

ANTROPOLOGIA CULTURALE

Facoltà di Medicina A.A. 2008-2009

Corso Integrativo
Umanizzazione della medicina

*Promozione della salute e sfide della
globalizzazione nel 21° secolo*

Eloïse Longo

Dichiarazione di Jakarta

18-21 luglio 1997, Indonesia

- E' la prima Conferenza che viene organizzata in un paese in via di sviluppo

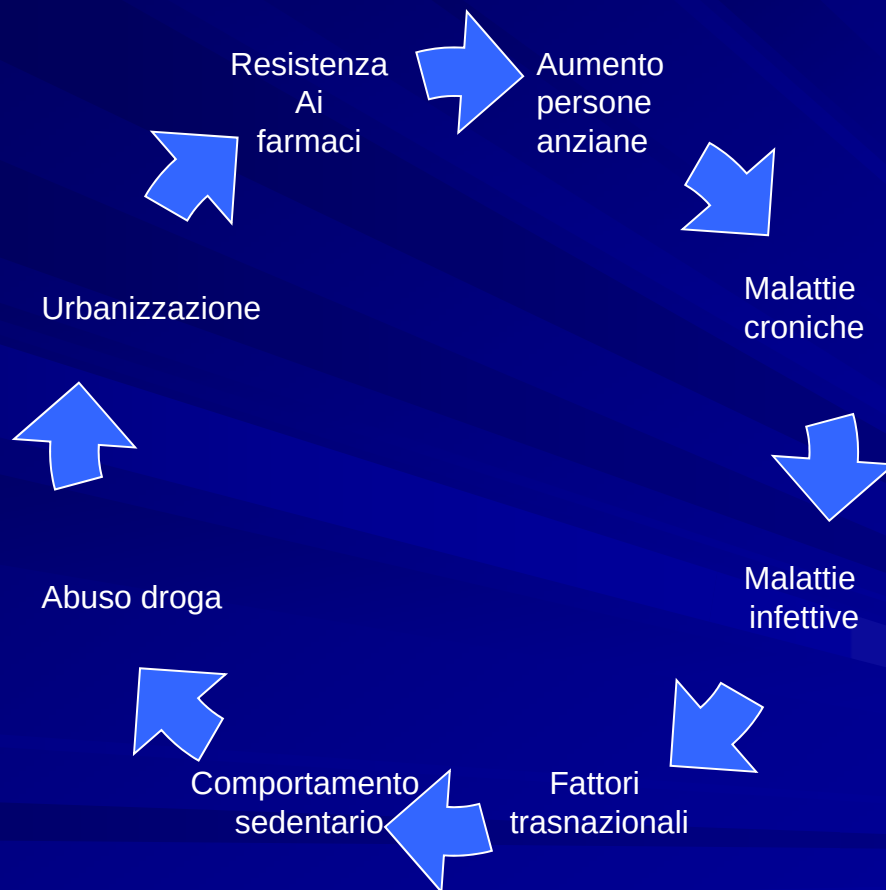


Promozione e tutela della salute sono strettamente collegate con i determinanti della stessa

Prerequisiti della salute



Fattori che minacciano la salute



Priorità per la promozione della salute nel 21° secolo

1. Promozione della responsabilità sociale
2. Aumento degli investimenti
3. Consolidamento ed espansione degli accordi operativi
4. Potenziamento delle capacità individuali e comunitarie
5. Finanziamento per le infrastrutture

Health21:Health for all in the 21° century 1998

Una domanda



Due obiettivi



Tre valori



Una strategia globale



21 Obiettivi di salute

Domanda

E' SANO

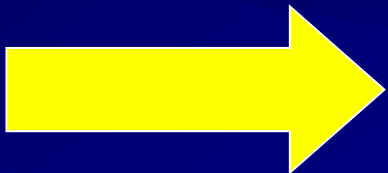
?

