



**ATTO DI INDIRIZZO PER LE ATTIVITÀ DI
EDUCAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLE
AA.SS.LL. DELLE REGIONE CAMPANIA**

INDICE

INTRODUZIONE		pag. 4
Cap. I	I DETERMINANTI DI SALUTE MODIFICABILI E LE DISUGUAGLIANZE NEL CONTESTO CAMPANO	pag. 5
	a) Le Disuguaglianze in salute	
	b) Health Equity Audit: uno strumento utile per considerare e affrontare le disuguaglianze di salute	
Cap. II	LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ALLA LUCE DI NUOVI BISOGNI DI SALUTE	pag. 8
Cap. III	I PRINCIPI DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE	pag. 10
	a) Prevenzione e promozione della salute sono tanto più efficaci quanto più precocemente coinvolgono le persone: l'approccio <i>life-course</i>	
	b) I contesti della salute: il setting approach	
	c) La "scuola promotrice di salute"	
	d) L'organizzazione dei servizi sanitari è un determinante della salute delle persone: accountability dell'organizzazione e ri-orientamento dei servizi	
	e) La rete della salute in Campania e i living lab	
	f) I soggetti di salute e l'interazione tra i contesti	
	g) I requisiti di qualità da considerare per ideare e implementare i programmi di promozione della salute	
	h) Migliorare la capacità delle persone di scegliere stili di vita salutari	
	i) Migliorare la capacità delle comunità di favorire stili di vita salutari: empowerment di gruppo, collective efficacy	
Cap. IV	LA GOVERNANCE REGIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE	pag. 22
	a) Integrazione, trasversalità, intersectorialità	
	b) Il modello operativo e la governance regionale relativa alla promozione della salute	
Cap. V	LA GOVERNANCE AZIENDALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE	pag. 26
	a) La funzione per la promozione della salute delle AA.SS.LL.	
	b) Il modello organizzativo e l'organigramma trasversale per la promozione della salute	
	c) L'integrazione tra sistemi	
	d) La pianificazione aziendale per la promozione della salute	
Cap. VI	LE COMPETENZE DEGLI OPERATORI	pag. 35
	a) Approcci teorici e metodologici di riferimento	
	b) Le competenze dell'operatore impegnato nei programmi di educazione e promozione della salute	
	c) I contenuti della formazione	
Cap. VII	LE BUONE PRATICHE: AZIONI DA INTRAPRENDERE	pag. 39
	a) Migliorare gli interventi, adottare buone pratiche	
Cap. VIII	IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE	pag. 42

ALLEGATI

- 1) Normative nazionali e regionali di riferimento
- 2) Programmi unitari per tema, *target* e *setting* in base al PRP 2014-2018
- 3) Griglie per la valutazione generale di buona pratica
- 4) Indicazioni sugli interventi efficaci per specifici *setting*, temi e *target*
- 5) Programmi buona pratica
- 6) Il monitoraggio e la valutazione degli interventi

BIBLIOGRAFIA- SITOGRAFIA

INTRODUZIONE

La Regione Campania, con DGR n. 860 del 29.12.2015 e successivo DCA n° 36 del 01.06.2016 ha approvato il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) per gli anni 2014-2018 che attua a livello regionale i principi e gli indirizzi del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-18, nato dall'Intesa 13 novembre 2014 fra Stato, Regioni e Province autonome. Il Piano pone le popolazioni e gli individui al centro delle azioni e propone interventi che accompagnano il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile attraverso un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione.

Il presente documento ha la finalità di definire modalità univoche di gestione e attuazione degli interventi di promozione della salute sul territorio regionale per migliorare il grado di "*empowerment di sistema*", cioè la capacità del *sistema salute* di sviluppare le proprie competenze in maniera strutturata.

Il documento contiene indicazioni sull'attuazione di azioni di sistema importanti a livello regionale ed aziendale, che possano dare il senso di un suo consolidamento nel tempo, con lo scopo precipuo di:

- affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare;
- basare gli interventi di promozione della salute e prevenzione sulle migliori evidenze di efficacia;
- garantire un processo di *Capacity Building*, sia in termini di costruzione di competenze degli operatori che di adeguamento delle competenze organizzative (*accountability* dell'organizzazione);
- adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle disuguaglianze.

Il Sistema Sanitario Regionale deve, quindi, essere sempre più orientato verso la tutela complessiva della *Salute* dei cittadini in una visione olistica della persona lungo le dimensioni bio-psico-sociale.

La cornice culturale in cui si opera riconosce alla sanità pubblica il ruolo di *advocacy* nel processo di promozione della salute, che vede coinvolte anche altre istituzioni e soggetti diversi dal mondo sanitario secondo il principio della intersectorialità e della conseguente multidisciplinarietà.

Il compito primario è promuovere una cultura della salute che comporti, da parte di tutti i sistemi e le strutture che determinano le condizioni socioeconomiche e l'ambiente fisico della popolazione, la presa di coscienza delle implicazioni che il loro modo di operare ha sul benessere del singolo e della collettività secondo la strategia "*La salute in tutte le politiche*", assumendo come riferimento la strategia europea *Gaining health* per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche.

Nell'Allegato 1 sono indicate tutte le normative nazionali e regionali di riferimento nella stesura del presente documento.

Capitolo I

I DETERMINANTI DI SALUTE MODIFICABILI E LE DISUGUAGLIANZE NEL CONTESTO CAMPANO

Il livello di salute dei cittadini campani, così come emerge dai Sistemi di Sorveglianza e da altri Sistemi Informativi, è mediamente poco soddisfacente, soprattutto se paragonato con quello dei cittadini residenti nelle altre regioni del Paese.

Le rilevazioni in merito alle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) e i relativi determinanti mostrano che tra le famiglie campane si registrano livelli ancora troppo elevati di sedentarietà e scarsa attività fisica, di scorretta alimentazione, di abuso di fumo e alcol. Tutti fattori di rischio che, pur essendo “modificabili”, interessano ancora una fetta troppo ampia della popolazione regionale.

Anche altre condizioni suscettibili di miglioramento grazie a un’efficace prevenzione e promozione della salute, quali gli incidenti (domestici, stradali e nei luoghi di lavoro), le malattie trasmissibili, le patologie associate ai determinanti ambientali, mostrano nella nostra regione livelli preoccupanti. Gran parte delle condizioni su riportate, siano esse determinanti di salute oppure patologie conclamate, tendono a concentrarsi in modo particolare tra le fasce di popolazione in condizioni socio-economiche svantaggiate che, in Campania, sono rappresentate molto più che nelle altre regioni dell’intero Paese. Questi cittadini particolarmente vulnerabili, purtroppo, sono anche quelli più difficilmente raggiungibili da efficaci interventi di prevenzione. Una tale situazione genera disuguaglianze di salute che nella nostra Regione registrano livelli davvero preoccupanti.

La risposta del sistema sanitario, così come emerge dai Sistemi di Sorveglianza, non appare particolarmente efficace per una serie di motivi. Innanzitutto il piano di rientro, in cui la Campania si trova dal 2007, ha contribuito a ridurre sostanzialmente il numero degli operatori sanitari regionali, soprattutto a carico dei servizi territoriali. In secondo luogo, come rilevano i sistemi di sorveglianza, l’efficacia dell’azione delle cure primarie nella promozione di stili di vita salutari in favore della popolazione non si è rivelata adeguata. In terzo luogo, lo scarso sviluppo dell’intersectorialità non ha permesso un’adeguata crescita di politiche per la salute trasversali ai principali *setting* della società civile, ostacolando in tal modo l’implementazione della promozione della salute nella realtà sociale. Infine, il ritardo nell’adeguamento delle competenze organizzative (*accountability* dell’organizzazione) e degli operatori non ha di certo favorito l’appropriatezza degli interventi di prevenzione.

