

29° incontro annuale del Regions for Health Network – RHN

Sessioni plenarie e sessioni dei gruppi selezionati

Giorno 1 - 27 novembre 2024

Sessione introduttiva

Panoramica del network e delle sue attività nel tempo. Evidenziazione delle sfide e degli obiettivi principali all'interno dell'ecosistema sanitario. Panoramica degli obiettivi e delle strategie dell'OMS Europa e del CdR dell'UE e del loro collegamento con il Network delle Regioni per la Salute.

Tavole rotonde politiche: Governance per la salute

1. Rafforzare la governance per la salute a livello regionale: nel contesto di crisi multiple e di megatrend in corso, quali sono le priorità che guidano il vostro approccio alla resilienza?
2. Sostenere la salute e il benessere degli anziani: quali misure state implementando per sostenere e migliorare la salute e il benessere degli anziani nella vostra regione?

Panel 1

- Carlo Bolzonello, Ministero della Salute regione Friuli-Venezia Giulia. Ha analizzato l'approccio "one health", con particolare riferimento alle opportunità offerte dalla relativa autorità regionale in FVG. Ha menzionato gli sforzi compiuti per aggiornare i piani di prevenzione attraverso approcci multidisciplinari. Ha evidenziato i temi della mobilità, della migrazione e della resilienza della società civile.
- Sir Frank Atherton, Direttore sanitario del Galles. Ha portato una forte attenzione all'impatto della crisi ambientale e agli sforzi di sostenibilità che si intersecano con il settore sanitario, con particolare attenzione alle comunità di cura integrate. Ha evidenziato la presenza di resistenze agli sforzi in questo settore ed anche la pressione sul sistema sanitario.
- María Luisa del Moral, Viceministro regionale della Salute e dei Consumatori dell'Andalusia. Ha sottolineato le sfide in corso nella regione e gli sforzi attuali a livello locale, regionale e nazionale, come la Comprehensive Strategy for Healthy Living.
- Anna Mastorakou, vicegovernatore regionale per la salute pubblica della Grecia occidentale. Ha posto un focus specifico sugli sforzi di mappatura per quanto riguarda i servizi di salute mentale. Ha sottolineato il piano omnicomprensivo per la gestione dei casi di ictus con il supporto della telemedicina.

Panel 2

- Tomas Vaicekauskas, vicesindaco del Comune di Kaišiadorys, Kaunas. Ha evidenziato le sfide dell'accessibilità medica esacerbate dalla distribuzione della popolazione. Le strategie per una vita più sana tra la popolazione includono la continua creazione di infrastrutture liberamente accessibili. In futuro sarà necessaria anche una maggiore attenzione alla salute mentale.
- Peter Sögaard, Commissario, membro dell'Assemblea regionale, Västra Götaland. Ha illustrato le sfide poste da una popolazione distribuita in modo disomogeneo su un territorio ampio. A causa delle difficoltà del personale sanitario e della scarsa familiarità della popolazione con le nuove soluzioni informatiche, un'assistenza efficace rimane una sfida. Sono state evidenziate iniziative, come il trasporto pubblico gratuito, per la resilienza e il benessere della comunità.
- Mary Koury, consigliere regionale della Regione Attica. Ha riconosciuto le sfide regionali specifiche che derivano da una popolazione molto urbanizzata. Ha illustrato i progetti esistenti e in particolare le collaborazioni locali per affrontare le sfide dell'invecchiamento della popolazione.
- Amaia Antxustegi, Vicepresidente generale dell'Azione sociale, Governo della Biscaglia. L'accelerazione dell'invecchiamento della popolazione e le nuove realtà sociali che ne derivano presentano sfide che i modelli sanitari tradizionali non sono in grado di affrontare e a cui sono lenti a reagire. Ha evidenziato un modello di assistenza globale e trasversale. Strategia a lungo termine, con esempi già esistenti: personalizzazione delle cure, integrazione delle nuove tecnologie, rafforzamento dell'approccio comunitario.

Leadership nella sanità pubblica: quali sono le opportunità per le regioni oggi?

- Silvio Brusaferrò, ex Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma; Professore di Igiene e Sanità Pubblica, Università di Udine. Ampliamento del concetto della "crisi permanente", evidenziando la natura locale e globale della salute pubblica. Panoramica delle componenti e degli strumenti dell'innovazione sanitaria (come BCI, ESPOSOME, ICT), sottolineando come le regioni siano il punto centrale di tali sforzi, soprattutto perché l'innovazione prospera in contesti più flessibili e personalizzati rispetto agli sforzi centralizzati, che sono ancora necessari, ma non sufficienti da soli. L'integrazione efficace dei dati è la sfida principale da affrontare, soprattutto visti gli attuali ostacoli alla partecipazione.