La finalità per tutti è il raggiungimento del massimo potenziale di salute

Due obiettivi

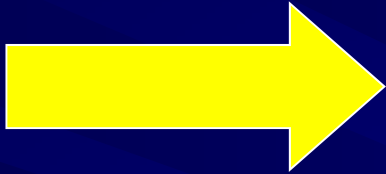


Promozione e protezione della salute lungo tutto il corso della vita

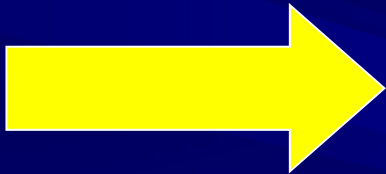


Riduzione dell'incidenza delle malattie, delle lesioni principali e delle sofferenze che esse causano

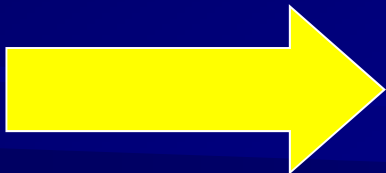
Tre valori



Salute come diritto umano
fondamentale



Equità nella salute e solidarietà
nell'azione all'interno e fra le
nazioni



Partecipazione e responsabilità da
parte di individui, gruppi, istituzioni
e comunità per lo sviluppo della
salute

Strategia globale

La “Salute per tutti” rappresenta un nuovo modello di politica sociale che gli 870 milioni di abitanti dei 51 stati della Regione Europea sono chiamati a realizzare sulla base di una sostenibilità scientifica, economica e sociale

21 OBIETTIVI

- 1) Solidarietà
- 2) Equità
- 3) Sano inizio di vita
- 4) Salute dei giovani
- 5) Invecchiare in modo sano
- 6) Migliorare la salute mentale
- 7) Ridurre le malattie trasmissibili
- 8) Ridurre le malattie non trasmissibili
- 9) Ridurre le lesioni causate dalla violenza e dagli incidenti
- 10) Un ambiente fisico sano e sicuro
- 11) Vivere in modo più sano

- 12) Ridurre i danni causati dall'alcol, dalle droghe e dal tabacco
- 13) Ambienti per la salute
- 14) Responsabilità multisettoriale nei confronti della salute
- 15) Integrazione del settore sanitario
- 16) Attivarsi per un'assistenza di qualità
- 17) Finanziamento dell'assistenza sanitaria e allocazione delle risorse
- 18) Sviluppo delle risorse umane orientate alla salute
- 19) Ricerche e conoscenze orientate alla salute
- 20) Realizzare alleanze orientate alla salute
- 21) Politiche e strategie orientate alla "Salute per tutti"

Carta di Bangkok (Thailandia 2005)



FINALITA'