Una tale situazione richiede urgentemente interventi “di sistema” che possano conferire sostenibilità nel tempo alle azioni di prevenzione che andranno a implementarsi nei prossimi anni. Per garantire un’appropriata, sistematica ed efficace promozione della salute è necessario soddisfare alcune priorità: l’investimento di adeguate risorse, l’*accountability* dell’organizzazione, la realizzazione di un’efficace intersectorialità sia a livello regionale che territoriale, l’adeguamento delle competenze degli operatori, l’implementazione delle *buone pratiche* di dimostrata efficacia e un’azione più determinata verso la riduzione delle disuguaglianze di salute nella popolazione. Queste priorità rappresentano i principali obiettivi che i decisori regionali e aziendali dovranno perseguire nei prossimi anni.

a) Le Disuguaglianze in salute

In Campania, ancor più che nel resto d’Italia, si registrano disuguaglianze di salute di notevole entità: ciò vuol dire che gruppi di cittadini con condizioni socio-economiche più svantaggiate mostrano livelli di salute peggiori rispetto al resto della popolazione. Tali

disuguaglianze di salute riguardano tutte le dimensioni della salute come l'aumentata esposizione a fattori di rischio la maggiore probabilità di ammalarsi, la precocità d'esordio, la maggiore probabilità di cronicizzazione, di esiti invalidanti e infausti. Le disuguaglianze di salute, inoltre, sono associate alle più comuni dimensioni della posizione socio-economica, sia quelle che riguardano la capacità di controllo delle risorse disponibili (classe sociale, livello di istruzione), sia quelle di tipo distributivo delle risorse stesse (reddito, possesso di beni).

Le disuguaglianze, inoltre, sembrano seguire una modalità "a gradiente": a ogni posizione nella scala sociale corrisponde un livello di salute meno favorevole rispetto alla posizione superiore e uno più favorevole rispetto a quella inferiore.

Considerato che le disuguaglianze di salute rappresentano il determinante che spiega più di ogni altro fattore di rischio le variazioni di salute della popolazione, esse rappresentano una priorità da affrontare adeguatamente se si vuole innalzare sensibilmente il livello di salute della popolazione.

In tutte le aree delle politiche sia sanitarie che non sanitarie è possibile implementare azioni che, se adeguatamente ideate nell'ottica della promozione dell'equità, possono concorrere a contrastare o moderare i vari meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute. Auspicabilmente, ogni politica e intervento dovrebbe essere ideato e pianificato utilizzando una griglia di *health equity audit* dei processi e dei risultati attesi, eseguendo preliminarmente una valutazione ex-ante di se e come l'intervento potrebbe generare disuguaglianze di salute.

b) Health Equity Audit: uno strumento utile per considerare e affrontare le disuguaglianze di salute

L'*Health Equity Audit* (HEA: audit di equità in salute) è un processo mediante il quale si analizzano, si descrivono e si quantificano le iniquità di salute, con lo scopo realizzare programmi, interventi e azioni basati sul principio dell' "universalismo proporzionale". Si tratta di un processo ciclico attraverso il quale i diversi attori coinvolti (operatori sanitari, decisori, ma anche politici, cittadini, etc):

- valutano sistematicamente le disuguaglianze di salute nelle cause di malattia, nell'accesso ai servizi e nell'esito degli interventi per una determinata popolazione;
- garantiscono che l'azione di contrasto sia condivisa e incorporata nei programmi, interventi e azioni;
- valutano l'impatto delle azioni intraprese nel ridurre le iniquità.

L'intero processo di HEA ha una durata che può essere sostanzialmente diversa in base al tipo e all'entità del problema, che può variare da alcuni mesi ad alcuni anni. L'HEA si realizza in sei fasi successive:

1. Creare il gruppo di lavoro e concordare le aree prioritarie da affrontare;
2. Predisporre il *Profilo di Equità* (consiste nella raccolta di informazioni su stato di salute, utilizzo di servizi sociosanitari e distribuzione dei determinanti sociali di salute, in accordo a variabili socioeconomiche, per individuare iniquità tra gruppi distinti di popolazione);
3. Identificare le disuguaglianze di salute ed eventuali azioni di contrasto da implementare;
4. Concordare gli obiettivi per contrastare le iniquità con i gruppi di interesse coinvolti (decisori, operatori, beneficiari, etc);
5. Avviare e sostenere il cambiamento;
6. Valutare i progressi e l'impatto delle azioni di contrasto rispetto agli obiettivi prefissati.

Lo scopo finale dell'*HEA* è, in sintesi, la redistribuzione delle risorse disponibili in funzione dei bisogni della popolazione, nell'ottica dell'"Universalismo proporzionale".

Capitolo II

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ALLA LUCE DI NUOVI BISOGNI DI SALUTE

Il presente documento assume come riferimento diversi indirizzi internazionali che configurano la promozione della salute come una complessa azione sistemica che richiede:

1. la partecipazione non solo del sistema sanitario ma di una pluralità di istituzioni e soggetti.

La dichiarazione della Conferenza Alma Ata evidenzia che la salute *“è un diritto umano fondamentale e il raggiungimento del maggior livello di salute possibile ... richiede il contributo di molti settori economici e sociali in aggiunto a quello sanitario”*;

2. la partecipazione “attiva” delle persone e delle comunità.

La Carta di Ottawa definisce la promozione della salute come *“il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla”*, che consente all’individuo o al gruppo di “essere capaci di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l’ambiente circostante o di farvi fronte”. La Carta di Ottawa sottolinea, inoltre, l’importanza di predisporre azioni sinergiche volte a: creare ambienti favorevoli alla salute ed a rinforzare l’azione comunitaria, fornire mezzi e sviluppare capacità personali, riorientare i servizi sanitari e costruire una politica per la salute;

3. una forte attenzione ai gruppi di cittadini che vivono in condizione di svantaggio ed emarginazione sociale.

Tra le raccomandazioni della Conferenza di Adelaide si assume “l’equità” come un prerequisito della salute, si evidenzia che *“le disuguaglianze sul versante della salute sono radicate nelle ingiustizie presenti nella società...”* e si sottolinea la necessità di *“... attuare una politica che crei ambienti favorevoli e che migliori l’accesso a beni e servizi che accrescono la salute”*, riconoscendo una forte priorità ai gruppi svantaggiati e vulnerabili;

4. azioni mirate a creare ambienti favorevoli alla salute.

