

# Indice

p. 9 Presentazione

*Le normative per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria primaria*  
Prima parte

15 Presentazione della prima parte

*La cultura della salute e le politiche di salute*

17 Capitolo 1

*Le normative dell'OMS nel mondo*

35 Capitolo 2

*Le normative dell'OMS in Europa*

51 Capitolo 3

*Le normative del Ministero della Salute in Italia*

3.1. Le normative del Servizio sanitario nazionale, 52

3.2. I piani sanitari nazionali, 70

3.3. Alcuni documenti operativi del Ministero della Salute, 77

83 Capitolo 4

*Le normative della Regione Emilia Romagna*

4.1. Le normative generali e i piani socio-sanitari, 84

4.2. Le normative dell'assistenza sanitaria primaria, 94

123 Capitolo 5

*Alcuni modelli regionali di assistenza sanitaria primaria in Italia*

131 Capitolo 6

*Le relazioni fra assistenza sanitaria primaria e sanità pubblica nelle normative dell'OMS e nella realtà dell'Europa e dell'Italia*

*La salute, i bisogni di salute e il modello di approccio alla salute*  
Seconda parte

- p. 139 Presentazione della seconda parte  
*La salute multidimensionale*
- 141 Capitolo 1  
*La salute e la sua tutela*
- 1.1. La Dichiarazione universale dei diritti umani, 142
  - 1.2. La salute nella Costituzione italiana e nella Costituzione dell'OMS, 144
  - 1.3. La promozione della salute, 145
  - 1.4. La nuova visione di promozione della salute e di prevenzione delle malattie, 158
  - 1.5. La educazione alla salute, 159
  - 1.6. L'educazione terapeutica, 160
- 167 Capitolo 2  
*La salute multidimensionale e lo strumento ICF*
- 2.1. La definizione di salute, l'approccio alla salute e lo strumento ICF per la rilevazione dei bisogni di salute, 168
  - 2.2. La cartella clinica ICF per la registrazione dei bisogni di salute, 181
  - 2.3. Casi clinici e ICF, 182
- 189 Capitolo 3  
*Il paziente complesso e il modello bio-psico-sociale per la tutela della salute*
- 3.1. Il concetto di paziente complesso, 189
  - 3.2. Il modello bio-psico-sociale di approccio al paziente complesso, 191
  - 3.3. Metodo, tappe e strumenti dell'approccio bio-psico-sociale, 194
  - 3.4. Il ruolo del team multiprofessionale nella assistenza al paziente complesso, 197
  - 3.5. Il ruolo del caregiver nella assistenza al paziente complesso, 199
  - 3.6. Criteri di appropriatezza nella assistenza al paziente complesso, 203
  - 3.7. Un esempio di approccio bio-psico-sociale al paziente complesso, 207
- 211 Capitolo 4  
*Le patologie croniche e i modelli per la gestione dei pazienti*
- 4.1. I documenti programmatici internazionali di gestione delle patologie croniche, 212
  - 4.2. I documenti culturali e operativi internazionali di gestione delle patologie croniche, 214
  - 4.3. Piano nazionale della cronicità in Italia, 221
  - 4.4. La Regione Emilia Romagna e l'approccio alle patologie croniche, 224

- p. 237    Capitolo 5  
*La salute mentale e i modelli per la gestione dei pazienti*  
5.1. La salute mentale e le normative dell'OMS, 238  
5.2. La salute mentale e le normative del Servizio sanitario nazionale, 251  
5.3. La salute mentale e le normative della Regione Emilia Romagna, 263
- 275    Capitolo 6  
*Le cure palliative e i modelli per la gestione dei pazienti*  
6.1. Le cure palliative e le normative dell'OMS, 275  
6.2. Le cure palliative e le normative in Europa, 281  
6.3. Le cure palliative e le normative in Italia, 288  
6.4. Le cure palliative e le normative della Regione Emilia Romagna, 296
- I servizi territoriali, la continuità con i servizi ospedalieri e la nuova realtà delle cure intermedie*  
Terza parte
- 309    Presentazione della terza parte  
*I servizi territoriali, la continuità con i servizi ospedalieri e la nuova realtà delle cure intermedie*
- 311    Capitolo 1  
*I servizi territoriali per l'OMS e la continuità dei percorsi di cura e assistenza con i servizi ospedalieri*  
1.1. I servizi territoriali per l'OMS: caratteristiche generali, servizi domiciliari e servizi residenziali, 312  
1.2. La continuità e il coordinamento dei percorsi di cura e assistenza fra servizi ospedalieri e servizi territoriali per l'OMS, 316
- 323    Capitolo 2  
*I servizi territoriali nel Servizio sanitario nazionale e la continuità dei percorsi di cura e assistenza con i servizi ospedalieri*  
2.1. I servizi domiciliari e residenziali nel Servizio sanitario nazionale, 324  
2.2. La continuità e il coordinamento dei percorsi di cura e assistenza fra servizi ospedalieri e servizi territoriali nel Servizio sanitario nazionale, 330
- 335    Capitolo 3  
*I servizi territoriali nella Regione Emilia Romagna e la continuità dei percorsi di cura e assistenza con i servizi ospedalieri*  
3.1. Il modello organizzativo dei servizi in rete e i piani socio-sanitari nella Regione Emilia Romagna, 336