L'IA può essere un supporto affidabile per migliorare le politiche di salute pubblica?

- Alberto D'Onofrio, professore ordinario, responsabile del Laboratorio di Informatica per i Sistemi Complessi, Dipartimento di Matematica, Informatica e Geoscienze dell'Università di Trieste. Panoramica di come l'intelligenza artificiale possa essere integrata nelle politiche di sanità pubblica come supporto fondamentale e strumento per l'omogeneità, sottolineando



la necessità che i responsabili politici abbiano una visione approfondita del quadro generale dell'IA. Ha espresso la necessità di sviluppare rapidamente un quadro legislativo, che è particolarmente difficile se si opera per analogia in un ambiente unico. Ha sottolineato l'impatto sul personale sanitario che necessita di operatori specializzati nell'IA. Ha affermato che l'attuale legislazione sui dati è eccessivamente conservativa e che i legislatori non hanno la necessaria comprensione dell'argomento e avrebbero bisogno di una nuova generazione di commissioni etiche che conoscono l'IA, nonché delle best practices fornite dalla politica e dalla ricerca in materia di IA, con un coinvolgimento attivo degli stakeholder a livello regionale.

Risultati del Q&A

I data scientist devono essere coinvolti nel processo di pianificazione per garantire non solo la raccolta di una quantità sufficiente di dati, ma anche della loro qualità. Dal punto di vista politico, l'impatto economico del cambiamento demografico è una preoccupazione notevole. Si potrebbe costituire un valido incentivo politico per lo sviluppo dell'IA, così come altre applicazioni pubbliche come il riconoscimento facciale e la sorveglianza.

Risultati dei membri e dei partner del Network delle Regioni per la Salute, strategie e approcci comuni

In una sessione interattiva, alle regioni e ai partner è stato chiesto di parlare dei loro successi nel promuovere la salute e il benessere nelle loro regioni o all'interno dei loro partenariati nel 2023-2024. Le presentazioni sono state condivise con la sessione plenaria:

- Charlotte Marchandise, vicedirettore di EUPHA European Public Health Association, ha fornito una panoramica generale dell'organizzazione, della sua struttura e delle sue attività. Menzione per la Settimana europea della salute pubblica 2025 (12-16 maggio 2025).
- Caroline Costongs, direttore della rete EuroHealthNet, il partenariato europeo per il miglioramento della salute, dell'equità sociale e del benessere, ha fornito una panoramica del lavoro politico di EuroHealthNet a Bruxelles. Ha inoltre fornito un quadro degli sviluppi politici in corso a livello europeo sui temi della salute pubblica, in particolare per quanto riguarda il futuro lavoro della nuova Commissione.

Durante la discussione generale, l'esperienza del Galles ha evidenziato come un memorandum d'intesa con l'OMS sia stato utilizzato come punto di partenza per l'implementazione della Welsh Health Equity Solution Platform e dei kit di strumenti accessibili attraverso di essa. Anche la pubblicazione della "Andalusia Comprehensive Strategy for Healthy Living", uno studio per la promozione di uno stile di vita sano basato su un approccio globale, è stata esaminata come un esempio prezioso in Spagna. Sono stati citati anche molti altri progetti e programmi di diversi Paesi,



tra cui le esperienze di Belgio, Russia, Turkmenistan, Germania, Austria e altri ancora. È stato inoltre evidenziato l'imminente lancio dell'hub di dati della European Healthy Cities Network dell'OMS.

Giorno 2 - 28 novembre 2024

GIORNO 2, SOTTOSESSIONE 1: Invecchiare in salute

Moderatore: Bettina Menne, Consigliere regionale, Healthy Settings, Ufficio europeo dell'OMS per gli investimenti per la salute e lo sviluppo

- Yongjie Yon, Funzionario tecnico, Invecchiamento e salute, Divisione Politiche e sistemi sanitari nazionali, Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa. Cosa potrebbe fare una nuova strategia dell'OMS per l'invecchiamento in salute per gli anziani? Panoramica delle tendenze generali relative all'aspettativa di vita (in buona salute), comprese le disuguaglianze di genere e la regressione causata dal COVID-19. Ha delineato quattro aree strategiche: prevenzione; trasformazione dei sistemi sanitari e assistenziali; creazione di ambienti sicuri e favorevoli; re-immaginazione dell'età e dell'invecchiamento, compresa la messa in discussione dell'ipotesi che l'invecchiamento della popolazione sovrasti i sistemi sanitari.