Tali ambienti includono aspetti naturali e sociali (es. il luogo in cui le persone vivono, lavorano, trascorrono il tempo libero, la loro comunità locale, la loro casa, l’accesso alle risorse per la salute, etc.). La Conferenza di Sundsvall sottolinea l’importanza che *“gli ambienti favorevoli mettono in grado le persone di espandere le proprie capacità e di sviluppare autonomia”*. Nell’ambito di tali azioni si evidenzia, inoltre, che l’Ufficio Europeo dell’OMS già dal 1986 ha varato il progetto Città Sane, perché la città è un contesto e un soggetto fondamentale per la promozione della salute. *“La città sana è quella che costantemente crea e migliora i contesti fisici e sociali ampliando le risorse della comunità che permettono ai cittadini di aiutarsi a migliorare tutti gli aspetti della vita e a sviluppare al massimo il proprio potenziale”*;

5. azioni volte a configurare l’ospedale come una struttura con il compito, non solo di curare le persone, ma di attivare progetti orientati ai cittadini/pazienti, al personale e alle comunità. La Dichiarazione di Budapest evidenzia l’importanza di:

- accrescere la consapevolezza dell’impatto che l’ambiente ospedaliero ha sulla salute dei pazienti, del personale e delle comunità;
- creare nell’ospedale ambienti di vita favorevoli, umani e stimolanti;

- aumentare la disponibilità e la qualità dell'informazione, della comunicazione, dei programmi educativi e di apprendimento di abilità per i pazienti e i loro familiari;
- migliorare la collaborazione con i servizi sanitari e sociali inseriti nella comunità;

6. un'alleanza globale per la promozione della salute.

La Conferenza di Jakarta individua tra le priorità della suddetta alleanza:

- aumentare la consapevolezza che i determinanti della salute possono essere modificati;
- sostenere lo sviluppo della collaborazione e delle reti per la crescita della salute;
- dare la possibilità di un sapere condiviso;

7. l'importanza che la Scuola assuma su di sé, in base alla propria *mission* istituzionale, la titolarità della promozione della salute.

Le Conferenze Europee attinenti alle Scuole che Promuovono Salute:

- evidenziano i valori, i principi ed i benefici delle Scuole che promuovono la salute;
- forniscono diverse indicazioni metodologiche;
- descrivono le articolate azioni da attivare da parte delle Scuole, funzionali alla promozione della salute.

Capitolo III

I PRINCÍPI DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Per poter realizzare pienamente la promozione della salute e favorire così il migliore impatto sul benessere della popolazione, è necessario rispettare alcuni principi fondamentali che nel corso delle ultime decadi sono stati universalmente condivisi.

a) Prevenzione e promozione della salute sono tanto più efficaci quanto più precocemente coinvolgono le persone: l'approccio *life-course*

Il benessere di una persona lo si costruisce giorno per giorno, a partire dal concepimento, nel tempo e nelle diverse fasi della vita. L'esempio della prevenzione dell'obesità agevola la comprensione di una tale affermazione: un efficace *Corso di Accompagnamento alla nascita* offerto alla gestante, un peso alla nascita del neonato né troppo basso né troppo alto, l'allattamento materno prolungato, un'alimentazione adeguata e uno stile di vita familiare non sedentario nei primi anni di vita del bambino, lo sviluppo delle *life-skills*, un'esperienza scolastica salutare del bambino e dell'adolescente, una vita all'aria aperta e in movimento, poca TV, la pratica di attività fisica, e poi un'alimentazione salutare in età giovane e adulta, la non sedentarietà, l'utilizzo delle scale e il camminare a piedi, il consumo moderato di alcol, un invecchiamento attivo rappresentano non solo potenti fattori protettivi dell'obesità in tutte le età ma anche il modo migliore per aumentare l'aspettativa di vita in buona salute. Non altrettanto efficaci, o forse quasi per nulla efficaci, sono invece gli interventi finalizzati alla prevenzione dell'obesità o allo sviluppo del benessere quando sono realizzati in modo episodico e isolato e che non tendono ad "accompagnare" l'individuo nelle diverse fasi della propria vita.

L'approccio *life-course* al benessere dell'individuo, in particolare nel campo della promozione della salute, rappresenta un elemento di grande importanza che aumenta sensibilmente l'efficacia e l'efficienza della prevenzione e migliora tangibilmente la salute e il benessere delle persone. Per tale motivo il Piano Nazionale della Prevenzione e il PRP campano sottolineano ripetutamente la necessità di pianificare e implementare le azioni di prevenzione non in maniera episodica ma costantemente e nelle diverse fasi della vita degli individui.

b) I contesti della salute: il *setting approach*

Un *setting* è il luogo dove la gente usa e modella l'ambiente attivamente; è anche il luogo dove le persone risolvono i problemi relativi alla salute. I *setting* possono normalmente essere identificati come aventi confini fisici, all'interno dei quali vi sono una serie di persone con ruoli definiti, e una struttura organizzativa. Esempi di *setting* sono: scuole, luoghi di lavoro, ospedali, quartieri e città.

I *setting* sono veicoli per raggiungere gli individui, per migliorare l'accesso ai servizi, ma sono anche soggetti che interagiscono tra loro.

Il *settings approach* alla promozione della salute è un metodo olistico e multidisciplinare il cui obiettivo è quello di migliorare gli *outcomes* di salute attraverso interventi "rivolti a tutto il sistema". Il *setting approach* ha origine dalla Carta di Ottawa dell'OMS per la Promozione della Salute.

Secondo l'analisi ecologica-sistemica i diversi elementi (organizzativi, strutturali, sociali, culturali, individuali, ecc.) di cui il contesto è costituito interagiscono influenzandosi reciprocamente. La prospettiva ecologica-sistemica sottolinea l'importanza dei legami, delle

relazioni, dei meccanismi di retroazione e interazione tra le parti dei sistemi.

I principi chiave del *setting approach* includono la partecipazione della comunità, la responsabilizzazione e l'equità.

Le comunità costituiscono, dunque, il luogo d'eccellenza dell'intervento di promozione della salute, non solo perché sono considerate come importanti forze sociali per un processo di cambiamento, ma anche perché costituiscono un mediatore chiave tra il soggetto e il contesto sociale e nel tempo stesso sono profondamente strutturate dalle relazioni sociali. Gli interventi al suo interno dovrebbero però, in un'ottica sistemica, considerare i processi dinamici che intercorrono tra i diversi livelli di cui un contesto è costituito (ad esempio, coinvolgendo un ampio numero di gruppi sociali tra loro diversi per competenza, etnia, età, organizzazione di appartenenza), con l'obiettivo di attivare dinamiche di cambiamento.

Le azioni per la promozione della salute all'interno dei diversi *setting* possono assumere molte forme. Le nuove tecnologie offrono anche ulteriori possibilità: l'ampia diffusione di internet ha, infatti, portato ad un ampliamento e un miglioramento delle possibilità di comunicazione, anche nell'ambito della salute, avvalendosi di strumenti che consentono di superare le barriere ed i vincoli di tempo e spazio (aumentando la velocità e diminuendo i costi) e ad un'infinita possibilità di accesso alle fonti di informazione.

Gli interventi nei diversi *setting* spesso comportano un certo livello di sviluppo organizzativo, comprese le modifiche all'ambiente fisico, alla struttura amministrativa e di gestione.

“Città sane” è l'esempio più noto di un programma di successo basato sul *setting approach*, iniziato dall'OMS nel 1986. Una città sana è quella che pone tra le sue priorità il miglioramento della salute dei cittadini, contrastando le disuguaglianze nella salute e la povertà urbana, cogliendo le esigenze dei gruppi più vulnerabili, promuovendo una *governance* partecipativa e intervenendo sui determinanti sociali, economici e ambientali della salute. Una città sana (che non è quella che ha raggiunto un particolare livello di salute, ma quella che sceglie con decisione di migliorarla) attuerà interventi in diversi settori. Per esempio:

1. Trasporti: favorendo la pedonalità e la ciclabilità per rendere facile la pratica dell'attività fisica quotidiana; privilegiando mezzi di trasporto meno inquinanti; contrastando il traffico fonte di stress; ecc.;
2. Urbanistica: riqualificando le periferie e i “ghetti urbani”; dotando la città di un sistema di aree verdi e di attrezzature sportive; creando centri di aggregazione per bambini, giovani, anziani; ecc.;
3. Ambiente: provvedimenti contro l'inquinamento atmosferico e acustico; corretta gestione dei rifiuti solidi; controlli degli scarichi a mare per mantenere/rendere il mare balneabile; ecc.;
4. Servizi sociali: interventi per favorire la socialità in particolare di anziani e adolescenti; organizzazione di gruppi di cammino e ginnastica dolce per anziani; corsi di alfabetizzazione informatica; interventi contro la povertà e la marginalità; ecc.

