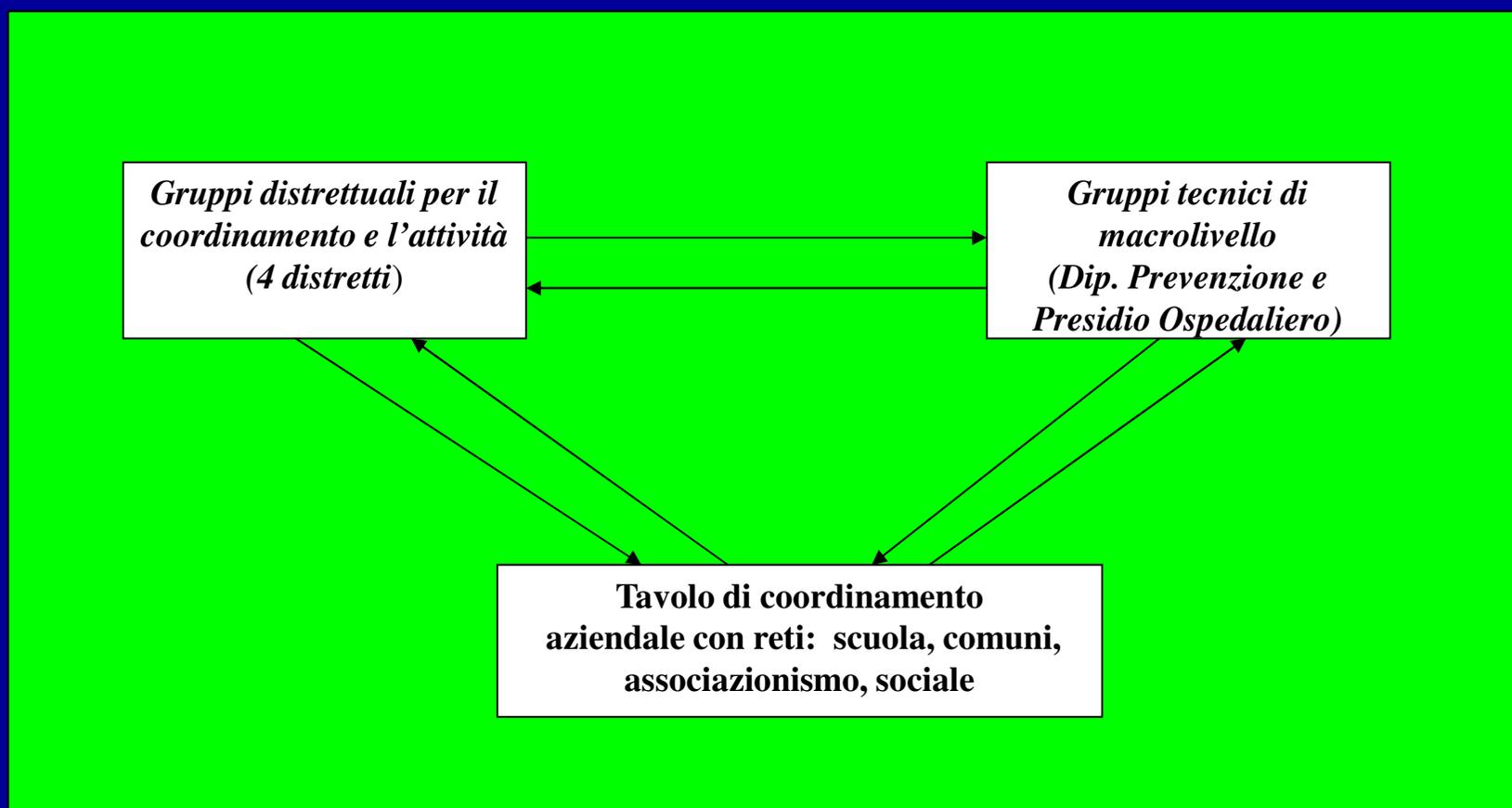
**le attività vengono poi realizzate
da operatori e cittadini**



