

Segreteria organizzativa

Luisa Giacomini

Tel. 0481 592583

Fax 0481 592539

E-mail: infermieristico@ass2.sanita.fvg.it

Margherita Longobardi

Tel. 0481 592837

Fax 0481 592827

E-mail: mst@ass2.sanita.fvg.it

Rivolto a tutte le figure professionali.

In fase di accreditamento ECM

Iscrizione gratuita

HEALTH PROMOTING HOSPITALS
Ospedali per la Promozione della Salute



HPH Una rete dell'OMS

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia



Azienda per i Servizi Sanitari
n. 2 Isontina

Relatori

Susanna Agostini

Referente Aziendale

Servizio Dietetica ASS n. 2.

Cristina Aguzzoli Coordinatore

HPH Friuli Venezia Giulia.

Antonio Alfano Responsabile Servizio
Programmazione e Qualità, progetti speciali,
comunicazione, controllo di gestione
Ospedaliera di Pordenone.

Roberto Biancat Dirigente Servizio
Infermieristico CRO Aviano.

Mirella Campagnolo Responsabile
URP Azienda Ospedaliera Udine.

Marina Capasso Dirigente Medico
del Presidio Ospedaliero ASS n. 3.

Sandro Centonze Responsabile Area Epidemiologica
Valutativa Agenzia Regionale della Sanità.

Antonio Chiarenza Coordinatore Task Force
WHO-HPH on Migrant-Friendly Hospitals.

Nicola Delli Quadri Direttore Sanitario
Ospedali Riuniti di Trieste.

Paolo De Pieri Responsabile Unità per la
qualità, Azienda Provinciale per i Servizi
di Trento.

Laura Godina Odontoiatra
IRCCS Burlo Garofolo.

Stefano Russian Dirigente
Medico Direzione Sanitaria
IRCCS Burlo Garofolo.

Carmela Zuccarelli
Direzione Sanitaria
ASS n. 6.



Azienda per i Servizi Sanitari n. 2 Isontina
Health Promoting Hospitals

La s@lute in rete

1^a Conferenza Regionale
HPH Friuli Venezia Giulia

**Monfalcone
Auditorium
Ospedale S. Polo**

1° dicembre 2005

Progetto grafico: **Laura Persoglia** - info@persoglia.it

La s@lute in rete

PROGRAMMA

Giovedì 1° dicembre 2005

Sessione mattutina

Moderatore: Lucio Luison

- ore 8.30 Registrazione iscrizioni
- ore 9.00 Saluto del Direttore Generale ASS n. 2 Isontina
Manuela Baccarin
- ore 9.15 Saluto Autorità: Ezio Beltrame, Assessore alla
Salute e Protezione Sociale; Gino Tosolini, Direttore
Agenzia Regionale Sanità.
- ore 9.30 Apertura dei lavori - Claudio Rieppi
- ore 9.45 Le reti italiane HPH: stato dell'arte - Paolo De Pieri
- ore 10.30 Situazione e prospettive della rete HPH
in Friuli Venezia Giulia - Cristina Aguzzoli

I PROGETTI HPH NELLE AZIENDE ADERENTI

- ore 10.50 Progetto nutrizione - Susanna Agostini
- ore 11.10 Intervallo
- ore 11.30 HPH materno-infantile: progetti che si tramandano
da madre a figlio - Stefano Russian
- ore 11.40 Salute orale pediatrica: responsabilità
dell'organizzazione sanitaria ospedaliera
e territoriale - Laura Godina
- ore 11.50 Progetti HPH in Azienda Ospedaliera Universitaria
Trieste - Nicola Delli Quadri
- ore 12.10 Il percorso di ricovero e dimissioni protette nell'Azienda
Ospedaliera di Udine - Mirella Campagnolo
- ore 12.30 Discussione
- ore 13.00 Pranzo

Sessione pomeridiana

Moderatore: Claudio Rieppi

I PROGETTI HPH NELLE AZIENDE ADERENTI

- ore 14.20 Il Progetto fumo interaziendale - Carmela Zuccarelli
- ore 14.40 Progetti HPH in Azienda Ospedaliera Pordenone
Antonio Alfano.
- ore 15.00 Poter lavorare per la salute di tutti: alla ricerca
di un metodo - Roberto Biancat
- ore 15.20 Progetto di prevenzione delle cadute in ospedale
Marina Capasso
- ore 15.40 Intervallo
- ore 16.00 Focus sul progetto internazionale per gli ospedali
interculturali - Antonio Chiarenza
- ore 16.45 Tavola Rotonda
Moderatore: Sandro Centonze
Sviluppi progettuali della rete HPH del FVG nel 2006
Antonio Chiarenza, Nicola Delli Quadri,
Claudio Rieppi
- ore 17.15 Questionario di autovalutazione
- ore 17.30 Chiusura lavori.

Gruppo di Lavoro HPH

Cristina Aguzzoli e Chiara Tunini, referenti ASS n. 2; Marina Capasso, referente ASS n. 3; Virginio Beacco e Carmela Zuccarelli, referenti ASS n. 6; Stefano Russian e Edvige Gombach, referenti IRCCS Burlo Garofolo; Roberto Biancat, referente CRO Aviano; Nicola Delli Quadri, referente Azienda Ospedali Riuniti di Trieste; Renzo Deangeli, referente Azienda Ospedaliera di Udine; Antonio Alfano e Matilde Carlucci, referenti Azienda Ospedaliera di Pordenone.

Coordinatore Rete HPH FVG

Cristina Aguzzoli.

Scheda di iscrizione

1ª Conferenza regionale HPH FVG 2005

Da restituire alla Segreteria Organizzativa

entro il 24 novembre 2005

tramite fax allo 0481 592539 oppure allo 0481 592827
o via e-mail ai seguenti indirizzi:

infermieristico@ass2.sanita.fvg.it
mst@ass2.sanita.fvg.it

Ufficio infermieristico

Via Vittorio Veneto, 174

34170 Gorizia

Cognome

Nome

Nato/a a

il

Residenza

Via

N. CAP

Prov

Tel.

cell.

Fax

E-mail

Professione

Servizio/reparto

Azienda di Appartenenza

Codice Fiscale

Scrivere in stampatello leggibile.

Per tutti i dipendenti ASS n. 2 modulistica interna.

1° Conferenza Regionale HPH Friuli Venezia Giulia Monfalcone, 1 dicembre 2005

INDICE

Presentazione del Direttore Generale ASS n°2 “Isontina” Manuela Baccarin	<i>pag. 5</i>
Presentazione del Direttore Sanitario ASS n°2 “Isontina” Claudio Rieppi	<i>pag. 8</i>
Le reti italiane degli Ospedali per la Promozione della Salute Paolo De Pieri Responsabile Unità per la Qualità Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Trento	<i>pag. 11</i>
La Salute in rete. Cristina Aguzzoli Coordinamento rete regionale HPH Friuli Venezia Giulia Azienda per i Servizi Sanitari n°2 “Isontina”	<i>pag. 23</i>
A tavola con la salute: mangiare sano per vivere meglio Susanna Agostini Referente Aziendale del Servizio di Dietetica Azienda per i Servizi Sanitari n°2 “Isontina”	<i>pag. 25</i>
HPH materno-infantile: progetti che si tramandano da madre a figlio Stefano Russian Direzione Sanitaria Istituto Ricerca Cura a Carattere Scientifico “Burlo Garofolo”	<i>pag. 26</i>
La salute orale pediatrica. Responsabilità dell’organizzazione sanitaria ospedaliera e territoriale: sostenibilità di un progetto HPH Laura Godina Odontoiatra Istituto Ricerca Cura a Carattere Scientifico “Burlo Garofolo”	<i>pag. 28</i>
HPH nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti” di Trieste Nicola Delli Quadri Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti” di Trieste	<i>pag. 29</i>
Il percorso di ricovero e dimissione protetti dell’Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia di Udine Mirella Campagnolo Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico Azienda Ospedaliera “S. Maria degli Angeli” Udine	<i>pag. 32</i>
L’esperienza della Rete HPH dell’Azienda per i Servizi Sanitari n°6 Carmela Zuccarelli Direzione Sanitaria Azienda per i Servizi Sanitari n°6 “Friuli Occidentale”	<i>pag. 33</i>

Programmazione sanitaria Promozione della Salute e Qualità Strategie di comunicazione organizzativa, metodologia, progetti HPH aziendali Antonio Alfano Responsabile Servizio Programmazione e Qualità, Progetti speciali, comunicazione e controllo di gestione Azienda Ospedaliera Pordenone	pag. 34
Alla ricerca di un metodo per “poter” lavorare per la salute di tutti Roberto Biancat Dirigente Servizio Infermieristico Centro di Riferimento Oncologico Aviano	pag. 35
Progetto di prevenzione delle cadute in ospedale Nadia Akkad Presidio Ospedaliero Azienda per i Servizi Sanitari n°3 “Alto Friuli”	pag. 36
Migrant-friendly-hospital – Un modello per le reti HPH - Antonio Chiarenza Coordinatore della WHO-HPH Task force on Migrant Friendly Hospitals Centro Coordinamento Regionale HPH dell’Emilia-Romagna	pag. 38

**1° Conferenza Regionale HPH Friuli Venezia Giulia
Monfalcone, 1 dicembre 2005**

1° Conferenza Regionale degli Ospedali che Promuovono Salute – HPH

Monfalcone Ospedale S.Polo - 1 dicembre 2005

Presentazione del Direttore Generale dell'ASS n°2 "Isontina"

Manuela Baccarin

La 1° Conferenza Regionale degli Ospedali che Promuovono Salute, è il risultato di un egregio lavoro multiprofessionale che ha coinvolto le diverse Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione FVG, come importante momento di confronto su alcune tematiche di salute e su possibili sviluppi di processi condivisi e partecipati, in una nuova veste della programmazione socio-sanitaria integrata.

Siamo di fronte ad un importante occasione di incontro tra gli **Ospedali della regione**, in un'avventura culturale e operativa che ha come fine il riorientamento degli ospedali, aggiungendo alle tradizionali attività curative proprie della struttura ospedaliera, un nuovo approccio al tema della tutela della salute.