- 3.2. I servizi domiciliari e residenziali e il modello emergente delle case della salute nella Regione Emilia Romagna, 340
- 3.3. La continuità e il coordinamento dei percorsi di cura e assistenza fra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali nella Regione Emilia Romagna, 347
- p. 363    Capitolo 4  
*Le cure intermedie*
- 4.1. Le cure intermedie in Europa, 364
- 4.2. Le cure intermedie in Italia, 367
- 4.3. Le cure intermedie e i piani di zona distrettuali nella Regione Emilia Romagna, 375
- Invecchiamento delle popolazioni, disabilità e politiche di salute in Europa, in Italia e nella Regione Emilia Romagna*  
 Quarta parte
- 385    Presentazione della quarta parte  
*Invecchiamento delle popolazioni, disabilità e politiche di salute, in Europa, in Italia, nella Regione Emilia Romagna*
- 387    Capitolo 1  
*Invecchiamento delle popolazioni. Politiche di salute e politiche di cure a lungo termine*
- 1.1. Le politiche dell'OMS per invecchiare sani e invecchiare attivi, 388
- 1.2. Le politiche dell'OMS per le cure a lungo termine nell'età anziana, 394
- 1.3. Le politiche in Europa delle cure a lungo termine, 409
- 1.4. Le politiche in Italia delle cure a lungo termine, 412
- 1.5. Le politiche nella Regione Emilia Romagna delle cure a lungo termine, 424
- 429    Capitolo 2  
*Disabilità e politiche di cura e assistenza*
- 2.1. Le politiche di cura e assistenza dell'OMS per le disabilità, 430
- 2.2. Le politiche di cura e assistenza del Servizio sanitario nazionale per le disabilità, 437
- 2.3. Le politiche di cura e assistenza della Regione Emilia Romagna per le disabilità, 440
- 445    Indice delle tabelle

# Presentazione

Il volume approfondisce l'ampia cultura indicata dal WHO/OMS (World Health Organization/Organizzazione mondiale della sanità) con il termine "Primary Health Care" (PHC), documentata da numerosissimi articoli scientifici a partire dall'anno della costituzione dell'organismo (1946) fino ai giorni nostri e descritta in termini di «assistenza accessibile ed equa per la popolazione, basata su prestazioni sostenibili dai sistemi sanitari per costo e modalità di erogazione».

Assieme ai principali documenti del WHO/OMS, il libro illustra le più importanti normative sulla assistenza sanitaria primaria/cure primarie, prodotte in Italia dal Ministero della Salute e da altri organismi ministeriali, che mettono in luce la crescente attenzione del nostro Paese sulla forma di assistenza sanitaria e sociale più vicina ai cittadini, orientata a promuovere la salute, fornire cure, assistenza, riabilitazione nei luoghi di vita e di lavoro e in servizi territoriali integrati con i servizi ospedalieri.

Accanto alle normative nazionali sono indicate le principali normative della Regione Emilia Romagna – a cui gli autori del presente testo appartengono – per l'attenzione che l'ente ha da sempre mostrato all'assistenza sanitaria primaria, nei termini e nei contenuti assistenziali sanitari e socio-assistenziali indicati dal WHO/OMS nel documento di Alma Ata (1978).

L'attenzione della Regione Emilia Romagna all'assistenza sanitaria primaria è stata formalizzata nel 2008 in una dichiarazione pubblica nell'ambito della 1ª conferenza nazionale sulle cure primarie (Bologna 25 e 26 febbraio 2008) attraverso la pubblicazione del documento Dichiarazione di Bologna, in cui sono stati riconosciuti i principi di Alma Ata come fondanti delle politiche regionali.

I contenuti presentati nel volume scaturiscono dalla mia personale e lunga esperienza di formazione nel settore dell'assistenza sanitaria primaria, nel rispetto dei principi culturali del WHO/OMS, sviluppata nell'ambito dei corsi istituzionali rivolti a medici e professioni sanitarie attivati nell'Università di Modena e Reggio Emilia (UNIMORE): corso di laurea in medicina e chirurgia, Scuola di specializzazione di medicina di comunità, fondata nell'a.a. 2000-2001 e oggi divenuta Scuola di specializzazione di medicina di comunità

e cure primarie, nei corsi di educazione continua in medicina e di educazione continua (ECM) per professioni sanitarie.