5.1) Aspetti applicativi a livello della AUSL 2 di Perugia: contesto operativo

1. I sistemi di sorveglianza evidenziano la **diffusione di stili di vita non ottimali** per importanti fattori di benessere (dieta ed attività fisica) o di rischio (fumo, alcool).
 2. Le necessarie **modifiche comportamentali** sono possibili solo con metodi che rendano gli individui e le comunità in grado di aumentare il loro controllo sui determinanti di salute.
 3. Negli ultimi decenni si sono prodotti **profondi cambiamenti nelle caratteristiche della società**, tanto che **applicabilità e impatto di tali metodi non sono scontati**.
- **Disgiunzione** tra competenze metodologiche e responsabilità operative
 - **Maggiore** attenzione ai fattori di benessere **individuali**
 - **Maturità**, anche se non ubiquitaria, delle **relazioni con la scuola**
 - **Difficoltà** attivazione reti **mmg**
 - **Scarsa interazione** con le reti istituzionali
 - Interazione a **macchia di leopardo** reti costituite dal **capitale sociale**
 - PS “**più agita che organizzata**”

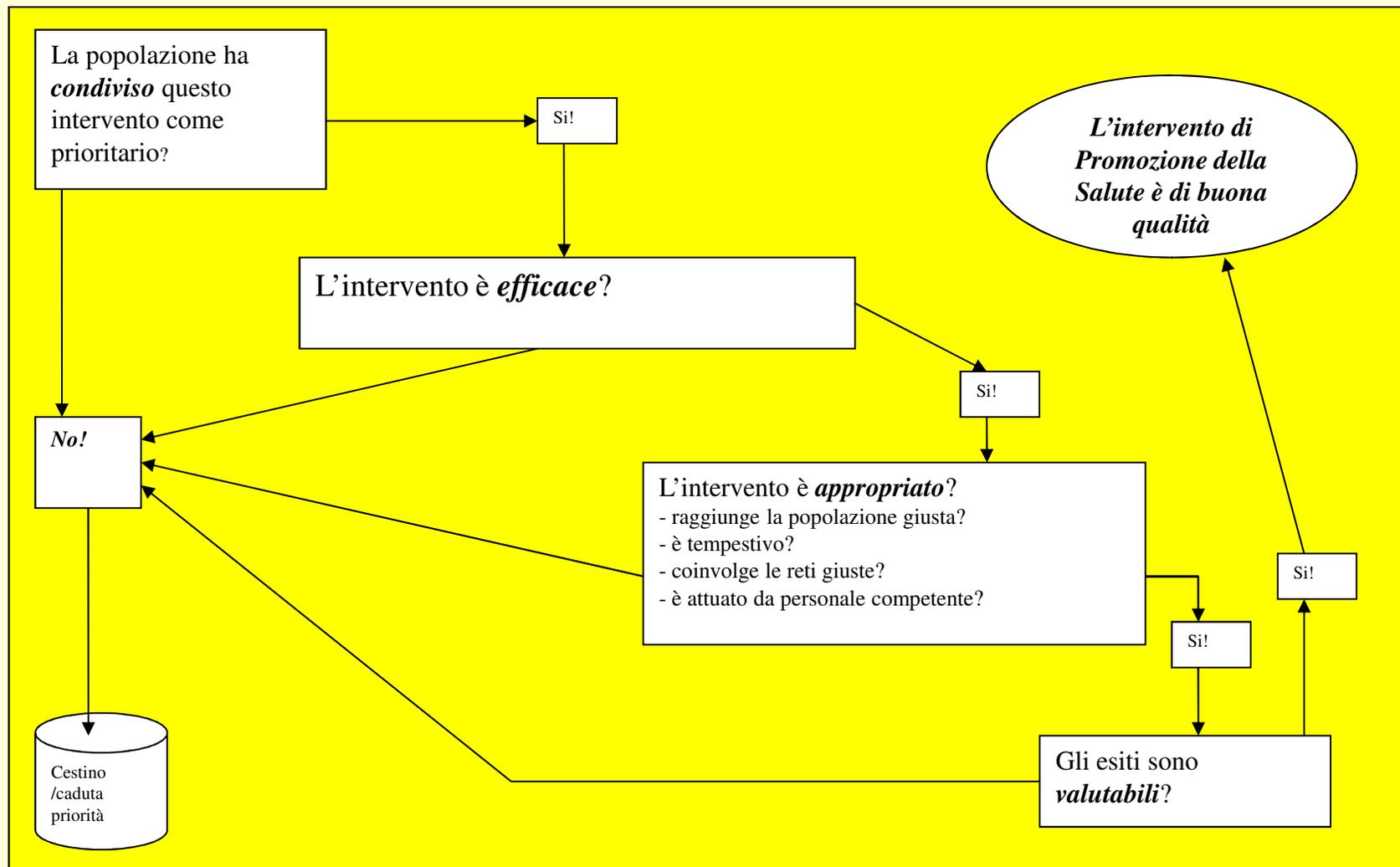
5.2.1) Soluzione sperimentata nella AUSL 2: a) modello operativo



