



**Conferenza
Nazionale
degli Ospedali
per la Promozione
della Salute**

Padova, 11 gennaio 1997

INDICE

Mila Garcia-Barbero, Il Progetto "Ospedali per la Promozione della Salute" dell'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità	1
Carlo Favaretti Organizzazioni in rete e processi di aziendalizzazione	5
Paolo De Pieri La Rete Veneta degli Ospedali per la Promozione della Salute	12
Adriano Marcolongo, Giorgia Marcato Ospedali per la Promozione della Salute: l'esperienza pilota di Padova	18
Bruno Paccagnella L'azione intersettoriale attraverso la creazione di alleanze per la promozione della salute	26

Il Progetto "Ospedali per la Promozione della Salute" dell'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

dott.ssa Mila Garcia-Barbero
Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Copenhagen, Danimarca

In ogni paese europeo gli ospedali stanno affrontando importanti cambiamenti per adattarsi alle sfide che conseguono alla struttura principale delle riforme dell'assistenza sanitaria, centrando l'attenzione sull'efficacia e sull'efficienza per aumentare la disponibilità, la soddisfazione dei pazienti e la qualità dell'assistenza. Le riforme ospedaliere sono guidate essenzialmente da tre questioni: il bisogno di ridurre i costi, le accresciute esigenze e aspettative della popolazione, e il nuovo orientamento del mercato.

Lo sviluppo di tecnologie sofisticate per la diagnosi e il trattamento sta cambiando l'aspetto degli ospedali, diminuendo il numero dei posti letto necessari e la durata della degenza : questo provoca una crescita della spesa ospedaliera, perchè aumenta il numero degli interventi e si realizzano interventi più complicati e costosi. Mentre la spesa ospedaliera è cresciuta costantemente nel corso degli anni '80, proprio come la quota del Prodotto Interno Lordo destinata alla salute, ora la tendenza è di ridurla.

Il secondo punto è legato alle crescenti esigenze della popolazione e alle richieste di informazione e di partecipazione al processo decisionale. Tutto ciò sta portando a un cambiamento nei rapporti tra i professionisti dell'assistenza sanitaria, i manager, gli amministratori e i pazienti. In molti paesi europei stanno per essere adottate o approvate Carte dei diritti dei pazienti e leggi. Mentre le Carte non hanno nessuna implicazione legale, le leggi contengono disposizioni che obbligano i sistemi sanitari a nuovi approcci all'assistenza sanitaria.

Il terzo punto è rappresentato dalla necessità di sviluppare il settore dell'assistenza sanitaria verso un sistema orientato al mercato, ponendo l'attenzione sulle relazioni tra risorse e fornitori-acquirenti- utilizzatori e sui risultati, sull'efficienza e sull'efficacia teorica e pratica. Gli ospedali, in qualità di principali consumatori di risorse nel sistema dell'assistenza sanitaria, stanno affrontando una situazione difficile nella maggior parte dei paesi. Il periodo d'oro, in cui il bilancio ospedaliero poteva coprire ogni necessità e le perdite erano coperte dalle assicurazioni o dallo stato, sta per finire. Gli ospedali devono essere responsabili di quanto spendono, devono fornire servizi migliori al minor costo possibile e devono adattarsi alle crescenti esigenze dei pazienti, dei loro familiari e della comunità. Anche la libera scelta dei pazienti e i pacchetti assistenziali offerti dalle assicurazioni stanno introducendo ulteriori pressioni sull'organizzazione aziendale. Gli ospedali che non accetteranno le nuove sfide e non modificheranno di conseguenza le loro attività professionali e la fornitura di servizi, incontreranno serie difficoltà in un futuro molto prossimo.

Il movimento degli Ospedali per la Promozione della Salute sta cercando di facilitare alcuni cambiamenti negli ospedali, rendendoli più adatti ai tempi nuovi che ci stanno davanti. La terminologia può essere fonte di confusione e molti ospedali argomenteranno che la loro funzione non è la promozione della salute. Tuttavia il concetto di Ospedale per la Promozione della Salute va molto più in là della tradizionale promozione della salute: attraverso la

promozione della salute, il movimento sta cercando di sviluppare la gestione della qualità totale nell'ospedale.

In questo contesto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato nel 1989 un nuovo progetto chiamato Health Promoting Hospitals, Ospedali per la Promozione della Salute, creando una Rete di 20 ospedali pilota provenienti da 11 paesi europei, con lo scopo di migliorare la qualità dei servizi ospedalieri.

E' ovvio che gli ospedali non sono i principali attori nel processo di promozione della salute. Tuttavia, come istituzioni nelle quali passa e lavora un gran numero di persone, essi possono raggiungere un'ampia fetta della popolazione (personale, pazienti e familiari). Possono influenzare la pratica professionale in altri centri e nei gruppi sociali, poichè sono luoghi nei quali si pratica una medicina moderna, la ricerca e la formazione, e dove è accumulata una quantità di conoscenze e di esperienza. Gli ospedali possono contribuire a ridurre l'inquinamento ambientale perchè producono una grande quantità di rifiuti e, come consumatori di una grande quota di mercato, possono favorire prodotti sani e sicuri dal punto di vista ambientale.

L'ospedale può quindi essere un punto privilegiato per lo sviluppo di programmi concreti, centrati sul miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, delle condizioni di lavoro e della soddisfazione di chi vi lavora, dei pazienti e dei loro familiari, attraverso un ampio spettro di strategie. Possiamo ritenere che la varietà dei possibili programmi sia quasi infinita: sviluppo di attività di promozione della salute destinate agli stili di vita dei pazienti, del personale e dei parenti; sviluppo di programmi educativi per i pazienti cronici e i loro familiari; valorizzazione degli aspetti psicologici dei programmi di riabilitazione; creazione di strutture all'aperto per l'attività fisica e di spazi per gli incontri tra pazienti e familiari; miglioramento degli aspetti alberghieri; riduzione dell'inquinamento ambientale attraverso un miglior controllo dei rifiuti ospedalieri.

Attualmente il Progetto Europeo degli Ospedali per la Promozione della Salute è sviluppato su tre livelli: la Rete degli Ospedali per la Promozione della Salute, che è un'ampia rete che funziona principalmente come associazione scientifica; la Rete degli Ospedali Pilota per la Promozione della Salute, costituito da un gruppo di 20 ospedali da 11 paesi europei che condividono esperienze a livello internazionale; e le Reti Regionali e Nazionali. Gli obiettivi comuni a queste Reti sono:

- sviluppare progetti e programmi di promozione della salute negli ospedali;
- facilitare e incoraggiare la cooperazione e lo scambio di esperienze e di programmi tra gli ospedali partecipanti;
- prendere parte a programmi comuni, rendendo più efficace l'uso delle risorse;
- identificare aree di interesse comune per sviluppare programmi e procedure di valutazione;
- aumentare la comunicazione tra ospedali;
- sviluppare esempi di buona pratica, documentati e valutati, che possano servire di esempio per altre istituzioni.

Il Progetto degli Ospedali Pilota per la Promozione della Salute finirà nell'aprile del 1997 e sarà ufficialmente chiuso nel corso della Conferenza Internazionale di Vienna. In quella stessa occasione sarà formalmente dato il via alle Reti Europee Nazionali e Regionali degli Ospedali per la Promozione della Salute.

La principale differenza tra le Reti internazionali e quelle nazionali e regionali è che quest'ultime possono essere centrate su bisogni e priorità comuni, e sulla partecipazione. Gli ospedali che aderiscono a una Rete nel loro stesso ambiente hanno il vantaggio di parlare la stessa lingua e ciò facilita la comunicazione; hanno la possibilità di sviluppare e condividere materiali, ottenendo così

un uso più efficiente delle risorse ; possono infine scambiarsi personale per aiutarsi nello sviluppo dei progetti e acquisire le abilità necessarie per portare a termine programmi già in corso presso altri ospedali.

I diversi progetti sviluppati dagli ospedali possono essere raggruppati in sei aree principali:

- il benessere del personale e dei pazienti;
- il coordinamento tra l'attività ospedaliera e l'assistenza sanitaria primaria;
- la prevenzione;
- l'educazione sanitaria e la riabilitazione;
- il miglioramento delle condizioni igieniche e la protezione dell'ambiente;
- la relazione con la comunità e le istituzioni sociali.

La gamma dei progetti è ampia: formazione del personale volontario per aiutare dal punto di vista fisico e psicologico i pazienti in ospedale (accompagnando le persone) o nella comunità (pazienti cronici); creazione di ospedali senza fumo; miglioramento dell'alimentazione in ospedale e introduzione di cibi più sani (riduzione dei grassi) ; corsi di educazione sanitaria per pazienti cronici (artropatici, diabetici, ipertesi); cambiamenti nelle funzioni del personale (per esempio, lavare i pazienti durante il turno del mattino piuttosto che di notte); modifiche nella raccolta e nel trattamento dei rifiuti (per esempio, usare contenitori separati per gli oggetti rotti o per i rifiuti biologici); ottimizzazione del trasferimento dei pazienti per i test diagnostici (monitorando il tempo e programmando attentamente); ottimizzazione dell'uso delle sale operatorie e dei servizi centrali, grazie al miglioramento della comunicazione e dell'informazione al personale.

Ciascuna Rete Nazionale e Regionale è coordinata da una istituzione di coordinamento che ha il compito di mantenere i rapporti tra i diversi ospedali della Rete, con le altre Reti, con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e con l'Istituto Ludwig Boltzmann di Vienna, che funge da segreteria della Rete internazionale. Questo non significa che se un ospedale vuole contattare direttamente l'Organizzazione Mondiale della Sanità non sia in grado di farlo, ma solo che i rapporti formali e le decisioni relative alle diverse Reti passeranno attraverso il centro di coordinamento, che rappresenterà le opinioni degli ospedali.

Ciascuna Rete Nazionale e Regionale dovrà stabilire le modalità di adesione, le regole e i regolamenti. Noi crediamo che il ruolo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nello sviluppo delle Reti Nazionali e Regionali debba essere quello di coordinarle a livello internazionale, facilitando lo scambio di esperienze e la diffusione dell'informazione.

Per chi desidera avere un formale riconoscimento da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, abbiamo preparato il testo di una Convenzione tra le istituzioni di coordinamento e gli ospedali che aderiscono alle Reti Nazionali e Regionali. I requisiti per l'adesione sono molto semplici, come avviare almeno un progetto di promozione della salute, accettare i principi della Carta di Ottawa e soprattutto adeguarsi alle strategie messe a punto a livello nazionale o regionale. A ciascun ospedale verrà consegnato un Certificato di partecipazione e attualmente si sta discutendo sulla possibilità da parte degli ospedali di poter usare il logo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Crediamo che le Reti Nazionali e Regionali degli Ospedali per la Promozione della Salute miglioreranno il benessere dei pazienti, del personale, dei familiari e la qualità dei servizi: ciò avrà un positivo effetto sul contenimento dei costi delle istituzioni, principalmente dovuto a una riduzione della durata della degenza, della ospedalizzazione dei pazienti cronici e dell'assenteismo del personale.

In conclusione, il concetto di un ospedale che promuove la salute (che potrebbe suggerire un cambio radicale delle funzioni dell'istituzione) non è altro che un'aggiunta alla tradizionale funzione curativa dell'ospedale stesso. Ciascuno dei due livelli del movimento degli Ospedali per la Promozione della Salute, quello internazionale e quello nazionale/regionale, ha la propria importanza e propri vantaggi. Le esperienze possono essere scambiate a entrambi i livelli, idee e strategie nuove possono essere stimulate dal confronto internazionale, ma la collaborazione nello sviluppo e nella valutazione dei programmi si realizza meglio a livello locale. Le idee possono essere esportate, ma devono essere adattate alle circostanze, ai bisogni e alle strutture locali.

