

**ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITA' DI BOLOGNA**

**SCUOLA DI LETTERE E BENI CULTURALI**

**Corso di laurea magistrale in**

Scienze della Comunicazione Pubblica e Sociale

# Percorrendo il Colon retto

---

**Il PDTA Colon Retto: migliorare e sviluppare in modo partecipato un percorso di presa in carico del paziente**

**Tesi di laurea in**

Comunicazione e marketing sociale

**Relatore**

Prof.ssa Pina Lalli

**Presentata da:**

Fabbri Francesca

**Correlatore**

Prof. Massimo Di Menna

**Sessione**

Seconda

**Anno accademico**

2012-2013

## Sommario

INTRODUZIONE .....	5
<b>1. MODELLI ORGANIZZATIVI, NUOVI PERCORSI DI CURA PER I TUMORI .....</b>	<b>8</b>
1.1. CONCETTO DI PRESA IN CARICO, IN ITALIA E ALL'ESTERO. ....	13
1.2. PERCORSI DI CURA IN ITALIA LE FASI DEL PDTA.....	21
<b>2. IL LABORATORIO DEI CITTADINI PER LA SALUTE. COSTRUIRE UN PERCORSO IN MODO PARTECIPATO .....</b>	<b>28</b>
2.1. PDTA COLON: MIGLIORARE UN PERCORSO IN MODO PARTECIPATO.....	43
<i>2.1.1. Prima giornata: il PDTA Colon percorso a ostacoli fra privacy e ricerca degli elementi indispensabili della "presa in carico "</i> .....	<i>52</i>
<i>2.1.2_ Seconda giornata: rapporto con il medico di medicina generale e la reazione al dolore.</i> .....	<i>59</i>
<i>2.1.3. Terza giornata: interventi operativi sulle fasi del PDTA Colon, l'importanza del supporto psicologico.</i> .....	<i>68</i>
<i>2.1.4. Quarta giornata: come promuovere il PDTA</i> .....	<i>75</i>
2.2 CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE ELABORATA DAGLI STUDENTI.....	79
<b>3. E' REALIZZABILE UN MODELLO MIGLIORE DI PRESA IN CARICO .....</b>	<b>83</b>
3.1. COME CREARE IL SENSO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE ALL'INTERNO DEL PDTA: IDEAZIONE DI UNA FIGURA E DI UN LUOGO DI RIFERIMENTO SPECIALIZZATO. ....	88
3.2. LA PRESA IN CARICO INIZIA DALLA PARTECIPAZIONE: MIGLIORAMENTI DELLA LETTERA D'INVITO ALLO SCREENING COLON RETTALE. ....	97
<b>CONCLUSIONI .....</b>	<b>106</b>
<b>RINGRAZIAMENTI .....</b>	<b>110</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>111</b>
<b>SITOGRAFIA.....</b>	<b>115</b>
<b>APPENDICE .....</b>	<b>116</b>

"E' possibile veder oltre l'organo malato per parlare di tutto il sistema di cura?(...) Insomma qual è il sostantivo che comanda e decide i predicati della cura e quindi della sanità che serve e delle professioni coinvolte?" Con questi importanti interrogativi posti dal filosofo e sociologo Cavicchi si dovrebbe partire per analizzare l'attuale organizzazione che si sta formando per curare il malato oncologico e non solo. (Cavicchi, 2013)

Anni di evoluzione tecnologiche, nuove scoperte di pratica medica sempre più settoriali e specializzate hanno fatto in modo che si perdesse la visione globale sulle reali esigenze di salute del paziente. Se i bisogni non sono più stabiliti dai pazienti ma passano in mano ai medici il rischio è quello di concentrarsi solo sulla guarigione della malattia e non più sulla cura del malato.

Nel tentativo di riportare al cuore del problema la salute del paziente nella sua globalità, da qualche anno alcuni sistemi sanitari hanno cominciato ad adottare strumenti di valutazione della performance sanitaria che tengano in considerazione la soddisfazione percepita dai pazienti. Il risultato di questi studi conferma come per i pazienti sia qualificante, oltre che i metodi di cura adottati, soprattutto il rapporto comunicativo e relazionale con i medici e gli operatori sanitari. Questi dati hanno rappresentato un nuovo inizio su cui basare futuri cambiamenti nell'azienda sanitaria.