5.2.2) Soluzione sperimentata nella AUSL 2: a) modello operativo

- **Coordinatore** aziendale che:
 - Adotta un approccio “**meta organizzativo**” teso a creare le condizioni in cui far lavorare bene le reti, creando senso e immaginario sulla PEaS, includendo, condividendo, attivando connessioni e promuovendo percorsi formativi;
 - Attuazione **indicazioni tavolo coordinamento**
- **Tavolo di coordinamento aziendale** :
 - Programma aziendale;
 - Modello operativo condiviso;
 - valutazione processo ed esito
 - piano di formazione.
 - **Coinvolgimento reti** (comuni, scuola, associazionismo, sociale)
- **Tavoli di coordinamento territoriale**:
 - applica standard di qualità;
 - Riunisce:
 - responsabili dei servizi
 - Referente prom. Salute
 - equipe mmg e pls
 - scuola, comuni, sociale..

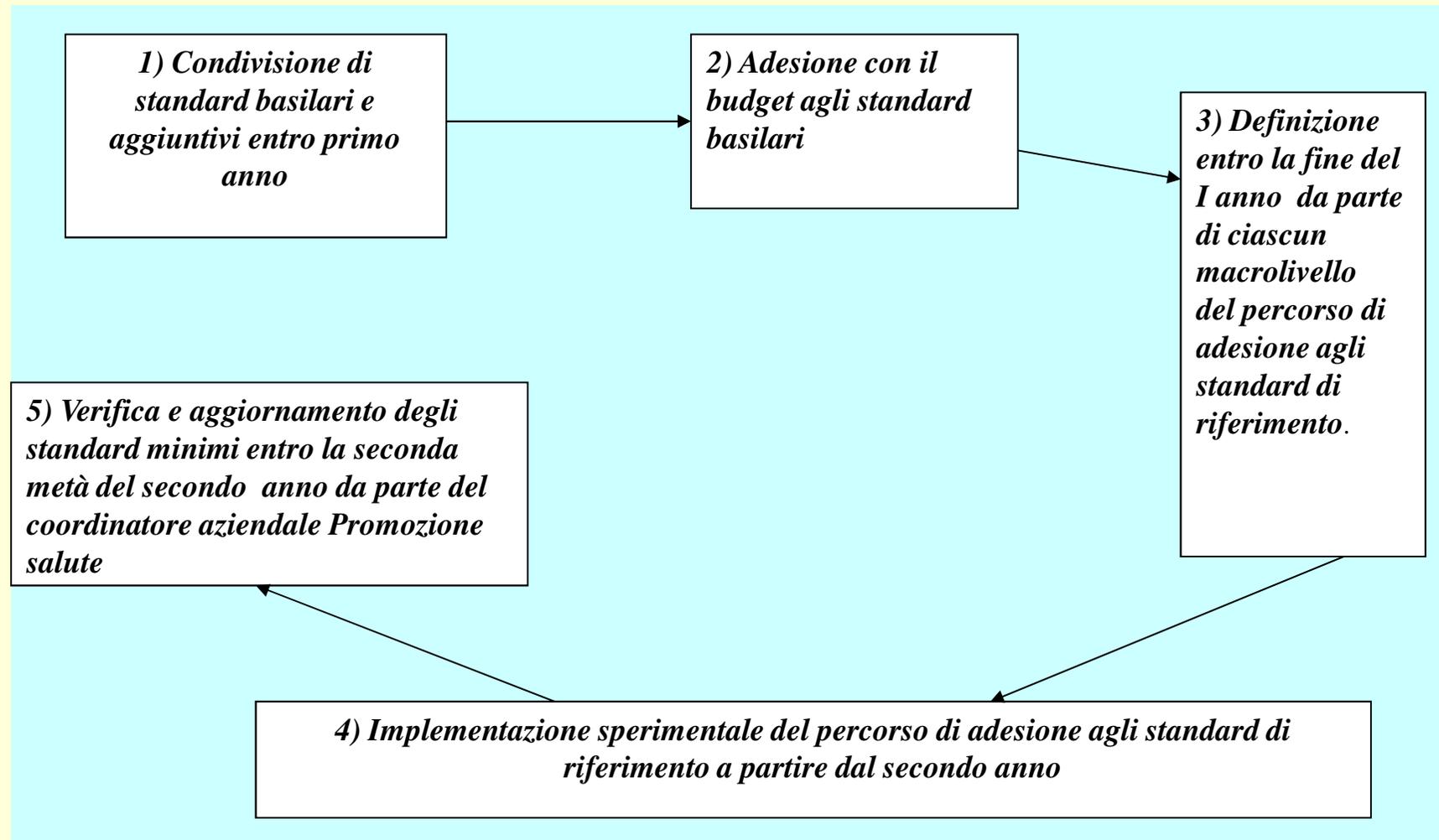
5.3) Soluzione sperimentata: b) modello funzionale con dimensioni di qualità condivise