Organizzazioni in rete e processi di aziendalizzazione

dott. Carlo Favaretti - Direttore Generale, Azienda ULSS 19 - Adria RO
Coordinatore della Rete Veneta e della Rete Italiana degli Ospedali per la Promozione della Salute

Introduzione

La relazione che presenterò non vuole costituire una messa a punto sistematica ed esauriente di tutti gli aspetti connessi con i temi di gestione aziendale e di sviluppo di sistemi organizzativi in rete. Essa vuole piuttosto essere una riflessione sulle potenzialità dello sviluppo di una rete di Ospedali per la Promozione della Salute nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale, tenendo presente che esso è comunque inserito in un ambiente sociale ed economico in cui organizzazioni, aziende ed imprese produttrici di beni e servizi stanno affrontando la propria evoluzione organizzativa utilizzando anche lo strumento della costruzione di reti.

Le Aziende Sanitarie

L'articolazione del Servizio Sanitario Nazionale in Aziende Sanitarie è l'ultimo strumento, in senso temporale, che il legislatore italiano ha utilizzato, in analogia con quanto avvenuto anche in altri paesi entro e fuori l'Unione Europea, per tentare di raggiungere un equilibrio tra la riduzione delle risorse a disposizione della sanità ed il mantenimento di determinati livelli assistenziali.

Il processo di aziendalizzazione oggi in atto tenta di mantenere il principio della «copertura sanitaria» dell'intera popolazione, assicurando livelli uniformi di assistenza, attraverso strumenti gestionali che migliorino l'efficienza operativa del sistema. In altri termini, si potrebbe scorgere in questo processo il tentativo di ancorare il riordino del sistema sanitario al principio di equità. In realtà, il concetto di equità non è esplicitamente definito. Il termine equità, che sottende i concetti di giustizia e imparzialità, ha in sanità due connotazioni: l'equità dell'accesso ai servizi sanitari e l'equità dei livelli di salute. Nel linguaggio corrente e, purtroppo, in gran parte della legislazione vigente, troppo spesso ci si ferma alla connotazione di equità di accesso ai servizi sanitari, indipendentemente dal fatto che essi siano, ad esempio, di dimostrata efficacia per la salute (o al contrario sostenuti da interessi professionali, produttivi, ecc.), tralasciando così gli aspetti relativi all'equità dei livelli di salute.

Il processo di aziendalizzazione, d'altra parte, introducendo alcuni meccanismi cosiddetti di mercato ha, come si è detto, l'obiettivo dichiarato di aumentare l'efficienza produttiva del sistema. Tuttavia, non è sufficientemente valutato un problema essenziale: il mercato, in sanità, è assolutamente atipico. Nell'economia classica, il mercato è il punto di incontro delle forze che determinano il prezzo di una merce, cioè il punto di equilibrio tra domanda e offerta. In sanità, il gioco della domanda e dell'offerta non dà luogo ad equilibrio, perché è l'offerta che crea la domanda, largamente indotta o inducibile dai professionisti/produttori. Infatti il cliente, anche assolutamente libero di rivolgersi ad una qualunque struttura sanitaria pubblica o privata, non sceglie mai direttamente: il professionista/ produttore sceglie per lui.

Fino a circa quarant'anni fa, il sistema sanitario, progressivamente giunto alla pressoché totale copertura sanitaria della popolazione, ha retto sia sul piano delle risposte ai maggiori problemi di sanità pubblica che su quello finanziario. Successivamente la transizione epidemiologica verso malattie croniche, per lo più curabili ed inguaribili l'invecchiamento progressivo della popolazione; l'innovazione tecnologica continua (più rapida della possibilità di dimostrarne l'efficacia); ed i costi crescenti dell'organizzazione sanitaria hanno determinato, in successione, il collasso finanziario del sistema mutualistico e del SSN istituito con la L. 833/1978.

A fronte di una profonda insoddisfazione dei pazienti/clienti e di una conseguente pressione politica per dare risposte innovative, si è manifestata la tendenza ad enfatizzare la necessità di una buona gestione del sistema, che deve mediare tra un modello orientato alla soddisfazione di ogni bisogno o domanda e quello orientato solo alle risorse disponibili. Nonostante il nostro paese abbia sottoscritto tutte le dichiarazioni internazionali della Organizzazione Mondiale della Sanità in materia di principi ispiratori delle riforme sanitarie opportune e necessarie, stenta a farsi strada una concezione di moderna sanità pubblica che abbia, tra l'altro, la consapevolezza che non tutti i problemi di salute possono essere affrontati dal sistema sanitario. In altre parole, la maggiore attenzione è oggi dedicata all'impostazione di un buon sistema di gestione aziendale, forse sottovalutando l'importanza di sviluppare una visione strategica sugli scenari dei bisogni ai quali possa essere data risposta, con l'obiettivo di influire veramente sui livelli di salute degli individui e delle comunità.

Lasciando per un attimo in disparte un'esposizione diplomatica e volendo anche essere un po' provocatori, vorrei suggerire alcune domande: siamo poi sicuri che possa esistere un approccio aziendale ai problemi della sanità limitato a criteri di correttezza amministrativa, senza che si debba sviluppare una visione strategica? Che cos'è un'azienda in generale, e quella sanitaria in particolare? E' solo una struttura da amministrare senza sprechi e con buon senso, come sarebbe comunque giusto, o qualcosa di più?

La teoria aziendale afferma che un'azienda è, in generale, un'organizzazione economica finalizzata al raggiungimento di determinati obiettivi. Da questa definizione emerge chiaramente la necessità che l'azienda sanitaria, ed il sistema sanitario in cui essa è incardinata, sviluppino una propria visione strategica in termini di obiettivi di salute da raggiungere e non solo, come oggi accade, di obiettivi di organizzazione. Un altro pericolo per lo sviluppo equilibrato del sistema, oltre al malinteso concetto di azienda vista di fatto come un'organizzazione economica con finalità di riorganizzazione interna, è la fuga in avanti che tende a confondere il concetto di azienda con quello di impresa. Poiché l'impresa è un'azienda che deve produrre reddito, è evidente che l'attuale legislazione non sostiene, almeno finora, l'evoluzione imprenditoriale delle aziende sanitarie.

Sto insistendo su questa impostazione perché sono convinto che senza la consapevolezza delle potenzialità e dei limiti dello strumento aziendale, verificheremo per la terza volta consecutiva il fallimento finanziario del sistema sanitario. Infatti, se l'obiettivo strategico aziendale è la salute, e la salute non è solo assenza di malattia, ma benessere fisico, mentale e sociale, dovrà essere chiaro a tutti che solo una parte dei problemi di salute sono affrontabili dal sistema sanitario. Inoltre, il sistema sanitario non può dare risposta a tutti i bisogni sanitari che sarebbero di sua competenza perché non per tutti i bisogni è disponibile una risposta efficace e comunque esso vive in un contesto in cui le risorse sono sempre più contingentate.

Una vera impostazione aziendale potrebbe forse aiutarci ad affrontare il problema delle risorse, in generale, e della loro allocazione, in particolare, non solo e non tanto in termini di spesa per i

servizi sanitari, ma in termini di investimenti per la salute, considerando almeno i seguenti cinque principi:

- migliorare la salute è un investimento per l'intera società;
- è necessario agire sui determinanti della salute;
- è indispensabile un riorientamento dei servizi sanitari (e non solo un riordino);
- l'impatto degli investimenti, almeno dei nuovi, deve essere misurato in termini di «guadagno di salute» (health gain);
- si deve tendere a ridurre le diseguaglianze tra i livelli di salute, con investimenti compatibili con i diritti umani.

Le organizzazioni in rete o le reti di organizzazioni

Dopo aver delineato quelli che a mio avviso sono i punti critici dei processi di aziendalizzazione in atto nel nostro sistema sanitario, passerò all'analisi dei problemi connessi con lo sviluppo di reti nei sistemi produttivi di beni e servizi. Una rete può essere definita come un insieme di persone che, condividendo un certo numero di valori e di norme (in altri termini una cultura), sono legate da legami di vario genere (nel caso che ci interessa da legami di lavoro) che li portano a cooperare.

Il concetto di rete è relativamente recente nelle scienze umane, in generale, ed in quelle dell'organizzazione, in particolare. Gli antropologi ed i sociologi per primi ne hanno fatto oggetto di ricerca dagli anni Cinquanta, utilizzando il concetto di rete come un elemento del loro metodo di osservazione della realtà sociale, mettendo in questione le concezioni troppo statiche della società e valorizzando il ruolo giocato dalle relazioni interpersonali. Tali ricercatori tendevano a superare le analisi di tipo strutturale e funzionalistico (eminentemente quantitative), basandosi sulla ricerca di strumenti matematici non quantitativi (ad esempio utilizzando la teoria dei grafi) e valorizzando quindi metodi qualitativi.

Dallo sviluppo di tali ricerche e dalle necessità operative di quanti lavorano nei servizi alle persone, come quelli sociali e sanitari, sono nati modelli organizzativi ed assistenziali che, a seconda delle discipline, sono stati di volta in volta identificati come «lavoro sociale in rete», «approccio comunitario», «approccio ecologico». Non c'è dubbio che molte analisi antropologiche e sociologiche si sono combinate a quelle epidemiologiche e di sanità pubblica, contribuendo all'elaborazione di concetti come quello di promozione della salute, come quello del «setting-based approach», come quello di assistenza sanitaria primaria.

Sul piano pratico, credo che tutti i presenti abbiano avuto un qualche esperienza, diretta o indiretta, formale o informale, di lavoro in rete in almeno una delle seguenti situazioni: la ricerca (studi multicentrici; approcci sperimentali o quasi sperimentali in cui almeno due condizioni vengono confrontate, ecc.) e il lavoro clinico e sociale (si pensi al percorso di un paziente che «attraversa» i vari livelli del sistema socio-sanitario per ottenere risposte ai suoi bisogni di salute). Si tratta per lo più di esperienze di tipo personale, che di solito non coinvolgono formalmente le organizzazioni in cui gli operatori lavorano.

In sede internazionale, per affrontare in modo moderno i problemi della salute, l'OMS ha lanciato una serie di iniziative, che tendono a coinvolgere non solo persone, ma anche istituzioni, con lo slogan «Networking for the Future»: sono nate quindi le reti delle Città Sane, delle Scuole per la Promozione della Salute, delle Regioni per la Promozione della Salute, degli Ospedali per la Promozione della salute, ecc., coordinate nel programma «Networking the Networks». Queste

reti sono caratterizzate da legami strutturalmente rilevabili; da un funzionamento mediante scambi (operativi, formativi, scientifici, ecc.); dalla produzione di un sostegno reciproco sul piano materiale ed informativo. Nell'ambito degli Health Promoting Hospitals, le 16 Aziende ULSS e le 2 Aziende Ospedaliere del Veneto hanno iniziato un'esperienza in rete per sperimentare la possibilità di ispirare il proprio cambiamento organizzativo al concetto di promozione della salute.

A questo punto è opportuno verificare se tale nostro progetto costituisca una semplice evoluzione, in chiave di maggiore strutturazione formale, del sopracitato lavoro in rete o piuttosto una sperimentazione che in qualche modo accomuna il sistema aziendale sanitario con quello amministrativo, aziendale ed anche imprenditoriale di comparti, in molte parti del mondo. In questo secondo caso si tratterebbe di una sperimentazione che, se applicata con successo, potrebbe consentire lo sviluppo di modelli organizzativi e gestionali sicuramente diversi da quelli tradizionali.