Sulla base dell'esperienza di città sane, sono nate una serie di iniziative parallele basate su principi simili ma applicate ad una serie di *setting* più piccoli, come scuole, ospedali, servizi sanitari.

Anche le scuole, gli ospedali, i servizi sanitari “promotori di salute” potranno la promozione della salute tra le loro priorità, adottando una strategia di intervento multisettoriale e sistemica, basata sulla partecipazione della comunità, la responsabilizzazione e l'equità.

Queste riflessioni e queste esperienze portano a prefigurare lo sviluppo di un sistema socio-sanitario non basato esclusivamente sulla scienza medica, puntando l'attenzione alla promozione della salute e della qualità della vita. Per far questo è necessario connettere il sistema sanitario ai

territori, poiché è nei territori che si sviluppano le potenzialità per sostenere reti di supporto, per concretizzare interventi di promozione della salute, per migliorare la qualità di vita delle persone, per connettere promozione e prevenzione, considerare strategie di intervento tra loro non concorrenziali ma complementari. Lo slogan dell'OMS "Salute in tutte le politiche", ripreso anche dal programma nazionale *Guadagnare Salute*, con l'obiettivo di "massimizzare l'impatto positivo sulla salute di tutte le politiche" può costituire un punto di riferimento per tutte le parti coinvolte nella promozione della salute, poiché la salute riguarda ogni essere umano nella sua totalità.

c) La "scuola promotrice di salute"

La promozione della salute è fortemente connessa, sin dalla prima infanzia, con lo sviluppo, l'affermazione personale, il benessere e la democrazia. Richiede, pertanto, la partecipazione di molteplici attori e diverse Istituzioni, a partire dalla Scuola quale *setting* specifico.

La Scuola è in grado di offrire un contributo significativo alla salute e al benessere riconoscendo che la salute, l'istruzione, l'educazione e lo sviluppo sono strettamente collegati.

Si tratta di un dato di fatto ampiamente riconosciuto dalle organizzazioni internazionali, tra cui l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), l'UNICEF, l'UNESCO, i Centri Statunitensi per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC) e l'Unione Internazionale di Promozione e Educazione alla Salute (IUHPE).

Le strategie e i programmi che sono stati realizzati nel corso degli ultimi 20 anni in ogni nazione, nonostante le differenze, hanno in comune un approccio globale al mondo della scuola. Essi riconoscono il fatto che la comunità scolastica gioca un ruolo importante nella promozione della salute.

La scuola si trova ad essere in molti casi, dopo la famiglia, l'unica agenzia di socializzazione primaria ed educativa di riferimento per i giovani, oltre ad essere sempre più frequentemente l'unico centro di aggregazione a disposizione, per accogliere sfide di sempre nuove metodologie educative. In questa prospettiva assume perciò particolare rilevanza l'educazione alla salute, in quanto costituisce aspetto fondamentale della piena formazione dell'uomo.

Educazione e promozione della salute significa quindi "promozione del pieno sviluppo della personalità, cioè promozione della piena realizzazione delle potenzialità dell'intelligenza, dell'affettività, dell'integrazione sociale di singoli alunni, in modo da assicurare la pienezza della vita personale, l'attivazione di tutta l'umanità di cui ogni soggetto è ricco".

Con questo tipo di impostazione, emerge chiaramente, che non è sufficiente inserire l'educazione alla salute nell'offerta formativa delle scuole ma l'approccio deve essere più ampio. La scuola deve riconoscere la promozione della salute come finalità sottesa a tutto il curriculum formativo, promuovendo la stessa come condizione di benessere di tutti coloro che in essa operano, preoccupandosi del benessere fisico (assicurando ambienti ed attrezzature idonee) e del benessere psichico (configurandosi come ambiente di vita, di relazioni, umane, sociali tra giovani e con gli adulti).

La scuola promotrice di salute:

- incoraggia la salute e l'apprendimento con tutte le misure di cui dispone;
- coinvolge i distretti sanitari, gli insegnanti, gli studenti, i genitori, operatori nel campo della salute e della sicurezza per rendere la scuola un luogo sano e sicuro;

- si adopera per fornire un ambiente favorevole alla salute anche attraverso progetti proposti dall'Azienda Sanitaria, arricchendoli con ulteriori percorsi educativi, promuove opportunità per effettuare attività di educazione fisica e di ricreazione;
- realizza politiche e pratiche che rispettano l'autostima dell'individuo;
- fornisce opportunità di successo e riconosce gli sforzi positivi e le buone intenzioni non meno dei risultati personali;
- è centrata non sull'insegnamento, ma sulla facilitazione all'apprendimento; perciò non intende dare solo informazioni relative all'ambito sanitario, ma piuttosto fornire sostegno alle motivazioni degli studenti, sviluppare l'acquisizione di fiducia in sé stessi adeguata ad assumere decisioni rispetto alle scelte di salute.

Il soggetto in formazione deve sviluppare:

- un insieme di abilità cognitive e sociali che lo mettano in grado di accedere e capire e usare le informazioni utili per il proprio benessere personale e sociale;
- “*life skills*” ossia le capacità di assumere comportamenti positivi che consentono di trattare efficacemente le richieste e le sfide della vita quotidiana.

L'acquisizione di tali competenze deve diventare propedeutica ad ogni intervento di prevenzione alle diverse condotte giovanili che portano alle devianze (uso di sostanze, fumo, alimentazione...) incidendo sui meccanismi psicologici che ne rafforzano la personalità.

d) L'organizzazione dei servizi sanitari è un determinante della salute delle persone: *accountability* dell'organizzazione e ri-orientamento dei servizi

La promozione della salute richiede molteplici attività, tra le quali:

- iniziative tese a rinforzare l'azione comunitaria;
- azioni volte a ri-orientare i servizi sanitari, nell'ottica di renderli capaci di rispondere al bisogno di una vita più sana, a costruire canali di comunicazione e connessioni tra il settore sanitario e l'insieme delle componenti sociali, politiche, economiche e ambientali presenti in una comunità;
- azioni finalizzate a creare ambienti favorevoli alla salute e a mettere le persone in condizione di espandere le proprie capacità e sviluppare autonomia.

I profondi mutamenti avvenuti nella società contemporanea (es. miglioramento delle norme igieniche e della qualità della vita, allungamento della vita media, aumento della popolazione anziana) e l'incremento delle malattie croniche non trasmissibili richiedono una rilevante azione strategica di promozione della salute che si dirami per diversi contesti di appartenenza, tra i quali gli *ambienti sanitari*. È importante che ogni ASL - oltre a coinvolgere i diversi settori delle comunità locali - si configuri come “sistema educante” in tutte le sue fasi e parti, creando servizi e ambienti sanitari capaci di offrire alle persone e agli operatori sanitari, opportunità per acquisire competenze sugli stili di vita salutari e sull'importanza di aderire a misure preventive.