Definisce impegni ed azioni per agire sui determinanti della salute



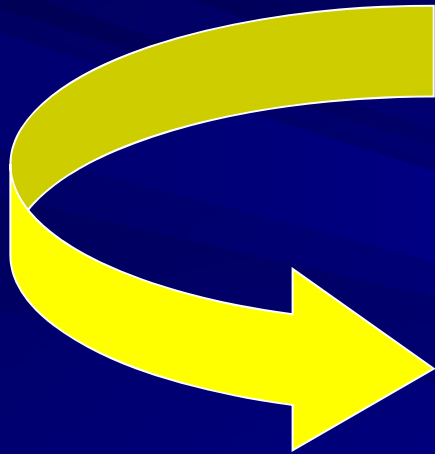
SCOPO

Sostiene politiche e partnership per dare più potere alle comunità

Interlocutori

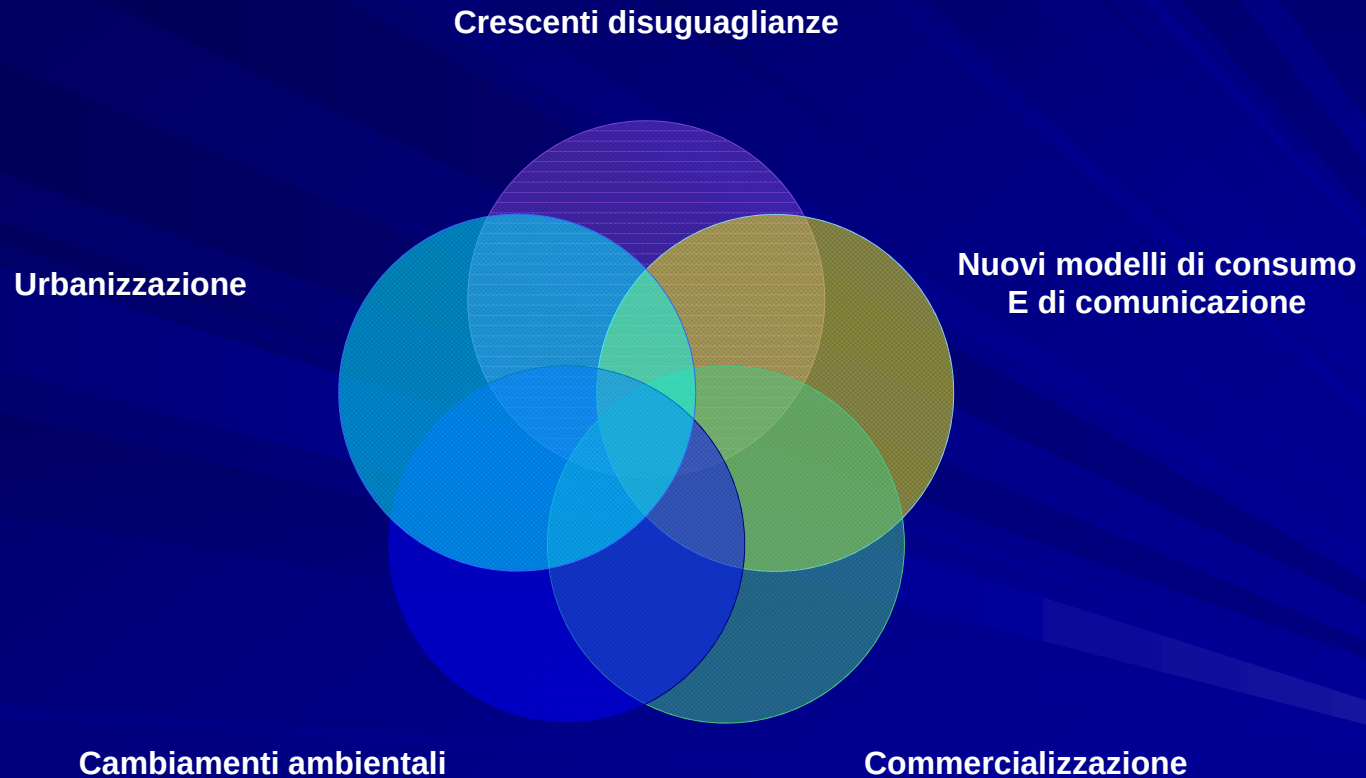


Globalizzazione