Tavola rotonda: sviluppare una nuova narrativa sull'invecchiamento attraverso approcci multidisciplinari

- Nick Guldemond, professore di sanità e salute pubblica, Centro medico dell'Università di Leiden, Dipartimento di sanità pubblica e cure primarie. Introduzione sull'impatto dell'innovazione dei dati e della tecnologia digitale sul settore sanitario, sottolineando il rischio di costi aggiuntivi in termini di risorse e tempo e il pericolo di rimanere indietro con approcci reattivi. Riflettori puntati sulla Strategic Partners' Initiative for Data & Digital Health. Ha menzionato le complessità nel migliorare il lavoro degli ecosistemi sanitari, con il prerequisito per l'utilizzo di strumenti digitali avanzati: la condivisione funzionale dei dati tra gli operatori sanitari. La frammentazione dei dati, dei finanziamenti e delle politiche è il problema principale.
- Geoff Green, professore emerito dell'Università di Sheffield Hallam. Focus sulle città a misura di anziano, con una panoramica su tre dimensioni fondamentali: ambiente fisico, ambiente sociale e servizi comunali. Ha evidenziato come, nel contesto della creazione di comunità a misura di anziano, l'OMS fornisca un quadro di riferimento sintetizzando le prove, mentre i comuni, le regioni e i partner contribuiscono con l'esperienza e le conoscenze necessarie in base alle competenze. Ha fornito esempi di tali contributi sui temi del traffico stradale e della

pedonabilità a Milano e della collocazione delle farmacie in base alla distribuzione degli anziani a Udine.

- Alice Borghini, Responsabile AGENAS. Ha illustrato il ruolo di AGENAS e lo status quo italiano, con un focus sull'attuazione del decreto n. 77 e i suoi obiettivi a livello regionale. Ulteriori approfondimenti sulla sanità digitale e sulla telemedicina nel contesto della riforma in corso e delle comunità di cura. Riconoscimento dei problemi incontrati nel coinvolgere i medici di base nelle attività.
- Federico Benassi, Dipartimento di Scienze Politiche, Università di Napoli Federico II. Presentazione del programma Age-It: Ageing Well in an Ageing Society, evidenziando il suo approccio integrato che include input delle scienze sociali e analisi dei bisogni a livello comunale.
- Stefania Pascut, Coordinatrice del progetto Città Sane, Comune di Udine. Riconoscimento del fatto che, mentre gli obiettivi generali dell'innovazione possono rimanere coerenti nel tempo, l'approccio e la concretizzazione di tali obiettivi variano. Evidenziazione di come, di fronte alle sfide significative del settore, i processi co-creativi e gli approcci socialmente focalizzati si rivelino ancora più necessari, e del valore aggiunto del lavoro all'interno dei network.
- Ana M Carriazo, senior advisor, Ministero regionale della Salute e dei Consumatori dell'Andalusia, Spagna. Focus sugli sforzi di prevenzione a livello regionale, sottolineando l'importanza dell'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale. Accenno agli sforzi per integrare le comunità di anziani sani in un ruolo più attivo nelle iniziative sanitarie a livello regionale e locale.

Invecchiare in salute: lavori di gruppo e prossime tappe

La sessione mirava a esplorare approcci multisettoriali all'invecchiare in salute. I contributi di questa sessione aiuteranno a sviluppare ulteriormente la bozza della Strategia dell'OMS per l'invecchiamento in salute. FASI SUCCESSIVE: Prima consultazione - audizione pubblica per fornire input sulla strategia dell'OMS per l'invecchiamento in buona salute nel gennaio 2025, che sarà seguita da consultazioni di più Stati membri e parti interessate nel corso del 2025.