Uno dei momenti in cui questo bisogno di comunicazione è importante, se non fondamentale, è dopo una diagnosi di tumore. La malattia oncologica rappresenta un evento traumatico che interviene duramente ed inaspettatamente sull'intera vita dell'individuo, modificando l'intero l'equilibrio individuale ed interpersonale, evocando un clima di ansie e incertezze.

Il paziente lottando contro la malattia oncologica, va incontro oltre che a sofferenze fisiche e psicologiche anche alla rimessa in discussione del rapporto prima di tutto con il suo corpo e poi con familiari amici e colleghi. Alla somma di tutti questi ostacoli da affrontare si aggiungono anche i problemi di tipo burocratico, le attese di diagnosi e risposte, le incertezze su quale via terapeutica sia più giusto seguire e la totale inconsapevolezza a cosa si sta andando incontro. Tutti questi fattori trasformano il percorso verso la cura in un verso e proprio labirinto.

Come risposta a parte di questi problemi è stato creato un percorso che affonda le sue radici nelle problematiche incontrate nel vissuto dei pazienti durante la malattia oncologica: il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA).

Tutti nella vita intraprendiamo un percorso, che sia di formazione, lavorativo, di coppia, percorsi fatti di scelte e di ostacoli da superare. Durante questi percorsi ci capita spesso di chiedere aiuto,

un sostegno o un semplice consiglio per riuscire poi a proseguire nella direzione che una volta intrapresa decreterà o meno il successo del nostro operato.

Perché i percorsi di cura siano efficaci bisogna mantenere sempre aperto uno spazio di partecipazione attiva tra i suoi protagonisti principali, ovvero i malati e i loro familiari, per poter realmente affrontare insieme questo percorso.

Informazione e comunicazione sono fattori strategici per un modello di Sanità che metta al centro della sua attenzione la persona e il suo bisogno di salute nel tentativo di costruire una autentica relazione con il malato ed i suoi familiari.

Per questi motivi i servizi sanitari di diverse regioni italiane, tra cui l'Emilia-Romagna, stanno facendo molti sforzi per andare incontro alle esigenze dei pazienti. In particolare, l'Azienda Usl di Bologna sta dando un forte accento allo sviluppo dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). L'obiettivo è proprio quello di provare a organizzare il buon funzionamento dei servizi in particolare quelli per le patologie oncologiche, in modo che ruotino attorno al malato e alle sue esigenze. (di Diodoro, 2012)

Dare voce ai malati è uno degli obiettivi di questo elaborato, capire quale sia la loro esigenza di benessere, che cosa significhi essere curati e compiere scelte durante un percorso diagnostico terapeutico.

Mantenere questo canale comunicativo sempre aperto e reattivo dall'inizio alla fine del progetto di cambiamento, che sia volto alla realizzazione del PDTA o alla trasformazione delle unità operative in dipartimenti, non è un elemento da sottovalutare.

La letteratura e le varie esperienze raccolte dimostrano infatti come spesso una comunicazione inappropriata o addirittura assente rispetto ai destinatari possa causare il fallimento dell'azione migliorativa.

Questo approccio è fondamentale anche perchè negli ultimi anni il paziente, in particolare quello oncologico, e i suoi familiari sono esposti senza una guida a una grandissima quantità di informazioni scientifiche e sanitarie che aumentano il rischio di sviluppare aspettative non appagabili. Frequentemente, la ricerca di informazioni su internet rischia di essere deleteria e peggiorare la compliance del paziente ai consigli del medico curante.

Appare comunque singolare che l'era di internet e dei social network si stia caratterizzando per una sempre maggiore carenza di comunicazione diretta tra le figure che storicamente sono deputate a svolgere ruoli primari in medicina. Una informazione soddisfacente ed una

comunicazione adeguata dovrebbero invece guidare l'iter del cittadino nel labirinto della sanità.  
(Cifaldi , 2008)

L'elaborato nasce grazie a un'esperienza svolta presso il *Laboratorio dei Cittadini per la Salute* dell'AUSL di Bologna con cui sono venuta a contatto per l'esame di comunicazione e marketing sociale. Proseguendo la collaborazione<sup>1</sup> presso il *Laboratorio* e prendendo parte attivamente anche ai successivi incontri, ho assistito a un vero e proprio confronto tra i cittadini e gli operatori sanitari attraverso il quale si sono raggiunte delle proposte per il miglioramento di alcune fasi del PDTA del cancro del colon retto.