Gli stessi contenuti sono stati da me presentati in numerosi corsi aziendali tenuti in Emilia Romagna e in altre Regioni (corsi ECM rivolti alle professioni sanitarie e socio-assistenziali dei servizi territoriali), con l'obiettivo di diffondere gli aspetti culturali della assistenza sanitaria primaria, che emergeva sempre più frequentemente nelle normative nazionali e regionali, unitamente ai metodi e agli strumenti da applicare nella assistenza, con riferimento alle indicazioni del WHO/OMS.

La cultura della ASP, che comprende i vasti temi di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito dei setting assistenziali territoriali, è stata inizialmente a me trasmessa da professionisti illuminati (professor Bruno Paccagnella, UNIPD, e dottor Giancarlo Tavasani, ASL Reggio Emilia), impegnati nell'area della ASP con attività di insegnamento e ricerca universitaria, oltre che di cura e assistenza nell'ambito di aziende sanitarie. È da questi "maestri" che ho ricevuto i primi documenti culturali del WHO/OMS e pubblicazioni scientifiche nei molteplici campi della ASP, ma soprattutto le indicazioni culturali per orientare ai contenuti delle cure primarie dell'OMS la didattica a me istituzionalmente affidata in UNIMORE e in numerosi corsi ECM organizzati da aziende sanitarie di varie Regioni.

La cultura della ASP è stata presentata negli anni a tutti gli studenti dei corsi di laurea in medicina e chirurgia e in particolare ai medici iscritti alla scuola di specializzazione di medicina di comunità, oggi divenuta specializzazione di medicina di comunità e cure primarie, e che considero depositari di una cultura innovativa, da applicare nel loro percorso professionale nei servizi di assistenza sanitaria primaria delle aziende sanitarie locali (ASL). Oggi tutti i medici specialisti in medicina di comunità e cure primarie che si sono diplomati in UNIMORE sono depositari di questa cultura e conoscono i metodi e gli strumenti specifici a essa associati, che risultano di notevole supporto nella professione da loro esercitata nei servizi territoriali delle aziende sanitarie in cui lavorano.

Il volume si propone pertanto come libro di testo accademico utile a fornire le conoscenze di base nell'area della assistenza sanitaria primaria a medici e professioni sanitarie, iscritti nei corsi di laurea delle università italiane, dei corsi di formazione regionale in medicina generale e dei corsi di formazione continua (ECM) resi obbligatori per tutte le professioni sanitarie e socio-sanitarie. È obiettivo dell'autore far seguire a questo volume un testo specifico, tutto dedicato alla formazione, basato su contenuti culturali, metodi e strumenti didattici.

È necessario far presente che l'ampia cultura della ASP, che emerge dai principali documenti pubblicati dal WHO/OMS a partire dal 1946 fino ai giorni

nostri, è stata recepita in ambito europeo, ma viene applicata in Italia ancora in modo incompleto.

Si tratta della cultura basata su aspetti peculiari:

1. “salute multidimensionale”, nelle sue componenti fisica, mentale, sociale, spirituale;
2. “approccio bio-psico-sociale” da applicare nei processi di cura e assistenza attraverso il coinvolgimento di più professionisti (team multiprofessionale e interdisciplinare);
3. “strumenti specifici” da utilizzare nella rilevazione dei problemi multidimensionali di salute;
4. “piani di cura e assistenza” da delineare alla presa in carico dei pazienti;
5. “partecipazione attiva di pazienti e famiglia” da attivare nei percorsi di cura e assistenza attraverso interventi educativi (educazione terapeutica);
6. “partecipazione comunitaria” da sviluppare nei processi di aiuto alle persone, coinvolgendo i familiari e i gruppi di volontariato che sempre più numerosi si stanno organizzando sul territorio.

Questo approccio alla salute, che nel suo insieme costituisce l’“approccio bio-psico-sociale”, ha la finalità di orientare gli operatori del servizio sanitario verso modelli culturali e operativi diversi da quello attuale chiamato “approccio bio-medico”, prevalentemente diagnostico-terapeutico e da implementare in una visione più ampia per conferire competenze adeguate che possono partire solo da una cultura e da una formazione professionale innovativa per contenuti, metodi e strumenti.

La terminologia utilizzata nel volume è quella del WHO/OMS e fa riferimento alla Primary Health Care (PHC), la cui traduzione corretta in italiano è “assistenza sanitaria primaria” (ASP). Nella Regione Emilia Romagna, in cui la ASP ha avuto particolare sviluppo, si parla di “cure primarie” (CP), termine che, nonostante focalizzi l’attenzione sulle “cure”, abbraccia principi e metodi «sia di cura che di assistenza sanitaria e socio-sanitaria», è in linea con la ASP indicata dal WHO/OMS e rappresenta il modello di riferimento nello sviluppo sempre più ampio della assistenza territoriale di questa Regione.