Il potenziamento e ri-orientamento dei servizi richiedono l'adeguamento degli ambienti sanitari (sul versante strutturale, organizzativo, metodologico, formativo) al fine di:

- far vivere ogni servizio e ambiente sanitario come una preziosa occasione per:
 - migliorare il comportamento delle persone (sane, temporaneamente malate o cronicamente malate) in senso positivo per la salute;

- fornire competenze ai pazienti per adottare idonei comportamenti al fine di gestire al meglio la malattia, aderire ai trattamenti e ridurre il numero delle complicanze evitabili;
- recuperare la relazione territorio-ospedale e favorire l'adozione di un approccio globale e integrato nei percorsi assistenziali onde assicurare - oltre alle azioni di inquadramento diagnostico, clinico e riabilitativo - azioni di promozione della salute;
- configurare gli ambienti sanitari come *setting* di interventi per la promozione della salute in rete tra di loro: ambulatori dei MMG e PLS, sedi del distretto (es. sedi u.r.p., u.o.m.i., centri vaccinali, Ser.T., servizi rivolti agli anziani e ai soggetti deboli, poliambulatori, ambulatori screening oncologici), sedi dei dipartimenti di prevenzione, del materno-infantile, di salute mentale, delle dipendenze (nelle loro diverse articolazioni di servizi e ambienti), ospedali (es. sedi u.r.p., pronto soccorso, uu.oo. e servizi ospedalieri);
- assicurare costanti ed efficaci interventi basati sulle buone pratiche di diverse tipologie, quali:
 - interventi di “*counselling* e colloquio motivazionale breve”, interventi centrati sui bisogni dei singoli, sulle loro specifiche risorse e potenzialità;
 - interventi educativi e formativi rivolti a gruppi di persone sui temi di promozione della salute;
 - interventi informativi e di sensibilizzazione su temi di promozione della salute e sulle misure preventive.

Il potenziamento e ri-orientamento dei servizi sanitari deve essere indirizzato, inoltre, a produrre una capacità degli stessi di assicurare una prassi operativa di *accountability*, assumendo il principio della “responsabilità” con una valenza etica, che contiene capacità di rendere conto dei risultati e dell'uso delle risorse dei programmi svolti.

Un servizio *accountable* deve dar conto della propria organizzazione, che deve consentire il raggiungimento degli obiettivi prefissati e garantire un misurato ed efficiente investimento delle risorse. L'organizzazione di un servizio o di un sistema rappresenta uno dei determinanti di efficacia degli interventi per la tutela della salute. Pertanto i modelli organizzativi, in quanto predittori di efficacia e di qualità delle azioni, costituiscono un elemento essenziale della pianificazione in prevenzione e promozione della salute.

L'*accountability* dell'organizzazione, inoltre, è anche strettamente associata alla sostenibilità delle azioni di prevenzione: un modello organizzativo che non dovesse consentire a un programma il suo corretto svolgimento e la durata prevista, non risponderebbe ai criteri di *accountability*.

Una prassi di *accountability*, pertanto, deve garantire:

- *all'interno del sistema azienda* - tra le diverse forme di responsabilità strategica, gestionale e professionale - performance designate e risultati attesi previsti;
- *all'esterno del sistema azienda* - verso le istituzioni e i vari gruppi di interesse coinvolti nella promozione della salute - la definizione di un processo di responsabilità diffuso e condiviso in merito a obiettivi unitari;
- *verso le popolazioni destinatarie delle attività*, l'assunzione di chiare responsabilità verso le persone circa il loro coinvolgimento sia nella fase della definizione dei programmi che nella valutazione dei risultati.

e) La rete regionale per la salute e i *living lab*

La necessità di rispondere alle esigenze di salute dei cittadini campani in maniera efficace e sostenibile richiede la messa in rete degli attori che contribuiscono direttamente o indirettamente a migliorare lo stato di salute della popolazione (Servizi Sanitari, Scuola, Organismi No-profit, Enti Ecclesiali, Enti Locali, Università ed Enti di Ricerca, Imprese). A questo scopo è necessario identificare, nei contesti nei quali si opera, gli elementi essenziali di tale rete e valorizzare il contributo che ciascuno può offrire per migliorare gli *outcomes* di salute individuali e collettivi.

La finalità della rete è il coinvolgimento sistematico dei diversi *stakeholder* che influenzano lo stato di salute della popolazione, per contribuire, ciascuno per il proprio ambito di competenza, a preservare e migliorare la salute

In particolare, gli attori della rete svolgeranno attività di:

2. **empowerment:** promozione della salute volta ad aumentare la consapevolezza dei cittadini del ruolo attivo che ciascuno deve rivestire nell'adozione di stili di vita salutari;
3. **health literacy:** promozione della consapevolezza dell'importanza di aderire alle misure preventive quali ad esempio screening, vaccinazioni, ecc.;
4. **health in all policies:** cambiamento dei contesti di vita per incidere sui diversi determinanti di salute e rendere facili le scelte salutari.

A tale scopo, la rete per la salute della Campania è disegnata come un ecosistema inclusivo ed aperto, nel quale ciascun attore viene inserito nella misura in cui contribuisce attivamente alle diverse attività specifiche e caratterizzanti la rete.

Metodologia di costruzione e sostenibilità della rete

Tutte le diverse articolazioni del SSR concorrono nel perseguimento delle finalità di salute previste dalle normative nazionali e regionali, mediante l'erogazione di attività istituzionali di qualità, appropriate e nei limiti imposti dall'utilizzo efficiente delle risorse assegnate.

Gli elementi della rete collaborano nella promozione della salute perseguendo obiettivi concordati in funzione delle specifiche finalità istituzionali di ciascun Ente/Agenzia, valorizzando le peculiarità ed i punti di forza caratterizzanti di ciascuno, nello sforzo di mettere in rete competenze e risorse.

Allo scopo di costruire e mantenere la rete per la salute è importante che vengano individuati da parte di ciascun attore e vengano condivisi con gli altri componenti le reciproche attività (in coerenza con la tipologia di organizzazione, le finalità specifiche, le risorse di cui dispone, ecc.), i risultati attesi, gli indicatori e gli strumenti di verifica.

Dovranno essere costituite reti a livello regionale, aziendale e locale (distrettuale, sub distrettuale o interdistrettuale).

I *living lab*

La salute è un tassello fondamentale della strategia di Lisbona per la crescita, la competitività e lo sviluppo sostenibile dell'Unione Europea, e viene influenzata da un ampio spettro di strategie che ne attraversano le diverse dimensioni.

Di qui l'enfasi sugli approcci innovativi per la prevenzione e la promozione della salute, la diagnosi precoce e i servizi *health-friendly* da usare dentro e fuori i sistemi sociali e sanitari, volti a creare un ecosistema locale per migliorare i risultati di salute e la qualità della vita, stimolando al contempo opportunità di partecipazione e crescita locale.

Elementi fondamentali di questo ecosistema sono le collaborazioni multidisciplinari e multi-attore, attraverso laboratori attivi che sono progettati per adattarsi al contesto socio-culturale locale. Questi *living lab* sperimentano modalità “creative” per migliorare la salute ed il benessere nel contesto locale, facilitando al contempo l'utilizzo di buone pratiche ed esperienze maturate a livello loco-regionale, nazionale ed internazionale.