Nel primo capitolo ho trattato del cambiamento organizzativo che è avvenuto nelle aziende sanitarie dagli anni '90 a oggi. Il concetto di "presa in carico" del paziente e la conseguente creazione dei Percorsi Clinici. Dopo aver analizzato l'evoluzione della situazione europea dei percorsi clinici oncologici, mi sono soffermata sul caso italiano.

Nel secondo capitolo vengono descritte le precedenti esperienze del *Laboratorio dei Cittadini per Salute*, le iniziative portate a termine con successo e le finalità generali della sua azione di empowerment del cittadino. Viene poi riportato grazie alle testimonianze raccolte il resoconto di quattro incontri dedicati a migliorare il PDTA del cancro del Colon retto dove sono emersi i principali punti di smarrimento che si trova ad affrontare il paziente.

Nel terzo capitolo è descritta la parte decisionale avvenuta dopo le quattro giornate dedicate al PDTA Colon retto: da questa emerge come il confronto fra cittadini operatori sanitari e stakeholders avvenuto durante Laboratorio, abbia posto le basi per poter strutturare iniziative concrete di miglioramento tenendo in considerazione ogni punto di vista.

Il risultato di questa esperienza è da considerarsi nel complesso sicuramente positivo, grazie agli sforzi che i vari componenti di questo progetto hanno compiuto per mantenere alta l'adesione agli obiettivi preposti.

Essere giunti attraverso l'esperienza laboratoriale ad un'esperienza di democrazia deliberativa, rappresenta un buon esempio da seguire. Questo tipo di partecipazione si realizza quando un certo numero di attori, toccati a vario titolo da una determinata questione, viene coinvolto in una discussione pubblica il cui obiettivo è generare una decisione condivisa dagli attori stessi.

---

<sup>1</sup> Il progetto si è svolto da aprile 2012 a marzo 2013.

(Bobbio, 2004) In altre parole si tratta della riuscita adozione di un insieme di metodi e tecniche di partecipazione che si basano sulla volontà di costruire, intorno a un problema collettivo e alla ricerca delle sue soluzioni, luoghi e momenti per un confronto e una discussione razionale organizzata tra i cittadini, secondo regole concordate entro tempi prestabiliti sulle basi di un'informazione ampia trasparente e paritaria.(Quaderni della partecipazione, 2009)

Se il governo clinico saprà cogliere con spunto critico e costruttivo i progetti realizzati dal laboratorio allora si potrà quasi sicuramente realizzare un miglioramento delle fasi del PDTA. Questi progetti sono frutto di un grande lavoro fra i cittadini, gli stakeholder e gli operatori che hanno agito in questo laboratorio con capacità d'iniziativa e presenza attiva, sia nella fase di consultazione che in quella decisionale. Riscoprire la democrazia e approfondirla coinvolgendo direttamente i cittadini nel trattamento di un così specifico e delicato argomento è già da considerarsi un grande successo.

Un risultato inaspettato ma auspicabile è stato trovarsi dinanzi ad un "accordo" tra tutti questi interlocutori, ulteriore conferma dell'attenzione posta al dialogo tra le parti. Questo risultato si concretizza nella progettazione di un punto d'ascolto esclusivo del PDTA del cancro del colon retto e nei miglioramenti apportati alla lettera di invito allo screening.

Inoltre la qualità del progetto e il suo carattere chiaro, diretto e inclusivo vengono confermati da:

- la buona partecipazione ottenuta;
- l'aumento delle conoscenze in ambito medico-sanitario da parte dei cittadini;
- un processo decisionale di maggiore qualità, in quanto, essendo generato dal confronto, risulta sicuramente più equo, efficace e facile da attuare;
- una maggiore comprensione tra le figure direttamente coinvolte nel PDTA;
- il rafforzamento del processo democratico locale;
- l'aumentata legittimità delle decisioni dovuta a un raggiungimento collettivo partecipato e non imposto dall'alto.

Questo ultimo punto diventa fondamentale per poter portare a termine l'intero processo di cambiamento auspicato. L'organizzazione non è solo una macchina da programmare, né solo un insieme di persone da manipolare o motivare al perseguimento di obiettivi comuni. Per rispondere alle esigenze di salute, bisogna riportare al centro la persona da curare, e quale miglior modo se non renderla parte attiva? Se consideriamo questo come il nostro scopo dobbiamo inevitabilmente andare oltre la visione dell'azienda sanitaria come un'orchestra da dirigere,

dobbiamo vederla come un'organizzazione composta da un sistema di rapporti umani e di conseguenza vedere l'aziendalizzazione come una modifica collettiva di tali rapporti.

