

Gli ospedali per la promozione della salute: esperienze e prospettive future

1 La promozione della salute

La 6ª 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» [1].

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 [2]:

- 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;
- mettere in grado (*to enable*) le persone e le comunità di esprimere appieno il loro potenziale di salute;
- 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:

- costruire una politica pubblica per la salute;

- creare ambienti favorevoli alla salute;
- rafforzare l'azione della comunità;
- sviluppare le abilità personali;
- riorientare i servizi sanitari.

La promozione della salute è quindi un processo globale e intersettoriale, cioè un insieme coordinato di attività finalizzato sia a trasformare le condizioni sociali, ambientali, culturali ed economiche di interi settori, 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» [3].

2 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, 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 in 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 sembra 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.

3 La storia del Programma europeo «Health Promoting Hospitals»

Possono essere individuate tre fasi nello sviluppo del Programma europeo «Health Promoting Hospitals». 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 [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 [5]. 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) [6].

Le terza fase è quella delle Reti nazionali e regionali degli ospedali per la promozione della salute, 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 [7, 8].

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.

4 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 (fig. 1).

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 [9, 10].

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



Figura 1: Reti regionali HPH.

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 promuove la salute rappresenta un punto di arrivo ancora lontano [11, 12]. 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 (fig. 2).

L'elenco che segue descrive alcuni ambiti di attività di promozione della salute svolte negli ospedali italiani [13]:

- *contributo al miglioramento degli stili di vita*: interventi destinati ai pazienti, al personale e alla comunità su tabacco, alcol, alimentazione e attività fisica;

- *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 alcolcorrelati, assistenza psichiatrica, ecc.;

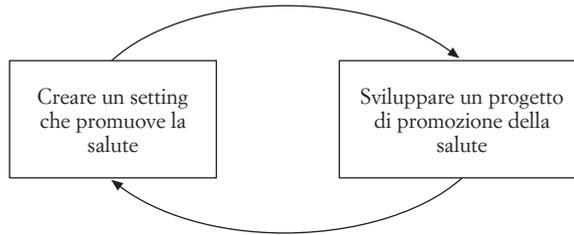


Figura 2: Strategie di promozione della salute in ospedale.

- *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.;
- *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.;
- *progetto Ospedale senza dolore*;
- *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.;
- *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.

5 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» [14], 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

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.

Figura 3: Gli standard dell'OMS per la promozione della salute in ospedale.

revisione critica della letteratura, di alcuni workshop e di consultazioni tra esperti delle Reti HPH sono stati definiti 5 standard principali (fig. 3), 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.

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

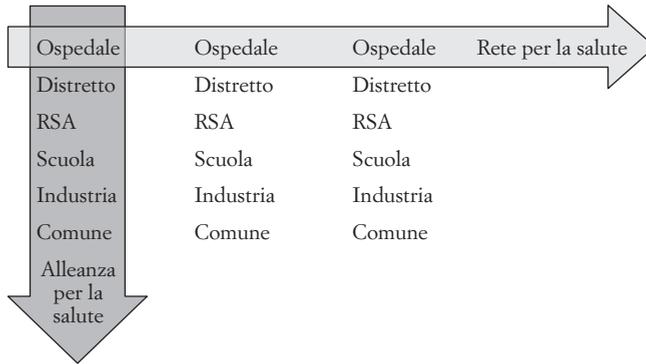


Figura 4: Reti e alleanze nella comunità.

Fonte: L. Baric (1986), modificato.

imprese per la promozione della salute) sono soltanto strumentali e non devono nascondere l'obiettivo finale: la costruzione condivisa, multiprofessionale e multisettoriale della salute (fig. 4).

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 [15, 16]. 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 4, 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'accento 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.

6 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

- [1] 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.
- [2] WHO, *La Carta di Ottawa per la promozione della salute*, 1986 [consultato il 20-1-2006], disponibile all'indirizzo www.retephitalia.it.
- [3] WHO, *La Carta di Bangkok per la promozione della salute in un mondo globalizzato*, 2005 [consultato il 20-1-2006], disponibile all'indirizzo www.retephitalia.it.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] EURO/WHO, *Raccomandazioni di Vienna sugli Ospedali per la Promozione della Salute*, 1997 [consultato il 20-1-2006], disponibile all'indirizzo www.retephitalia.it.
- [7] EURO/WHO, *Health promoting hospitals* [aggiornato il 14 marzo 2005; consultato il 20-1-2006], disponibile all'indirizzo www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/HPH/Home.
- [8] [hph-hc.cc/](http://www.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/>.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] L. Baric, *Health promotion and health education in practice – The organisational model*, Altrincham (UK), Barns Publications, 1994.
- [12] 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.
- [13] C. Favaretti, *La rete italiana HPH: stato dell'arte e prospettive future*, in *Comunicare la salute: il ruolo dell'ospedale e del distretto*, Atti della 9ª Conferenza nazionale degli Ospedali per la promozione della salute, 29 settembre - 1º ottobre 2005, Courmayeur (Italia) [CD-ROM], Aosta, Azienda ULS della Valle d'Aosta, 2005.
- [14] O. Gröne, S.J. Jorgensen, M. Garcia-Barbero e 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.

[15] C. Favaretti, P. De Pieri, F. Fontana *et al.*, *Clinical governance o integrated governance? L'approccio dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento*, in «Clinical Governance: dalla gestione del rischio clinico al miglioramento continuo della qualità», 2005, 1, pp. 29-35.

[16] C. Favaretti, P. De Pieri, F. Fontana *et al.*, *Integrated governance: esempi applicativi nell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento*, in «Clinical Governance: dalla gestione del rischio clinico al miglioramento continuo della qualità», 2005, 1, pp. 35-41.