La costituzione di reti sembra oggi essere un problema trasversale allo sviluppo delle società moderne ed il paradigma della rete - inteso come metafora del comportamento cooperativo tra individui, aziende ed enti territoriali - sta progressivamente diventando in tutto il mondo il paradigma di riferimento nei processi di innovazione. Infatti, il processo di globalizzazione richiede che gli agenti economici siano presenti contemporaneamente su mercati multipli e che abbiano il controllo di tendenze tecnologiche multiple. Tali presenze e tale controllo dovrebbero essere così spinti che è virtualmente impossibile raggiungere simili obiettivi adottando comportamenti economici tradizionali. La costituzione di reti (networking), attraverso la cooperazione che determina, favorisce il raggiungimento di tali obiettivi riducendo i costi ed aumentando il risultato economico.

La strategia del networking è oggi progressivamente seguita ad almeno tre differenti livelli economici:

- a livello di singole aziende;
- a livello di cluster di aziende o di «distretti industriali»;
- a livello di cluster territoriali complessi come le città.

Livello delle singole aziende

Le aziende di produzione stanno rispondendo alle sfide della globalizzazione (intesa come integrazione planetaria delle competenze tecnologiche e produttive) attraverso due modelli organizzativi e tendenze comportamentali: gli accordi di cooperazione e le alleanze strategiche transnazionali. Secondo tali modelli organizzativi due o più aziende stabiliscono rapporti di cooperazione attraverso la diffusione di assetti organizzativi complementari, lo sviluppo di standard comuni o di nuovi processi sfruttando sinergie, complementarità, sistemi di apprendimento, «esternalizzando» funzioni non strategiche. Non si tratta del tradizionale scambio di pacchetti azionari o della creazione di nuove società. Tali nuovi modelli sono relativamente poco formalizzati, non hanno necessariamente caratteristiche di reciprocità ed in genere riguardano specifici prodotti o aree di interesse, e non l'intera azienda. In sostanza, essi hanno la finalità di ridurre i costi ed i rischi associati agli investimenti in ricerca e sviluppo, nonché di accelerare il ritmo dell'innovazione.

Negli ultimi 15 anni, si sono sviluppate reti di aziende produttrici di beni, soprattutto nel campo della ricerca e sviluppo e dell'innovazione tecnologica, con un ritmo che è passato da circa 150 all'anno a metà degli anni Settanta, a circa 2000 all'anno alla fine degli anni Ottanta. Negli ultimi anni le reti si sono diffuse al settore terziario: nelle società finanziarie, nei media, nei trasporti e nelle telecomunicazioni. Le aree geografiche più interessate sono state quelle del triangolo

Europa, Stati Uniti e Giappone. Le esperienze finora condotte mettono in evidenza che le reti di cooperazione:

- costituiscono la nuova forma di competizione internazionale soprattutto tra strutture settoriali oligopolistiche;
- sono specifiche di contesti caratterizzati dal rapido emergere di nuove tecnologie e di processi di innovazione;
- cercano di raggiungere il profitto ed il dominio del mercato attraverso:
 - sinergie ed economie di scala nella produzione, nel marketing e nella ricerca e sviluppo;
 - economie di scopo e differenziazione di prodotti;
 - «fertilizzazione crociata» e sviluppo di complementarità tecnologiche;
 - aumento delle capacità di reazione rapida agli shock esterni;
 - controllo sugli assetti innovativi in grado di prevedere le tendenze di applicazione della tecnologia dell'informazione;
 - formazione di nuovi tipi di barriere al mercato (creazione di standard proprietari).

Gli obiettivi del networking tra aziende sono, in ordine di crescente importanza strategica, il raggiungimento di economie di scala, la riduzione dei costi di ricerca ed interpretazione delle informazioni e dei loro elementi di incertezza, ma soprattutto il controllo sulle tendenze evolutive degli assetti organizzativi e delle tecnologie. Secondo Camagni, una rete di aziende può essere definita come una serie precisa di legami espliciti con partner preferenziali in uno spazio aziendale di assetti organizzativi complementari e di relazioni di mercato, il cui obiettivo principale è la riduzione dell'incertezza statica e dinamica.

Livello di cluster di aziende

Ad un livello più complesso si situano le reti di cluster di aziende. Si tratta di esperienze che riguardano gruppi territoriali di aziende che operano in stretta sinergia: vengono definiti anche «distretti industriali» o con la terminologia del GREMI (Groupe de Recherche European sur les Milieu Innovateurs) «milieu innovateurs».

In tale situazione, si verificano due processi di cooperazione. Il primo, prevalentemente informale, riguarda le relazioni non commerciali (tra consumatori e produttori, tra soggetti privati e pubblici) ed una serie di taciti trasferimenti di conoscenza grazie alla mobilità professionale ed a processi di imitazione interaziendale. Il secondo, più formalizzato, riguarda la cooperazione trans-territoriale (tra aziende, agenti collettivi e istituzioni pubbliche) nel campo dello sviluppo tecnologico, della formazione di base e continua, della fornitura di infrastrutture e servizi. Un esempio famoso di rete di cluster è costituito dall'industria informatica a Silicon Valley.

Livello di reti di città

Come il cluster di aziende innovative, la città appare come un agglomerato di attività collegate in modo diretto o indiretto; a differenza del cluster, la città ha a che fare con attività fra loro enormemente diversificate, che non operano all'interno di un settore ad alta specializzazione e non sono organizzate in modo omogeneo.

Le reti di città, soprattutto quelle di media dimensione, sono pensate in modo da non distruggere i loro attuali vantaggi competitivi, come l'equilibrio ambientale, l'efficienza del sistema dei trasporti e la possibilità di conservare il senso di appartenenza della comunità; ma anche in modo da superare il loro limite principale, in termini di massa critica e di centralità. Come per le reti di

aziende, le reti di città possono avere caratteristiche di complementarità (quando il problema è quello di avere servizi con elevate economie di scala), di sinergia (quando città di simile «specializzazione» formano un mercato integrato e danno all'esterno un'immagine unitaria, come alcune città turistiche balneari), di innovazione (quando cooperano per fornire un'innovazione territoriale comune, come grandi infrastrutture aeroportuali).

In materia di salute, va qui ricordato il progetto dell'OMS delle Città Sane come esempio di azione intersettoriale per uno sviluppo delle città compatibile con la tutela della salute stessa.

Conclusioni

Si è detto che il paradigma della rete sta progressivamente configurandosi in tutto il mondo come il paradigma di riferimento dei processi di innovazione. Abbiamo visto come sistemi produttivi ed amministrativi molto sofisticati e complessi già da tempo stiano muovendo verso la costituzione di reti per rispondere meglio e più tempestivamente alle sfide della globalizzazione e dell'innovazione. Alla base di tale movimento vi è la consapevolezza che le teorie basate sulla cosiddetta efficienza statica e gli approcci basati solo sul controllo dei costi sono assolutamente inutili.

I moderni sistemi sanitari devono confrontarsi con elementi che li rendono vicini ad alcuni sistemi produttivi:

- sono estremamente complessi, anche per l'elevata presenza percentuale di professionisti che godono di un'amplissima autonomia professionale, e che sono in grado perfino di contraddire la strategia delle organizzazioni in cui si articolano i sistemi stessi (aziende);
- sono caratterizzati da una velocissima innovazione tecnologica;
- devono far fronte a bisogni ed aspettative in rapida evoluzione;
- operano in un contesto sociale in cui la competizione per l'acquisizione delle risorse tra i diversi sottosistemi sociali (sanità, previdenza, educazione, difesa, giustizia, occupazione, ecc.) è estremamente elevata.

Sulla base di quanto finora esposto, si può prevedere che l'attuale sistema sanitario italiano aziendalizzato sia adeguato alla sfida cui è esposto, sintetizzabile nella tutela dei livelli di salute della popolazione a costi sostenibili per lo sviluppo complessivo della società ?

Volendo chiudere in chiave ottimistica si potrebbe dare una risposta positiva se si manifestasse almeno qualcuna delle seguenti condizioni:

- chiarificazione del concetto di azienda sanitaria come organizzazione economica finalizzata al raggiungimento di obiettivi di mantenimento e/o innalzamento dei livelli di salute;
- capacità da parte delle aziende sanitarie e delle Regioni alle quali appartengono di recuperare una logica esplicita di sistema, con chiari obiettivi in termini di salute e non solo in termini di riorganizzazione dell'offerta di servizi;
- definizione di una visione strategica orientata alla salute, che consenta, agendo sui determinanti della stessa, di identificare gli ambiti di competenza diretta da quelli in cui l'azienda sanitaria deve supportare istituzioni ed aree non sanitarie;
- capacità di adottare in modo esplicito un approccio programmatico di tipo realistico, nella consapevolezza che ogni bisogno di salute deve essere in qualche modo selezionato

e può ottenere una risposta se è disponibile una soluzione efficace per il miglioramento della salute, e se questa soluzione ha un costo sostenibile.

Personalmente credo che il processo avviato con la Rete degli Ospedali per la Promozione della Salute possa essere utile per sperimentare le condizioni sopra elencate. La promozione della salute, così come definita dalla Carta di Ottawa (il processo che fornisce alle persone i mezzi per assicurare un maggior controllo sulla propria salute e per migliorarla), può costituire la base della strategia aziendale e dei sistemi regionali. Ancorata com'è al concetto di livello di salute degli individui e delle comunità, la promozione della salute integra tra loro i tradizionali approcci sanitari di tipo preventivo, curativo e riabilitativo, supportando così sul piano teorico problemi pratici di tremenda portata, come per esempio quello della continuità dell'assistenza.

La costituzione di reti di ospedali per la promozione della salute potrebbe essere analoga a quella delle reti aziendali dei sistemi produttivi non sanitari, se non addirittura a quella dei cluster aziendali, le quali, abbandonando le tradizionali teorie basate sull'efficienza statica, tendono ad assicurare il controllo sulle tendenze evolutive del sistema produttivo riducendo l'incertezza statica e dinamica. Accanto alla costituzione di reti, la ricerca di alleanze con altri comparti che controllano alcuni determinanti della salute potrebbe consentire di perseguire realmente la costruzione di una politica pubblica per la salute, superando così“ approcci tradizionali di sanità pubblica.

Una sperimentazione ospedaliera in termini di rete, ben supportata dalla programmazione regionale, potrebbe forse risolvere anche il problema del ruolo e funzione dei piccoli ospedali e aggiungere qualche riflessione più approfondita al dibattito sugli ambiti territoriali delle aziende ULSS. Facendo riferimento ai sistemi produttivi non sanitari, questo dibattito sugli ambiti territoriali sembra più legato ad approcci imprenditoriali tradizionali, di cui è esempio lo scambio di pacchetti azionari e la costituzione di nuove società (che abbiamo visto essere sostanzialmente superati), piuttosto che ad una visione innovativa chiaramente ancorata a bisogni di salute e a domande di servizi che è possibile soddisfare perché sono disponibili risposte di dimostrata efficacia, a costi sostenibili per la società. In realtà la vigente legislazione consentirebbe sperimentazioni gestionali innovative (art. 9 del D. Lgs. 502/1992, così“ come modificato dal D. Lgs. 517/1993). Inoltre, sembrano sottovalutati i contenuti delle Linee di Guida n. 2/96 emanate dal Ministero della Sanità sul profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari.

Mi auguro che l'esperienza che stiamo conducendo dia un contributo significativo al dibattito sull'evoluzione del nostro sistema sanitario, in un momento storico in cui anche per la sanità si aprono alcuni scenari di globalizzazione connessi soprattutto ai processi di unificazione europea.