Gli **ospedali** vengono percepiti come luoghi di prevenzione e assistenza all'insorgere delle malattie, devono fornire cure e servizi di riabilitazione, per migliorare la qualità della vita di ogni individuo.

Gli ospedali hanno un effetto sulla salute non solo attraverso la fornitura di servizi di prevenzione e cura di alta qualità, ma hanno una importante ricaduta sulla comunità, attraverso processi che consentono alle persone di esercitare un maggior controllo sul proprio stato di salute, di attivare azioni individuali e comunitarie di prevenzione, per essere protagonisti di un processo di miglioramento continuo del benessere individuale e collettivo.

Questa esperienza avviata con gli **Ospedali che Promuovono la Salute**, rappresentano la prima tappa di un processo evolutivo di crescita verso una consapevolezza individuale, in cui ogni cittadino è attore della propria salute e può contribuire a salvaguardarla migliorando la propria salute e quella della comunità.

Ma in questi anni, i cambiamenti nelle aspettative pubbliche riguardanti la salute e la sollecitazione emotiva e fisica a cui spesso il personale sanitario viene sottoposto, le conoscenze implementate da una cultura sanitaria più diffusa, hanno messo in evidenza che, sempre più gli ospedali richiedono interventi di **Promozione della Salute** per i pazienti, il personale e la comunità.

A tal fine **l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** ha costituito la **rete per la Promozione della Salute negli Ospedali (Health Promotion Hospitals)** con l'intento di riorientare le istituzioni sanitarie verso una nuova cultura della salute.

Molte attività sono state intraprese in più di 650 ospedali in 25 stati europei e mondiali che hanno aderito alla rete HPH.

In quest'ottica anche la **nostra Regione** ha aderito alla rete nazionale HPH, affrontando la qualità resa e percepita del servizio al cittadino, attivando un processo ormai consolidato di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario, per creare un impatto positivo sull'utenza.

Si sono così creati i comitati aziendali HPH coordinati in una rete regionale che ha il compito di sviluppare esempi di **“best practices” (buone prassi)**, di facilitare lo **scambio esperienziale** tra gli ospedali, di avviare iniziative di **promozione ed educazione alla salute** nella cultura degli ospedali.

In queste esperienze l'ospedale non rinuncia al suo ruolo istituzionale, ma lo rafforza, assumendo in sé un'immagine di promotore di salute per chi vi opera e per i cittadini che ad esso si rivolgono.

Il mio **interesse e soddisfazione** - come **direttore dell'Azienda sanitaria Isontina** - è rivolto a tutti i professionisti sanitari della nostra Azienda e di tutte le Aziende della Regione intervenute a questo tavolo, che hanno saputo collaborare con entusiasmo a questa iniziativa, che hanno fatto “decollare” la rete regionale HPH, attraverso un importante lavoro di confronto sistematico ed organizzato nel tempo, con incontri, programmi, avvio di progettualità mirate che saranno oggetto di approfondimento nella giornata odierna. Gli **Ospedali che promuovono Salute** guardano verso **nuovi orizzonti** di efficacia del sistema sanitario locale, più integrato con i bisogni della comunità, più orientato a dare una risposta serena e professionalizzata alle continue sollecitazioni del cittadino, oggi più informato di ieri e più consapevole dei suoi diritti di salute e di tutela personale.

Questo evento quindi si configura come una modalità di dialogo sanitario ed esperienziale in rete tra gli ospedali regionali, affrontando **la salute** attraverso **aspetti clinici, psico-sociali di educazione e di prevenzione**, per costruire un modello di informazione, comunicazione e gestione del benessere psico-fisico e sociale della persona e della comunità locale di appartenenza. Questa Regione ha iniziato da poco questo percorso di salute, in linea con le direttive dell'OMS, ma si possono già rilevare i primi risultati significativi che daranno vita ad un cambiamento sempre più condiviso della percezione e delle risposte di salute alla comunità.

Per concludere, auguro a tutti i partecipanti e ai relatori gentilmente intervenuti in questa occasione, di cogliere l'opportunità per continuare ed approfondire queste riflessioni, non solo come motivo di

orgoglio e di soddisfazione per questa Direzione Aziendale, ma anche e soprattutto, come sollecitazione a continuare su questo percorso avviato con impegno globale di tutte le aziende aderenti, affinché ciò si realizzi con la serietà e la competenza professionale che ci compete come **“promotori di salute per tutti”**. Lo sottolineo anche perché, gli aspetti positivi della sanità, ricchi di competenza e di spessore culturale, in un incontro di alto livello come questo, ci rinnovano l’entusiasmo per farci ritrovare con maggior decisione il cammino verso un servizio sanitario sempre più efficace.

Apertura dei lavori: Direttore Sanitario ASS n° 2 “Isontina” Claudio Rieppi

La diffusione in Italia del Programma "Health Promoting Hospitals", promosso dall'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Salute, sta coinvolgendo un alto numero di Ospedali nel difficile cammino del riorientamento dei servizi sanitari auspicato e richiesto dalla Carta di Ottawa: ciò è motivo di grande soddisfazione e testimonia l'attenzione che il sistema sanitario italiano mostra verso il movimento internazionale della promozione della salute e la sua piena integrazione europea.

La **collaborazione** tra le diverse strutture sanitarie, così come quella con gli altri soggetti sociali e istituzionali presenti nelle comunità locali quali, ad esempio, i **comuni, le scuole, le case di riposo, le associazioni di volontariato e di rappresentanza sociale** sottolinea il raggiungimento di un irrinunciabile punto fermo nell'articolazione dell'offerta dei servizi per la salute.

Le 11 Reti regionali HPH attive in Italia e riconosciute dall'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Salute (in Veneto, Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Liguria, Toscana, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Campania, Sicilia e nella provincia autonoma di Trento) costituiscono una risorsa per lo sviluppo e la realizzazione a livello nazionale, regionale e locale di politiche pubbliche per la salute. Questa esperienza è oggi a disposizione dell'intero sistema sanitario italiano e di quanti vogliano attingervi per favorire l'attivazione di altre Reti regionali, diffondere la cultura ed il bagaglio tecnico acquisiti, sensibilizzare nuovi soggetti di riferimento, connettere la propria attività ad altri progetti che convergano sulle finalità ed i principi della promozione della salute espressi nella Carta di Ottawa.

Per ottenere in modo più efficace i risultati di promozione della salute per i **cittadini, il personale ospedaliero** e la **Comunità** servita è necessario che i principi ispiratori, i criteri, le modalità di lavoro e le attività sviluppate dalle Reti regionali HPH entrino a pieno titolo nella **programmazione sanitaria nazionale e regionale** attraverso un esplicito riconoscimento del loro ruolo nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale, dei Piani Sanitari Regionali e dei documenti strategici di pianificazione di ciascuna azienda sanitaria.

In tale ottica nella **Prima Parte del Piano per la Prevenzione 2005-2006** traspare chiaramente come la cultura della Promozione della Salute sia strumento di lavoro indispensabile per la messa in atto delle strategie per la prevenzione delle patologie e dei fattori di rischio maggiormente rappresentati nella nostra regione.

La costruzione di **reti e alleanze** per la condivisione e diffusione di “buone pratiche” orientate verso stili di vita per la salute preventivi per le malattie cardiovascolari “salvacuore”, per le complicanze del diabete, per la prevenzione dell’obesità, possono trovare un punto di riferimento importante nelle attività svolte da un Ospedale che si fa carico di promuovere benessere e salute

oltre che di curare le malattie. Se la politica sanitaria nazionale sta muovendosi verso un Sistema Sanitario che promuove salute, come emerso nell'ultima Conferenza Nazionale di Courmayeur, è evidente che gli Ospedali per la Promozione della Salute sono un nodo fondamentale della rete di comunicazione rivolta alla salute.

Il Piano per la Prevenzione esprime la forte necessità di un lavoro integrato tra gli operatori presenti negli ospedali e sul territorio, fra MMG, farmacisti e associazioni a carattere socio-sanitario al fine di contribuire alla strutturazione di una “cultura della salute” che porti alla autonomia da parte dei cittadini nella individuazione e gestione dei fattori di rischio per la propria salute intesa come psico-fisica-sociale-relazionale - definizione OMS- La sinergia che si auspica dovrà necessariamente mettere in **rete** Dipartimenti, UU.OO., Distretti e MMG e tutti gli altri attori che di volta in volta sono coinvolgibili per pianificare interventi di Empowerment verso

- ✍ il paziente/cliente,
- ✍ gli operatori sanitari
- ✍ la cittadinanza

Gli impegni dell'adesione alla rete HPH, assunti con la sottoscrizione della Convenzione con l'OMS, prevedono di sviluppare strategie, obiettivi, strutture e attività orientati alla promozione della salute:

? si impegnano, attraverso lo scambio continuo e formalizzato di competenze e di esperienze, a sostenere il movimento per la promozione della salute, a consolidare la presenza italiana nel contesto internazionale e a far crescere il Programma HPH in Italia, mettendosi a disposizione degli ospedali e delle regioni che ancora non vi partecipano per coinvolgerli in esperienze comuni;

? si impegnano a mettere in atto strategie condivise per:

1. la ricerca e l'innovazione tecnica e metodologica, attraverso l'elaborazione, la **sperimentazione, la valutazione e la messa in comune delle migliori pratiche**;
2. la **formazione diffusa intorno alle pratiche di promozione della salute**, i loro significati e le metodologie specifiche;
3. il confronto permanente con i principi e i metodi della gestione della qualità e del miglioramento continuo attivati nelle strutture sanitarie e sociali;
4. la **diffusione delle esperienze**, la **comunicazione** e la ricerca di consenso sui principi della promozione della salute;
5. la **realizzazione di esperienze comuni tra le Reti**, attraverso progetti condivisi e l'applicazione di metodologie di lavoro di provata efficacia;
6. lo **sviluppo di tecnologie di rete**, e in primo luogo un sito web, a sostegno dello scambio e del confronto tra le Reti regionali e internazionali;

7. la **ricerca di partnership con le altre esperienze e progetti che, a livello locale, regionale, nazionale e internazionale, promuovono la salute nella comunità;**

? riconoscono che la collaborazione con le amministrazioni locali, con le associazioni di volontariato e con le altre organizzazioni che contribuiscono a promuovere la salute rappresenta un elemento essenziale per favorire l'integrazione degli ospedali nelle reti assistenziali;

? auspicano che il Ministero della Salute e i competenti Assessorati regionali, condividendo i principi che stanno alla base del Programma HPH, li esplicitino nella stesura del Piano sanitario nazionale e dei Piani sanitari regionali e ne sostengano le iniziative conseguenti;

? offrono la loro piena collaborazione al Ministero della Salute e ai competenti Assessorati regionali per la creazione di progetti specifici di promozione della salute in ospedale.