**Può offrire nuove
opportunità di
cooperazione per
migliorare lo stato
di salute**

Fattori critici



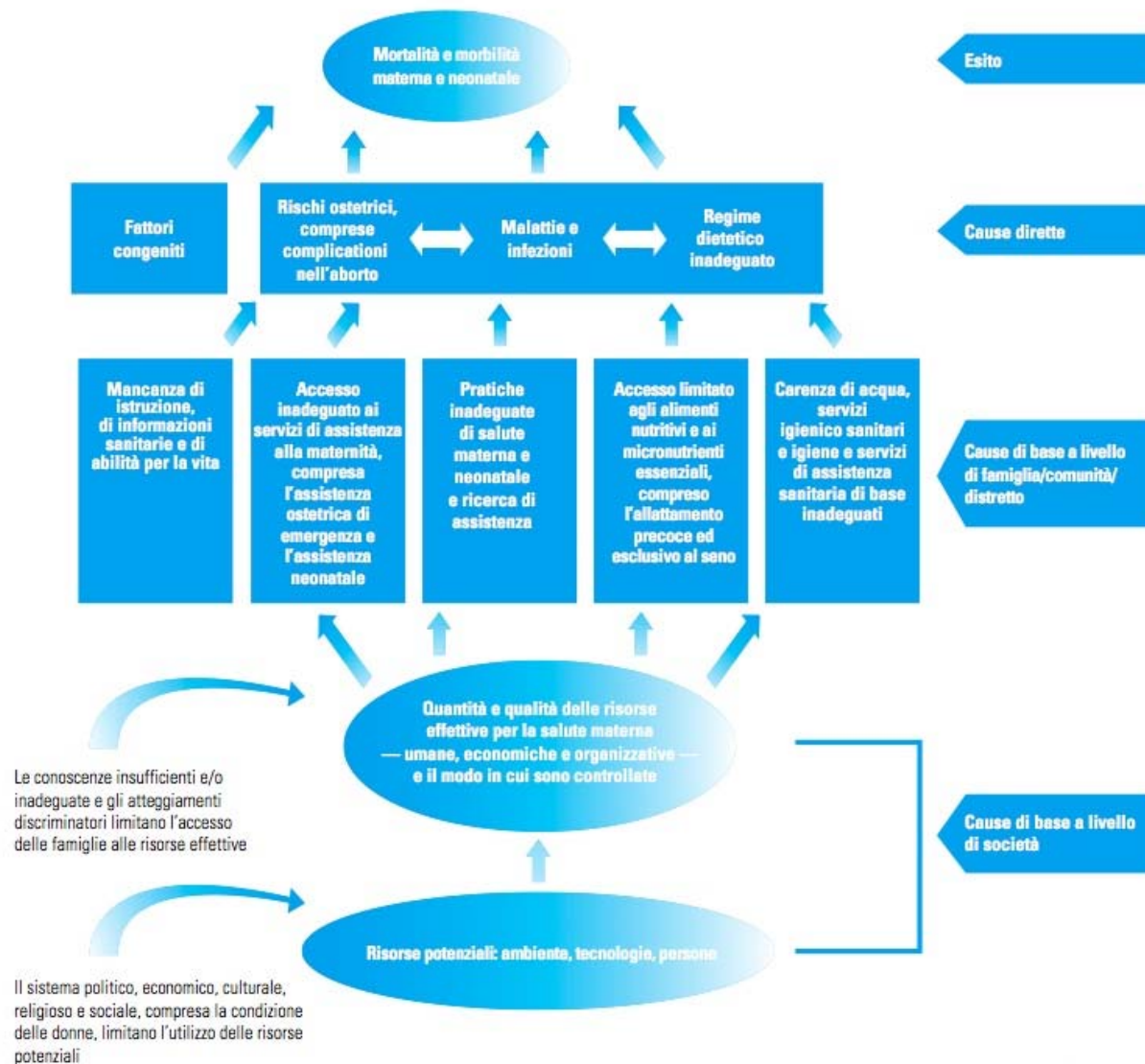
Strategie di promozione della salute



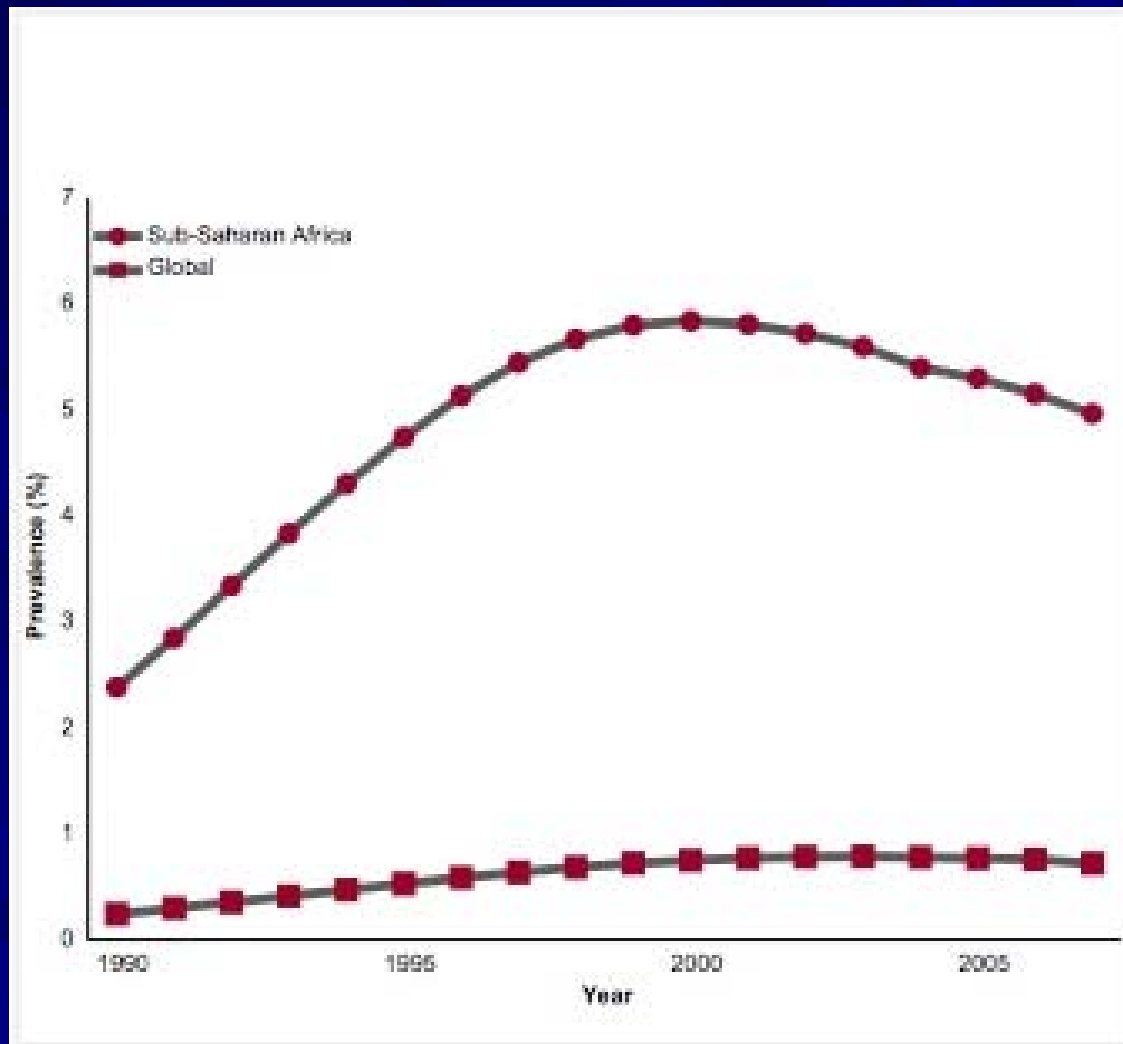
Dati sulla mortalità materna e neonatale