La Rete Veneta degli Ospedali per la Promozione della Salute

dott. Paolo De Pieri - Unità di Epidemiologia, Azienda ULSS 19 - Adria RO

La promozione della salute

I principi della promozione della salute maturano al termine di una lunga riflessione teorica che, a partire dal concetto di salute come benessere fisico, mentale e sociale, ha toccato con mano la inadeguatezza dei sistemi sanitari moderni nel migliorare la salute delle popolazioni, essendo impegnati solo sul versante, sia pur difficile, della lotta alle malattie.

Una pietra miliare nella definizione della promozione della salute è rappresentata dalla Carta di Ottawa : secondo tale documento, che rappresenta l'atto conclusivo della 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute che si è svolta appunto a Ottawa nel 1986, la promozione della salute “è il processo che fornisce alle persone i mezzi per assicurare un maggior controllo sulla propria salute e per migliorarla”.

La “Carta di Ottawa” identifica tre attività essenziali della promozione della salute, che possono essere così definite :

1. 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 possono influenzare la salute;
2. mettere in grado (**to enable**) le persone e le comunità di raggiungere appieno il loro potenziale di salute;
3. mediare tra gli interessi contrapposti della società (**to mediate**), perché la salute sia sempre considerata da tutti i settori della società stessa.

La “Carta di Ottawa” identifica anche cinque azioni strategiche per promuovere la salute che sono :

- * 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.

L'ospedale può giocare un ruolo in tutte queste azioni strategiche: tuttavia l'ultima, cioè il riorientamento dei servizi sanitari, interessa particolarmente l'ospedale e rappresenta una delle novità più importanti introdotte dal concetto di promozione della salute. Infatti, non si tratta solo di riorganizzare l'esistente, di riordinarlo, di eseguire in maniera più efficiente o più efficace quello che già si sta facendo, ma di dare una nuova direzione agli sforzi dell'intero sistema di tutela della salute, di cui l'ospedale è una delle parti.

Un altro documento importante per lo sviluppo del movimento degli Ospedali per la Promozione della Salute è rappresentato dalla Dichiarazione di Budapest del 1991, una breve raccolta di principi che dovrebbero ispirare l'azione di un ospedale che vuole promuovere la salute. Dato per scontato che un Ospedale per la Promozione della Salute si sforza di assicurare servizi medici e di assistenza sanitaria di buona qualità, uno dei punti chiave di tale Dichiarazione è che i destinatari degli interventi sono i pazienti, il personale e la comunità servita cioè, in definitiva, i principali clienti dell'organizzazione.

Il quadro concettuale di riferimento dell'esperienza culturale e operativa degli Ospedali per la Promozione della Salute è quindi, per dirla con Baric, quello del "setting-based approach", dell'approccio basato sui setting. Secondo questo approccio, tipico della promozione della salute, è necessario identificare una popolazione bersaglio e progettare una serie di interventi nei diversi ambienti e organizzazioni che risultano importanti nel determinare i livelli di salute di quella stessa popolazione. Esempi di setting possono essere la scuola, la fabbrica, l'ospedale e la città. Va subito detto che il concetto di setting è più ampio di quello che potrebbe derivare dalla semplice traduzione letterale (scenario, ambiente): si potrebbe tradurre il termine setting con "ambiente organizzativo". Le caratteristiche di un setting non dipendono solo dalla sua componente fisica, ma anche :

- dalle persone che lo frequentano
- dalla sua organizzazione e struttura
- dagli obiettivi che persegue
- dai comportamenti e alle relazioni interpersonali che vi si svolgono
- dalle norme e dai valori che lo regolano
- dalle aspettative che suscita in chi lo frequenta
- dal mandato che ha ricevuto dall'intera comunità

E' necessario a questo punto esplicitare alcuni possibili equivoci, che sarebbero deleteri per lo sviluppo degli Ospedali per la Promozione della Salute.

La promozione della salute non va confusa con la prevenzione delle malattie: al di là della chiara differenza semantica, è possibile controllare e migliorare il proprio livello di salute, anche se in proporzioni diverse, in tutte le fasi che vanno dalla prevenzione alla riabilitazione: è infatti possibile e doveroso attivare interventi di promozione della salute anche con i malati terminali. Va poi considerata la netta diversità che esiste tra il concetto di promozione della salute e quello di educazione alla salute che, forse per l'assonanza dei termini, non sempre è chiara : promozione della salute non è la maniera "più moderna, più aggiornata" di definire l'educazione sanitaria. L'educazione sanitaria è l'insieme delle azioni educative che possono modificare i comportamenti rilevanti per la salute delle persone ed è una strategia di intervento che mantiene intatto il suo valore nei confronti dei singoli individui, per migliorare gli stili di vita.

La promozione della salute è invece una strategia più complessa : poiché la salute dipende non solo dai comportamenti individuali e dalle prestazioni fornite dai servizi sanitari, ma soprattutto dall'organizzazione economica, politica, culturale e sociale della comunità, per assicurare alle persone i mezzi necessari al controllo della propria salute, cioè per promuovere la salute, è necessario combinare metodi e approcci diversi, e stimolare interventi che incidano nei diversi settori della vita comunitaria. Promuovere la salute in ospedale significa quindi non solo realizzare progetti educativi, ma anche favorire tutti quegli interventi organizzativi, strutturali, legislativi, sanitari ed economici che danno ai clienti dell'ospedale i mezzi per aumentare il proprio livello di salute, qualunque esso sia ; e tutto ciò in armonia con quanto stanno facendo gli altri settori della comunità per tutelare la salute.

Aver presente questo concetto può anche aiutare l'ospedale a trovare la sua collocazione nella catena della qualità che porta alla salute delle persone, essendo chiaro soltanto il suo ruolo nella catena assistenziale che cura le malattie ; ruolo che molte volte si limita solo alla gestione degli episodi acuti, riservando poca attenzione al problema della continuità dell'assistenza e della integrazione con l'assistenza sanitaria primaria.

Un terzo punto che merita particolare attenzione è la notevole differenza che esiste tra "lo sviluppo di attività di promozione della salute in un setting" e la "creazione di un setting che promuove la salute". Nel primo caso si tratta di iniziative isolate, dovute alla buona volontà di qualche professionista che attiva progetti di promozione della salute, magari con l'aiuto di collaboratori esterni al setting, i cosiddetti "esperti". Nel secondo caso invece è necessario che l'iniziativa parta dai vertici dell'organizzazione, che si assumono l'impegno formale di modificare

il loro setting, in modo che le attività di promozione della salute diventino parte della normale attività professionale svolta da tutti i membri del setting stesso. Nei nostri ospedali sono numerosi gli esempi della prima strategia : la scommessa della Rete degli Ospedali per la Promozione della Salute è però quella di giungere alla seconda, a organizzare cioè gli ospedali in modo che siano istituzioni che promuovono la salute.

Voglio portare un esempio che spiega ulteriormente questa differenza. Tra i 52 progetti scelti dagli ospedali della Rete Veneta, vi è anche il progetto avviato su base regionale "Ospedali e servizi sanitari senza fumo" : la tentazione di affidare la gestione di questo progetto agli "esperti" delle divisioni di pneumologia o dei Sert è grande, ma altrettanto grande è il rischio che questi professionisti sviluppino il progetto secondo la prima modalità, comportandosi da esperti esterni, che girano per l'ospedale attaccando cartelli e lanciando anatemi contro il fumo. Un ospedale senza fumo che promuove la salute deve invece innescare nell'intera struttura modifiche organizzative, strutturali e comportamentali diffuse, che valorizzino la scelta di vivere senza fumo : ecco allora che i corsi per smettere di fumare, il counselling sistematico da parte di medici e infermieri, il rispetto del divieto di fumare nei locali diventano il valore aggiunto che la struttura ospedaliera offre ai suoi clienti.

Va segnalato che anche i professionisti delle direzioni ospedaliere possono correre lo stesso rischio : quello cioè di scegliere un progetto da sviluppare in una divisione e di realizzarlo passando sopra le teste degli operatori coinvolti, comportandosi a loro volta da esperti esterni alla divisione stessa.

L'idea di fondo del movimento degli Ospedali per la Promozione della salute è quindi quella di migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera, 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.

L'evoluzione della Rete Veneta degli Ospedali per la Promozione della Salute

Questo richiamo agli aspetti teorici che stanno alla base del movimento degli Ospedali per la Promozione della Salute, risulta necessario per comprendere meglio lo sviluppo della Rete Veneta e per tracciare la cornice più ampia dentro la quale si stanno muovendo le diverse iniziative. La costituzione della Rete Veneta è la conseguenza di quanto è stato detto nella prima parte della mattinata. L'intuizione che il futuro del movimento sarebbe passato attraverso lo sviluppo di Reti Regionali e Nazionali, e i promettenti risultati dell'esperienza pilota di Padova hanno spinto a presentare il progetto triennale dal titolo "Ospedali per la promozione della salute : creazione di una rete regionale" nell'ambito delle iniziative di educazione sanitaria e di promozione della salute che la Regione del Veneto annualmente finanzia.

L'effettivo lavoro di preparazione per la costituzione della Rete Veneta è iniziato nell'estate 1995, con la proposta di adesione inviata ai Direttori Generali delle Aziende ULSS e delle Aziende Ospedaliere del Veneto e la predisposizione in italiano della documentazione necessaria. Tale proposta è stata seguita dal Corso di formazione "Gli ospedali e la promozione della salute", tenuto dal prof. Baric e al quale hanno partecipato operatori provenienti da quasi tutte le Aziende sanitarie venete.

Nei mesi successivi sono pervenute le adesioni delle Aziende, sancite formalmente dalle deliberazioni dei rispettivi Direttori Generali e seguite dalla firma della Convenzione con il Centro di Coordinamento della Rete Veneta e con l'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Con tali atti, i Direttori Generali hanno accettato i principi espressi nella Carta di Ottawa e nella Dichiarazione di Budapest e si sono impegnati a sviluppare, nel quinquennio di adesione alla Rete, almeno 3 progetti di promozione della salute. A supporto della operatività locale, in ogni Azienda è stato costituito un Comitato tecnico per lo sviluppo di tali progetti e il dirigente

medico dell'ospedale è stato incaricato di svolgere le funzioni di Coordinatore locale. Inoltre, attorno a ogni progetto, si stanno costituendo dei gruppi di lavoro con funzioni operative.

Al 31 dicembre 1996 la Rete Veneta degli Ospedali per la Promozione della Salute è composta da 15 Aziende ULSS sulle 21 esistenti e dalle 2 Aziende ospedaliere.

A fronte dell'impegno di sviluppare attività di promozione della salute, sono previsti anche alcuni vantaggi per le Aziende aderenti. Il primo è la possibilità di "essere in rete" con gli altri ospedali europei che partecipano al progetto : ricevere la newsletter, accedere al database, partecipare alle Conferenze internazionali. Il secondo vantaggio è quello di poter usare, sul materiale prodotto per la realizzazione locale dei progetti, il logo degli Ospedali per la Promozione della Salute (il bollino verde) e quello della Rete Veneta, insieme alla frase "membro della Rete Veneta".

Sul modello della Rete Internazionale, la Rete Veneta si è data alcune scadenze e cioè realizzare ogni anno 2 business meeting, 2 workshop di formazione e 1 Conferenza di presentazione pubblica del lavoro svolto: nel corso del 1996 tale impegno è stato mantenuto.

Nei due business meeting sono stati messi a punto i progetti da sviluppare localmente e si sono affrontati i primi problemi derivanti dalla loro implementazione. Si è deciso inoltre di sviluppare su scala regionale un progetto comune dal titolo "Ospedali e servizi sanitari senza fumo": un gruppo di lavoro appositamente costituito ha sviluppato un dettagliato progetto su questo tema, che rappresenta anche il modello generale di progettazione per tutti gli altri progetti da sviluppare localmente.

I due workshop di formazione sono stati rivolti al personale delle dirigenze ospedaliere e ai clinici coinvolti localmente nello sviluppo dei progetti.