GIORNO 2, SOTTOSESSIONE 2: Rafforzare il personale sanitario e assistenziale

Moderatore: Gianna Zamaro, Direttore, Direzione Salute, Politiche Sociali e Disabilità, Friuli-Venezia Giulia

Quadro d'azione per il personale sanitario e di assistenza

- Tomas Zapata, responsabile dell'unità "Personale sanitario e fornitura di servizi" dell'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa. La carenza di operatori sanitari si sta aggravando,



nonostante il numero di operatori sanitari sia più elevato che mai in Europa, perché l'aumento della domanda di servizi cresce a un ritmo più rapido di quello della forza lavoro sanitaria e molte persone che contribuiscono a quest'ultima sono solo lavoratori part-time. Inoltre, il personale sanitario sta invecchiando e alcuni Paesi dovranno affrontare un numero significativo di pensionamenti nei prossimi anni. Il pilastro più importante del Quadro d'azione per il personale sanitario e di assistenza nella Regione europea dell'OMS 2023-2030 è "Mantenere e assumere". Nel breve termine, l'accento è posto sulla capacità di trattenere i lavoratori migliorando le condizioni di lavoro, compresa l'attenzione alla salute mentale, e garantendo che le risorse digitali siano un supporto piuttosto che una sostituzione delle risorse esistenti.

- Leda Nemer, Consulente, Ambienti sani, Ufficio europeo dell'OMS per gli investimenti per la salute e lo sviluppo. Panoramica dell'Iniziativa dei Piccoli Paesi e del lavoro dei Punti focali all'interno del Quadro d'azione dell'OMS, con la presentazione delle best practices che rappresentano ciò che si sta facendo per ogni pilastro.

Sfide e soluzioni per il personale sanitario e di assistenza in Veneto

- Patrizia Bonesso, Direzione Risorse Umane, Area Sanità e Assistenza Sociale, Regione Veneto. Ha evidenziato le numerose sfide relative al reclutamento del personale sanitario e all'invecchiamento della popolazione e della forza lavoro della regione Veneto. Per quanto riguarda la necessaria (ri)evoluzione del sistema di cure primarie, sono state illustrate in dettaglio le preoccupazioni relative alla distribuzione territoriale e alla mancanza del personale necessario, in particolare degli infermieri, fornendo al contempo una ripartizione della forza lavoro esistente e delle sue interazioni con il settore privato. In questo contesto, sono stati evidenziati i problemi legati alle incapacità operative e alle dimissioni inaspettate, sottolineando ancora una volta come la carenza di personale infermieristico, a partire dalla fase di formazione, costituisca il principale punto di sfida. È stato evidenziato che "Addressing Healthcare Personnel Shortages in the Veneto Region, a Strategic Plan for Sustainable Workforce Development" è l'attuale sforzo per affrontare i problemi menzionati.

GIORNO 2, SOTTOSESSIONE 3: Cooperazione transfrontaliera in materia di salute e sanità pubblica

Moderatore: Alvisè Forcellini, Consulente, Healthy Settings, Ufficio europeo dell'OMS per gli investimenti per la salute e lo sviluppo

Dal "muro di Gorizia" alla cooperazione sanitaria dell'UE con la Slovenia

- Gianna Zamaro, Direttore, Direzione Salute, Politiche sociali e Disabilità, Friuli-Venezia Giulia. Panoramica del contesto storico e culturale e dei risultati della cooperazione tra Italia e



Slovenia. Evidenziazione delle attività di SALUTE-ZDRAVSTVO per la costruzione di una rete di servizi sanitari transfrontalieri e di ulteriori iniziative transfrontaliere nell'area.

Come costruire un progetto transfrontaliero: lezioni apprese dall'iniziativa Healthacross nell'Austria del sud

- Florian Lochner, Iniziativa Healthacross, Austria del sud. Ha menzionato il problema del potenziale spreco, con molte regioni che concentrano i loro sforzi su iniziative interne senza uno sguardo collegato alla cooperazione esterna. Ha inoltre evidenziato le sfide specifiche legate all'autonomia regionale e alla mancanza di una sufficiente integrazione, che porta a un uso inefficiente delle risorse. In questo ambito, gli esempi di cooperazione transfrontaliera di successo possono e devono essere utilizzati come modello per migliorare gli sforzi regionali.

Salute pubblica e cooperazione transfrontaliera: risultati dell'Euroregione Mosa-Reno

- Brigitte Van der Zanden, direttore di euPrevent. Basandosi su una vasta esperienza di cooperazione transfrontaliera nella regione, ha evidenziato l'insufficiente attenzione ai cittadini nelle priorità delle autorità sanitarie pubbliche. Ciò è molto evidente in una regione di confine, in quanto il monitoraggio dei pazienti, la condivisione dei dati e l'accesso ai servizi non sono integrati con successo, con un impatto significativo sulla copertura sanitaria e sull'accessibilità. Queste tendenze si applicano anche ai confini regionali in altri contesti, e si suggerisce che i quadri esistenti, come quelli disponibili a livello nazionale e condivisi dalla RHN, dovrebbero essere applicati anche a livello regionale e transfrontaliero. È stato inoltre riconosciuto come i progetti transfrontalieri possano essere utilizzati per importare buone pratiche nonostante la potenziale immobilità politica, dimostrando il successo nell'applicazione di input e soluzioni diverse da altri sistemi.