- ✓ Ogni anno più di un milione e mezzo di donne muore per cause associate alla gravidanza e al parto e circa 4 milioni di neonati muoiono entro 28 giorni dalla nascita.
- ✓ Il divario nei tassi di **mortalità materna** che esiste tra paesi industrializzati e regioni in via di sviluppo è più ampio di qualsiasi altro divario. Una donna di un paese meno sviluppato è **300 volte** più esposta al rischio di morire nel corso della vita a causa di complicazioni dovute alla gravidanza o al parto di una donna che vive in un paese industrializzato. Nessun altro tasso di mortalità presenta una disuguaglianza simile (2005)
- ✓ Il divario nella **mortalità neonatale** tra i paesi industrializzati e le regioni in via di sviluppo è altrettanto ampio. Secondo i dati del 2004, un bambino nato in un paese meno sviluppato ha **14 volte** più probabilità di morire durante i primi 28 giorni di vita di un bambino nato in un paese industrializzato (2004)

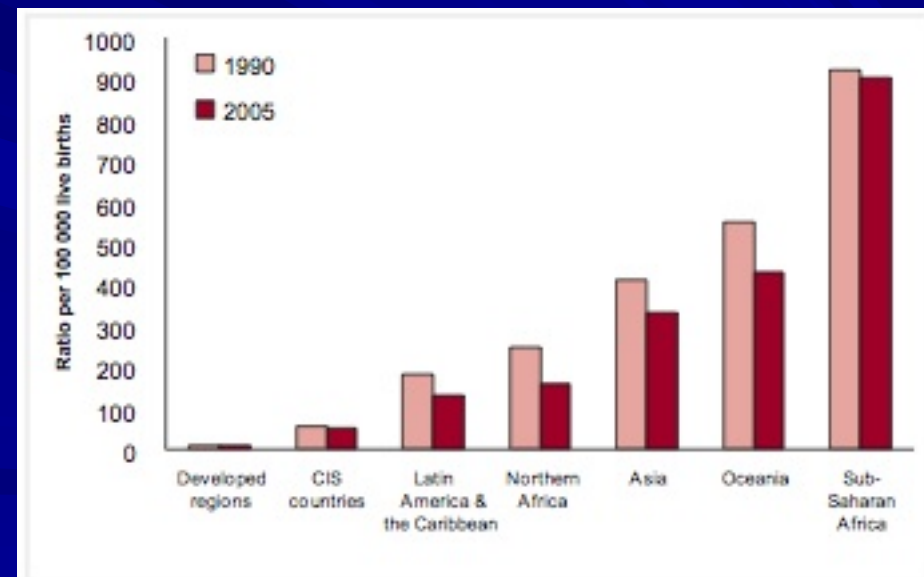
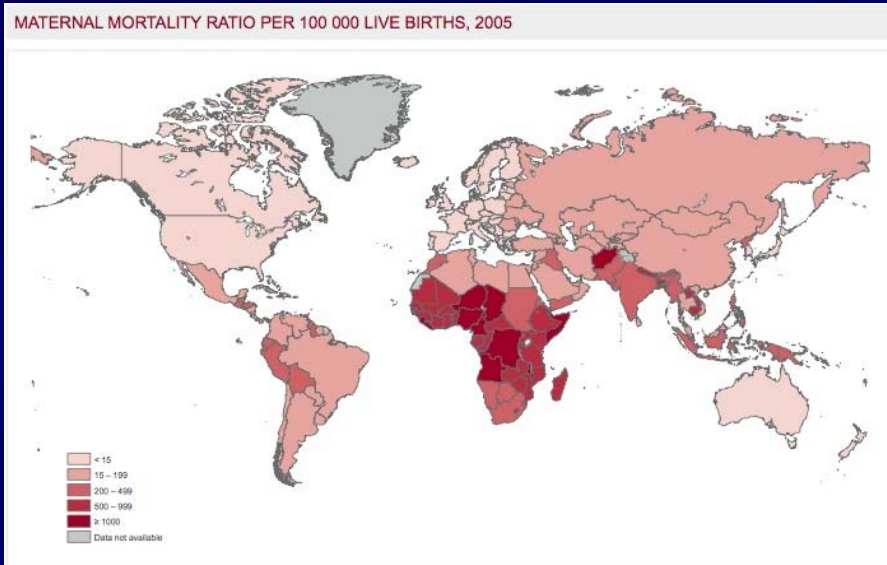
Mortalità e morbidità materna e neonatale