Nell'anno sono stati distribuiti anche due numeri della newsletter della Rete Veneta HPH, destinata a diffondere informazioni sul progetto tra gli operatori della Regione.

L'interesse suscitato attorno al progetto degli Ospedali per la Promozione della Salute è stato notevole, non solo nella nostra Regione.

Nel marzo scorso, su invito dell'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Unione Europea, il Ministero della Sanità ha designato la Rete Veneta quale Centro di coordinamento della costituenda Rete Italiana degli Ospedali per la Promozione della Salute. A questo scopo è stata inviata a tutti gli Assessori regionali alla sanità una relazione sulle attività del movimento internazionale e della Rete Veneta, e si sono tenuti contatti con professionisti, ospedali e uffici regionali di Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Campania, Sicilia e della provincia autonoma di Bolzano.

Metodologia di sviluppo dei progetti

Come detto precedentemente, aderendo alla Rete Veneta le Aziende si sono impegnate a realizzare nel quinquennio almeno tre progetti di promozione della salute. L'implementazione di tali progetti nell'ospedale rappresenta in qualche modo una fase di sperimentazione verso lo sviluppo dell'ospedale che promuove la salute, che rappresenta la vera innovazione qualitativa. Il movimento internazionale ha proposto in questi anni una metodologia di lavoro legata alla realizzazione di specifici progetti, piuttosto che al miglioramento di determinate funzioni. La tecnica proposta del "project management" ha indubbiamente dei vantaggi poiché permette di realizzare, in questa fase sperimentale, iniziative trasversali a diverse Unità Operative, tenendo sotto controllo lo svolgimento del processo e le variabili in gioco; inoltre, costringe a un'attenta analisi dei problemi e all'esplicitazione a priori degli obiettivi da perseguire, creando così le basi per poter valutare e dare un giudizio finale sulle attività svolte. Sperimentare questa tecnica gestionale su progetti limitati, permette quindi di acquisire esperienze da trasferire successivamente anche negli aspetti gestionali più complessi della realtà ospedaliera: tali esperienze sono oggi ancor più preziose, data l'impostazione budgetaria e l'assegnazione degli obiettivi alle figure dirigenziali.

Il project management deve necessariamente fare riferimento a una cornice più ampia di gestione della qualità. Attualmente il modello teorico a cui molto spesso si richiamano le Aziende appare essere il Total Quality Management (TQM): pur con le limitazioni dovute alla peculiarità delle Aziende sanitarie rispetto al mondo industriale, questa strategia complessa di gestione della qualità può rappresentare un'opportunità.

Applicare questi concetti alle Aziende di servizi, e in particolare nell'ambito socio-sanitario, significa che non è più sufficiente progettare una organizzazione centrata sulle caratteristiche degli operatori, valutandone l'attività con l'elencazione delle prestazioni erogate o dei costi indotti: la centralità del cliente impone di considerare i processi assistenziali trasversali che i clienti stessi devono effettuare per trovare soddisfazione ai loro bisogni e attorno ai quali deve ruotare l'intera organizzazione che, in definitiva, risulta essere guidata dal cliente. In questa ottica, la qualità complessiva delle prestazioni e dei servizi erogati dipende dalla qualità di ciascun anello della catena assistenziale e corrisponderà quindi a quella dall'anello più debole.

Per facilitare lo sviluppo dei progetti, è stato proposto a tutti gli ospedali della Rete Veneta uno schema di progettazione che risente fortemente delle premesse teoriche citate all'inizio. In esso vengono messi in evidenza solo alcuni aspetti particolarmente rilevanti per la promozione della salute, mentre non vengono toccati altri punti più scontati, ma comunque indispensabili, quali la definizione dei tempi e delle risorse o lo studio di fattibilità.

Lo schema è diviso in tre blocchi : gli obiettivi, le azioni e gli indicatori di un progetto. E' essenziale che gli obiettivi specifici del progetto, nei quali l'obiettivo generale può essere articolato, vengano scelti tenendo conto dei tre gruppi di destinatari individuati dalla Dichiarazione di Budapest: i pazienti, il personale e la comunità servita. Per quanto riguarda le azioni da realizzare per perseguire i suddetti obiettivi, esse devono essere coerenti con le attività essenziali della promozione della salute proposte dalla Carta di Ottawa (difendere la causa della salute, mettere in grado, mediare). Infine, nella definizione degli indicatori per il monitoraggio del processo e la valutazione finale del progetto è opportuno fare riferimento alla classica tripartizione: indicatori di struttura, di processo e di esito.

Al 31 dicembre 1996 le Aziende Sanitarie della Rete Veneta hanno comunicato al Centro di coordinamento i titoli di 52 progetti e la lista è ancora incompleta perché alcune Aziende hanno aderito da poco. I progetti possono essere così raggruppati:

ospedali e servizi sanitari senza fumo	18
progetti di carattere clinico (per esempio : il controllo delle infezioni ospedaliere, la qualità dell'assistenza infermieristica, la prevenzione di ulcere da decubito e cadute negli anziani)	10
progetti che riguardano il miglioramento della sicurezza sul posto di lavoro	10
progetti orientati al miglioramento dei rapporti con l'utenza e alla valutazione della soddisfazione degli utenti	6
coordinamento delle attività ospedaliere con l'assistenza sanitaria primaria	2
alimentazione e salute	2
qualità della vita negli anziani	2
qualità dell'assistenza alla nascita e al bambino ricoverato	2

Particolarmente interessante risulta l'opportunità di scambi e collaborazioni tra Aziende che sviluppano progetti simili. Dopo la positiva esperienza del gruppo di lavoro sul fumo, il Centro di

coordinamento si è attivato per creare altri gruppi di lavoro sui temi della soddisfazione degli utenti e della salute e sicurezza dei lavoratori in ospedale; inoltre contatti bilaterali sono già in corso tra alcune Aziende che sviluppano progetti simili, come ad esempio per il progetto “Alimentazione e salute”.

Conclusioni

La conclusione di questa prima fase di sviluppo della Rete Veneta degli Ospedali per la Promozione della Salute deve considerarsi positiva. La maggior parte delle Aziende sanitarie della Regione ha aderito all'iniziativa e la Rete si è data una struttura organizzativa, anche a livello locale. Si è giunti alla definizione dei titoli dei progetti e in alcune Aziende è già iniziata la fase operativa. La formazione svolta ha coinvolto molti professionisti e ha incontrato il loro gradimento.

Ora viene il bello. Il 1997 vedrà tutti impegnati nella realizzazione locale dei progetti e le difficoltà non mancheranno: tuttavia l'interesse mostrato fin qui dalle Aziende e la professionalità degli operatori coinvolti, fa ben sperare per il futuro.

Ospedali per la Promozione della Salute: l'esperienza pilota di Padova

dott. Adriano Marcolongo, dott.ssa Giorgia Marcato - Direzione Sanitaria - Azienda Ospedaliera di Padova

Introduzione

Il lancio dell'iniziativa degli Ospedali per la Promozione della Salute si è avuto a Vienna nel 1989 nel corso di un Meeting al quale l'ospedale di Padova ha preso parte per due ragioni:

1. la città di Padova era inserita nel programma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità denominato «Città Sane» che costituisce il primo esempio pratico degli sforzi finalizzati alla nuova sanità pubblica;
2. l'ospedale di Padova fin dal 1987 partecipa alla rete di ospedali che cooperano con il programma di sviluppo ospedaliero sempre promosso dall'OMS.

L'ospedale di Padova è stato il secondo ospedale che ha aderito alla rete degli Ospedali per la Promozione della Salute (Health Promoting Hospitals - HPH) ed ha successivamente contribuito al costituirsi della rete europea, ponendosi come punto di accreditamento nei confronti di altri ospedali europei. Inoltre è stato anche organizzatore per l'Italia della 2° Conferenza Internazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute che si è svolta presso questo Ospedale nell'Aprile del 1994, il cui obiettivo principale era quello di favorire e promuovere l'interrelazione fra il settore ospedaliero e la Comunità.

Tale obiettivo riguarda la costituzione di reti di collaborazione fra strutture od istituzioni omogenee (ospedali, distretti ecc.) e la costruzione di alleanze intesa invece come una ricerca di cooperazione intersettoriale all'interno di un territorio o di una comunità finalizzata alla promozione della salute che viene in questo modo ad essere svolta da più settori contemporaneamente.

Per l'ospedale di Padova l'itinerario è iniziato con adesione formale all'iniziativa dell'OMS della Rete degli Ospedali Pilota per la Promozione della Salute nel Gennaio del 1991 e con l'avvio di attività che configurano un primo programma locale orientato alla promozione della salute. Tale programma si svolge su tre livelli:

1. iniziative orientate ai **pazienti**
2. iniziative orientate al **personale**
3. iniziative orientate alla **comunità**.

Tali iniziative sono individuate dall'OMS come un mezzo per guidare il cambiamento organizzativo degli ospedali, focalizzato sugli esiti per la salute degli individui e della comunità e sui processi clinici e organizzativi che presentino il più favorevole rapporto costo/efficacia. In conseguenza di ciò sono stati definiti e pianificati 5 sottoprogetti che sono:

1. Rischi occupazionali per gli operatori sanitari;
2. Nutrizione e salute
3. Miglioramento della qualità dell'assistenza alla nascita
4. Miglioramento della qualità dell'assistenza nella popolazione anziana
5. Ospedale senza fumo.

Rischi occupazionali per gli operatori sanitari

Il progetto 'Rischi occupazionali per gli operatori sanitari' è un'iniziativa orientata al miglioramento della sicurezza e al contenimento del rischio per il personale sanitario. L'ambiente di lavoro è infatti un luogo particolarmente idoneo per le attività di prevenzione e promozione

della salute, poiché è facilitata la sorveglianza dei fattori di rischio e vi è una maggior possibilità di contatto con i lavoratori. Ciò consente non solo il controllo del loro stato di salute, ma anche la promozione di iniziative volte al miglioramento delle abitudini di vita degli operatori, attraverso un'azione che li renda consapevoli del fatto che essi stessi possono influenzare e migliorare, con il loro comportamento, i fattori determinanti la salute.

Le punture da ago, i tagli accidentali e gli imbrattamenti con liquidi biologici costituiscono un importante problema per la sicurezza degli operatori sanitari, rappresentando una delle fonti principali di rischio infettivo in ambiente ospedaliero. Gli obiettivi perseguiti nel programma sono articolati in varie fasi:

- 1° fase - comprende le tre tappe: descrizione degli incidenti occupazionali, valutazione del rischio infettivo per gli operatori sanitari e identificazione delle figure professionali, delle relative attività e delle sedi lavorative in cui più frequentemente si verificano incidenti a rischio infettivo;
- 2° fase - adozione di idonee misure preventive, informazione, misure protettive;
- 3° fase - valutazione a medio termine del programma.

Per quanto riguarda la prima fase è stato organizzato un sistema di sorveglianza degli eventi accidentali denunciati: tale sistema ha subito evidenziato che un numero consistente di operatori sanitari è esposto ad incidenti, in particolar modo gli infermieri professionali (che rappresentano circa il 55% degli incidenti registrati) seguiti dal personale medico (con il 18% degli incidenti registrati).

Sono state quindi predisposte dalla Direzione Sanitaria delle linee guida, distribuite a tutti i reparti e servizi, relative alle norme comportamentali da osservare e le misure di protezione più idonee da adottare durante il servizio e l'assistenza da parte del personale sanitario. Sono state svolte anche attività formative con i caposala dei reparti e dei servizi per illustrare e divulgare le procedure più idonee da attuare al fine di evitare incidenti occupazionali. Inoltre sono stati forniti alcuni nuovi presidi protettivi (occhiali, visiere, guanti e camici monouso, contenitori per aghi ecc.), inizialmente nei reparti ad elevato rischio infettivo e in quelli in cui vengono attuate di consueto manovre assistenziali ad alto rischio e successivamente a tutti i reparti, così come raccomandato dal Decreto del Ministero della Sanità del 28/9/90.