Le normative per lo sviluppo  
dell'assistenza sanitaria primaria  
prima parte



# Presentazione della prima parte: la cultura della salute e le politiche di salute

La parte illustra gli aspetti culturali e le principali normative sul tema della “Primary Health Care” dell’OMS, sviluppati a livello mondiale, nei Paesi dell’Europa (OMS-Europa), in Italia ed in particolare nella Regione Emilia-Romagna, a cui l’Autore del presente libro appartiene e di cui conosce interesse ed impegno allo sviluppo dei principi culturali sostenuti dall’OMS.

Si tratta di una parte di notevole importanza didattica dal momento che presenta in sintesi la visione dell’OMS sulla salute nel Mondo (capitolo 1) e in Europa (capitolo 2). Sono indicati il “significato di salute”, le “politiche di salute”, i “servizi per la salute e le loro caratteristiche”, con particolare riferimento ai “servizi di assistenza sanitaria primaria” e alla loro localizzazione territoriale per essere “servizi vicini ai luoghi di vita delle persone” ed a cui tutti possono facilmente accedere per potenziare, difendere e recuperare la salute.

La traduzione corretta nella lingua italiana del termine “Primary Health Care” è “assistenza sanitaria primaria”. La traduzione tiene conto delle valenze globali date dall’OMS alla salute: prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza alla non autosufficienza. In Italia il termine “Primary Health Care” è stato tradotto “cure primarie” focalizzando prevalentemente i contenuti di cura e tralasciando gli altri aspetti (cfr. capitolo 1).

Le linee di indirizzo dell’OMS in Italia sono state colte da tempo dal Ministero della Salute e sono state sviluppate attraverso normative, piani sanitari e documenti operativi (capitolo 3). Alcune Regioni, sensibili ed attente alle indicazioni dell’OMS, hanno poi tradotto le indicazioni ministeriali in proprie importanti normative. Nella parte viene fatto specifico riferimento solo alle normative della Regione Emilia Romagna (capitolo 4).

La parte delinea la cultura della assistenza sanitaria primaria/cure primarie (nei suoi vari aspetti di promozione della salute, diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza alla non autosufficienza), sia attraverso normative e piani sanitari generali indicanti gli aspetti politici, economici, organizzativi e gestionali che ne garantiscono la realizzazione, sia attraverso normative con contenuti operativi per i professionisti.

La parte tuttavia non trascurava l'importanza degli ospedali per il loro importante ruolo nella difesa della salute e per stimolare la necessaria integrazione che gli ospedali devono avere con i servizi territoriali, con particolare riferimento alla dimissione delle persone ricoverate.

Il ruolo degli ospedali nella difesa della salute emerge da uno specifico progetto dell'OMS (ospedali che promuovono la salute), con sviluppo al loro interno di ambienti fisici e sociali favorevoli alla salute, ma emerge soprattutto da orientamenti ad una governance ospedaliera che promuove un ambiente di lavoro sano, servizi sanitari di qualità e integrazione con i servizi sociali e sanitari territoriali.

La parte è suddivisa in sei capitoli che illustrano in sintesi le normative della assistenza sanitaria primaria prodotte dall'OMS nel mondo (capitolo 1), dall'OMS in Europa (capitolo 2), dal Ministero della Salute in Italia (capitolo 3), dalla Regione Emilia Romagna (capitolo 4) e da alcune Regioni leader nel settore (capitolo 5). La parte termina (capitolo 6) con alcuni documenti relativi a una tematica tutt'ora oggetto di dibattito in Italia riguardante le relazioni esistenti fra due aree di assistenza (la assistenza sanitaria primaria e la sanità pubblica), entrambe governate dalle regioni, ma appartenenti a settori diversi di servizi (rispettivamente i distretti e dipartimenti di prevenzione), con missioni istituzionali diverse (cura e assistenza territoriale e prevenzione). Per molti aspetti però assistenza sanitaria primaria e sanità pubblica hanno visioni culturali sinergiche e le loro azioni confluiscono o si sovrappongono su un tema centrale per la salute rappresentato dai "determinanti della salute" ovvero di quei fattori che influenzano lo stato di salute di individui e comunità di una popolazione. Di conseguenza le politiche di salute messe in atto dai servizi di assistenza sanitaria primaria e dai servizi di sanità pubblica finiscono per convergere. Su questa confluenza verte l'articolo di un noto cultore della assistenza sanitaria primaria, Gavino Maciocco, di provenienza culturale e istituzionale dalla sanità pubblica. L'articolo è incentrato sul tema dei "Determinanti della salute" (fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo, di una comunità, di una popolazione) e mette a confronto diverse teorie, pone interrogativi (nel determinare la salute, contano più i comportamenti individuali o il contesto politico, socio-economico e culturale?). La discussione non è solo teorica e concettuale; le sue conclusioni hanno a che fare con le strategie di prevenzione e le politiche sanitarie di una nazione.