Titolo: LE RETI ITALIANE HPH: STATO DELL'ARTE
Relatore: Paolo De Pieri:
Responsabile. Unità per la qualità
Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

La 6° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute, svoltasi nel mese di agosto 2005 a Bangkok, ha confermato che l'espressione "promozione della salute" non indica una generica tutela, ma è riferita a una specifica strategia definita a livello internazionale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Così come era stato indicato dalla Carta di Ottawa del 1986, la promozione della salute è "il processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla" ⁱ.

La Carta di Ottawa aveva indicato anche tre attività essenziali e cinque azioni strategiche della promozione della salute. Le tre attività essenziali della promozione della salute sono le seguenti ⁱⁱ:

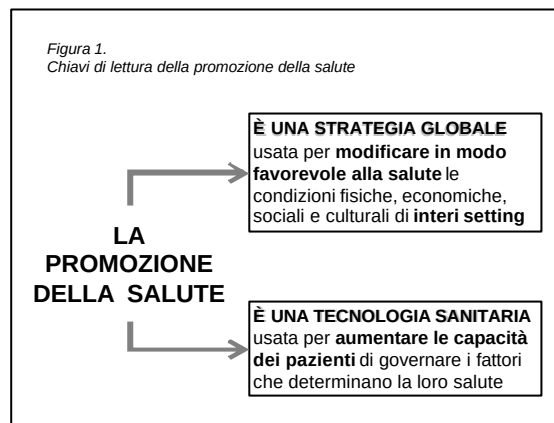
- 7 difendere, sostenere la causa della salute (to advocate for health), per modificare in senso favorevole i fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici che hanno influenza sulla salute;
- 7 mettere in grado (to enable) le persone e le comunità di esprimere appieno il loro potenziale di salute;
- 7 mediare tra gli interessi contrapposti della società (to mediate), perché la salute sia sempre considerata da tutti i settori della società stessa.

Le cinque azioni strategiche per promuovere la salute sono invece:

- 7 costruire una politica pubblica per la salute;
- 7 creare ambienti favorevoli alla salute;
- 7 rafforzare l'azione della comunità;
- 7 sviluppare le abilità personali;
- 7 riorientare i servizi sanitari.

La promozione della salute è quindi un processo globale e intersettoriale, ma anche una tecnologia sanitaria vera e propria (figura 1). In quanto processo globale e intersettoriale, la promozione della salute è un insieme coordinato di attività finalizzato sia a trasformare le condizioni sociali, ambientali, culturali ed economiche di interi setting e sia a modificare conoscenze, abilità e livelli di autonomia delle persone in modo da favorire sempre più la salute delle persone. La promozione della salute non può quindi essere una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma è il risultato dell'azione integrata e intersettoriale tra tutte le componenti di una comunità che agiscono per

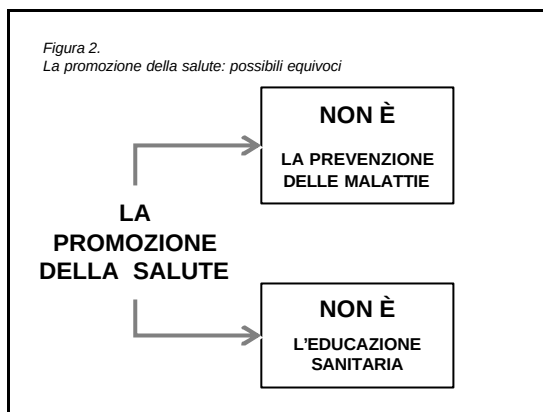
aiutare i singoli e la collettività ad acquisire un maggiore controllo sui fattori che determinano la salute e a fare scelte che la migliorino. Esplicito in questo senso è un passaggio della recente “Carta di Bangkok per la promozione della salute in un mondo globalizzato”: *“La responsabilità di indirizzare i determinanti della salute è comunque nelle mani dei governi nella loro interezza e dipende dalle azioni di molti settori, compreso quello sanitario”* ⁱⁱⁱ.



La promozione della salute è anche una “tecnologia sanitaria” usata per aumentare le capacità dei pazienti di governare i fattori che determinano la loro salute (empowerment): in questa ottica va quindi sottoposta a una valutazione di efficacia (Evidence Based Health Care - EBHC) e a una più complessiva valutazione di impatto (Health Care Tecnolgy Assessment - HCTA).

Il concetto di 'setting' che viene utilizzato nel contesto della promozione della salute è più ampio di quello che potrebbe derivare dalla semplice traduzione letterale (scenario, ambiente) e le sue caratteristiche non dipendono solo dalle componenti fisico-strutturali, ma anche dalle persone che lo frequentano, dalla sua organizzazione, dagli obiettivi che persegue, dai comportamenti e dalle relazioni interpersonali che vi si svolgono, dalle norme e dai valori che lo regolano, dalle aspettative che suscita in chi lo frequenta, dalla sua missione esplicita e implicita. I principali esempi di setting per la promozione della salute che l'OMS ha individuato in questi anni sono le regioni, le comunità, le città, le scuole, gli ambienti di lavoro e gli ospedali, anche se molti altri possono essere i “luoghi organizzati” che incidono sulla salute delle persone. Uno per tutti è la famiglia, che rappresenta un potente ambiente capace, in modo più o meno consapevole, “di mettere in grado le persone di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla”.

Ci sono alcuni possibili equivoci terminologici, che è bene esplicitare (figura 2).



Il primo è che il concetto di promozione della salute possa essere identificata con la prevenzione delle malattie. Se è vero che alcune attività di prevenzione aiutano le persone e le comunità quando sono ancora sane a controllare meglio i fattori che determinano la loro salute e a modificarli, evitando così che compaiano alcune malattie (ad esempio, non fumare, guidare piano con le cinture allacciate, vivere in un ambiente non inquinato), è altrettanto vero che è possibile aumentare tale controllo ed esprimere al massimo il proprio potenziale di salute anche quando si è malati.

Di fronte a malati cronici o addirittura terminali è possibile (ed è doveroso) attivare interventi che li aiutino ad avere il maggior controllo possibile sul loro stato di salute e a vivere al più alto livello possibile di autonomia: ad esempio, favorire l'assistenza domiciliare, controllare efficacemente il dolore, mettere a disposizione presidi che aumentano l'autonomia personale, rinforzare la consapevolezza del paziente e dei suoi familiari di fronte alla malattia e alla morte rappresentano un ventaglio di azioni (educative, strutturali, organizzative, ecc.) che concorrono a promuovere la salute di un malato terminale e della sua famiglia.

Il secondo possibile equivoco è la sovrapposizione che a volte viene fatta tra il concetto di promozione della salute e quello di educazione alla salute. L'espressione "promozione della salute" non è la maniera più moderna o più aggiornata di definire l'educazione alla salute, cioè l'insieme delle opportunità di apprendimento progettate consapevolmente per migliorare le conoscenze, le abilità e le motivazioni che possono influire sui comportamenti individuali e comunitari rilevanti per la salute. L'educazione alla salute è una modalità di intervento molto importante ed è uno degli strumenti che, tra gli altri, consente alle persone di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla.

Per promuovere la salute però non bastano solo gli interventi educativi, ma c'è bisogno anche di interventi strutturali, normativi, economici, sociali. Un esempio per tutti: nel caso del fumo di

tabacco, non si tratta solo di educare i fumatori a non fumare, ma di affiancare a questo intervento, che da solo rischierebbe soltanto di colpevolizzare solo un anello della catena, tutte le altre iniziative che in modo sinergico contribuiscono al risultato desiderato: riconvertire i produttori e i venditori, modulare la politica fiscale sulle sigarette, contenere il potere della pubblicità nello sport e nella moda, sviluppare una politica di protezione dal fumo passivo, modificare il comportamento degli operatori che fumano nelle strutture sanitarie, scuotere l'atteggiamento passivo della popolazione di fronte alla pandemia da tabacco e, probabilmente, molte altre ancora.

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'OSPEDALE

Era evidente fin dall'inizio, e lo è diventato sempre più con il passare degli anni, che l'ospedale non poteva restare fuori da questa importante trasformazione, sia per quanto riguarda lo sviluppo delle abilità dei malati e il loro coinvolgimento nella gestione della loro condizione e sia per quanto riguarda il ruolo dell'ospedale nella complessiva rete dei servizi sanitari e comunitari.

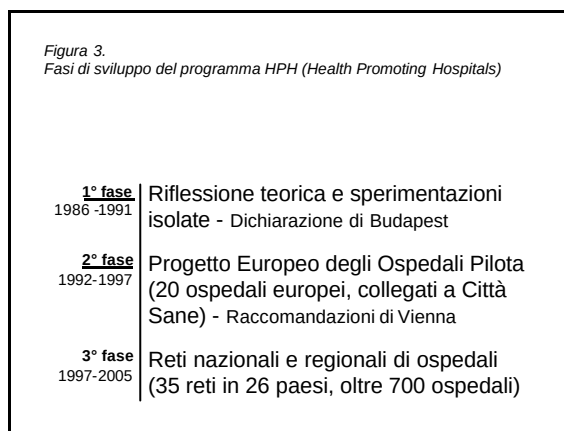
Il movimento degli "Ospedali per la promozione della salute" (Health Promoting Hospitals -HPH) nasce alla fine degli anni '80, proprio per delineare una risposta a questa sfida che implica importanti cambiamenti culturali, professionali e organizzativi nel modo di operare delle organizzazioni sanitarie e in modo particolare dell'ospedale. Si tratta, in definitiva, di trasformare il monopolio sulla malattia nella co-produzione della salute, attraverso una alleanza tra operatori sanitari, pazienti e altre componenti della comunità, ciascuno con la sua competenza, autonomia, responsabilità e con propri punti di vista, esigenze, aspettative e capacità di percezione della realtà.