Gli obiettivi della terza fase sono in fase di realizzazione e riguardano la valutazione dell'efficacia degli interventi descritti e la valutazione della compliance degli operatori sanitari, utilizzando le informazioni provenienti dal registro delle denunce degli incidenti occupazionali.

Tale progetto ben si inserisce con il successivo provvedimento legislativo n. 626/94 che, coerentemente con la base concettuale enunciata nella «Carta di Ottawa», prevede di mettere in grado i lavoratori di realizzare le proprie potenzialità nel campo della salute, offrendo loro un ambiente fisico e sociale sano e le possibilità e i mezzi per sfruttare queste condizioni favorevoli. Agli art. 21-22 prevede infatti l'impegno specifico dell'azienda per quanto riguarda l'informazione e la formazione dei lavoratori in tema di igiene e sicurezza del lavoro.

Da questa breve analisi si può notare come il progetto «Rischi occupazionali per gli operatori sanitari», nato come uno dei sottoprogetti della rete degli Ospedali per la Promozione della Salute, sia entrato a far parte dell'attività quotidiana dell'ospedale che si propone di essere un ambiente che promuove la salute.

Nutrizione e salute

Il sottoprogetto «Nutrizione e Salute» è nato come un'iniziativa ad ampio raggio, che vede coinvolti come destinatari sia i pazienti ricoverati presso l'ospedale, sia gli operatori sanitari che la popolazione; soprattutto quella in età scolare è stata coinvolta attraverso uno specifico programma mirato alle scuole medie inferiori promosso e coordinato dal Centro di Educazione

alla Salute di Padova. Per quanto riguarda l'ambito ospedaliero, l'obiettivo è quello di garantire un'alimentazione «sana» sia dal punto di vista microbiologico che nutrizionale.

Nel rapporto «Sorveglianza sanitaria e procedure di gestione del personale addetto alla manipolazione degli alimenti», elaborato nel 1989 da un gruppo di esperti dell'OMS, viene raccomandato alle autorità nazionali di adottare misure di intervento e di prevenzione che, per quanto poco costose, sono piuttosto efficaci quali:

- la formazione e l'addestramento pratico del personale addetto alla manipolazione e vendita degli alimenti;
- la conoscenza dei rischi di contaminazione biologica degli alimenti e dei modi di prevenirli;
- l'educazione all'igiene personale e alle tecniche corrette e sicure di manipolazione degli alimenti;
- l'utilizzo di un metodo razionale e moderno per garantire la sicurezza degli alimenti: sistema di analisi dei rischi e dei punti critici di controllo secondo il metodo HACCP;
- la sorveglianza delle epidemie di origine alimentare;
- l'educazione della popolazione ad una corretta preparazione e conservazione degli alimenti.

Tali raccomandazioni dovrebbero essere eseguite soprattutto in ambito ospedaliero, in quanto la ristorazione in ambito nosocomiale deve soddisfare standard igienici particolarmente elevati poiché gli alimenti che vengono preparati e distribuiti sono destinati a pazienti affetti da patologie di diversa natura che presentano, spesso, caratteristiche di maggiore recettività alle infezioni. Tali esigenze hanno quindi indotto la Direzione Sanitaria ad avviare un programma che vede coinvolti il servizio di dietetica dell'ospedale, la cucina enterale, la mensa ospedaliera, il servizio di ristorazione per i pazienti, il laboratorio microbiologico e la sezione medico-bio-tossicologica del Presidio Multizonale di Prevenzione.

E' stato avviato quindi un programma di controllo periodico di campioni di alimenti seguendo criteri di valutazione più restrittivi (proprio per le particolari caratteristiche dei pazienti ospedalieri) di quelli dettati dalla Circolare della Regione Veneto n. 26 del 27/8/90, che definisce standard microbiologici di riferimento per alcune categorie per le quali la normativa nazionale non fornisce indicazioni specifiche. Questi controlli hanno permesso, applicando il metodo HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point), di introdurre i necessari correttivi nelle procedure di preparazione degli alimenti nonché la formazione ed aggiornamento del personale addetto alla manipolazione degli alimenti. E' da sottolineare il fatto che tali interventi sono avvenuti sempre in assenza di manifestazioni di tossinfezioni alimentari.

Miglioramento della qualità dell'assistenza alla nascita

Negli ultimi anni si è assistito ad una progressiva medicalizzazione del parto che, da evento naturale, è stato trasformato in evento chirurgico. Nel 1985 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto una serie di raccomandazioni che rappresentano dei veri e propri indicatori della qualità dell'assistenza alla nascita, di cui le più importanti sono le seguenti:

- assicurare il benessere psicologico della madre permettendo il libero accesso durante il parto a un membro della famiglia di sua scelta;
- permettere al neonato di rimanere con la madre ogni qualvolta le condizioni dei due lo permettano;
- favorire precocemente l'inizio dell'allattamento al seno;
- contenere la frequenza dei parti cesarei attraverso la diffusione del travaglio di prova nelle precesarizzate, limitare l'induzione del travaglio e incentivare il ricovero delle partorienti a travaglio già iniziato;
- permettere alla donna di scegliere liberamente quale posizione adottare durante il parto;

- evitare l'uso sistematico dell'episiotomia;
- evitare la somministrazione di routine di analgesici o anestetici che non siano richiesti specificatamente per correggere o prevenire complicazioni nel processo del parto.

Per tentare una prima valutazione sulla qualità dell'assistenza al parto fornita in alcune strutture ospedaliere della Regione del Veneto è stato realizzato uno studio comparativo analizzando i certificati di assistenza al parto relativi al 1990 di 7 reparti di ostetricia. Dalla elaborazione dei dati raccolti e dalla loro comparazione con gli standard suggeriti dall'O.M.S., è emerso che la percentuale media dei parti indotti è stata superiore al limite accettabile (50% contro il 10% indicato dall'OMS), e che quella relativa ai tagli cesarei è stata doppia rispetto a quanto raccomandato (25% contro il 10-15%).

Sulla base di queste premesse, l'Ospedale di Padova come Ospedale Pilota, ha ritenuto strategico valutare la qualità dell'assistenza erogata alle proprie degenti per assicurare loro un miglioramento delle condizioni di qualità globale dell'assistenza, seguendo le più importanti indicazioni sopra elencate. Tale progetto consiste di tre fasi: la prima valuta gli aspetti tecnici e psico-relazionali dell'assistenza alla nascita. La seconda mette a confronto i risultati ottenuti durante la fase precedente con le raccomandazioni fornite dall'OMS e quelle ricavate dalla letteratura internazionale. Infine, nella terza fase, verranno adottate le opportune azioni di promozione della salute.

E' stato somministrato un questionario alle puerpere ricoverate nella Divisione Ostetrica dell'Azienda Ospedale di Padova. Questo, ha presentato delle domande specifiche volte a conoscere se la madre avesse preso parte a corsi di preparazione al parto, se durante il travaglio e il parto le fosse stato possibile avere accanto un familiare di sua scelta, se durante il travaglio e il parto la donna avesse potuto liberamente scegliere la posizione da adottare, nonché il momento del primo contatto madre-neonato e quello dell'inizio dell'allattamento al seno. Con altre domande si è voluto conoscere il giudizio globale sulla qualità dell'assistenza ricevuta e sull'organizzazione del reparto; infine, sono stati richiesti eventuali suggerimenti riguardanti l'assistenza infermieristica, medica, ostetrica e pediatrica.

La percentuale di tagli cesarei è risultata del 16%, attestandosi sui limiti superiori di quanto raccomandato dall'OMS (10-15%). L'OMS, inoltre, raccomanda, durante il travaglio e il parto, la presenza di un familiare scelto dalla donna: questo è stato possibile nell'81% dei travagli e nell'80% dei parti. Il suggerimento dell'OMS per quanto riguarda l'inizio dell'attaccamento al seno è che questo avvenga immediatamente, prima addirittura di lasciare la sala parto; questo è avvenuto soltanto nell'1% dei casi. Nel 52% dei casi la prima poppata è avvenuta in un periodo compreso tra le 6 e le 24 ore dopo il parto. Come raccomandato dall'OMS, il neonato è rimasto con la madre ogniqualvolta le condizioni di entrambi lo hanno permesso nel 73% dei casi. Il giudizio sull'assistenza medica è risultato positivo nel 73% dei casi, sull'assistenza ostetrica è risultato positivo nel 94% dei casi, sull'assistenza infermieristica è risultato positivo nell'83% dei casi, e sull'assistenza pediatrica nell'85% dei casi. Il giudizio sull'assistenza infermieristica del nido è risultato positivo nel 64% dei casi. Le critiche principali hanno riguardato la mancanza di dialogo tra il personale e le mamme, la scarsa presenza in reparto e lo scarso rapporto umano.

La seconda fase del progetto prevede l'analisi dei dati ottenuti alla luce della letteratura internazionale, al fine di preparare e implementare le necessarie azioni di promozione della salute, che saranno l'obiettivo della terza fase. Queste azioni dovranno rendere il personale ospedaliero in grado di comprendere che:

- ogni donna ha il diritto di ricevere un'assistenza prenatale appropriata;
- la donna deve poter svolgere un ruolo centrale in tutti gli aspetti di questa assistenza, compresa la sua partecipazione alla programmazione, conduzione e valutazione dell'assistenza stessa;
- i fattori sociali, emotivi e psicologici sono fondamentali per comprendere e porre in atto un'assistenza prenatale appropriata.

Miglioramento della qualità dell'assistenza nella popolazione anziana

Il programma, mirato alla tutela della salute degli anziani ricoverati, è stato condotto presso l'Ospedale Geriatrico dell'ULSS n.16 di Padova (poiché il programma è iniziato prima dell'aziendalizzazione delle ULSS, quanto tale ospedale era parte integrante del presidio ospedaliero dell'ULSS n. 21). L'attenzione è stata focalizzata su due gravi problematiche connesse al ricovero di pazienti anziani: le cadute che si verificano durante la degenza e l'insorgenza di piaghe da decubito.

a) Cadute accidentali dei pazienti anziani ricoverati nell'Ospedale Geriatrico di Padova

Le cadute rappresentano un importante fattore di morbosità, mortalità e disabilità nei pazienti anziani. Va inoltre detto che nelle persone anziane che hanno subito una caduta anche lieve spesso subentra sia un senso di insicurezza sia la paura di nuove cadute, con la conseguente tendenza a diminuire le loro attività fisiche che contribuisce così direttamente al declino mentale e fisico. A questo proposito si è deciso di avviare una sorveglianza epidemiologica del fenomeno, con l'obiettivo di esercitare un'azione di controllo e di fornire informazioni alle strutture preposte alla tutela della salute dei pazienti ricoverati.

E' stata condotta un'analisi retrospettiva sulle cadute verificatesi nell'Ospedale Geriatrico di Padova nel periodo dal 1989 al 1993. L'indagine ha preso in esame tutte le denunce di cadute pervenute dai vari reparti, al fine di acquisire una valutazione iniziale del fenomeno ed analizzare inoltre l'efficienza del sistema informativo in relazione sia agli scopi epidemiologici che medico legali connessi a tale problematica. L'analisi retrospettiva si è inizialmente basata sull'esame delle denunce ma, poiché in esse non vi erano dati clinici se non la descrizione delle lesioni secondarie alla caduta, si è proceduto anche all'esame delle relative cartelle cliniche.