Ulteriori input dai partecipanti

Sono stati sollevati problemi di equità, soprattutto in contesti transfrontalieri, sulla base dell'esempio del Cantone di Ginevra. Poiché nelle zone di confine ci sono infrastrutture e sistemi sanitari diversi, la mancanza di integrazione transfrontaliera si rivela particolarmente onerosa.

GIORNO 2, SOTTOSESSIONE 4: Gruppo di lavoro parallelo 1 - Approcci alla salute pubblica

Organizzatore: Camilla Ihlebæk, Professore di Sanità Pubblica, Capo del Dipartimento di Scienze della Salute Pubblica, Università Norvegese di Scienze della Vita, Oslo.

Obiettivo: confrontare e discutere le diverse funzioni e i diversi approcci alla salute pubblica nelle regioni e nei paesi europei.

Risultato atteso: una comprensione comune dei punti di forza e di debolezza dei diversi modelli organizzativi e delle funzioni in relazione agli obiettivi di sanità pubblica.

Introduzione ai determinanti della salute e al loro impatto sulle strutture del sistema sanitario pubblico. Come è organizzata formalmente/legalmente la sanità pubblica nei diversi Paesi/regioni/comuni della RHN? Come dovrebbe essere organizzata e legiferata la sanità pubblica?

- **Esempio 1: Norvegia**

La legge sulla salute pubblica (2012) crea una responsabilità sia a livello nazionale che comunale, con il coinvolgimento di tutti i settori a livello comunale (non solo quello sanitario) e l'integrazione dei sistemi di pianificazione e amministrazione comunale in cicli di pianificazione quadriennali. La responsabilità principale è a livello comunale. A livello amministrativo: capo dell'esecutivo comunale, coordinatore della salute pubblica, capo della pianificazione comunitaria, ufficiale medico distrettuale.

- **Esempio 2: Paesi Bassi**

Governo centrale, livello centrale - RIVM, livello collaborativo senza mandato, livello regionale con i servizi sanitari pubblici (GGD) come elemento principale del sistema. Ripartizione di tutte le aree di attività principali che si applicano al personale sanitario, basate sulla legge sulla salute pubblica e finanziate da fondi comunali e governativi.

- **Esempio 3: Italia**

LEA (livelli essenziali di assistenza) basati sulla prevenzione collettiva e sulla sanità pubblica, assistenza a livello di distretto e assistenza ospedaliera. Il sistema è finanziato dallo Stato, mentre le Regioni possono garantire ulteriori servizi con risorse proprie. I distretti sono gli elementi fondamentali del sistema. Il piano nazionale per la prevenzione deve essere tradotto in piani regionali (PRP), con un approccio alla salute in tutte le politiche (determinanti individuali, socioeconomici, ambientali). Sono stati fissati 10 programmi sulla base del piano nazionale, mentre ulteriori programmi sono di competenza delle Regioni (l'Emilia-Romagna ne ha 20). I piani regionali devono essere tradotti in obiettivi a livello distrettuale.

- **Esempio 4: Canada**

La sanità è di competenza provinciale, con alcune responsabilità specifiche affidate al governo federale (come la concessione di licenze per farmaci/vaccini). Esistono leggi specifiche sulla salute pubblica per le singole province e le strutture dei sistemi sanitari variano in modo significativo. Le province stabiliscono standard e direzioni strategiche, ma la maggior parte delle decisioni specifiche sono prese a livello locale, con una forte frammentazione. È in corso una raccolta sistematica di dati per un censimento delle unità sanitarie locali e un profilo provinciale e nazionale dei sistemi sanitari pubblici (PNPPHS).

- **Esempio 5: Bulgaria**

Il sistema è molto centralizzato, con il Ministero della Salute e la Direzione per la Salute Pubblica e il Controllo Sanitario al vertice, e una serie di agenzie collegate. A livello regionale ci sono gli

ispettorati sanitari regionali, il governo sanitario regionale e locale e diverse agenzie collegate. Evidenziate le lacune causate dai programmi di screening opportunistici (rispetto ai programmi di screening basati sulla popolazione). Al contrario, il sistema per la salute materno-infantile, gestito dai medici di base, è efficace. Per quanto riguarda la prevenzione, le strategie nazionali generalmente non si traducono in politiche regionali/locali, al di fuori del lavoro svolto dalle università. La sorveglianza e il monitoraggio sono ostacolati dalla mancanza di registri funzionanti, anche se ci sono sforzi per opzioni digitali e centralizzate e per un nuovo sistema informativo sanitario. Uno dei punti di forza del sistema è il buon collegamento con le politiche e le risorse dell'UE.