I *living lab* sono gruppi di ideazione e pianificazione finalizzati alla creazione di prodotti/servizi utili al miglioramento della salute della popolazione. Tali gruppi di lavoro sono costituiti da progettisti professionisti e dagli stessi cittadini-beneficiari, futuri fruitori dei prodotti/servizi dei *living lab*. I gruppi di cittadini (associazioni, ecc.) coinvolti nel processo di ideazione e pianificazione, residenti in un determinato territorio, dopo aver partecipato alla fase ideativa e di pianificazione dei servizi, sono coinvolti anche nella loro implementazione in situazioni di vita reale e nella loro valutazione.

Il pensiero che sottende allo sviluppo dei *living lab*, dunque, è l'evidenza che la partecipazione dei cittadini-beneficiari alla messa a punto di prodotti/servizi per la salute, ad essi stessi destinati, migliora la qualità dei servizi prodotti, la loro fruibilità e la diffusione nella popolazione generale.

I *living lab* favoriscono anche l'utilizzo delle innovazioni a beneficio dei cittadini e stimolano la collaborazione tra gli attori della “catena del valore” dell'innovazione (ricercatori, erogatori di servizi, sistema della formazione, imprese, ecc.) secondo il paradigma “Progettazione incentrata sull'utente” (*User Centered Design*). I *living lab* potranno contribuire a tale modalità di progettazione anche tramite lo sviluppo e la sperimentazione di prototipi attraverso attività pilota e/o focus group su tematiche specifiche. Costituiscono, inoltre, un potente strumento di disseminazione per supportare la raccolta di input e feedback da parte dei cittadini su argomenti specifici, all'interno della “rete per la salute”.

In questo modo verranno soddisfatte le esigenze dei cittadini stessi, rispetto alla salute in termini di “fruibilità” ed “accessibilità” delle soluzioni proposte.

Le esperienze europee e nazionali dei *living lab* sono particolarmente promettenti: esse hanno dimostrato che, nel rispetto dei principi cardine della promozione della salute, la partecipazione attiva dei cittadini-beneficiari alle attività è una delle vie preferenziali per lo sviluppo dell'empowerment delle persone e delle Comunità.

Anche in Campania esistono esperienze di *living lab* (alcune delle quali sviluppate in contesti internazionali ad esempio si veda: www.lacompagniaistanbile.info dell'ASL Benevento, <http://www.policlinico.unina.it/siti/eip-aha/progetti/Perssilaa/Perssilaa.html>).

Tali esperienze dovrebbero essere un modello da implementare su vasta scala.

f) I soggetti di salute e l'interazione tra i contesti

Il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 evidenzia l'importanza di:

- attuare azioni di educazione e promozione della salute su vari **temi**, quali:
 - l'attività motoria, l'alimentazione e la salute orale;
 - il benessere dei soggetti in età evolutiva, degli adulti e degli anziani;
 - la prevenzione dell'abuso di alcol e delle dipendenze;
 - la sicurezza stradale;
 - la sicurezza domestica inclusa la corretta gestione dell'incidentato e la prevenzione delle cadute negli anziani;

- la sessualità responsabile e la prevenzione dell'HIV-MST;
- l'allattamento materno e il sostegno alla genitorialità;
- la promozione della salute verso le persone con patologie croniche;
- il corretto uso della telefonia cellulare;
- la prevenzione dei rischi legati all'eccessiva esposizione alle radiazioni UV;
- il tema dell'ambiente;
- la cultura della salute e della sicurezza nel mondo del lavoro;
- il corretto rapporto uomo, animale e ambiente;
- attuare azioni di promozione alla salute per vari **target**, quali: donne in stato di gravidanza, genitori, soggetti in età evolutiva, adulti, lavoratori, anziani, persone con patologie croniche, operatori sanitari;
- configurare gli interventi per diversi **contesti** di appartenenza, quali: "Comunità", "Setting scolastico", "Ambienti sanitari", "Luoghi di lavoro".

A tale riguardo si sottolinea la rilevanza di ricomporre, in un'ottica di unitarietà e interazione, i contesti mettendo al loro centro le persone e i vari soggetti di salute nei diversi cicli di vita. Le persone, infatti, attraversano e vivono in più contesti.

Pertanto è opportuno predisporre, per ogni tema di salute, un programma unitario che individui i soggetti di salute/target, definisca obiettivi e argomenti, delinei metodi e strumenti, implementi azioni di monitoraggio, adotti l'intersectorialità e si articoli per i vari contesti di appartenenza, prestando attenzione alla loro specificità e agli elementi di interazione, evitando azioni chiuse rigidamente nello specifico *setting* e/o interventi skoordinati o sovrapposti.

La definizione di un programma unitario aziendale, per ciascun tema omogeneo, inoltre consente di costituire un "senso comune" tra i vari operatori dell'ASL (al di là della loro collocazione), nonché di creare le migliori condizioni per attivare, con metodi uniformi, nei contesti locali, la programmazione partecipata con le altre istituzioni/agenzie/gruppi di interesse, la configurazione di interventi intersectoriali e attenti alle caratteristiche di ogni specifica comunità locale.

L'Allegato 2 riporta per ogni tema unitario i rispettivi target e *setting*/contesti di appartenenza. È importante avere presente quanto riportato nell'allegato per poter elaborare programmi unitari di educazione e promozione della salute.

g) I requisiti di qualità da considerare per ideare e implementare i programmi di promozione della salute

L'attuazione di interventi efficaci e basati sulle buone pratiche richiede come prerequisito l'adozione di un'idonea modalità di elaborazione dei programmi.

Nel predisporre programmi per l'educazione e promozione della salute è opportuno adottare i seguenti parametri/requisiti di qualità:

1. configurare il programma fondandolo sull'unitarietà per tema, target e *setting*, onde assicurare, in ogni ambito territoriale e/o contesto di attuazione, un'offerta di programmi uniformi ed evitare duplicazione di interventi, attività scoordinate o sovrapposte;
2. prevedere nodi di collegamento con gli altri programmi, onde attivare azioni integrate in contesti comuni;

3. adottare una modalità di programmazione partecipata capace di coinvolgere diverse soggettività e, nello stesso tempo, che si dirami trasversalmente per fasi e per vari ambiti, quali: ambito provinciale, distrettuale, comunale, per ciascun specifico contesto presente nella comunità;
4. definire un'adeguata legittimazione:
 - richiamare indirizzi normativi, dati epidemiologici e di ricerca, evidenze scientifiche;
 - descrivere le caratteristiche del contesto locale che ne condizionano positivamente o negativamente la realizzazione. Nel legittimare ed illustrare la pertinenza del programma è fondamentale descrivere in modo esplicito l'analisi del contesto, il legame tra la situazione di avvio e la formulazione degli obiettivi;
5. descrivere i determinanti del comportamento correlato alla tematica di salute ed evidenziare i bisogni educativi e di salute del target;
6. esplicitare i modelli teorici di riferimento per la programmazione e per il cambiamento dei comportamenti;
7. esplicitare e adattare nel proprio disegno e nella sua attuazione prove di efficacia e di buona pratica;
8. descrivere le risorse (operatori, tempo-lavoro occorrente, strumenti ecc.) e le opportunità, analizzare i vincoli e delineare le soluzioni adottate;
9. costituire gruppi di lavoro multidisciplinari e intersettoriali;
10. prestare attenzione all'equità e contrastare le diseguaglianze;
11. elaborare il programma in base all'intersettorialità e alla metodologia della co-progettazione;
12. promuovere e sostenere il modello "Scuole Promotrici di Salute";
13. individuare sia il target finale che i destinatari intermedi/moltiplicatori;
14. indicare gli ambiti territoriali e i *setting* in cui verrà attuato il programma;
15. definire gli obiettivi di salute, educativi e di servizio, nonché evidenziare la connessione fra loro;
16. descrivere gli argomenti che saranno trattati nel corso delle attività;
17. assicurare un'adeguata congruità tra obiettivi educativi, argomenti, attività programmate;
18. descrivere le attività - sia educative sia di intervento sul contesto -, la loro sequenza e gli attori;
19. definire le forme e gli strumenti di partecipazione e coprogettazione con i soggetti coinvolti nei diversi livelli locali e *setting*, nelle fasi di avvio e attuazione del progetto;
20. configurare un idoneo disegno di monitoraggio e di valutazione ex-ante, di processo e di esito:
 - definire indicatori, strumenti e metodi di verifica;
 - richiamare i risultati della verifica ex-ante (se già presenti) o descrivere le modalità e gli strumenti per effettuarla;
 - riportare le modalità e gli strumenti per svolgere il monitoraggio;
 - riportare le modalità e gli strumenti per svolgere la valutazione di processo;
 - riportare le modalità e gli strumenti per verificare l'efficacia dei risultati in riferimento agli obiettivi educativi;