Nel periodo in esame (1989-1993) sono stati registrati 163 casi di cadute, equivalenti a 5,4 cadute ogni 1000 pazienti, che hanno coinvolto 109 donne e 54 uomini. Si sono registrate 3 cadute ogni 1000 giorni di degenza (tasso di cadute 0,3%). Il tasso di caduta per letto è stato del 0.07%. I pazienti che hanno subito cadute presentavano un'età media di 79,9 anni e il 54% aveva più di 80 anni. Più della metà degli incidenti si è verificata nelle stanze di degenza in occasione della salita o discesa dal letto. Per quanto riguarda la distribuzione oraria delle cadute si è registrata una notevole frequenza durante le ore notturne, dalle 22.00 alle 6.00 si sono verificati il 40,5% degli incidenti. Come esiti di caduta vi sono state 49 contusioni, 7 abrasioni, 42 lesioni e 65 fratture.

Alla luce di queste considerazioni è in corso una nuova rilevazione all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Padova che prevede la raccolta di tutti i dettagli relativi alle cadute dei pazienti quale l'ora, il luogo, le modalità, la dinamica, e l'esito dell'episodio, così come tutte le procedure diagnostiche e terapeutiche conseguenti. Risulta pertanto necessario effettuare una sistematica ed accurata raccolta dati al fine di creare una mappatura del rischio nelle nostre strutture che costituisca un indispensabile supporto per implementare specifici programmi di intervento in questo ambito.

b) Le lesioni da decubito nell'Ospedale Geriatrico.

Sebbene le piaghe da decubito, più propriamente chiamate ulcere da decubito, possano presentarsi ad ogni età, esse interessano prevalentemente l'età anziana. Queste lesioni costituiscono un importante problema in tutti gli ospedali geriatrici in quanto il 50% delle stesse si verifica in soggetti sopra i 70 anni e una percentuale compresa tra il 3 e il 24% degli individui ospitati nelle case di riposo presenta tali lesioni. Va detto, inoltre, che il rischio di morte è aumentato di 4 volte nei pazienti con ulcere.

Il progetto prevede 3 fasi:

1 - la prima fase ha l'obiettivo di raccogliere tutti i dati relativi alle dimensioni e alle caratteristiche del problema all'interno dell'Ospedale Geriatrico, ma ora anche all'interno dell'Azienda Ospedaliera viste anche le recenti disposizioni ministeriali che prevedono un tale dato come indicatore di qualità dell'assistenza ospedaliera;

2 - la seconda fase ha l'obiettivo di:

- formulare linee guida per la prevenzione e per il trattamento delle piaghe da decubito;
- portare il personale ad una maggiore consapevolezza del ruolo svolto e sviluppare un training specifico;
- assicurarsi che i protocolli siano applicati;

3 - la terza fase consiste in una successiva verifica della qualità dell'assistenza offerta a pazienti con ulcere da decubito.

Un'analisi preliminare delle informazioni raccolte evidenzia che l'attuale conoscenza del personale riguardo tale problema è piuttosto eterogenea. L'approccio terapeutico nei vari reparti è differente e specifiche direttive di prevenzione non vengono applicate sistematicamente; non esiste nemmeno una identificazione dei pazienti a rischio di sviluppare tali lesioni. La prevalenza delle piaghe registrata in tutti i reparti dell'Ospedale Geriatrico è risultata del 16,3% (su 306 ricoverati 50 presentavano lesioni - 25 maschi e 25 femmine). E' stata poi analizzata la gravità delle lesioni utilizzando la scala di Shea, e misurato il rischio per i pazienti di sviluppare piaghe attraverso la scala di Exton-Smith. Quest'ultima dimostra che il 34,9% dei soggetti ospedalizzati presenta un modesto o alto rischio di sviluppare ulcere da decubito (correlato al peso del soggetto e al sesso femminile).

Queste indagini confermano quindi la necessità di introdurre un approccio sistematico a tutti i problemi clinici inerenti le piaghe. Sono state elaborate quindi delle linee guida volte sia ad una razionale ed appropriata terapia delle piaghe sia a una loro mirata prevenzione. Il progetto sta quindi proseguendo nelle fasi 2 e 3 con la formulazione di linee guida e con la verifica della qualità dell'assistenza offerta a pazienti con ulcere da decubito.

Ospedale senza fumo

Da tempo si sta cercando di introdurre nella legislazione italiana una norma per vietare il fumo nei luoghi pubblici. Recentemente è stata adottata, su proposta del Ministro della Sanità, una Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14/12/1995, estensiva della legge n. 584 dell'11 Novembre 1975, che vieta il fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori dei servizi pubblici. Inoltre in molti Paesi la prevalenza di fumatori tra il personale sanitario è ancora elevata (specie in Italia), per cui occorre insistere sulla necessità di eliminare il fumo da ospedali e ambulatori. L'evidenza scientifica dei rischi associati al fumo e al fumo passivo rendono questa misura una priorità di politica sanitaria. Con questo programma si intendono affrontare i seguenti problemi di enorme importanza:

1. l'abitudine al fumo, come prima causa prevenibile di malattie cardiovascolari e respiratori;
2. l'alta prevalenza di fumatori tra il personale sanitario;
3. una scarsa adesione alla legge antifumo in ospedale.

Il progetto dell'Ospedale di Padova presenta i seguenti obiettivi generali:

- promuovere stili di vita sani all'interno dell'Ospedale;
- salvaguardare i diritti dei pazienti;
- costituire un modello per la Comunità;
- ottenere la partecipazione di tutti gli operatori sanitari;
- ridurre l'abitudine al fumo.
- ottenere ambienti liberi dal fumo.
- individuare alcune aree limitate per fumatori.

Da tali obiettivi traspare che la strategia portante di tale politica antifumo, e cioè la intersettorialità di azione e di coinvolgimento, è l'unico mezzo efficace per coinvolgere ad ampio raggio tutta la Comunità. I soggetti che collaborano alla realizzazione del Progetto sono:

- l'Ospedale per la Promozione della Salute;

- il Progetto "Città Sana" del Comune;
- il Centro di Educazione alla Salute;
- l'Unità di Epidemiologia e Medicina di Comunità dell'Università;
- i Servizi Sanitari Primari e i Servizi Sociali;
- il Provveditorato agli studi;
- alcune Associazioni cittadine di Volontariato.

L'intero progetto è l'unico dei 5 qui descritti orientato contemporaneamente sui 3 livelli proposti dall'OMS: comunità, staff, pazienti. In particolare per ognuno di questi livelli sono state attivate le seguenti iniziative.

Iniziative orientate alla comunità:

1 - installazione di una nuova segnaletica antifumo:

- a - l'intera area ospedaliera è stata dichiarata libera dal fumo (sono stati installati 189 cartelli con il logo e lo slogan proposti dall'OMS);
- b - valutazione di impatto di efficacia (intervista fra gli utilizzatori degli ambulatori ospedalieri sia prima che dopo l'installazione della segnaletica antifumo che ha dato i seguenti risultati: la nuova segnaletica è stata notata dal 90% dei visitatori rispetto al 57% precedente; è stata rispettata dall'89% rispetto al 36% precedente; favorevole all'iniziativa si è dichiarato l'85% degli intervistati);

2 - visibilità e presentazioni pubbliche:

- a - celebrazione delle Giornate Mondiali senza Fumo: 31 Maggio 1993-1994-1995;
- b - divulgazione della Carta Europea contro il fumo per il Personale Sanitario;
- c - svariate presentazioni pubbliche;
- d - produzione e divulgazione di una newsletter interna all'ospedale;

Iniziative orientate ai pazienti:

1 - intervento di counselling nei confronti dei pazienti attuato da infermieri:

- a - produzione della Guida per Infermieri: "Come aiutare i vostri pazienti a smettere di fumare";
- b - training di un gruppo di infermieri che introdurrà la attività di counselling nella propria pratica assistenziale;

2 - azione sinergica sul territorio:

- a - produzione della Guida per Medici: "Come aiutare i vostri pazienti a smettere di fumare";
- b - attività di counselling dei medici di medicina generale nei confronti dei loro assistiti fumatori;

Iniziative orientate allo staff ospedaliero:

1. counselling sistematico nei confronti dei dipendenti fumatori;

2. indagine di prevalenza dell'abitudine al fumo nello staff ospedaliero: per una necessaria valutazione di base è stata eseguita un'indagine campionaria (10%) di prevalenza sul personale sanitario (il 27,9% del personale sanitario è risultato fumatore);

3. training dei medici e degli infermieri del Dipartimento di Medicina preventiva per la successiva applicazione del counselling sistematico nei confronti dei dipendenti;

4. successiva valutazione di efficacia con una nuova indagine di prevalenza sia su tutti i dipendenti che su quelli seguiti con l'attività di counselling.

Creazione di una rete nazionale/regionale.

Una delle fasi del sotto-progetto "Un Ospedale Senza Fumo" prevede anche la creazione di una rete regionale/nazionale di ospedali interessati alla problematica del Fumo e Servizi Sanitari. Questo sia per coinvolgere altre strutture e moltiplicare le azioni e gli interventi contro il fumo di tabacco, sia perché le varie esperienze siano motivo di scambio e possano essere condivise tra più ospedali. A tal fine è stata eseguita una ricerca di adesioni e consensi rivolta a tutti gli ospedali italiani attraverso un questionario postale volto a valutare l'esistenza di altre esperienze analoghe e a raccogliere adesioni al Progetto "Un Ospedale Senza Fumo". Il tasso di risposta ai questionari è stato del 15,5% (n=164). Il 90% degli ospedali rispondenti (n=148) si è dichiarato interessato al Progetto "Un Ospedale Senza Fumo" e quindi ha richiesto informazioni dettagliate; solo a 6 ospedali (4%) non interessa l'avvio di una successiva collaborazione. Tra i rispondenti, ha dichiarato di avere in corso iniziative contro il fumo di tabacco il 49% degli ospedali (n=81).

In conclusione, il progetto «Un Ospedale senza fumo», pur nella sua complessità di svolgimento, organizzazione, coinvolgimento multidisciplinare ed intersettoriale ha presentato numerosi ostacoli di svolgimento e numerosi rallentamenti. Tali ostacoli sono dovuti sia alla difficoltà di coinvolgere persone disponibili e sensibili alla problematica, ma soprattutto all'effettiva difficoltà di essi di ritagliare uno spazio appositamente dedicato inserito nell'intensa attività quotidiana. Complessivamente però le iniziative attivate e valutate presentano risultati incoraggianti (impatto della segnaletica antifumo, coinvolgimento di medici ed infermieri per l'attività di counselling che hanno manifestato interesse e gradimento della guida, numerose presentazioni pubbliche, gradimento di tali iniziative da parte dei visitatori dell'ospedale e della comunità in genere). Restano ancora delle iniziative da mettere in pratica (counselling nei confronti dei pazienti e del personale sanitario), ma da quanto appreso finora ci sembra che l'ostacolo maggiore da affrontare sia proprio l'implementazione delle attività, fase che in questo momento si sta terminando, e cioè il coinvolgimento e la preparazione delle persone che svolgeranno le attività.

Conclusioni

Con la partecipazione alla Rete degli ospedali pilota l'Ospedale di Padova ha tentato di apportare esperienze di buona pratica (sia clinica che organizzativa) sforzandosi di trovare delle soluzioni a problemi di organizzazione dell'assistenza ospedaliera e cercando di usare strumenti idonei al cambiamento dell'organizzazione del lavoro. La strategia portante che ha caratterizzato tutto ciò è l'interdisciplinarietà dei soggetti coinvolti e la creazione di canali comunicativi nuovi o il rafforzamento di quelli già esistenti. Si è cercato inoltre di introdurre l'elemento nuovo della percezione del paziente, la sua opinione nei confronti dell'assistenza sanitaria ricevuta, al fine di modificare l'organizzazione interna dei servizi. Il tutto si è svolto tentando di orientare il lavoro per progetti, e quindi per obiettivi comuni, accorpando più discipline e ritrovandosi inoltre in sintonia con la nuova gestione delle Aziende ULSS e delle Aziende Ospedaliere.