È oggi una consapevolezza e una prassi di molti dare valore all'assistenza della persona piuttosto che insistere sulla cura della sua malattia, riconoscere l'importanza di un approccio globale e non perdersi nella frammentazione delle specializzazioni e delle strutture, abbandonare l'illusione meccanicista della "produzione" di prestazioni e orientare i pazienti lungo percorsi assistenziali multiprofessionali e multidimensionali nei quali essi possono spendere la loro autonomia, provare a misurare non solo "i fattori della produzione e i prodotti dell'organizzazione" ma anche gli esiti sui livelli di salute delle persone.

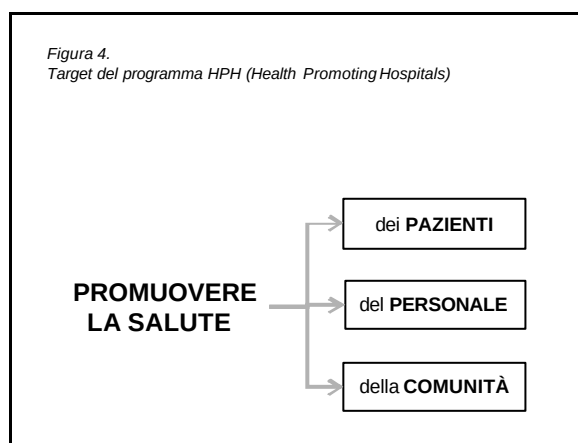
Tuttavia l'ospedale appare essere ancora in mezzo al guado, attirato da queste nuove prospettive di empowerment dei pazienti ma ancorato a un modello assistenziale eterodiretto ("io ti curo"), sempre più connesso e inserito nei percorsi assistenziali ma ancora in difficoltà nel governare ammissioni e dimissioni in modo coordinato con le altre strutture sanitarie territoriali. La promozione della salute in ospedale richiede un cambio di prospettiva che aggiunge valore e ne integra le tradizionali funzioni, ma che traccia, allo stesso tempo, un percorso di revisione lungo e faticoso.

La storia del Programma europeo “Health Promoting Hospitals”

Possono essere individuate tre fasi nello sviluppo del Programma europeo “Health Promoting Hospitals” (figura 3).



Nella prima fase, durata fino al 1992, l'Ufficio Europeo dell'OMS, l'Istituto L. Boltzmann di Vienna e alcuni grandi ospedali europei si sono impegnati a sperimentare la possibilità di applicare all'ospedale una strategia avanzata qual è la promozione della salute. Frutto di questa prima elaborazione teorica è stata la Dichiarazione di Budapest (1991) che riassume i principi e alcune indicazioni pratiche per gli ospedali che vogliono promuovere la salute. In particolare, sono stati identificati i destinatari del progetto: i pazienti dell'ospedale, il personale dell'ospedale e la comunità servita dall'ospedale ^{iv} (figura 4).



La seconda fase del Programma va dal 1992 al 1997 ed è rappresentata dal Progetto Europeo degli Ospedali Pilota (European Pilot Hospitals Project - EPHP): 20 ospedali provenienti da 11 paesi europei si sono formalmente impegnati a sviluppare almeno 5 sottoprogetti di promozione della salute e ad attivare espliciti meccanismi di valutazione e di reporting all'interno e all'esterno delle strutture ^v. Per l'Italia hanno partecipato l'Ospedale di Padova e l'Ospedale Buzzi di Milano, città

aderenti in quel momento anche al Progetto Pilota delle Città Sane. Al termine della fase pilota del Programma sono state anche pubblicate le Raccomandazioni di Vienna sugli Ospedali per la Promozione della Salute (1997) ^{vi}.

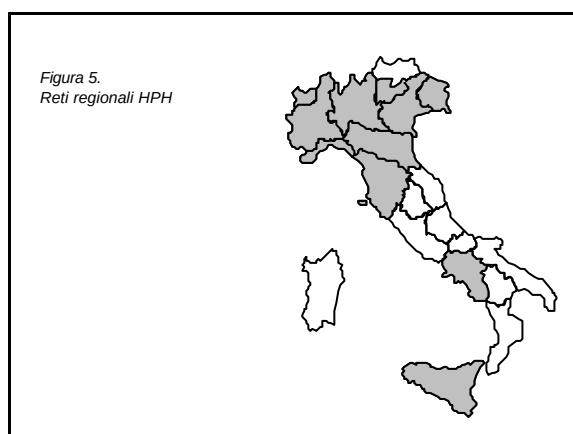
Le terza fase, quella delle Reti nazionali e regionali degli ospedali per la promozione della salute, è tutt'ora in corso. Infatti, a seguito dei buoni risultati ottenuti dagli ospedali partecipanti al Progetto Pilota, un gran numero di ospedali ha chiesto di partecipare all'iniziativa e così l'Ufficio Europeo dell'OMS ha sviluppato una forma più differenziata e complessa dell'iniziativa. Lo sviluppo delle Reti HPH nazionali e/o regionali ha consentito di realizzare una diffusione capillare dell'esperienza e una modalità di collegamento tra gli ospedali più immediata. Attualmente le Reti HPH nazionali e regionali formalmente attivate sono 35, presenti in 26 paesi della Regione Europea e coinvolgono oltre 700 ospedali ^{vii, viii}.

Obiettivo generale del Programma degli Ospedali per la Promozione della Salute è il miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera non soltanto attivando specifiche iniziative, ma soprattutto incorporando nella struttura organizzativa dell'ospedale, nella sua cultura e nei comportamenti quotidiani i principi, le attività e le azioni strategiche della promozione della salute.

LA RETE ITALIANA HPH

Attualmente in Italia il progetto è presente in 11 regioni e sono state formalmente riconosciute dall'OMS le Reti HPH di Veneto, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Liguria, Trentino, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Campania e Sicilia (figura 5).

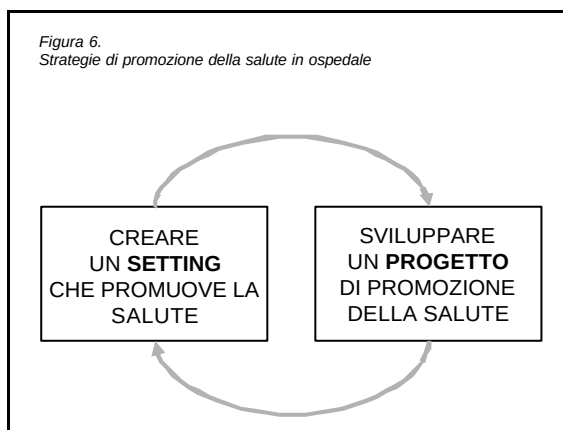
Vi sono poi altri ospedali che stanno comunque sperimentando questo approccio e che è auspicabile diventino i nodi di partenza di nuove Reti regionali. Resta ancora uno sbilanciamento sul territorio nazionale, ma l'avvio negli ultimi due anni delle Reti campana e siciliana è il segno della diffusione dell'esperienza che, potenzialmente, copre il 70% della popolazione italiana.



Come previsto dagli accordi con l'OMS, ogni Rete regionale è autonoma e si è dotata di un centro di coordinamento che funge da riferimento e da stimolo per gli ospedali aderenti; inoltre è stata individuata la figura del coordinatore che ha funzioni di coordinamento interno, di rappresentanza e di collegamento con le altre Reti..

La scelta di sviluppare in Italia Reti HPH regionali autonome e riconosciute formalmente dall'OMS piuttosto che un'unica rete nazionale è strettamente collegata con l'obiettivo primario della strategia delle Reti proposta dall'OMS: collegare tra di loro realtà in grado di confrontarsi agevolmente, anche sul piano organizzativo. Per mantenere comunque un approccio unitario nello sviluppo del programma in Italia, le Reti regionali HPH hanno sottoscritto uno specifico accordo di programma per la costituzione della Rete Italiana HPH ^{ix, x}.

Attualmente gli ospedali aderenti alle Reti HPH stanno sviluppando numerose iniziative di promozione della salute, presentate nelle 9 Conferenze nazionali che si sono fin qui svolte e i cui Atti sono disponibili all'indirizzo www.retehpitalia.it Molti progetti sono stati trasversali a più strutture anche di regioni diverse, gli operatori si sono incontrati e sono stati formati su questo argomento, in qualche regione la promozione della salute in ospedale è stata riconosciuta anche dalle politiche sanitarie regionali. Nonostante questo impegno, la trasformazione di interi ospedali in un setting che promuovono la salute rappresenta un punto di arrivo ancora lontano ^{xi, xii}.



La strada oggi percorribile appare quella dello sviluppo di specifici progetti di promozione della salute, anche se questo rappresenta la prima tappa di un processo evolutivo, che necessita di uno sforzo ideativo e operativo molto grande e che non può prescindere da profonde modificazioni dell'intero sistema assistenziale (figura 6).

L'elenco che segue descrive alcuni ambiti di attività di promozione della salute svolte negli ospedali italiani ^{xiii}.

- 7 **contributo al miglioramento degli stili di vita:** interventi destinati ai pazienti, al personale e alla comunità su tabacco, alcool, alimentazione e attività fisica;
- 7 **continuità delle cure** tra i diversi livelli assistenziali e percorsi assistenziali integrati tra ospedale e territorio: per esempio, percorso nascita, dimissioni protette verso ADI, cure palliative e RSA, assistenza domiciliare post partum, individuazione precoce in ospedale e counselling delle persone con problemi alcoolcorrelati, assistenza psichiatrica, ecc.;
- 7 **attività di educazione al paziente:** per esempio, cardiopatici, diabetici, ipertesi, in trattamento anticoagulante orale, con patologie osteoarticolari, pazienti che si sottopongono a procedure particolari, ecc.;
- 7 **approccio multidimensionale e interculturale all'assistenza:** per esempio, mediazione culturale, materiali informativi e traduttori per superare gli ostacoli della lingua, informazione e percorsi assistenziali orientati alle diverse culture, ai bambini, adolescenti e anziani, ecc.;
- 7 **progetto Ospedale senza dolore;**
- 7 **sicurezza dei lavoratori:** per esempio, valutazione dei rischi, dispositivi di protezione individuale, gruppi tecnici per rischi specifici quali gas anestetici, antiblastici, movimentazione dei carichi, biologico, radiazioni, esposizione a VDT, formazione, ecc.;
- 7 **capacità di accoglienza delle strutture:** informazione, consenso informato, logistica, servizi alberghieri, alimentazione, segnaletica, semplificazione dei percorsi, ecc..