Risulta chiaro che la partecipazione aumenta ulteriormente la legittimità delle decisioni in quanto provoca sugli operatori sanitari una viva presa di coscienza sul proprio operato quotidiano.

Queste modalità sarebbero da impiegare non solo per nuove logiche aziendali ma per ogni cambiamento che si voglia realizzare all'interno dell'AUSL.

Nonostante si siano raggiunti la maggior parte degli obiettivi previsti, questi non sono stati ancora realizzati probabilmente a causa di una situazione incerta sia a livello politico amministrativo che a livello economico. L'iniziativa non perde per questo di validità e di credibilità, anzi la sua eventuale attuazione potrebbe far risparmiare alla regione preziose risorse.

Inoltre questi cambiamenti progettati dal Laboratorio potranno essere messi in pratica solamente quando l'offerta di servizi sarà adeguata alla domanda sempre crescente di bisogno di salute dei cittadini. Con adeguata si intende l'opportunità di accesso ai servizi in tempi, modi e risorse compatibili con le condizioni di ogni cittadino. In una recente indagine del Censis,<sup>2</sup> volta a comprendere meglio come viene percepito questo periodo storico in rapporto con il mondo della sanità pubblica, è emerso come secondo gli italiani si stia verificando un "restringimento" della copertura sanitaria pubblica. (Farmafactoring 2012) Questa percezione non riguarda solo nello specifico la preoccupazione per la tutela della salute, ma contribuisce anche a determinare una più generale sensazione di fragilità e insicurezza, che coinvolge tutti i cittadini. Sarebbe quindi opportuno in futuro, analizzare come si possa attuare una ormai necessaria riorganizzazione dell'offerta, più coerente ai nuovi bisogni sanitari. Questa riorganizzazione, oltre ad essere fondamentale, agevolerebbe una maggiore partecipazione e spinta al cambiamento da parte dei cittadini, permettendo al sistema di essere sostenibile economicamente pur continuando ad assicurare un'elevata qualità delle cure.

L'introduzione della "logica aziendale" nel sistema sanitario italiano, è nel complesso un'esperienza positiva. Tuttavia, nel passaggio dai principi ai comportamenti reali, può accadere che ad una valida risposta ai bisogni di salute si anteponga talvolta l'obiettivo del pareggio di bilancio o quello del profitto. Così, pur se l'Organizzazione Mondiale della Sanità in uno dei suoi ultimi rapporti assegnava al nostro Paese, per la capacità di soddisfare equamente i bisogni di cura

---

<sup>2</sup> Rapporto Farmafactoring 2012 e CENSIS indagine condotta su un campione nazionale di 1.200 cittadini suddiviso tra Regioni in Piano di rientro e Altre Regioni.

dei cittadini, il secondo posto fra tutte le nazioni del mondo, emergono tuttora lamentele non infrequenti su aspettative non ancora soddisfatte, relative specialmente ad esigenze di migliori rapporti umani nel corso della malattia. È necessario pertanto contribuire ad affermare una nuova “cultura della salute”, nella quale sia rivalutato il ruolo dei singoli e della comunità e venga definito il nuovo modello relazionale tra operatori sanitari e cittadino-malato: focalizzando sempre più l’attenzione, da una parte, sulla condizione della fragilità del paziente e, dall’altra, sull’importanza dell’ascolto – da parte del curante – della persona che soffre. (Cifaldi , 2008)

Vorrei concludere questo mio piccolo percorso, con la speranza che iniziative come quella del Laboratorio dei Cittadini per Salute siano sempre più frequenti. Questo tipo esperienza come ho personalmente constatato è portatrice di vantaggi ancora non completamente espressi, quindi un suo proseguimento farà sicuramente emergere le potenzialità ancora nascoste.



## Bibliografia

Age.n.a.s., (2010), *Il sistema sanitario e l'empowerment*. Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Aiom, (2012), *I numeri del cancro in Italia 2012*. Roma: Intermedia editore.

Allegretti. (2009) *Democrazie partecipativa e processi di democratizzazione, Relazione generale al Convegno "La democrazia partecipativa in Italia e in Europa: esperienze e prospettive"*. Firenze.