5.3.1) Soluzione sperimentata: b) esempio standard per la dimensione “Efficacia”

- ***Efficacia dell'intervento: consiste nella documentazione della fonte che attesta l'efficacia dello specifico intervento PEAS***
- ***Criteri basilari di qualità :***
- 2.a) esistenza della fonte documentale
- ***Std = vi è una qualche evidenza documentale che l'intervento sia efficace***
- ***Criteri di riferimento per la qualità***
- 2.b) esistenza di una fonte documentale indipendente da conflitti di interesse attestante che l'intervento ha la migliore efficacia tra quelli disponibili
- ***Std: almeno un terzo dei progetti inserito nel programma della macrostruttura è basato su una fonte documentale attestante che l'intervento ha la migliore efficacia tra quelli disponibili***
- 2.c) esistenza di una fonte documentale indipendente da conflitti di interessi attestante che l'intervento sia di provata efficacia
- ***Std: almeno un progetto inserito nel programma della macrostruttura è basato su una fonte documentale attestante che l'intervento è di provata efficacia.***

5.3.2.) Soluzione sperimentata: c) percorso adattamento alle condizioni locali



5.3.4) Relazione sulla qualità dell'attività di promozione della salute nel 2010

- **Definizione del programma annuale di attività della macrostruttura:** Tutte e sei le macrostrutture hanno redatto il programma annuale di attività.
- **Partecipazione alla condivisione delle priorità da parte della popolazione di riferimento:** la popolazione di riferimento ha condiviso l'intervento PEAS in quanto priorità in almeno 1 progetto nelle 6 macrostrutture
- **Efficacia e sicurezza dell'intervento:** tutti gli interventi attivati in ciascuna delle sei macrostrutture si sono basati su una fonte documentale che ne attestava l'efficacia.
- **Quantificazione della popolazione di riferimento nel territorio di competenza del macrolivello che progetta lo specifico intervento:** ogni progetto del programma di macrostruttura è riferito ad una popolazione di riferimento quantificata.