La quantità, qualità e diffusione delle attività di promozione della salute negli ospedali italiani pone la Rete Italiana in una posizione di riguardo rispetto alle altre Reti europee.

Le prospettive future

Sul versante internazionale, alla fine del 2005 è terminata una riflessione sul futuro assetto organizzativo del programma HPH. Dopo l'importante impulso dato alla sua nascita e allo sviluppo, l'OMS ha ribadito il suo interesse per la prosecuzione dell'esperienza delle Reti HPH nazionali e regionali.

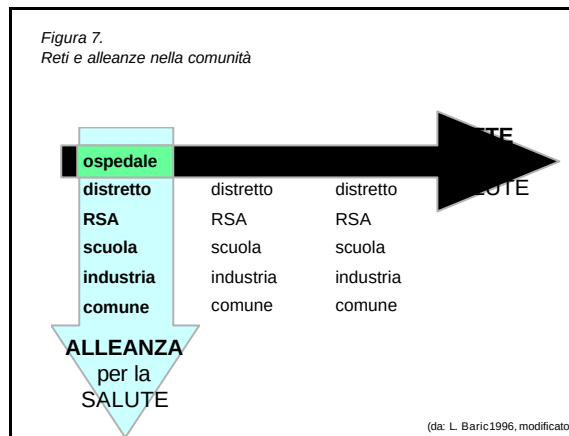
Di particolare rilievo è stata la definizione degli "Standard per la promozione della salute in ospedale" ^{xiv}, sviluppati nel 2003 coerentemente con quanto specificato a livello internazionale dal programma ALPHA dell'International Society for Quality in Health care (ISQua). Sulla base di un'ampia revisione critica della letteratura, di alcuni workshop e di consultazioni tra esperti delle Reti HPH sono stati definiti 5 standard principali (tabella 1), articolati in sotto-standard, criteri di valutazione e indicatori. L'intero set può essere utilizzato sia come strumento di autovalutazione da parte dei singoli ospedali e sia per svolgere valutazioni esterne.

Tabella 1. Gli standard dell'OMS per la promozione della salute in ospedale

1.	Politica dell'organizzazione - L'organizzazione ha una politica scritta per la promozione della salute dei pazienti, delle loro famiglie e del personale; tale politica è parte del sistema complessivo di miglioramento della qualità ed è finalizzata al miglioramento dei risultati di salute.
2.	Valutazione del paziente - L'organizzazione assicura che i professionisti sanitari, in collaborazione con i pazienti, valutino regolarmente i loro bisogni di promozione della salute.
3.	Informazioni ai pazienti e intervento - L'organizzazione fornisce ai pazienti informazioni sui fattori significativi inerenti la loro malattia o le loro condizioni di salute e assicura che gli interventi per promuovere la salute vengono inseriti in tutti i percorsi assistenziali.
4.	Ambiente di lavoro sano - L'organizzazione crea le condizioni perché l'ospedale si sviluppi come un ambiente di lavoro sano.
5.	Continuità e cooperazione - L'organizzazione ha un approccio pianificato di collaborazione progressiva con altri settori dei servizi sanitari e altre istituzioni.

L'auto-valutazione è il processo attraverso cui i professionisti e le organizzazioni sanitarie si confrontano con una serie di standard predefiniti nella logica del miglioramento continuo della qualità, dell'identificazione del potenziale di miglioramento, dello sviluppo di piani d'azione. Per questo l'OMS ha messo a punto uno strumento di auto-valutazione e nel 2004 ha realizzato un test pilota europeo per valutarne l'applicabilità (sono stati coinvolti 28 ospedali italiani). Il test pilota ha consentito agli ospedali partecipanti di confrontarsi con un riferimento internazionale e condiviso, ha confermato la tenuta complessiva dello strumento di autovalutazione e ne ha consentito il miglioramento. È ora allo studio la possibilità che gli standard possano venire utilizzati anche con modalità di verifica esterna, per accettare l'adesione dei singoli ospedali alle diverse Reti e/o per confermarne nel tempo la partecipazione.

Sul piano nazionale comincia invece a delinearsi la questione del rapporto tra le attività di promozione della salute svolte in ospedale nell'ambito del programma HPH e le iniziative di promozione della salute sviluppate dagli altri due Livelli Essenziali di Assistenza (collettiva e distrettuale) e dalle altre componenti della comunità. Non si deve infatti dimenticare che la promozione della salute nasce come un approccio integrato e che le attività in rete tra strutture simili (gli ospedali, i distretti, le scuole, le città, le regioni, le imprese per la promozione della salute) sono soltanto strumentali e non devono nascondere l'obiettivo finale: la costruzione condivisa, multiprofessionale e multisettoriale della salute (figura 7).



La promozione della salute è una delle linee strategiche lungo le quali deve essere esercitata la governance clinica o, più correttamente, la governance integrata delle strutture sanitarie pubbliche ^{xv, xvi}. I requisiti assistenziali che derivano dai programmi di accreditamento nazionali e internazionali e da tutta la produzione di documenti di indirizzo clinico (linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici, procedure, ecc.) cercano sempre più di collegare tra di loro le diverse attività assistenziali svolte dai diversi attori in tutti i contesti. Allora, come possono promuovere la salute gli ospedali se non sono collegati a medici di medicina generale che fanno altrettanto, se il LEA della specialistica ambulatoriale non viene sviluppato in modo coerente, se le strutture che si occupano di prevenzione sviluppano iniziative di promozione della salute in modo slegato dall'ospedale?

In particolare, la questione riguarda la relazione con l'assistenza distrettuale. Il distretto non è solo un edificio o un pezzo di una struttura organizzativa: è anche un setting funzionale e l'assistenza primaria rappresenta il crocevia degli innumerevoli percorsi assistenziali che i malati percorrono quotidianamente. Per questo, le attività di promozione della salute svolte sul territorio non possono che essere coerenti con quelle svolte in ospedale. Anzi, data l'importanza che assume sempre più l'assistenza territoriale a fronte del ricovero ospedaliero, è forse il caso di chiedersi se la proposizione non debba essere ribaltata e che cioè debbano essere le attività di promozione della salute in ospedale a dover ricercare la coerenza con quelle territoriali. Basti pensare a tutta la patologia cronica, per la quale l'assistenza ospedaliera rappresenta solo una parentesi occasionale (anche se preziosa) nel quadro di una assistenza continuativa territoriale.

Nella logica delle alleanze per la salute, indicata nella figura 7, è necessario resistere alla tentazione di sviluppare iniziative simmetriche al programma HPH, del tipo “i distretti per la promozione della salute”: vorrebbe dire soffocare sul nascere quell'accenno di integrazione che le strutture assistenziali del nostro servizio sanitario pubblico stanno faticosamente cercando di costruire. Inoltre, nel momento in cui ci si accorge dell'importanza dei percorsi assistenziali, veri e propri

setting funzionali, ha ancora senso occuparsi solo di setting fisici come l'ospedale, l'ambulatorio, il distretto, la casa di riposo? In un sistema pubblico come il nostro, che punta alla integrazione in rete delle prestazioni, dovremo invece cominciare a sviluppare una "assistenza sanitaria per la promozione della salute", che integri in un disegno unitario le molteplici attività che i diversi LEA realizzano a favore delle persone.

Conclusione

È ormai assodato che negli ospedali europei è possibile sviluppare attività di promozione della salute per i pazienti, per il personale e per le comunità di riferimento e che queste attività possono diventare patrimonio dell'agire quotidiano dell'intera organizzazione e non semplice espressione della buona volontà di pochi professionisti.

Anche in Italia il Programma degli Ospedali per la promozione della salute si è sviluppato e sta incontrando l'interesse sia dei professionisti sanitari, che degli amministratori e delle istituzioni.

I primi risultati raccolti dimostrano che la partecipazione al programma degli Ospedali per la Promozione della Salute rappresenta un'opportunità di miglioramento per gli ospedali nel loro continuo sforzo di adeguarsi alle mutate esigenze delle loro parti interessate e di essere parte integrata della rete assistenziale.

L'applicazione di specifici standard e l'integrazione tra le attività di promozione della salute svolte dalle diverse strutture assistenziali rappresentano due importanti opportunità che il movimento HPH in Italia si trova oggi di fronte.