## Capitolo 1

# Le normative dell'OMS nel mondo

Il capitolo riporta in ordine cronologico una sintesi in ordine cronologico dei principali documenti prodotti dall'OMS, dalla sua nascita a oggi, per lo sviluppo nel mondo della Primary Health Care.

È necessario far presente che il termine “Primary Health Care” è complesso e presenta i seguenti significati:

1. primary = primaria (erogata al primo livello);
2. health = salute (nella sua concezione multidimensionale fisica, mentale, sociale);
3. care = cura + prendersi cura (curare e assistere la persona nei suoi bisogni multidimensionali).

La traduzione corretta in italiano di “Primary Health Care” è “assistenza sanitaria primaria” (ASP), perché fa emergere l'approccio necessario a rispondere ai bisogni multidimensionali di salute, sanitari e sociali e che può avvenire solo in setting extra-ospedalieri o territoriali.

La spiegazione del concetto di Primary Health Care è fornita in un recente libro on-line *Governare l'assistenza primaria. Manuale per operatori di sanità pubblica* (<https://www.aprirenetwork.it/governare-lassistenza-primaria>), unitamente alla delucidazione dei concetti di “primary care” e di “assistenza sanitaria di base”, chiarendo bene le differenze fra i termini, spesso confusi e impropriamente usati:

1. *assistenza sanitaria primaria (ASP) o Primary Health Care (PHC)*: consiste nell'approccio che il sistema sanitario di una determinata area geografica deve mettere in atto per garantire ai cittadini interventi di assistenza appropriati e sostenibili diretti ai cittadini di una determinata area geografica;
2. *cure primarie (CP) o Primary Care (PC)*: rappresenta l'*offerta dei servizi* universalmente accessibili e integrati e le modalità con cui questi vengono erogati per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini nel contesto familiare e comunitario, attraverso team multi-interprofessionali;

3. *assistenza sanitaria di base (ASB)*: rappresenta una parte dell'offerta dei servizi, erogata attraverso l'attività dei medici di medicina generale (MMG), dei medici di continuità assistenziale (MCA) e dei pediatri di libera scelta (PLS).

La "Primary Health Care" comprende pertanto sia gli aspetti propriamente sanitari di "promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione" sia quelli di "assistenza tutelare, supporto psicologico, gestione dei percorsi di cura e assistenza", strettamente collegati agli aspetti sanitari. Il termine "primaria" collega alla assistenza il concetto di "primo livello" nella erogazione delle prestazioni, (livello territoriale), distinguendolo dalle prestazioni di "secondo livello" (livello ospedaliero) e di "terzo livello" (livello ospedaliero ad alta specializzazione).

Il termine "Primary Health Care" è stato tradotto in italiano "cure primarie", ma per i concetti sopra indicati è evidente la non appropriatezza della traduzione, poiché "cure primarie" focalizza l'attenzione solo sulle cure, tralasciando gli aspetti della promozione della salute e della prevenzione, nonché quelli socio-sanitari, tutti interventi che possono realizzarsi solo in setting extra-ospedalieri o territoriali.

All'interno del capitolo è compreso il documento *Transforming and scaling up health professionals' education and training* (12), che presenta la visione dell'OMS sull'importante tema della "formazione professionale" nell'area della ASP e che in questa sede viene sintetizzata nei termini voluti dall'OMS: "la formazione deve tenere conto di contenuti culturali nuovi e specifici per accelerare la trasformazione professionale di medici e professioni sanitarie del Paese verso una visione più ampia della salute e verso modalità di lavoro nuove e più vicine ai bisogni complessi delle popolazioni che invecchiano".

Il capitolo illustra anche il fenomeno dell'invecchiamento delle popolazioni nel mondo. L'invecchiamento presenta sia sfide che opportunità per lo sviluppo futuro dei sistemi sanitari. Le sfide sono legate all'incremento della domanda di PHC/ASP da parte dei sempre più numerosi cittadini che spesso a causa dell'età presentano aumentati bisogni di salute, richiedenti continuità di cure e assistenza anche a lungo termine, investimenti adeguati, operatori formati, luoghi di cure appropriati. Le opportunità sono da ricercarsi nell'orientamento che i sistemi sanitari di tutto il mondo devono avere per una offerta di servizi di PHC/ASP, dimostratasi sostenibile nei costi e di più facile accesso ai cittadini, in quanto diffusa sul territorio e vicina ai luoghi di vita e di lavoro delle persone.