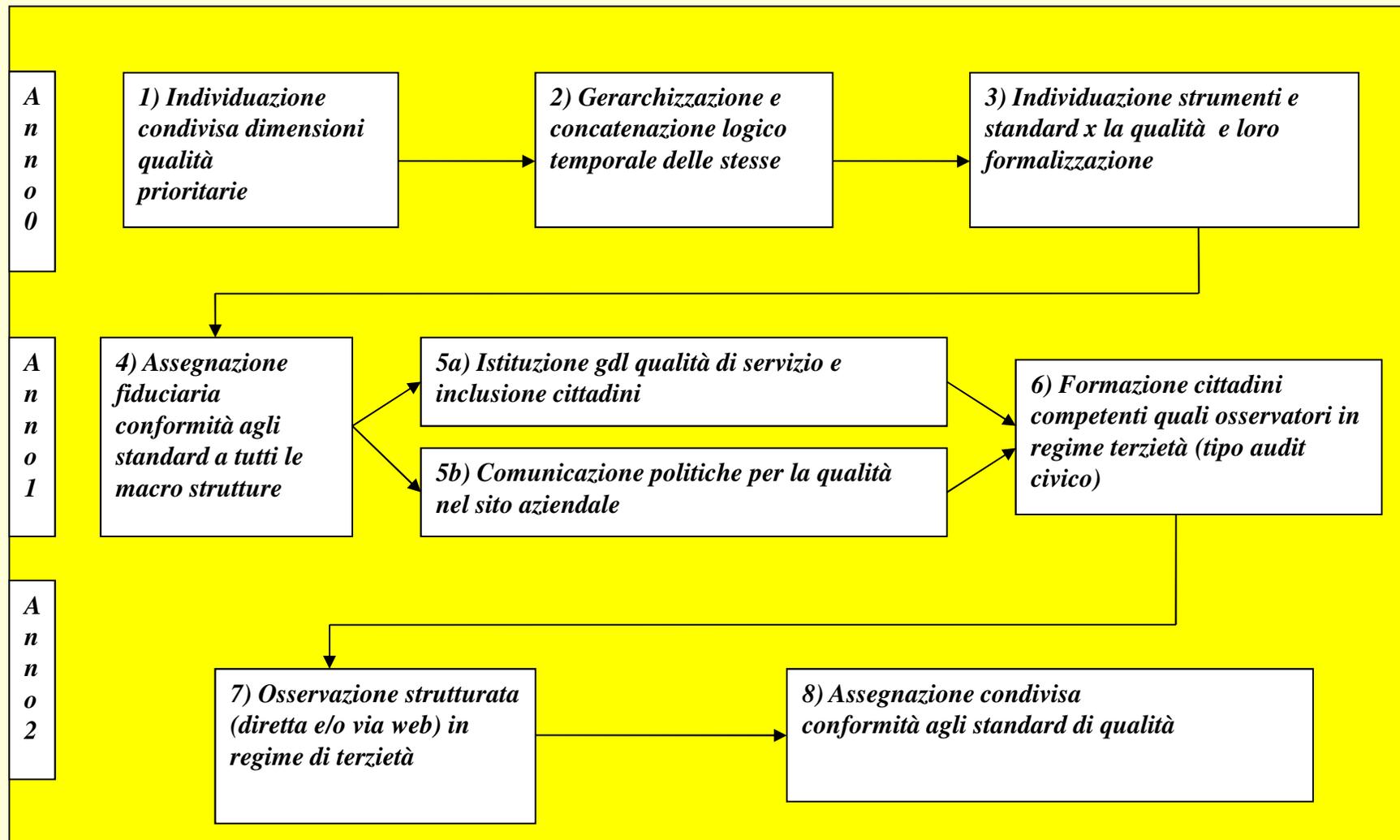
5.3.4) Relazione sulla qualità dell'attività di promozione della salute nel 2010

- ***Coinvolgimento delle reti che permettono di raggiungere la popolazione di riferimento nel territorio di competenza del macrolivello che programma l'intervento:*** almeno un progetto del programma di ogni macrostruttura coinvolge le reti che permettono di raggiungere la popolazione di riferimento
- ***Formazione degli operatori che lavorano sull'intervento:*** tutti gli operatori che svolgono supporto metodologico e almeno un terzo degli operatori delle reti coinvolte nell'intervento ha partecipato negli ultimi due anni ad un corso di formazione del SSR.
- ***Valutazione dell'esito dell'intervento:*** almeno un progetto del programma di macrostruttura prevede la valutazione di esito.
- ***Relazione strutturata sulla qualità delle attività svolte:*** tutte le macrostrutture hanno elaborato la relazione sulla qualità dell'attività usando uno schema definito.

5.3.5) Dimensioni della qualità per il medico che promuove la salute

- Dimensioni la cui applicazione è stata ritenuta **rilevante** ed allo stesso tempo **sostenibile** per il singolo mmg. Queste dimensioni sono rappresentate da:
 - ***Efficacia teorica***
 - ***Accettabilità (per il cittadino)***
 - ***Approccio relazionale***
 - ***Modalità di informazione***
 - ***Omogeneità.***
- Dimensioni, la cui applicazione è stata ritenuta sempre **rilevante** ma **poco** sostenibile dal solo mmg :
 - ***Coinvolgimento***
 - ***Adeguatezza del contesto operativo***
 - ***Copertura***
 - ***Continuità***
 - ***Valutabilità .***
- **Con-ricerca 2010** da mmg SIMG PG e coordinamento promozione salute in pubblicazione su rivista CSES unipg.