L'azione intersettoriale attraverso la creazione di alleanze per la promozione della salute

prof. Bruno Paccagnella,
Ord. F.R. di Medicina di Comunità, Unità di Epidemiologia e Medicina di Comunità - Università di Padova

Introduzione

Il tema generale di questa Conferenza è la Promozione della Salute, che possiamo considerare l'obiettivo più avanzato della moderna Sanità Pubblica. Per definizione ormai consolidata, la Sanità Pubblica è l'arte e la scienza che si propone di prolungare la vita (curando le malattie), di prevenire le malattie e di promuovere la salute della popolazione mediante uno sforzo collettivo, un impegno collettivo, mediante un sistema organizzato di azioni programmate e di servizi.

«Intersettorialità» è diventata una parola chiave, nel gergo tecnico attuale della letteratura e dei documenti, per esprimere il concetto che molti settori di servizi, oltre a quello dei servizi sanitari, devono interagire, integrarsi, cooperare, concordarsi, coordinarsi per raggiungere specifici obiettivi, per risolvere specifici problemi di salute che, singolarmente, ciascun settore non sarebbe in grado di raggiungere o di risolvere da solo. Tutti i settori possono avere un qualche ruolo da svolgere nei riguardi della salute umana, secondo i particolari problemi sanitari e i particolari obiettivi; si pensi per esempio ai settori dell'agricoltura, dell'industria, dell'istruzione, del traffico, delle comunicazioni, dell'economia, dell'urbanistica, ecc.

Non dobbiamo dimenticare che, secondo la concezione riconosciuta ormai anche a livello politico (piaccia o non piaccia!) e sempre più consapevolmente, nella cultura moderna la salute non è soltanto assenza di malattie (fin qua noi medici siamo tutti d'accordo), ma è uno stato di benessere percepito dalle persone e dalle comunità che si ottiene se vengono soddisfatti i requisiti della salute o, meglio, se si rispettano e si consolidano i fattori della «salutogenesi». Si continua a discutere da quasi 50 anni circa su questa concezione globale della salute ed è bene che si continui a discutere, ma è anche utile riconoscere che alla fine, gira e rigira, da circa 50 anni essa viene riconfermata e considerata per il momento valida e soddisfacente.

Lasciatemi dire che discutere di «salute», di salutogenesi e di promozione della salute all'interno dell'ospedale - che è il tempio, il santuario della «patologia» e della patogenesi - è un segno di movimento, di progresso: tutto ciò dimostra che qualcosa si sta muovendo e ci fa bene sperare.

Bisogno di riorientamento piuttosto che di riordino

In questi ultimi anni è stato attivato un processo di riordino del nostro Servizio Sanitario Nazionale sulla base di alcune leggi (n. 502/1992 e 517/1993 e di varie altre norme) indotte soprattutto da motivazioni di carattere economico per il contenimento dei costi. Più che di «riordino» dell'esistente, a me pare che il nostro SSN abbia bisogno di un vero e proprio «riorientamento» e mi sono davvero convinto che le grandi difficoltà incontrate dal processo di riordino dei servizi sanitari per il loro adeguamento ai bisogni della società di fine millennio sono soprattutto di ordine culturale, piuttosto che strutturale ed economico.

I bisogni sanitari sono cambiati rapidamente, in pochi decenni, come sappiamo:

- la vita media è aumentata significativamente, determinando un forte e rapido invecchiamento della popolazione;
- il numero delle persone disabili, minorate, handicappate che sopravvivono è molto aumentato;

- la patologia prevalente e incidente è cambiata, e sono comparse nuove forme di patologia comportamentale, traumatica e di altra natura;
- si è passati dall'era antropologica dell'industrializzazione all'era antropologica della urbanizzazione, resa ancora più complessa dalla multietnia galoppante;
- sappiamo bene che le moderne tecnologie mediche e chirurgiche sono in grado di curare, ma non di guarire, gran parte della patologia degenerativa prevalente col conseguente aumento del numero di malati cronici sopravvissuti;
- la concezione scientifica e politica della salute è profondamente cambiata, come ho ricordato poc'anzi;
- le attese della popolazione non vengono soddisfatte dai servizi sanitari esistenti;
- le tecnologie disponibili per la prevenzione di patologie prevenibili non vengono usate adeguatamente;
- le strategie per la promozione della salute non vengono nemmeno prese in considerazione dal SSN, a prescindere da questa eccezionale Conferenza odierna.

Fra i vari ordini di difficoltà che incontra il processo di riorientamento del sistema sanitario per adeguarlo ai nuovi bisogni della società (difficoltà strutturali, economiche, culturali ecc.), a me pare evidente che quelle strutturali ed economiche sono relativamente più facili e rapide da superare, mentre le difficoltà o le resistenze culturali sono assai più difficili e lunghe da superare. E proprio gli ostacoli culturali sono determinanti perchè, se gli operatori non cambiano il modo di pensare e di agire, non si rendono disponibili con convinzione a un qualsiasi cambiamento, non assumono atteggiamenti di disponibilità al riorientamento, accade che le modificazioni strutturali ed economiche dei servizi resteranno pressochè vane, come sono restate finora, perchè esse non sono seguite dagli adeguati cambiamenti funzionali. Chi pensa o crede o cerca di far credere che la «malasanità» sia attribuibile al ritardo di un'autoambulanza, all'indisponibilità di qualche posto letto o ad altri fatti particolari del genere, per quanto essi possano essere rilevanti, dimostra di non avere la visione complessiva del «sistema» e di non valutare i motivi di fondo che impongono un riorientamento del sistema sanitario, pena la inefficacia e l'inefficienza, pena la insoddisfazione generale degli utenti e degli operatori che sono tutti più o meno insoddisfatti.

Molte recenti analisi dei problemi complessi hanno dimostrato che è opportuno rendersi conto e riconoscere che la salute è un processo per il «bene essere» mentale, sociale, spirituale e fisico delle persone e delle comunità, e che la salute non è un obiettivo da raggiungere, come siamo soliti pensare, ma una risorsa fondamentale per l'individuo e per la società intera; una risorsa che merita di essere sostenuta mediante investimenti nel campo delle condizioni di vita che creano, mantengono e proteggono la salute, cioè mediante investimenti nelle grandi aree degli stili di vita e dell'ambiente totale (fisico, sociale, occupazionale, economico).

Comunque sia, è ormai evidente sul piano teorico e delle politiche che la Sanità Pubblica è ecologica nelle prospettive (sistemica, globale) è multisettoriale negli scopi (la salute non dipende soltanto dal servizio sanitario, come credono ancora molti, ma da molti altri settori e da ciò la necessità di azioni intersettoriali, integrate) ed è collaborativa nelle strategie. La visione ecologica della Sanità Pubblica si basa sul riconoscimento che il sistema consiste in una serie di sottosistemi complessi, dinamici, interconnessi, in equilibrio instabile e delicato.

Le Integrazioni

L'ospedale è una delle 3 strutture operative delle Aziende ULSS del nostro Servizio Sanitario Nazionale e ha qualche difficoltà, ma sta muovendosi verso questa nuova dimensione. Le difficoltà sono legate al fatto che l'ospedale è una istituzione concepita finora per la malattia e su questo terreno essa è pressochè autosufficiente: oggi invece l'obiettivo primario della Sanità Pubblica è quello di promuovere salute e su questo terreno il servizio ospedaliero non è di certo autosufficiente, ha bisogno di interagire con altri settori, integrandosi, senza prevaricazioni, senza

invasioni di campo, senza sconfinamenti, senza tentativi di esproprio delle competenze altrui, nel doveroso rispetto dell'ordine delle cose e tutto ciò sia nel campo della intra- che della inter-settorialità !

Nel corso di questa Conferenza verranno portati esempi ed esperienze che renderanno più facile il passaggio dalla riflessione teorica alla ideazione di applicazioni pratiche.

Conoscenza e rispetto dei principi

Qualcuno si è chiesto se «promozione della salute» sia un nome nuovo per esprimere vecchi concetti riguardanti la prevenzione. Chi pensa questo è certamente fuori strada per vari motivi fondamentali, che emergeranno anche oggi e per motivi logici: basti considerare che per la prevenzione di malattie ci si orienta sulle conoscenze riguardanti la patogenesi di quella o di quell'altra malattia, mentre per la promozione della salute ci si basa sulle conoscenze riguardanti la genesi della salute, i requisiti della salute, i fattori che determinano salute.

L'approccio globale epidemiologico o ecologico alla salute impone l'integrazione intersettoriale con settori non medici (sociali, economici culturali, ambientali, ecc.), integrazione che dal punto di vista metodologico è necessaria anche per la prevenzione di varie specifiche patologie (si pensi, per esempio, alla prevenzione della traumatologia stradale, alla prevenzione di patologie cardio-circolatorie, respiratorie, ecc.)

Ora io vorrei riflettere nel senso che è necessario di certo, ma non sufficiente, ragionare in termini di patogenesi, bensì anche di salutogenesi e allora si sarà agevolati nel comprendere di volta in volta quali alleanze saranno necessarie, con quali altri settori per la promozione della salute, secondo gli scopi specifici.

Mi pare che l'ospedale stia cercando di trovare le strade logiche e possibili, mediante la intersettorialità, per:

- non rimanere isolato e confinato nella sola area del negativo, quella della malattia, ed essere protagonista anche in quella del positivo, cioè della salute;
- adeguarsi allo spirito e al concetto della convivialità per il mutuo, reciproco supporto sociale ai nuovi bisogni sanitari delle comunità;
- ridurre la frattura esistente e grave tra ospedale e territorio, clamorosamente messa in evidenza dal processo di aziendalizzazione della ULSS, di tariffazione delle prestazioni ospedaliere e specialistiche, e così via; frattura che non si riduce ospedalizzando il territorio - va detto ben chiaro - ma equilibrando il tripode, le tre gambe su cui deve poggiare il sistema complessivo dei servizi delle Unità Locali Socio - Sanitarie per funzionare bene (1 - Ospedale, 2 - Distretto, cioè servizi per l'assistenza sanitaria primaria, 3 - Dipartimento di Prevenzione), senza sovrapposizioni e commistioni di ruoli, realizzando le integrazioni opportune che sono a questo proposito intra-settoriali;
- allearsi attraverso le integrazioni inter-settoriali con settori di servizi pubblici e privati, comunali, provinciali e del volontariato sociale secondo i problemi e gli obiettivi, secondo i ruoli che i diversi settori svolgono o possono svolgere nei riguardi della salute.

Conclusioni

Per concludere vorrei ricordare che, a metà degli anni '70, Ivan Illich sviluppò una critica severa nei confronti dei servizi sanitari, pubblicata in un libro che ebbe molta risonanza allora: «Nemesi medica. L'espropriazione della salute». Io ritengo adesso che quel libro meriterebbe di essere rivisitato.

Quella critica fu rigettata, allora con indignazione. Essa era molto articolata e poggiava tra l'altro sulla tendenza (che non è cambiata) a dare eccessiva enfasi alla tecnologia medica e alla

medicalizzazione, con la conseguenza di espropriare la salute alla gente. Non mi posso dilungare su questo tema, ma mi limito a notare che quella critica si è rivelata valida. Il movimento degli Ospedali per la Promozione della Salute è un importante segno di sviluppo sulla buona e accidentata strada, per uscire dalla «mala» verso la «buona-sanità».