Arena, G. (2004), *Un nuovo modo di amministrare, Relazione tenuta alla Convenzione Nazionale della Sussidiarietà*, . Tratto da [http://www.astrid-online.it/Sussidiari/Studi-e-ri/ARENA-Relazione-Conv-SO-12\\_03\\_04.pdf](http://www.astrid-online.it/Sussidiari/Studi-e-ri/ARENA-Relazione-Conv-SO-12_03_04.pdf)

Beccastrini S. (1987), *Educazione alla salute, partecipazione e crescita culturale*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 3, (p. 3-7)

Bergamaschi, M. (2000). *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*. In Bergamaschi M, *L'organizzazione nelle aziende sanitarie* Milano: McGraw-Hill Libri Italia ,(p. 20-23).

Bergamaschi, M., & Lega, F. (2000). *L'organizzazione delle strutture ospedaliere: il dipartimento*. In Bergamaschi M., *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*. Milano: McGraw-Hill Libri Italia. (p. 195-230)

Bobbio, L. (2004). *A più voci. Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi*, Roma, Edizioni Scientifiche Italiane.

Bobbio, L. (2007). *Amministrare con i cittadini Viaggio tra le pratiche di partecipazione in Italia*, Rubbettino.

Borgonovi, E. (1996). *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Milano: Egea.

Bravi, F. (2012). *Le reti in Sanità*. Dottorato di ricerca in Scienze mediche generali e dei servizi Progetto 3 Sanità pubblica e Medicina del lavoro .

Casati, G., & Vichi, M. C. (2003). *Il percorso assistenziale del paziente*. Giornale di Tecniche Nefrologiche & Dialitiche , 2, (p.9-15).

Casati, G., & Vichi, M. C. (2002). *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*. McGraw-Hill Libri Italia.

Casati, G., Panella, M., Stanislao, F. D., Vichi, M. C., & Morosini, P. (2005). *Gestione per i processi professionali percorsi assistenziali*. Progetto Formazione Qualità ISS, ARM, MS. Manuale 1 . Roma-Ancona.

Carracci, & Carzaniga. (2010). *Definizione, modello di analisi, strumenti di rilevazione ed esperienze significative di empowerment in sanità*. Quaderno di Monitor n. 6 Elementi di analisi e osservazione del sistema salute .

Cavicchi, I. (2013). *Un filosofo e il cancro della mammella*. quotidianosanità.it .

Cifaldi , L. (2008, Gennaio). *La malattia oncologica tra vincoli economici ed umanizzazione*. *Recenti Progressi in Medicina* , 99, (p. 48-51).

Coulter A.U.(2002), *After Bristol: putting patients at the centre*, «BMJ», 324, pp. 648-651. De Santi, A. M., & Simeone, I. (2009). *Comunicazione in medicina. Collaborazione tra professionisti sanitari*. Torino, Seed.

Cucco, E Pagani R. e Pasquali M., (2011) *Secondo rapporto sulla comunicazione sociale in Italia*, Roma, Carocci,

Fondazione Farmafactoring (2012) *Il Sistema Sanitario in controluce. Sostenibilità economica e qualità dell'assistenza* Ricerca curata da Fondazione Censis Cergas-Bocconi.

Ferro, & Tosco. (2011). *Stili e strategie per comunicare la salute*. In E. Cucco, R. Pagani, & e. al., *Secondo rapporto sulla comunicazione sociale in Italia*. Roma: Carrocci.

GISCOR. (2005). *Studio dei determinanti dell'adesione ai programmi di screening coloretale (AdeSCO)*.

Laboratorio dei Cittadini per la Salute. (2009). *La comunità e il prendersi cura. Come facilitare l'accesso agli screening oncologici*. AUSL di Bologna.

Laboratorio dei cittadini per la salute. (2013). *Progetto di formazione/intervento Il PDTA Colon Migliorare un Percorso in modo partecipato* . AUSL di Bologna

Lalli, P. (2001). *Le sfide della comunicazione per la salute*. In M. Ingrosso, *Comunicare la salute* (p. 41-58). Milano: Angeli.

Lega, F. (1999). *Dalla struttura alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero*. MECOSAN Management ed Economia Sanitaria , (p. 9-23).

Lofland, J.(1995) *Analyzing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis*. Wadsworth Publishing Company.

Macmillan Cancer Support, (2010). *Cancer in Primary Care: a guide to good practice*. National Cancer Action team.

Martini, & Falletti. (2005). *La valutazione dei risultati delle campagne di comunicazione sociale; questioni di metodo e studi di casi*. In Cucco, *Secondo rapporto sulla comunicazione sociale in Italia*. 2011 Carrocci.