- riportare le modalità e gli strumenti per verificare l'efficienza del programma, valutando i risultati raggiunti (quali: la popolazione coinvolta, cambiamenti intervenuti) rispetto ai fattori produttivi impiegati (risorse finanziarie, umane, ecc.);
- 21. descrivere la modalità di comunicazione dei risultati verso il target e la comunità locale;
- 22. descrivere gli elementi che garantiscono la sostenibilità e la riproducibilità,
- 23. riportare il cronoprogramma;
- 24. riportare la bibliografia di riferimento.

h) Migliorare la capacità delle persone di scegliere stili di vita salutari

Per migliorare la capacità delle persone di scegliere stili di vita salutari è necessario lavorare su più fronti. Considerare il comportamento come risultante di un'interazione tra processi cognitivi e fattori ambientali significa sostenere l'utilità di una visione composita e dinamica dei fatti, lontana da riduzionismi e determinismi statici. La messa in atto di un comportamento salutare non è determinata soltanto dalla formazione di un'intenzione a voler mettere in atto uno specifico comportamento di salute e/o abbandonarne uno negativo, quanto piuttosto dall'identificazione di una serie di processi psicologici relativi all'inizio di un'azione e alla sua regolazione nel tempo e ai vantaggi nella messa in atto della stessa per il proprio benessere psicosociale e per quello di chi ci sta intorno.

Ne deriva che, per favorire la messa in atto di comportamenti salutari, si dovrebbe lavorare su fattori oggettivi e soggettivi. Elementi come legislazioni, assetti economici e norme culturali esercitano un'influenza notevole sui sistemi di regolazione istituzionale e, a cascata, su quelli di regolazione individuale, e sono a loro volta da questi influenzati.

A livello soggettivo è necessario identificare fattori emozionali e di personalità, nonché percezioni e credenze, tra cui le barriere percepite (ostacoli alla messa in atto del comportamento), le norme sociali (della mia condotta cosa ne pensano gli altri significativi?), la percezione di vulnerabilità personale (quanto mi sento a rischio?), l'autoefficacia percepita (quanto mi sento capace di portare avanti un determinato comportamento salutare, nonostante gli ostacoli che vi si presentano?), le aspettative di risultato (cosa mi aspetto dalla messa in atto di un comportamento salutare?). La considerazione di tali fattori soggettivi, in base alla letteratura scientifica sull'argomento, è indispensabile quanto quella dei fattori di natura oggettiva nell'identificazione dei bisogni di salute e nella promozione della salute.

Da qui la necessità di individuare specifici target di intervento e costruire programmi ad hoc in base alle esigenze effettive degli utenti. Per far ciò i diversi enti deputati alla promozione della salute sul territorio dovrebbero lavorare in sinergia. Fondamentale è l'implementazione di progettualità finalizzate a monitorare le condizioni attuali della popolazione, utilizzando strumenti adeguati. L'*Empowerment* rende le persone indipendenti e responsabili nella scelta di comportamenti che favoriscono la salute.

È particolarmente rilevante:

a) analizzare e intervenire sulle norme sociali. I comportamenti riferiti alla salute sono orientati da un sistema complesso di credenze normative e rappresentazioni che, per quanto possano sembrare ingenui rispetto ai saperi esperti, mutuano da questi saperi molteplici elementi, hanno una propria logica, sono funzionali alle pratiche sociali e fortemente radicate nelle dinamiche relazionali vigenti tra i gruppi sociali ed influenzano la condotta individuale;

b) indagare la percezione di vulnerabilità personale e lavorare sui fattori che la influenzano. Analizzare la percezione di vulnerabilità personale, vuol dire considerare tre aspetti

specifici: la percezione del rischio (i processi cognitivi), l'assunzione del rischio (riferita alla messa in atto di comportamenti nocivi per la salute) e la propensione al rischio (intesa come caratteristica di personalità). Questi aspetti vanno considerati anche tenendo conto della fascia d'età della popolazione: è stato, ad esempio, dimostrato che negli adolescenti l'attuazione dei comportamenti a rischio è considerata come un mezzo per affermare la propria identità, per essere rispettati e considerati dagli adulti e che la percezione psicologica del tempo è maggiormente limitata al presente o all'immediato futuro, per cui i giovani hanno più difficoltà rispetto ad altri a rappresentarsi i rischi futuri per la salute e a viverli come motivanti per il presente;

c) monitorare e rafforzare l'autoefficacia di operatori e utenti. L'autoefficacia può essere definita come la convinzione delle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni necessario a gestire adeguatamente le situazioni che si incontrano in modo da raggiungere i risultati prefissati. L'autoefficacia mette l'individuo in grado di prendere in esame la possibilità di modificare il comportamento disfunzionale per la salute e mantenere alta la motivazione al cambiamento eventualmente avviato e al suo mantenimento. Importante è considerare:

- 1) *l'autoefficacia per il controllo dello stress*: se le persone credono di avere le abilità per fronteggiare gli eventi stressanti possono attivare sistemi biologici e psicologici che li porteranno ad affrontare l'evento perturbante con maggiore successo;
- 2) *l'autoefficacia come predittore dell'azione*: se le persone credono di poter modificare i comportamenti a rischio e di recuperare, dopo eventuali ricadute, saranno più propense a mettere in atto comportamenti salutari.

Per i motivi sopra esposti le attività di educazione alla salute non potranno limitarsi all'informazione ma dovranno coinvolgere attivamente i destinatari, costruire esperienze educative che intervengano sul versante cognitivo, affettivo e relazionale, privilegiando il lavoro di gruppo.

i) Migliorare la capacità delle comunità di favorire stili di vita salutari: *empowerment di gruppo, collective efficacy*

La responsabilità della salute e del benessere non sono solo riconducibili all'individuo, ma all'intera comunità. La valutazione e la presa in carico dell'individuo nella sua complessità bio-psico-sociale è infatti un compito oneroso e difficile per gli operatori della salute. Le continue trasformazioni demografiche, legate all'invecchiamento della popolazione, all'aumento dei flussi migratori ecc., pongono ulteriori richieste ai settori sanitari e assistenziali, legate in primis all'accesso ai servizi socio sanitari, ma anche alla qualità delle relazioni operatori-utenti.