La parte sintetizza le principali pubblicazioni dell'OMS, prodotte in tempi diversi (dal 2002 al 2020) e con ricadute culturali diverse ("invecchiare attivi" nel 2002, "invecchiare sani" nel 2015, "invecchiare con mantenimento di abilità funzionale" nel 2018, "vivere in salute e in benessere" nel 2020), ma sempre soste-

nendo che è proprio alla luce dell'invecchiamento e del benessere che la Primary Health Care trova una ragione in più per essere appoggiata, difesa e sviluppata. Il recente documento dell'OMS *The global network for age-friendly cities and communities* (2018) focalizza l'attenzione anche sull'ambiente, a supporto di un invecchiamento in salute.

Per ogni normativa vengono riportati i principi fondamentali e una sintesi dei contenuti, rimandando per approfondimenti alla bibliografia elettronica indicata alla fine del capitolo, seguendo l'ordine numerico di presentazione.

1. *Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità*

– *Anno di pubblicazione:* 1946

– *Sottoscrizione:* Stati partecipanti alla Assemblea federale dell'OMS

– *Principio:* la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità.

– *Contenuti:* 1. principi della salute (diritto fondamentale, condizione per la pace e la sicurezza); 2. finalità dell'OMS (rendere accessibili a tutti i popoli le conoscenze fornite dalle scienze mediche e psicologiche); 3. funzioni dell'OMS (garantire opinione pubblica e cooperazione, collaborare, aiutare, soccorrere); 4. organizzazione dell'OMS (Assemblea della sanità, formata da delegati degli Stati membri, consiglio esecutivo, segretariato, commissioni, organizzazioni regionali, comitati regionali, uffici regionali) e modalità delle attività (conferenze).

2. *Dichiarazione di Alma Ata sulla assistenza sanitaria primaria*

– *Anno di pubblicazione:* 1978

– *Sottoscrizione:* Stati partecipanti alla 1ª conferenza internazionale sulla assistenza sanitaria primaria

– *Principio:* la assistenza sanitaria primaria è la forma essenziale di assistenza sanitaria basata su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, resa accessibile a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, realizzata a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione; è parte integrante sia del sistema sanitario di un Paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità; rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria.

– *Contenuti:* sono indicate le caratteristiche della assistenza sanitaria primaria.

3. *Carta di Ottawa per la promozione della salute*
  - *Anno di pubblicazione:* 1986
  - *Sottoscrizione:* Stati partecipanti alla 1<sup>a</sup> conferenza internazionale sulla promozione della salute
  - *Principio:* promozione della salute: processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla; per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, l'individuo deve essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvisi; la salute è vista come risorsa di vita quotidiana, come concetto positivo basato sulle risorse sociali e personali; la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, supera la proposta di modelli di vita sani e aspira al benessere.
  - *Contenuti:* con riferimento alla promozione della salute sono indicati: 1. prerequisiti; 2. fattori favorenti e ostacolanti; 3. mezzi; 4. azioni (politiche, ambientali, individuali e comunitarie); 5. riorientamento dei servizi; 6. impegni nazionali e internazionali.
  
4. *The principles of Quality Assurance. WHO working group*
  - *Anno di pubblicazione:* 1989
  - *Principio:* strategia di qualità dei servizi sanitari (da sottoporre alla attenzione delle autorità sanitarie, dei professionisti, della comunità scientifica e degli utenti dei servizi).
  - *Contenuti:* 1. perché è necessario garantire la qualità (motivi professionali, sociali e pratici); 2. obiettivi di qualità (miglioramento della gestione dei servizi e supporto alla innovazione); 3. come migliorare la qualità, (strategia nazionale e locale); 4. contenuti di un programma nazionale di qualità (contenuti culturali, organizzativi, gestionali); 5. importanza della formazione.
  
5. *The Budapest declaration on health promoting hospital*
  - *Anno di pubblicazione:* 1991
  - *Principio:* ospedale che promuove la salute, attraverso i principi di promozione della salute e prevenzione delle malattie, una governance che sostiene un ambiente di lavoro sano, servizi sanitari di qualità e partecipazione della comunità.
  - *Contenuti:* sono indicati gli aspetti culturali che un "ospedale che promuove la salute" deve garantire: 1. fornire opportunità di sviluppo della salute attraverso prospettive, obiettivi e strutture; 2. sviluppare un'identità aziendale comune di ospedale che promuove la salute; 3. migliorare l'am-