5.4) Trasparenza e valutazione in regime di terzietà nella promozione della salute



5.6) Piano di attività 2010-2012

Progetti specifici rivolti a definite fasce di età	Rete servizi socio sanitari	Rete della scuola primaria e secondaria	Rete associazioni di volontariato e terzo settore	Rete Enti locali
0-W	<i>Costruiamo insieme la città che promuove la salute</i>			
0-W	<i>Il medico che promuove la salute</i>			
0-W	<i>La farmacia che promuove la salute</i>			
0-W	<i>Promozione salute in ospedale</i>			
0-1 + Puerpere	<i>Promozione allattamento al seno</i>			
0-12	<i>Genitori più</i> (aree di intervento: 1) Prendere acido folico in gravidanza; 2) Non fumare; 3) Allattarlo al seno; 4) Metterlo a dormire a pancia in su; 5) Promuovere la sicurezza; 6) Fare tutte le vaccinazioni; 7) Leggergli un libro)			
6-12	<i>Pedibus</i>			
3-18	<i>La scuola promotrice di salute</i> (aree di intervento: definizione standard di qualità; educazione socio affettiva; promozione attività fisica e sportiva; frutta snack, prevenzione iniziazione fumo tabacco, ecc)			
>= 14	<i>Moltiplicatori azione preventiva (Giovani e guida sicura)</i>			
Gestanti e coppie età fertile	<i>Corsi accompagnamento al parto ed alla nascita</i>			
Donne 18-64	<i>Counselling breve sul fumo di tabacco</i> (screening cervice e/o accesso al consultorio			
Lavoro	<i>Cantieri drug free</i>			
> 18 - W (popolazione sana)	<i>Gruppi di cammino</i> <i>Anziani in cammino</i>			
18-69 (pop a rischio per: RCVG >20 + diabetici+ ATP III)	<i>Prescrizione attività motoria</i>			

Bibliografia

- 1) Bensber M. What are health promoting emergency departments? Melbourne, Department of Human Services, Victoria State Government, 2000.
- 2) Castells M (2000): *“La nascita della società in rete”*. Blackwell Publisher Ltd, Oxford 2000; ed. it Università Bocconi ed. Milano 2002;
- 3) CSDH (2008): *“Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.”* Geneva, WHO.
- 4) Eriksson M, Lindstrom B (2008): *“A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter”*, in *Health Promotion International*; 23 (2): 190-199.
- 5) Francescato, D., Tomai, M., Ghirelli, G. (2002): *“Fondamenti di psicologia di comunità”*. Roma, Carocci.
- 6) <http://www.salute.gov.it/stiliVita/stiliVita.jsp>
- 7) <http://www.hda.nhs.uk/evidence>
- 8) ISS (2008) *“Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo”* ISS, Roma.
- 9) Leone L. e Prezza M (2003) *“Costruire e valutare i progetti nel sociale”* Franco Angeli, Milano 10) Lewin, K. (1947): *“Frontiers in group dynamics II. Channels of group life: Social planning and action research”*. *Human Relations*, 1, 143-153.
- 10) OMS (1986): *“The Ottawa charter for health promotion”*. WHO Geneva.
- 11) OMS (1988): *“Adelaide recommendations on Healthy Public Policy”* WHO Geneva.
- 12) OMS (1997): *“Jakarta declaration on leading health promotion into the 21th century”* WHO Geneva.
- 13) OMS (2000): *“Mexico ministerial statements for the promotion of health: from ideas to action”* WHO Geneva.
- 14) OMS (2003): *“Standards for Health Promotion in Hospitals: Development of indicators for a Self-Assessment Tool. Report on 4th WHO Workshop. Barcelona, Spain, 24 -25 October 2003”*. WHO Geneva.
- 15) OMS (2005): *“The Bangkok charter for Health promotion in a globalized world”* WHO Geneva
- 16) OMS (2009a): *“Milestones in health promotion. Statements from Global Conferences”*. WHO Geneva
- 17) OMS (2009b): *“Gaining Health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases.”* WHO Geneva.
- 18) Regione Umbria (2009) : *“Sistema di sorveglianza Passi. Rapporto regionale 2008”*. Regione Umbria; Perugia
- 19) Rullani E. (2003) *“Produzione di conoscenza e valore nel postfordismo”*, in *“L'età del capitalismo cognitivo. Innovazione, proprietà e cooperazione delle moltitudini”*. A cura di Yann Moulier Bouteng. Ombre corte/ culture, 2003, Verona.
- 20) Vercellone C (2009): *“Crisi della legge del valore e divenire rendita del profitto. Appunti sulla crisi sistemica del capitalismo cognitivo.”* In Fumagalli A e Mezzadra S: *“Crisi dell'economia globale. mercati finanziari, lotte sociali e nuovi scenari politici”*. Ombre Corte Uninomade, Verona
- 21) WHO (2008a): *“The world health report 2008 : primary health care now more than ever.”* WHO Geneva.
- 22) WHO (2008b): *“Protecting health from climate change - World Health Day 2008”*. WHO Geneva