Bibliografia

- WHO. Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1 [consultato il 20-1-2006]. disponibile all'indirizzo www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
- ¹ WHO. La Carta di Ottawa per la promozione della salute. 1986 [consultato il 20-1-2006]. disponibile all'indirizzo www.retephitalia.it.
 - 1 WHO. La Carta di Bangkok per la promozione della salute in un mondo globalizzato. 2005 1991 [consultato il 20-1-2006]. disponibile all'indirizzo www.retephitalia.it
 - 1 EURO/WHO. La Dichiarazione di Budapest sugli Ospedali per la promozione della salute. 1991 [consultato il 20-1-2006]. disponibile all'indirizzo www.retephitalia.it
 - ¹ EURO/WHO. Pathways to a Health Promoting Hospital Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997 [consultato il 20-1-2006]. disponibile all'indirizzo www.who.dk/Document/IHB/hphseriesvol2.pdf
 - 1 EURO/WHO. Raccomandazioni di Vienna sugli Ospedali per la Promozione della Salute. 1997 [consultato il 20-1-2006]. disponibile all'indirizzo www.retephitalia.it
 - 1 EURO/WHO. Health promoting hospitals [aggiornato 14 marzo 2005; consultato il 20-1-2006]. disponibile all'indirizzo www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/HPH/Home
 - 1 hph-hc.cc/ [homepage on the Internet]. Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine (LBISHM). [consultato il 20-1-2006]. disponibile all'indirizzo <http://www.hph-hc.cc/>
 - 1 Rete Italiana HPH. Accordo per la costituzione della Rete italiana degli Ospedali per la promozione della salute [consultato il 20-1-2006]. disponibile all'indirizzo www.retephitalia.it
 - ¹ Rete italiana HPH. Intesa di Sanremo: gli Ospedali per la promozione della salute in Italia. 2001 [consultato il 20-1-2006]. disponibile all'indirizzo www.retephitalia.it
 - ¹ Baric L. Health promotion and health education in practice - The organisational model. ^{Altrincham (UK): Barns Publications, 1994}.
 - ¹ EURO/WHO -Regional Committee for Europe. Report of the forty-sixth session. Copenhagen, 1996. EUR/RC46/REC/1 [consultato il 20-1-2006]. disponibile all'indirizzo www.euro.who.int/document/rc46/ereport.pdf
 - 1 Favaretti C. La rete italiana HPH: stato dell'arte e prospettive future. In: Comunicare la salute: il ruolo dell'ospedale e del distretto. Atti della 9° Conferenza nazionale degli Ospedali per la promozione della salute; 29 settembre-1 ottobre 2005; Courmayeur (Italia) [CD-ROM]. Aosta: Azienda ULS della Valle d'Aosta; 2005.
 - 1 Gröne O, Jorgensen SJ, Garcia-Barbero M and the International Working Group on Standards for Health Promotion in Hospitals. Standards for Health Promotion in Hospitals. Barcelona (Spain): WHO European Office for Integrated Health Care Services; 2004.
 - 1 Favaretti C, De Pieri P, Fontana F e altri. Clinical governance o integrated governance? L'approccio dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento. Clinical Governance: dalla gestione del rischio clinico al miglioramento continuo della qualità. 2005;1:29-35.
 - 1 Favaretti C, De Pieri P, Fontana F e altri. Integrated governance: esempi applicativi nell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento. Clinical Governance: dalla gestione del rischio clinico al miglioramento continuo della qualità. 2005;1:35-41.

Titolo: “SITUAZIONE E PROSPETTIVE DELLA RETE HPH IN FRIULI VENEZIA GIULIA”
Relatore: *Cristina Aguzzoli, Chiara Tunini*
Coordinamento Regionale HPH Friuli Venezia Giulia Ass n° 2 “Isontina”

Il movimento HPH (Health Promoting Hospitals) rappresenta il tentativo promosso dall'[OMS](#) di introdurre nell'area dell'assistenza ospedaliera i principi e i metodi della promozione della salute, intesa come "processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla". L'OMS ha stimolato la costituzione di Reti nazionali e regionali di ospedali, la Rete HPH Friuli-Venezia Giulia è una di queste. In ogni Rete regionale è stato istituito un centro di coordinamento che funge da riferimento e da stimolo per tutti gli associati: nella nostra regione, l'accordo stipulato tra OMS e Agenzia Regionale della Sanità ha individuato l'Ass n°2 come Centro di Coordinamento.

I principi della Promozione della Salute in Ospedale si orientano allo sviluppo delle potenzialità di gestione dei fattori di rischio e verso la cooperazione nelle attività di cura mirando alla “centralità dell'individuo” nei diversi ruoli di paziente, operatore o visitatore. L'evoluzione dei principi di Promozione della Salute si rivolge al territorio, con azioni che mettano in grado i cittadini di assumere un ruolo attivo per il mantenimento della salute recuperata, per affrontare disabilità temporanee o eventuali condizioni di cronicità.

Lo sviluppo di programmi di promozione della salute in ambienti sanitari e sociali quali luoghi di lavoro, scuole, istituzioni pubbliche e private, mira a ridurre le disuguaglianze di salute e accessibilità ai Servizi, modificando i comportamenti e individuando le aree a maggior rischio di salute per la comunità.

Sono stati definiti cinque standard per la Promozione della Salute negli ospedali che riguardano la Politica dell'organizzazione, la Valutazione del paziente, l'Informazione ai pazienti, la Promozione di un ambiente di lavoro sano, la Continuità/Cooperazione.

Il Gruppo Regionale HPH della rete del Friuli Venezia Giulia, oltre a condurre i tre progetti previsti dal regolamento di adesione alla rete, ha deciso di affrontare il tema della comunicazione interna, esterna e territoriale, strumento di lavoro fondamentale e imprescindibile garanzia di qualità degli interventi. Il tema della comunicazione è stato l'oggetto di un corso di formazione per i referenti dei Comitati Locali di gestione dei progetti HPH, evento in cui attraverso il metodo del Problem Based Learning i gruppi di lavoro hanno prodotto delle linee di indirizzo per la comunicazione efficace di un progetto all'interno delle aziende. Il secondo progetto formativo della comunicazione nella rete HPH è rappresentato dall'organizzazione di questa I° Conferenza Regionale, in cui l'obiettivo di dare evidenza dei progetti HPH in corso di realizzazione, condividendo buone prassi e risultati raggiunti, va in parallelo con quello che mira alla sensibilizzazione delle possibili categorie di stakeholders, per favorire alleanze sul tema della salute.

Le ipotesi progettuali per gli sviluppi futuri prevedono il radicamento e la diffusione delle strategie di salute con un miglioramento dei flussi comunicativi nella rete, la continuità della formazione in corso, il coordinamento delle attività previste dal Piano Regionale della Prevenzione 2006, con particolare attenzione all'avvio di iniziative rivolte alla multiculturalità .

Titolo: “ A TAVOLA CON LA SALUTE: MANGIAR SANO PER VIVERE MEGLIO”

Relatore: *Susanna Agostini*

Referente Aziendale del Servizio di Dietetica ASS 2 Isontina

Il ruolo fondamentale della nutrizione in ambito assistenziale è ormai così chiaramente dimostrato che già dal 1995 la *JCAHO* (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ha inserito la gestione del supporto nutrizionale tra le 45 aree di attività da monitorare per definire il livello di qualità di una struttura sanitaria, individuando negli anni successivi 7 standard da rispettare.

Ogni struttura sanitaria deve essere in grado di assicurare questi o altri elevati standards di qualità nell'applicazione della nutrizione clinica con l'obiettivo fondamentale di fornire una terapia nutrizionale appropriata (sicura, razionale, tempestiva, efficace, ecc) a tutti i cittadini che ne abbiano necessità. La valutazione del rischio nutrizionale costituisce prerequisito essenziale di tale attività.

Il gruppo di lavoro multidisciplinare costituitosi nell'ASS n. 2 Isontina a febbraio del 2004, nell'ambito dell'attività HPH, si è posto i seguenti obiettivi:

- ✍ ottenere una stima della prevalenza di malnutrizione all'ingresso e durante la degenza
- ✍ il miglioramento delle risposte dell'ASS per un supporto nutrizionale avanzato e moderno che viene dall'integrazione e dalla convergenza di competenze ed esperienze professionali diverse, nel reciproco rispetto di funzioni e attribuzioni a tutto vantaggio della qualità dell'assistenza rivolta ai cittadini.

Il gruppo ha proceduto a una valutazione sistematica della letteratura per identificare lo strumento teoricamente più idoneo per valutare il rischio nutrizionale nelle realtà aziendale. Tale strumento (MUST – Malnutritional Universal Screening Tool – 2003), è attualmente è adottato nei Dipartimenti di Medicina e Chirurgia della Struttura Ospedaliera di Gorizia e nel Dipartimento di Medicina della Struttura Ospedaliera di Monfalcone

Durante l'intervento verranno descritti: metodi, risultati, punti di forza e di debolezza, prospettive future.

Titolo: “HPH MATERNO-INFANTILE: PROGETTI CHE SI TRAMANDANO DA MADRE A FIGLIO.”

Relatore: *Stefano Russian*

Dirigente Medico Direzione Sanitaria IRCCS Burlo Garofolo Trieste

Integrazione Ospedale –Territorio: la continuità assistenziale.

- ? Assistenza domiciliare integrata dei pazienti oncologici in età 0-18 anni. Protocollo d’Intesa formalizzato con alcune A.S.S. della Regione.
- ? Assistenza domiciliare integrata dei pazienti in nutrizione parenterale totale o di nutrizione enterale in età 0-18 anni. Stipulata Convenzione con l’ASS 1.
- ? ***Assistenza integrata degli interventi a favore dell'infanzia-adolescenza con problemi neuropsichiatrici. Protocollo d’Intesa formalizzato con l’ASS 1.***

Ospedale Interculturale.

L’IRCCS Burlo Garofolo attualmente partecipa, con un proprio referente, al gruppo di lavoro regionale “Tutela e promozione della salute della donna e del bambino”; partecipa inoltre al progetto sulle IVG elaborato da tale gruppo.

Presso l’Istituto è in atto un servizio di mediazione culturale attivato tramite una convenzione inter-Enti (Burlo, ASS 1 Triestina e AOURL di Trieste). È in corso la traduzione di materiale informativo.

Per sensibilizzare gli operatori sanitari, sono state svolte già due edizioni del Corso di formazione: “Assistenza agli immigrati; se loro stanno bene io starò meglio”.

Ospedale senza Fumo

Progetti condivisi con il Dipartimento di Prevenzione dell’ASS 1:

- ? “PM indoor negli ambienti della sanità pubblica dopo l’entrata in vigore dell’art. 51 della legge 3/2003”. Un progetto rivolto alla rilevazione di fumo negli ambienti sanitari.

? “Fumo di tabacco e lavoratori della salute dopo l’entrata in vigore dell’art. 51 della legge 3/2003”. Un progetto per determinare l’incidenza di fumatori fra gli operatori sanitari.

? “Mamme libere dal fumo per bambini più sani”. Un progetto rivolto alle mamme in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino.

Carta dei Diritti del Bambino in Ospedale.

Frutto di necessità formalizzate a livello di documentazione ufficiale quale il Piano Sanitario Nazionale, quello Regionale e il Progetto Materno-Infantile della nostra regione, il Burlo ne è promotore nelle pediatrie Regionali e Nazionali.