Prevalenza HIV Africa sub-sahariana vs tutti gli altri paesi



Mortalità materna in rapporto al numero dei nati vivi



ANTROPOLOGIA CULTURALE

Facoltà di Medicina A.A. 2008-2009

Corso Integrativo

Umanizzazione della medicina

La rete Health Promoting Hospitals HPH

Eloïse Longo

Cosa è

- ✓ Si tratta di un programma denominato “Ospedali per la promozione della salute”
- ✓ Un tentativo promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità al fine di introdurre nell'area dell'assistenza ospedaliera i principi e i metodi della promozione della salute

LA STORIA

Alla fine degli anni '80 l'Ufficio Europeo dell'OMS in collaborazione con l'Istituto di Sociologia della salute e della medicina L. Boltzmann di Vienna, ha deciso di avviare il Programma HPH in analogia con altre iniziative di promozione della salute

TRE FASI

```
graph TD; A[TRE FASI] --> B[Fino al 1992]; A --> C[1992-1997]; A --> D[1997-2009];
```

Fino al 1992
Sperimentazione e validazione
negli ospedali di una strategia
avanzata di promozione della
salute
(Budapest, 1991)

1992-1997
Progetto EPHP
20 ospedali di 11 paesi
impegnati a sviluppare
nell'arco di 5 anni
sottoprogetti di promozione
della salute
(Raccomandazioni di Vienna)

1997-2009
Fine della sperimentazione
negli Ospedali Pilota
e diffusione delle reti HPH
nazionali e regionali

GLI OBIETTIVI

Obiettivo generale



Migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera

Obiettivo specifico

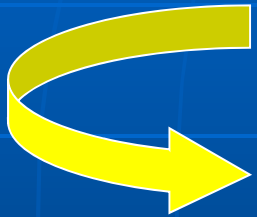


Promuovere un ospedale centrato sulla persona
e puntare sul carattere umanizzante dell'assistenza
ospedaliera

L'ospedale per la promozione della salute

- A. «Promuovere la dignità umana, l'equità, la solidarietà e l'etica professionale»
- B. «Essere orientato verso il miglioramento della qualità e del benessere dei pazienti, dei familiari e del personale medico»
- C. «Essere centrato sulle persone»
- D. Utilizzare e allocare le risorse disponibili in maniera efficace per migliorare il generale stato di salute
- E. Creare «legami» con gli altri settori e livelli del sistema sanitario

Le reti HPH



Attualmente le reti HPH nazionali e regionali formalmente attivate sono 35, presenti in 26 paesi della Regione Europea dell'OMS e contano più di 700 ospedali aderenti



In Italia sono attive 11 reti (Veneto, Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Liguria, Trentino, Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Campania, Sicilia)

Le altre reti nazionali e regionali HPH

- 1) Rete HPH austriaca
- 2) Rete HPH regionale belga della Comunità Francese
- 3) Rete HPH danese
- 4) Rete HPH francese
- 5) Rete HPH polacca
- 6) Rete HPH tedesca
- 7) Rete HPH lituana
- 8) Rete HPH slovacca
- 9) Rete HPH svedese
- 10) Rete HPH svizzera