Risultati della discussione

Sei pilastri principali per un migliore approccio alla salute pubblica:

1. Necessità di una struttura, una strategia e un quadro legislativo comuni, per garantire standard e supporto condivisi.
2. A livello regionale è necessaria una leadership e una guida unitaria per evitare la frammentazione delle politiche.
3. La salute pubblica dovrebbe essere una priorità nell'agenda governativa. È importante notare anche come gli operatori sanitari debbano essere inclusi nelle strategie di salute pubblica.
4. Concentrarsi sui determinanti sociali, per garantire un approccio globale.
5. Responsabilità intersettoriale, per garantire l'integrazione a tutti i livelli.
6. Infrastrutture di finanziamento pubblico solide e integrazione economica.

Giorno 3 - 29 novembre 2024

Presentazione della dichiarazione di Trieste

- Gianna Zamaro, Direttore, Direzione Salute, Politiche Sociali e Disabilità, Friuli-Venezia Giulia
- Bettina Menne, Consulente senior per le politiche, Healthy Settings, Ufficio europeo dell'OMS per gli investimenti per la salute e lo sviluppo

Feedback dei giorni 1 e 2 e identificazione delle priorità per il 2025

Un portavoce di ciascun gruppo (e della sessione aggiunta) ha presentato una panoramica dei risultati delle discussioni o della sessione, con particolare attenzione alle aree di intervento che potrebbero essere pianificate in modo collaborativo per il 2025.

DISCUSSIONE DI GRUPPO APPROFONDATA: PRIORITÀ

Cosa è più significativo per noi su cui lavorare nel 2025? Input specifici e definiti.

- Raccolta di conoscenze più sistematiche dalle regioni sui sistemi di sanità pubblica e sulle strategie per argomenti specifici, per condividere sia le sfide che gli esempi di successo (riconoscendo le differenze, ma apportando comunque valore).
- Confronto sistematico e profilazione regionale per fornire soluzioni su misura e/o opportunità di cooperazione. Un confronto più sistematico dei contesti regionali può affinare l'applicazione delle buone pratiche e delle strategie, nonché l'identificazione dei problemi (molta letteratura esistente si concentra sul confronto tra Paesi). Poiché esistono sforzi e strumenti per incoraggiare la condivisione di buone pratiche (come la Piattaforma di politica sanitaria dell'UE o la stessa RHN), cosa impedisce loro di rispondere sufficientemente alle esigenze espresse? I database generici di buone pratiche possono essere difficili da analizzare/utilizzare in modo efficiente, e l'interazione umana è molto utile e talvolta effettivamente necessaria per condividere le migliori pratiche e discutere dinamicamente le sfide.
- Sostegno all'implementazione di strumenti di IA per migliorare l'alfabetizzazione sanitaria e potenziare la promozione della salute, oltre a sostenere il lavoro dei professionisti direttamente. Strumenti/formazione
- Impegno nei confronti dei determinanti commerciali della salute (in relazione al prossimo rapporto dell'OMS), condivisione delle strategie di successo esistenti per fare pressione sull'adozione di standard più severi.
- Condivisione di buone pratiche sull'implementazione della salute in tutte le politiche; il necessario supporto al personale sanitario (mantenimento, assunzione, condizioni di lavoro).
- Maggiore interazione e connettività della RHN durante l'anno, potenzialmente con una sezione del sito web dedicata. È possibile nell'ambito delle infrastrutture e delle regole dell'OMS? Riconosciuta l'esistenza di altri organismi e reti che possono svolgere funzioni di supporto (come EuroHealthNet, EUREGHA). Feedback sulla newsletter esistente: potenzialmente troppo incentrata su iniziative più ampie dell'OMS.

Altre priorità dei gruppi coinvolti: Invecchiare in salute; salute mentale e i suoi determinanti, con particolare attenzione ai giovani; economia del benessere; cambiamenti climatici e salute; ambiente costruito; database di rete; personale sanitario; collaborazione intorno alla salute pubblica e alla salute in tutte le politiche; assistenza a lungo termine; coinvolgimento e attivazione; IA e salute digitale; comportamenti sani; scalabilità e sostenibilità delle soluzioni.