Mennarini (2009). *Cittadinanza attiva. Psicologia sociale della partecipazione pubblica* Il Mulino Bologna

Ministero della Salute. (2009). *Basi scientifiche per la definizione di linee-guida in ambito clinico per i Tumori del Colon-Retto e dell'Ano* .

Ministero della Salute. (2008). *Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in Sanita*. Programma nazionale per le linee guida .

Mosconi, P. (2013). *Giurie di cittadini per la salute: il caso modello dello screening per il carcinoma della prostata*. Milano: Istituto di ricerche farmacologiche mario Negri.

Nutbeam, D., *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*, in "Health Promotion International", n. 3, Vol 15, 2000, (p. 259-267)

Osservatorio nazionale screening (2012). *10 anni di programmi di screening in Italia*. Zadig editore.

Panataleo, P. (2011). *Al di là delle cure. Interventi complementari e di supporto in oncologia*. Franco Angeli.

Plörer, F. (2010). *La certificazione delle imprese come occasione per la promozione della salute e l'empowerment*, A cura di Il Sistema Sanitario e L'empowerment, (p. 48-54).

PNLG: Programma nazionale per le linee guida. (2004). *Linee guida su: Screening, diagnosi precoce e trattamento multidisciplinare del cancro del colon-retto*. A. A. Regionali.

Poletti, P. (2005). *Empowerment del cittadino utente*. Care Vol.2: (p.24-27).

Quaderni della Partecipazione (2012). *Comunicare partecipazione. Uno studio per una strategia comunicativa integrata a supporto dei processi inclusivi*. Regione Emilia-Romagna.

Quaderni della partecipazione,(2009). *Partecipare e decidere. Insieme è meglio Una guida per amministratori e tecnici*. Regione Emilia-Romagna.

Renzi, C., Goss, C., & Mosconi, P. (2009). *L'importanza della partecipazione dei pazienti e delle famiglie per ottimizzare l'adesione alla terapia e gli esiti di salute*. Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica , 5, (p. 3-7).

Rovinetti, A. (2010). *Comunicazione Pubblica. Sapere & fare*. Il Sole 24 Ore.

Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna. (2006, Giugno). *Il programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto*. Castel Maggiore (BO) Cantelli Rotoweb .

Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna. (2012). *Il protocollo diagnostico-terapeutico dello screening per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto* .

Sermeus, Vanhaecht, & Vleugels. (2001). *The Belgian-Dutch Clinical Pathway Network*. Integrated care pathway , 5, (p. 10-14).

Sorbero (2011). *Quali campagne sociali?, in "Relazioni pubbliche"*. In Cucco E., *Secondo rapporto sulla comunicazione sociale in Italia*. . Roma: Carrocci.

Spinsanti S., (2009) *Chi ha potere sul mio corpo? Nuovi rapporti tra medico e paziente*. Milano, Paoline, 1999. Tanese, A.

Veronesi U. (2012). *Il primo giorno senza cancro: le battaglie che abbiamo vinto e quelle che vinceremo*. Milano: Edizioni Piemme.

Wallerstein (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Copenhagen, Who Regional Office for Europe.

## Sitografia

di Diodoro, D. *Percorsi, non labirinti*. Tratto da Blog Scire Letteratura medica per la pratica clinica: <http://www.scire-ausl.bo.it/dblog/articolo.asp?articolo=146> (ultima consultazione ottobre 2013)

Gabriella Morasso, S. D. (2002). *La psico-oncologia:una panoromica generale*. Tratto da [www.in-psicoterapia.com](http://www.in-psicoterapia.com). (ultima consultazione luglio 2012)

Portale del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna  
[http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/contributi/numero\\_68](http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/contributi/numero_68) (ultima consultazione luglio 2012)

*Screening colon-retto*. (s.d.). Tratto da Saluter: <http://www.saluter.it/screening/colon/>(ultima consultazione settembre 2013)

Sito del Ministero della Salute  
[www.salute.gov](http://www.salute.gov) (ultima consultazione settembre 2013)

Sito dell'Osservatorio nazionale degli screening  
[www.osservatorionazionale screening.it](http://www.osservatorionazionale screening.it) (Ultima consultazione Settembre 2013)

Tratto da Accademia della Crusca Gennaio 2011,  
<http://www.accademiadellacrusca.it/it/linguaitaliana/consulenzalinguistica/domande-%20risposte/presa-carico> (ultima consultazione ottobre 2013)

<http://www.quotidianosanita.it/>(ultima consultazione ottobre 2013)