Gli obiettivi della rete

- 1) Facilitare e incoraggiare lo scambio di esperienze e metodologie tra gli ospedali
- 2) Diffondere sempre più la cultura della promozione della salute negli ospedali
- 3) Orientare il management sanitario e ospedaliero verso gli altri aspetti della tutela della salute
- 4) Sviluppare e documentare casi di eccellenza e buona prassi ospedaliera
- 5) Identificare aree di comune interesse nelle quali poter sviluppare programmi e metodologie di valutazione

I VANTAGGI

- 1) Accesso e utilizzo della documentazione internazionale e dei database della rete
- 2) Utilizzazione del logo degli “Ospedali per la promozione della salute”
- 3) Partecipazione a progetti di ricerca e definizione di standard per la pratica delle attività realizzate all'interno della rete
- 4) Visita degli ospedali
- 5) Presentazione di articoli ai fini della pubblicazione della Newsletter degli Ospedali per la promozione della salute

Contesti di ricerca e attività

1. Miglioramento degli stili di vita
2. Continuità delle cure tra i diversi livelli assistenziali e percorsi assistenziali integrati tra ospedale e territorio
3. Educazione al paziente
4. Approccio multidimensionale e interculturale all'assistenza
5. Progetto Ospedale senza dolore
6. Sicurezza dei lavoratori
7. Accoglienza delle strutture

LE CONFERENZE

- a) Conferenze internazionali sulla promozione della salute;
- b) Conferenze della Rete italiana HPH, organizzate annualmente a partire dal 1997 dalle reti regionali;
- c) Conferenze delle task forces costituite all'interno del network HPH;
- d) Conferenze della Rete internazionale HPH, organizzate annualmente a partire dal 1993;
- e) Workshop dei coordinatori delle Reti nazionali e regionali degli ospedali per la promozione della salute, organizzati annualmente a partire dal 1995.

hph-hc

WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care
Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR)

welcome >>



WHO Collaborating Centre
for Health Promotion
in Hospitals and Health Care



World Health Organisation
Regional Office for Europe



Ludwig Boltzmann Institute
Health Promotion Research
An Institute of the Ludwig Boltzmann
Gesellschaft GmbH



Austrian Federal Ministry
of Health, Family and Youth



World Health Organization
Regional Office for Europe

Country
information

Health
topics

Media
centre

Data and
publications

About
WHO

Programmes
and projects



HPH Home

HPH
HEALTH PROMOTING HOSPITALS



Health Promoting Hospitals

Welcome to the WHO health promoting hospitals (HPH) database. It lists the contact details of all member hospitals of the international HPH network, and gives detailed information on their strategies, projects and activities. The latter is password protected. To apply for a password, e-mail who@es.euro.who.int.

Login

User name:

Password:

Login

BIBLIOGRAFIA

- 1) WHO. Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1
www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
- 2) WHO. La Carta di Ottawa per la promozione della salute. In: De Pieri P (a cura di) Dichiarazioni e documenti internazionali sulla promozione della salute. Padova. Centro di educazione alla salute - Servizio regionale di documentazione. 1998. ISBN 888-87095-04-3
- 3) Baric L. Health promotion and health education in practice - The organisational model. 1st ed. Altrincham. Barns Publications, 1994
- 4) EURO/WHO-Regional Committee for Europe. Report of the forty-sixth session. Copenhagen, 1996. EUR/RC46/REC/1. www.euro.who.int/document/rc46/ereport.pdf
- 5) EURO/WHO. La Dichiarazione di Budapest sugli Ospedali per la promozione della salute. 1991. www.retehphitalia.it/Allegati/budapest%20Dichiarazione.html
- 6) EURO/WHO. Le Raccomandazioni di Vienna sugli Ospedali per la promozione della salute. 1997. www.retehphitalia.it/Allegati/Vienna%20raccomandazioni.htm
- 7) EURO/WHO. Pathways to a Health Promoting Hospital Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. www.who.dk/Document/IHB/hphseriesvol2.pdf
- 8) Rete Italiana HPH. Accordo per la costituzione della Rete italiana degli Ospedali per la promozione della salute. www.retehphitalia.it
- 9) Rete italiana HPH. Intesa di Sanremo: gli Ospedali per la promozione della salute in Italia. 2001. www.retehphitalia.it

ANTROPOLOGIA CULTURALE

Facoltà di Medicina A.A. 2008-2009

Corso Integrativo
Umanizzazione della medicina

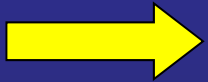
Processi di umanizzazione e contesti di ricerca

Eloïse Longo

Processo di umanizzazione

Essere “più umani” significa considerare la centralità della persona malata, il suo vissuto, i suoi malesseri, la sua situazione di vita e instaurare una relazione terapeutica meno fugace e distratta, meno impersonale e burocratica, più attenta all'unicità e globalità della persona e dei suoi valori culturali.