Gestione del Rischio clinico (Risk Managment).

Un progetto di gestione del rischio negli ambienti ospedalieri per una maggior sicurezza nei confronti dei dipendenti e dell’utenza.

Wellness ... in economy.

... e ancora

Allattamento al seno.

Ospedale senza dolore.

Titolo: “LA SALUTE ORALE PEDIATRICA: RESPONSABILITÀ DELL’ORGANIZZAZIONE SANITARIA, OSPEDALIERA E TERRITORIALE. SOSTENIBILITÀ DI UN PROGETTO HPH”

Relatore: *Radovich F., Godina L.,
S.C. di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo Facciale
IRCCS Burlo Garofolo, Trieste*

Presso L’IRCCS Burlo Garofolo di Trieste l’offerta sanitaria circa la salute orale in età pediatrica ed evolutiva consiste in un ventaglio di contributi coincidenti con la mission della S.C. di

Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo Facciale:

- diagnostica specialistica
- operatività di III livello (riabilitazione ortodontica, odontoiatria speciale, chirurgia maxillo facciale
- terapia d’urgenza per patologia odontostomatologiche e traumatologiche dento-oro-maxillo facciale
- servizio di consulenza interna per altre unità operative
- attività di ricerca, didattica ed E.C.M.

Nella presentazione vengono descritti gli strumenti individuati nella nostra organizzazione ospedaliera per la promozione della salute orale pediatrica.

In particolare è stato progettato un programma preventivo e terapeutico della patologia da carie dentale e delle parodontopatie incardinato su un sistema di filtro alla tradizionale domanda da parte dell’utenza di cure orali complessive (C.O.C.) in anestesia generale tramite precisi criteri di inclusione/esclusione.

Detto progetto ha caratteri di sostenibilità per la sua compatibilità con un sistema a risorse limitate e perché ambisce a superare la pur necessaria educazione sanitaria con un modello che, coinvolgendo culturalmente ed in modo programmatico l’utenza, inverte su di questa l’onere della maggiore responsabilità della salute orale per carie e parodontopatie, che sono in assoluto tra le più frequenti patologie pediatriche.

Se la responsabilità sanitaria del Burlo risulta così chiaramente definita, vengono discussi, tuttavia, alcuni aspetti di criticità interni della S.C. quale Centro di riferimento specialistico pediatrico regionale, così come le problematiche inerenti sia la prevenzione socio-sanitaria di queste patologie in ambito scolastico, nei centri di assistenza diurni e nelle comunità residenziali per i diversamente abili, che l’offerta di terapia di primo e secondo livello nelle strutture del territorio, nonché il possibile contributo in tal senso delle Scuole di specializzazione.

Titolo: “HPH NELL’AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE”
Relatore: *Luisa Dudine**, *Vandamaria Forcella***, *Gianfranco Stupar****
*Nicola Delli Quadri**
Direzione Sanitaria, **Ufficio Qualità , * Centro Wellness Aziendale*

La filosofia generale di hph è stata tradotta con il vocabolario del **progetto di accreditamento secondo Joint Commission** che, fra gli altri obiettivi, prevede di migliorare la qualità delle cure offerte alla popolazione fornendo servizi che supportano il miglioramento continuo delle organizzazioni sanitarie. L’accreditamento secondo Joint Commission International è un processo volontario attraverso il quale un ente terzo, non governativo, riconosce e afferma che un’organizzazione sanitaria rispetta specifici standard che richiedono un continuo miglioramento nelle strutture nei processi e nei risultati.

Le attività svolte: Formazione di circa 200 professionisti, analizzate circa 100 politiche e procedure aziendali esistenti, individuazione e formazione dei Referenti Qualità per ogni Struttura aziendale, di tipo sanitario, amministrativo e tecnico.

Considerando che il progetto rappresenta una delle priorità Aziendali, nel 2006 saranno messe in atto tutte le azioni necessarie al raggiungimento dell’obiettivo, con particolare attenzione alla diffusione ed applicazione delle seguenti procedure già definite o in corso di definizione: formato unico aziendale della cartella clinica, distribuzione e somministrazione dei farmaci, valutazione del paziente, educazione del paziente e dei familiari, procedure cliniche per categorie di pazienti a rischio, procedure amministrative, informazione e consenso

Il programma di gestione del rischio clinico

Si prevede di attivare un sistema non punitivo che favorisce la segnalazione spontanea degli errori, passare dalla individuazione e correzione degli errori ad una cultura della sicurezza basata sulla prevenzione e sulla previsione dei possibili errori attraverso la istituzione di una corretta procedura di **INCIDENT REPORTING** intesa come una modalità di raccolta delle segnalazioni in modo strutturato su eventi (near miss e incidenti) allo scopo di fornire una base di analisi, predisposizione di strategie e azioni di correzione e miglioramento per prevenire il ripetersi nel futuro

Già realizzata formazione specifica a dirigenti medici e capo-sala

Costituito un gruppo di miglioramento aziendale nell'ambito del processo di accreditamento JCI responsabile di garantire il rispetto degli standard riguardanti la sicurezza dei pazienti e degli operatori

Proposta la scheda al gruppo di miglioramento per face-validity, condivisione e avvio della sperimentazione

I componenti del GdM si impegnano ad avviare la diffusione della scheda nelle loro UU.OO. (chirurgia, anestesia, complesso operatorio, farmacia, trasfusionale) successiva diffusione alle restanti UU.OO.

Inserimento negli obiettivi di bgt 2006.

Il programma di gestione del rischio clinico prevede la realizzazione di un data base generale con inseriti tutti i dati già esistenti sulla tematica: Infezioni Ospedaliere, Lesioni da Decubito, Cadute di pazienti, rischio trasfusionale, politiche del farmaco, indicatori di attività connessi a situazioni di rischio potenziale ,incident reporting e produzione di un report di analisi dei dati a disposizione della direzione e dei dipartimenti.

PROGRAMMA DI CORPORATE WELLNESS

Una iniziativa *permanente* di Promozione della Salute orientata al Wellness progettata per incrementare il benessere dei Dipendenti, dell'Azienda e della Comunità

WELLNESS

E' un concetto olistico, che descrive uno stato individuale di salute positiva, comprendente in sè il benessere fisico, sociale e psicologico.

le sei dimensioni del wellness

- fisica
- sociale
- occupazionale
- intellettuale
- spirituale
- emozionale

struttura multitasking del programma

5 attività generali in corso:

- fitness
- nutrizione & metabolismo
- smoke – out
- mind & body
- kids' wellness

adesioni al programma (10/11/2005)

centro fitness	385
bikers	20
tai chi ch'uan	117
yoga	101
aikido	40
rio abierto	41
winds of wellness	57
massaggio/reflessologia plantare	68
cessazione del fumo	16
stand by in attesa di entrare	circa 200.

Titolo: “IL PERCORSO DI RICOVERO E DIMISSIONI PROTETTE”

Relatore: *Mirella Campagnolo*

Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli Udine

In passato numerosi cittadini lamentavano difficoltà e disagi in occasione delle dimissioni dall'ospedale di familiari che presentavano problemi di continuità terapeutica.

A livello ospedaliero si è deciso di approfondire il tema realizzando una serie di Focus Group con familiari, associazioni di volontariato, operatori del territorio e dell'ospedale.

Nel 2004 è stato attivato il gruppo interaziendale, Azienda Ospedaliera “Santa Maria della Misericordia di Udine” – Azienda per i Servizi Sanitari n.4 “Medio Friuli”, composto da personale di diverse qualifiche delle due aziende e da personale dei servizi sociali dei comuni. Il gruppo è coordinato dalla dott.sa Mirella Campagnolo, responsabile dell'Ufficio relazioni con il pubblico (U.R.P.) dell'Azienda Ospedaliera di Udine.

Il gruppo ha analizzato il processo di ricovero e dimissione ed i relativi sottoprocessi, evidenziando le criticità su cui intervenire.

E' emerso che era necessario un coinvolgimento degli operatori sia nella fase di definizione delle criticità che nella fase di ridisegno del processo.

A tal fine sono stati realizzati, tra ottobre e dicembre 2004, sette incontri di approfondimento, che hanno coinvolto 350 operatori.

Sulla base delle indicazioni emerse in questi incontri sono stati attivati otto gruppi di lavoro per la “revisione dei protocolli e delle procedure condivise”.

Nel 2005 il processo è stato inserito nei tavoli tematici del Piano di Zona dell'Ambito udinese.

Titolo: “PROGETTO INTERAZIENDALE: UNA SANITA’ LIBERA DAL FUMO “

Relatore: Carmela Zuccarelli

Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 “Friuli Occidentale”

Ridurre la mortalità causata dal fumo di tabacco, principale causa di malattia e morte, è uno tra gli obiettivi prioritari stabiliti dall’OMS per i prossimi anni. Il personale sanitario rappresenta, per la posizione occupata, un gruppo chiave per influenzare, positivamente o negativamente, le abitudini della popolazione. È in questa prospettiva che il Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute aziendale in collaborazione con l’Azienda Ospedaliera “S. Maria degli Angeli” e con il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano, ha avviato un’indagine conoscitiva sull’abitudine al fumo di tabacco tra i suoi operatori, attivando, contemporaneamente, due differenti percorsi formativi: uno relativo alla dismissione dal fumo e uno volto ad abilitare ad un’attività di “counselling” per aiutare a smettere di fumare, in modo corretto ed efficace, le persone con cui si viene a contatto.

Titolo: “PROGRAMMAZIONE SANITARIA , PROMOZIONE DELLA SALUTE E QUALITA’ :
STRATEGIE DI COMUNICAZIONE ORGANIZZATIVA ”

Relatore: *Antonio Alfano*
*Responsabile Servizio Programmazione e Qualità, Progetti speciali, comunicazione
e controllo di gestione Azienda Ospedaliera Pordenone*

La programmazione sanitaria è sempre più attenta agli aspetti legati alla prevenzione e promozione della salute con un ruolo sempre più attivo del cittadino, anche mediante l’adozione di responsabile di abitudini e stili di vita più sani, puntando su un maggiore livello di informazione.