biente fisico degli edifici ospedalieri a sostegno della salute di pazienti, personale e comunità; 4. incoraggiare un ruolo attivo dei pazienti in base alle esigenze specifiche di salute; 5. incoraggiare procedure partecipative e orientate alla salute in ospedale in tutto il territorio dell'Unione Europea; 6. creare condizioni di lavoro sane per tutto il personale ospedaliero; 7. fare dell'“ospedale di promozione della salute” un modello per servizi sani e posti di lavoro; 8. promuovere la collaborazione tra la promozione della salute in ospedale e le iniziative degli enti locali; 9. migliorare la comunicazione e la collaborazione con i servizi sociali e sanitari nella comunità; 10. migliorare il supporto fornito dall'ospedale ai pazienti e ai loro familiari attraverso servizi sociali e sanitari di comunità e gruppi di volontariato; 11. identificare gruppi di pazienti ricoverati e le loro specifiche esigenze sanitarie; 12. riconoscere diversità di valori, esigenze e condizioni culturali nei diversi gruppi di popolazione che afferiscono all'ospedale; 13. creare condizioni di vita umani e stimolanti all'interno dell'ospedale per i pazienti a lungo termine e cronici; 14. migliorare la qualità dei servizi alimentari negli ospedali per i pazienti e il personale; 15. migliorare la qualità dei programmi di formazione professionale per migliorare l'informazione e la comunicazione ai pazienti; 16. sviluppare la raccolta di dati sulla prevenzione di malattie e infortuni in ospedale e la comunicazione di queste informazioni alle comunità locali. Sono indicati anche gli aspetti gestionali, strutturali, organizzativi, economici che l'ospedale deve garantire per entrare nel circuito del WHO.

#### 6. *Home based long-term care*

– *Anno di pubblicazione:* 2000

– *Principio:* assistenza a lungo termine alle persone non autosufficienti in regime domiciliare o di ricovero per garantire il grado più elevato di indipendenza, autonomia, partecipazione, realizzazione personale e dignità, nel rispetto dei valori, delle preferenze e dei bisogni di ogni individuo.

– *Contenuti:* politiche e programmi devono tenere conto di: 1. capacità nazionali (normative, finanziamenti, gestione, risorse umane); 2. capacità regionali/distrettuali (settore formale, informale); 3. capacità locali (organizzazione delle attività, formazione, sostegno alle famiglie, continuità della assistenza). Il documento delinea i seguenti aspetti: 1. Definizione di assistenza domiciliare a lungo termine; 2. Gruppi target (destinatari); 3. Assistenza domiciliare sanitaria e sociale; 4. Finanziamenti; 5. Risorse materiali; 6. Risorse umane; 7. Esperienze dei Paesi industrializzati e in via di sviluppo; Appendice 1. Definizione di servizi sanitari integrati; Appendice 2. Integrazione della assistenza domiciliare a lungo termine nel

sistema sanitario e sociale; Appendice 3. Disponibilità di risorse materiali per l'assistenza domiciliare a lungo termine in Paesi a diverso livello di sviluppo economico.

7. *Active ageing. A policy framework*

- Anno di pubblicazione: 2002
- Principio: promozione di un invecchiamento sano e attivo.
- Contenuti: l'invecchiamento della popolazione è un evento che interessa tutti i Paesi del mondo. Il documento affronta i seguenti aspetti: 1. rapida crescita in tutto il mondo della popolazione di 60 anni e più, soprattutto nei Paesi industrializzati; 2. concetto di "invecchiamento attivo" nelle politiche e nei programmi dei Paesi; 3. fattori culturali, comportamentali, ambientali, sociali, economici che possono influenzare l'invecchiamento attivo; 4. supporti a una popolazione anziana (affrontare la malattia e la disabilità, erogare assistenza, tenere conto delle diseguità, degli aspetti etici, economici); 5. risposta politica (azioni nazionali, regionali, locali, intersettoriali).

8. *Primary Health Care. Main terminology*

- Anno di pubblicazione: 2004
- Principi: Primary Health Care, Primary Care, General Practice, Family Medicine.
- Contenuti: concetti di: 1. *Primary Health Care* (concetto elaborato nella Dichiarazione di Alma Ata da cui emergono i significati di: *Primary* = primo livello di approccio, *Health* = salute multidimensionale, *Care*: prendersi cura); 2. *Primary Care* (concetto che evidenzia il ruolo della *Primary Care* come porta di accesso al Sistema sanitario, con caratteristiche di accessibilità, continuità, comprensività di servizi appropriati ai problemi più comuni, coordinamento con i servizi specialistici di cui il paziente può avere bisogno); 3. *General Practice* (concetto che delinea il ruolo del medico di medicina generale nelle cure primarie, unico clinico che opera a 9 livelli di cura: prevenzione, diagnosi pre-sintomatica di malattia, diagnosi precoce, diagnosi di stato di malattia, gestione della malattia, gestione delle complicanze, riabilitazione, cure palliative, *counselling*); 4. *Family medicine o primary care team* (concetto che delinea la composizione di team multidisciplinari semplici, composti da medico di medicina generale e infermiere e di team multidisciplinari complessi formati da medico di medicina generale e altri professionisti di cure primarie quali operatori sociali, dietisti, fisioterapisti...).