Gli ostacoli



Burocratizzazione dei servizi medici e
frantumazione specialistica



Distorsioni comunicative



Reciproche diffidenze



Dissonanze cognitive



Eterogeneità di motivazioni, valori, priorità

Le conseguenze



Perdita della visione olistica della persona

Crescente insoddisfazione e delusione per la qualità dei rapporti medico-paziente

Medicalizzazione e spersonalizzazione

- ✦ La persona malata viene ridotta a semplice malattia
- ✦ L'essere umano viene ridotto a un "corpo senza storia" (Ongaro Basaglia, 1982)
- ✦ Il soggetto della sofferenza viene presentato come luogo della malattia e non come "io narrante" (Good, 1994)

L'obiettivo

Recuperare la capacità di personalizzazione del rapporto medico-paziente e l'importanza della narrazione del vissuto di malattia

Società multiculturale

- Individuare i significati che gli utenti attribuiscono all'esperienza del ricovero, gli orientamenti di valore e gli aspetti critici dello stesso;
- Facilitare la comprensione e l'interazione tra pazienti e personale medico e sanitario in genere;
- Migliorare la qualità del servizio offerto e delle cure evitando quei meccanismi di estraniamento/esclusione che, purtroppo, ancora oggi sono radicati.

Strategie d'intervento

- ✓ Impatto del ricovero in ospedale sul vissuto di malattia in un'ottica sistemica
- ✓ Sviluppo delle potenzialità terapeutiche insite nelle persone
- ✓ Recupero della dimensione relazionale della cura medica
- ✓ Riequilibrio delle problematiche fisiche, psicologiche e socio-culturali dell'immigrato/a e dei suoi familiari
- ✓ Comprensione del nesso tra malattia, sistema ospedaliero, sistema culturale e socio-economico

Strategie d'intervento

- ✓ Accrescimento delle competenze di carattere culturale necessarie alla comunicazione fra gli utenti e familiari e operatori sanitari
- ✓ Ripensamento della fragilità della persona malata attraverso la narrazione quale momento imprescindibile nella relazione di cura
- ✓ Approfondimento delle reti semantiche che emergono dai racconti di malattia in riferimento al contesto culturale
- ✓ Analisi della qualità dell'ambiente e dello spazio quali luoghi fondanti e determinanti i condizionamenti della relazione medico-paziente

Contesto di ricerca

I.R.C.C.S. Fondazione Santa Lucia, Roma

Obiettivo generale: analizzare la complessità del rapporto che intercorre tra medico-paziente-familiari e struttura ospedaliera e le rappresentazioni culturali e sociali iscritte negli orizzonti biografici individuali.

Obiettivo specifico: particolari problemi connessi ai processi di umanizzazione delle strutture ospedaliere e le sue reali possibilità di concretizzazione

Metodi: L'analisi delle modalità di interiorizzazione e rappresentazione dell'evento traumatico è stata condotta attraverso la narrazione clinica.

Campione: 30 pazienti (con eziologia di trauma cranico lieve o moderato) e relativi familiari sia in regime di ricovero che in Day Hospital e 12 operatori sanitari (tra psicologi, infermieri e medici).

Traccia d'intervista: è stata suddivisa in tre aree, secondo una ripartizione temporale “prima” (dell'evento morboso), “durante” (il post-trauma, la riabilitazione) e “dopo” (il ritorno a casa). Il confronto paziente/familiare è stato fatto per svelare aree di convergenza/divergenza.

Principali indicatori clinici (causa del coma, la durata del coma, Glasgow Coma Scale, Glasgow Outcome Scale, Amnesia Post-Traumatica).

Tutte le interviste sono state precedute da un breve colloquio informale e dall'accettazione del “Consenso informato”

Risultati

Dalle interviste emergono chiari segnali indirizzati a:

- un rapporto più umano con i medici e il personale sanitario
- Interventi personalizzati, attenzione e cura
- La figura femminile si è rivelata centrale lungo tutto il percorso di malattia

Suggerimenti:

- migliore organizzazione tra tutte le tipologie di servizio offerte. L'eccessiva turnazione del personale e la sua mancanza limitatamente ai periodi festivi e alle vacanze, è causa di disservizi che spesso si ripercuotono sui pazienti e familiari.