Tra gli strumenti culturali e strategici che possono favorire il riorientamento organizzativo figura la comunicazione organizzativa, intesa come strategia diretta a favorire le politiche della salute e strettamente collegata alla realtà dei servizi sanitari.

Vengono presi in considerazione gli aspetti legati ad un’attività di comunicazione *bi - direzionale, interna ed esterna.*

Titolo: “POTER LAVORARE PER LA SALUTE DI TUTTI: ALLA RICERCA DI UN METODO”

Relatore: *Roberto Biancat*

CRO Aviano

Fornire una griglia sintetica di conoscenze che consenta di interpretare le diverse dimensioni relazionali ed organizzative che si devono affrontare nell'esercizio della propria professione per il raggiungimento delle mete prefissate nell'ambito della promozione della salute.

Fornire alcuni strumenti metodologici per l'analisi dei comportamenti e per l'uso intelligente delle risorse formali ed informali a disposizione in una logica di gruppo professionale.

Appartiene alla società degli anni sessanta-settanta il concetto di modello di sviluppo illimitato secondo il quale sembrava possibile, se non addirittura ovvio e inarrestabile, crescere indefinitamente avendo a disposizione risorse umane, economiche-finanziarie, materie prime ed energetiche senza limiti.

Secondo questa logica le strutture e l'organizzazione sanitaria sono a loro volta cresciute perdendo la responsabilità verso l'efficienza mantenendo logiche consolidate di tipo assicurativo-mutualistica: prima ti ammali poi ti curo.

I cambiamenti sociali ed economici successivi hanno invece impostato una revisione di questo modello di sviluppo, in particolare per quanto riguarda i settori pubblici: ricercare l'economicità e la produttività è diventato indispensabile, così come il passare in sanità dal “to cure” al “I care” e dalla sola cura ad una prospettiva che privilegia la prevenzione, pena un fallimento professionale.

La situazione attuale si può schematicamente definire di non crescita, o in alternativa, di crescita selettiva e l'orientamento a tutti i livelli dell'assistenza va indirizzandosi verso il consolidamento: ciò implica una scelta continua fra quanto si può fare e quanto si deve rinunciare, stabilendo ad ogni passo le priorità.

Le alternative possibili vanno selezionate attentamente in coerenza con gli obiettivi generali e le risorse disponibili; se queste sono limitate, è evidente che esse andranno reperite principalmente all'interno attraverso una riorganizzazione che si ponga come obiettivo l'eliminazione degli impieghi superflui e dei costi superflui, degli sprechi e delle dispersioni e ricerchi piuttosto l'integrazione dei gruppi professionali, le possibili gestioni in comune delle risorse e percorsi logici per il recupero di efficienza privilegiando **la promozione della salute**.

A fronte di quanto sopra la nuova “dimensione economica” delle professioni dell'area medica ed infermieristica comprende innanzitutto la padronanza delle tecniche di controllo di gestione e programmazione al fine di ottimizzare i propri risultati. Ad essa si aggiunge la partecipazione da protagonisti nelle iniziative volte a cambiare situazioni sociosanitarie a valenza negativa in situazione a valenza positiva.

Titolo: PREVENZIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE
Relatore: Nadia Akkad
Presidio Ospedaliero ASS. n.3 “Alto Friuli”

Le cadute accidentali in ospedale rappresentano un problema di significativa importanza nell'ambito del ricovero di pazienti soprattutto anziani.

Da una caduta possono nascere spiacevoli conseguenze per il paziente e la sua famiglia, per i sanitari, nonché per l'Azienda.

Una caduta accidentale, infatti, può provocare lesioni e fratture e può compromettere o peggiorare la qualità della vita del paziente riducendone la motilità ed aumentando il suo grado di dipendenza.

Inoltre sono eventi che oltre a rappresentare fonte di maggiorazione dei costi durante il ricovero, per il prolungarsi della degenza e per le necessarie procedure diagnostiche e terapeutiche, sono spiacevoli conseguenze di ordine etico, e talvolta giuridico, per gli operatori coinvolti.

Il fenomeno riguarda in modo particolare i pazienti anziani i quali a seguito della caduta, oltre ai danni fisici, acquisiscono un senso di insicurezza, tendono a diminuire l'attività fisica contribuendo così al declino mentale.

In letteratura l'incidenza delle cadute in ospedale varia tra l'8 ed il 13 per 1000 ricoveri e nel 25% dei casi circa è possibile ascriverne la causa all'utilizzo di mezzi di contenzione.

Nei PPOO dell'ASS3 il rischio è pari a 5.5 cadute per 1000 ricoveri, l'80% dei pazienti caduti ha più di 65 anni (il 60% di questi è ultrasettantacinquenne), nel 70% dei casi la caduta è avvenuta in camera da letto nelle ore notturne.

La letteratura internazionale concorda che programmi organizzati con interventi multipli per la prevenzione delle cadute sono in grado di contenere e ridurre il fenomeno.

In particolare i programmi di prevenzione si basano sull'utilizzo di strumenti di predizione del rischio, una valutazione individuale e la successiva attuazione di interventi mirati a modificare i fattori di rischio, insieme ad interventi finalizzati a modificare i rischi ambientali.

L'obiettivo del programma in atto nell'ASS n.3 è quello di migliorare la qualità dell'assistenza attraverso un programma di prevenzione delle cadute in ospedale che miri a ridurre l'incidenza del fenomeno e a contenere l'utilizzo dei mezzi di contenzione.

Le strategie attraverso le quali il programma verrà attuato riguardano tre diversi aspetti:

- 1) la conoscenza dei rischi ambientali e gli interventi mirati ad eliminarli e/o ridurli
- 2) la diagnosi del rischio di caduta e la valutazione individuale con interventi personalizzati
- 3) le attività di formazione: con gli operatori per aumentare la consapevolezza dei pazienti ad alto rischio e delle strategie preventive, con le famiglie ed i pazienti per insegnare gli

interventi utili a minimizzare i rischi nel corso di cambiamenti posturali, di richiesta di assistenza, di utilizzo della stanza di degenza.

Attività complementari per il raggiungimento degli obiettivi interessano l'implementazione dei sistemi di sorveglianza e di denuncia dell'evento, la costruzione di schede per la rilevazione periodica dei rischi ambientali e della sicurezza dei presidi, la predisposizione dello strumento di diagnosi dei rischi individuale e materiale educativo informativo per i pazienti ricoverati.

Titolo: “IL PROGETTO MIGRANT-FRIENDLY HOSPITAL: UN MODELLO PER LE RETI HPH”

Relatore: *Antonio Chiarenza*

Coordinatore della WHO-HPH Task force on MFCCH – Centro Coordinamento Regionale HPH dell’Emilia-Romagna

L’aumentare delle diversità culturali rappresenta una delle maggiori questioni che i sistemi sanitari si trovano oggi ad affrontare. Sempre più le aziende sanitarie devono confrontarsi con un’utenza differenziata sul piano etno-culturale e con specifiche vulnerabilità degli immigrati, che rischiano più degli altri di non ricevere un’assistenza adeguata nella diagnosi, nella cura e nei servizi di prevenzione a causa del loro status di minoranza, della loro posizione socio-economica, della difficoltà a comunicare e della scarsa conoscenza del sistema sanitario. La situazione si aggrava se teniamo conto dei richiedenti l’asilo e gli irregolari. Le sfide da affrontare derivano dal fatto che la composizione multietnica della popolazione richiede un’offerta sanitaria che tenga conto delle diversità nei bisogni, nelle credenze e nei comportamenti riguardanti la salute e l’accesso ai servizi. L’attuale situazione è pertanto ricca di nuove sfide per le organizzazioni sanitarie, ma al tempo stesso rappresenta un’opportunità per migliorare la qualità generale dei servizi e l’orientamento al paziente. Questa necessità risulta, oggi, essere particolarmente urgente per gli ospedali che rappresentano il primo punto di accesso alle cure sanitarie da parte degli immigrati e dei gruppi etnici di minoranza.

Le sfide cui devono far fronte sia gli utenti che i fornitori di servizi sono numerose, quali ad esempio le barriere linguistiche, la competenza transculturale degli operatori, l’informazione ed educazione sanitaria dei pazienti e cittadini immigrati e il riconoscimento dei diritti delle minoranze. Per affrontare tali sfide, le aziende sanitarie devono avviare un percorso generale di miglioramento della qualità dei propri servizi, sviluppando le proprie strutture e culture organizzative e professionali in modo da divenire organizzazioni “migrant-friendly e culturalmente competenti. Tuttavia, come per ogni altra forma di sviluppo organizzativo, la riuscita di un servizio sanitario “interculturale”, pronto a servire in modo equo le sue diverse comunità, dipenderà dal contributo di più soggetti: le direzioni aziendali, gli operatori sanitari, i rappresentanti dei pazienti e delle minoranze etniche ed infine i responsabili della ricerca in ambito sanitario.

L’obiettivo di questo intervento è di dare un contributo alla comprensione degli effetti di questi cambiamenti sui servizi sanitari allo scopo di ricavare indicazioni utili ad orientare le politiche aziendali, le strategie e le soluzioni operative in modo appropriato e competente. Nel fare ciò, ci

serviremo del progetto europeo Migrant-friendly Hospitals, un'iniziativa di promozione della salute degli immigrati e delle minoranze etniche che ha coinvolto 12 organizzazioni sanitarie europee in un percorso comune di ricerca, di sviluppo di modelli di buone pratiche e di miglioramento della qualità servizi ospedalieri. Sulla base degli esiti delle sperimentazioni locali e delle conoscenze scientifiche disponibili il progetto MFH ha messo a punto delle raccomandazioni, pubblicate sottoforma di Dichiarazione di Amsterdam, che a livello europeo servano ad orientare le strategie e gli interventi di miglioramento dei servizi sanitari al fine di renderli maggiormente adeguati ad un'utenza culturalmente differenziata. La Dichiarazione di Amsterdam, che è stata presentata alla conferenza finale del progetto nel dicembre 2004, fornisce un quadro concettuale ed operativo per la realizzazione di strutture sanitarie "migrant-friendly e culturalmente competenti".