9. *Primary Health Care – Now More Than Ever*
  - *Anno di pubblicazione:* 2008
  - *Principi:* equità nella salute, centralità della persona, centralità delle cure primarie all'interno di politiche di sanità pubblica, leadership che garantisce le riforme.
  - *Contenuti:* 1. riforme necessarie e urgenti per rispondere ai cambiamenti (invecchiamento, evoluzione dei bisogni di salute, della domanda e della spesa sanitaria legati alle patologie croniche); 2. modalità improprie della attuale risposta ai bisogni di salute (centralità degli ospedali, medicina specialistica, frammentazione delle cure); 3. obiettivi per il futuro (equità nella salute, centralità della persona, salute globale, partecipazione delle comunità); 4. cambiamento richiesto nei valori della assistenza (equità, centralità della persona, globalità e integrazione degli interventi, continuità, efficacia e sicurezza della assistenza, lavoro in team, partecipazione); 5. adozione di nuove politiche per la salute (politiche di sanità pubblica orientate alla assistenza sanitaria primaria); 6. riforme necessarie (garanzia di copertura universale alle cure, di sistemi di cure centrati sulle persone, di sistemi di sanità pubblica basati sulle cure primarie, di sistemi di cure omogenee fra i vari Stati).
  
10. *Where are the patients in decision-making about their own care?*
  - *Anno di pubblicazione:* 2008
  - *Principi:* la partecipazione attiva dei cittadini si ottiene attraverso interventi di educazione sanitaria per la acquisizione di conoscenze da materiale scritto e di abilità da interventi di self-management. La educazione sanitaria può avvalersi di consultazioni informatiche e di formazione diretta dai vari professionisti.
  - *Contenuti:* 1. strategie rivolte ai pazienti: capacità di comunicare con il personale, comprendere la malattia, condividere gli interventi, attuare il *self-care*; 2. strategie rivolte ai professionisti: formazione alla educazione sanitaria, elaborazione di materiale informativo; 3. strategie organizzative: reperimento dei finanziamenti, reclutamento dei pazienti.
  
11. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*
  - *Anno di pubblicazione:* 2010
  - *Principi:* tenendo conto della diversità dei sistemi sanitari nei vari Paesi europei, ma degli obiettivi comuni di sanità pubblica (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione), è necessario concordare gli aspetti, gli indicatori e i metodi per misurare la performance.

- *Contenuti*: aspetti fondamentali di ogni sistema sanitario (servizi erogati, professionisti, sistema di accesso ai farmaci, sistema di finanziamento, *governance/leadership*, caratteristiche chiave di ogni servizio e caratteristiche del sistema informativo/indicatori).
12. *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*
- *Anno di pubblicazione*: 2011
  - *Principi*: perseguire equità in campo sociale e sanitario tenendo conto dei principi stabiliti nella Costituzione dell'OMS (Dichiarazione di Alma-Ata del 1978, Carta di Ottawa del 1986, conferenze internazionali sulla promozione della salute) che hanno affermato il concetto di equità nella salute, il diritto alla salute, le azioni per la salute, le azioni sui “determinanti sociali della salute” e del benessere, tramite un approccio intersettoriale globale.
  - *Contenuti*: capi di Governo, ministri e rappresentanti governativi si sono impegnati a intervenire sui “determinanti sociali della salute” attraverso le seguenti azioni: 1. adottare una migliore *governance* per la salute dando voce a tutti i gruppi e settori coinvolti; 2. promuovere la partecipazione all'elaborazione e all'attuazione delle politiche; 3. indirizzare il settore sanitario verso la riduzione delle disuguaglianze nella salute; 4. rafforzare la *governance* e la collaborazione a livello globale; 5. monitorare i progressi e aumentare la responsabilizzazione.
13. *Transforming and scaling up health professionals' education and training*
- *Anno di pubblicazione*: 2013
  - *Principi*: le istituzioni preposte alla formazione devono sviluppare programmi formativi in linea con i nuovi bisogni della popolazione, arruolare docenti clinici di assistenza primaria e docenti appartenenti alle varie professioni sanitarie e sociali, prevedere l'accreditamento dei corsi di formazione.
  - *Contenuti*: il curriculum formativo deve prevedere: 1. contenuti in linea con i nuovi bisogni delle popolazioni; 2. metodi formativi innovativi (formazione interprofessionale per la interazione e collaborazione dei vari professionisti, simulazioni di casi e percorsi integrati); 3. durata della formazione per tutto il periodo lavorativo; 4. inserimento lavorativo dopo la laurea e altri corsi formativi di professionisti meritevoli, interessati a ruoli di lavoro innovativi.