Strategie di intervento basate sull'attivazione del capitale sociale, la valorizzazione delle risorse locali, il coinvolgimento delle comunità sono delle soluzioni estremamente efficaci e rilevanti dal punto di vista della promozione dell'*empowerment* individuale e collettivo.

Il cambiamento dell'individuo non si può attivare senza considerarne i legami con gli altri e i processi di influenza reciproca. Alla molteplicità dei significati della salute corrisponde, quindi, una molteplicità di livelli di intervento e di attori ed agenzie sociali coinvolti, come è richiesto da un approccio olistico, complesso ed integrato alla promozione della salute. La chiave di volta per interventi che vogliano andare oltre una mera informazione e porsi obiettivi di cambiamento non sta nell'individuo isolato quanto nelle interazioni dentro e tra i gruppi. Nei gruppi può realizzarsi, nell'ottica del costruttivismo sociale, una comunicazione effettivamente dialogica, in cui reciprocità implica anche interscambio, sia pure, in alcuni casi, nella permanenza di asimmetrie. L'obiettivo del promuovere salute diventa lo sviluppo della persona, dei gruppi, della comunità, in una visione ecologica di interazione continua.

Il lavoro nella comunità:

a) Coinvolgere le persone della comunità (quartiere, scuola, associazioni, ospedali, ecc.) nell'identificazione dei problemi di salute e nell'individuazione di possibili soluzioni

Rendere le comunità capaci di identificare i propri bisogni di salute e di agire per soddisfarli:

- formazione di gruppi di auto aiuto e/o gruppi di pressione;
- sostenere la formazione di strutture e servizi a tutela della salute a livello locale.

b) Rafforzare le percezioni di efficacia collettiva dei gruppi

L'efficacia collettiva, intesa come la percezione condivisa dei membri di un gruppo di avere la capacità di produrre un cambiamento sociale attraverso un'azione unificata, ha un ruolo vitale nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie. Le comunità che si percepiscono come efficaci nel raggiungere gli obiettivi di salute prefissati possono sostenere le persone attraverso l'istituzione di reti sociali e di servizi che, a loro volta, possono promuovere e sostenere gli individui, favorendo l'azione collettiva.

Rafforzare l'efficacia collettiva:

- identificare i gruppi coinvolti nel processo di promozione della salute;
- identificare gli obiettivi di salute del gruppo, rafforzare l'interdipendenza tra i membri;
- rafforzare gli antecedenti dell'efficacia collettiva.

c) Favorire lo sviluppo organizzativo

Implementare programmi di promozione della salute all'interno delle organizzazioni a beneficio di dipendenti e utenti. Migliorare le condizioni di lavoro dei dipendenti delle organizzazioni contribuisce a migliorare la relazione con l'utenza. Un'organizzazione "in salute" comporta importanti benefici sia per l'operatore, che non incorre nelle conseguenze psicofisiche del malessere lavorativo, sia per l'azienda in quanto, rafforzando il benessere organizzativo, si migliorano l'efficienza e la produttività aziendale.

Favorire azioni concrete a tutela della salute dei dipendenti:

- implementare politiche sulle pari opportunità;
- promuovere turni di lavoro accettabili;
- valorizzare le competenze dei lavoratori e favorire la partecipazione ai processi organizzativi;
- promuovere interventi strutturali: ad esempio migliorare le condizioni ergonomiche degli ambienti, migliorare la qualità del cibo nelle mense aziendali, favorire ambienti completamente tabacco free.

Capitolo IV

LA GOVERNANCE REGIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

a) Integrazione, transversalità, intersettorialità

La promozione della salute prevede la partecipazione attiva di molteplici istituzioni, enti, agenzie e, nello stesso tempo, richiede una modalità di programmazione e un agire sistemico che si diramino trasversalmente per vari ambiti, quali: ambito regionale, ambito provinciale, distrettuale, comunale, e per ciascun contesto presente nella comunità.

La Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR della Regione Campania è, pertanto, chiamata ad assumere la funzione di *stewardship*, nell'ambito di una *governance* partecipativa, fornendo dati, evidenze e buone pratiche e sostenendo e facilitando l'incontro e la collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti nella tutela e promozione del benessere e della salute della popolazione campana.

È, quindi, di estrema rilevanza assicurare una prassi operativa fondata sull'integrazione e la transversalità a partire dall'ambito regionale, che deve prevedere:

1) un agire integrato tra settori regionali sanitari e non attraverso il coinvolgimento unitario delle UU.OO.DD. dell'Assessorato Regionale alla Sanità con competenze di promozione della salute quali: Prevenzione, Socio-sanitario (Salute Mentale, Dipendenze, Anziani), Materno-Infantile, Veterinaria e Sicurezza Alimentare, Promozione e potenziamento programmi di *health's innovation*.

Tale processo di condivisione è funzionale a:

- favorire azioni unitarie e creare proficue interazioni tra le UU.OO.DD. in merito ai compiti attinenti alla promozione della salute;
- predisporre atti unitari di programmazione e di indirizzo alle AA.SS.LL. di promozione della salute e, in tal modo, favorire nel contesto di ogni A.S.L. l'integrazione tra le strutture, la predisposizione di programmi integrati, evitando duplicazioni di attività e/o forme di separatezza e autoreferenzialità.

2) un'interazione tra Direzione Generale per la Tutela della Salute dell'Assessorato Regionale alla Sanità e le Direzioni Generali di altri Assessorati Regionali quali: Ambiente e ecosistema, Politiche agricole, alimentari e forestali, Governo del territorio, Mobilità, Istruzione, Politiche giovanili, Politiche sociali, Autorità di gestione fondo europeo di sviluppo regionale, quali possibili partner attraverso accordi su programmi di promozione della salute.

Tale processo di condivisione è funzionale:

- ad adottare e potenziare l'approccio di *Health in all Policies*, la promozione della salute quale obiettivo delle politiche di tutti i settori;
- a predisporre indirizzi normativi volti a configurare la promozione della salute come un'azione di rilevanza strategica da parte sia dei diversi settori regionali che delle Istituzioni ed Enti locali;
- a creare le migliori condizioni affinché i Comuni, gli altri Enti, Istituzioni ed Agenzie locali, in sinergia con le AA.SS.LL., assicurino - in base alle rispettive *mission* - coerenti interventi integrati di promozione della salute (nell'ambito di appositi accordi e protocolli di ambito locale).

3) l'integrazione tra sistemi nel contesto regionale secondo un approccio intersettoriale

La promozione della salute richiede, oltre ad un agire integrato tra le UU.OO.DD. degli Assessorati Regionali alla Sanità, anche un agire sistemico con altri stakeholder di rilevanza regionale - istituzioni, agenzie, forze sociali, associazioni di categoria, ordini professionali, associazioni del no-profit - al fine di coinvolgerli nel processo di promozione della salute.

La partecipazione degli *stakeholder* di rilevanza regionale richiede la stipula di accordi/protocolli di intesa e la costituzione di tavoli di lavoro intersettoriali. È opportuno che tali accordi prendano forma a partire dai seguenti punti:

- condividere gli obiettivi;
- definire le reciproche responsabilità di ogni partner partecipante, volte:
 - a facilitare l'adozione di comportamenti salutari e ad aderire a misure preventive;
 - ad assicurare, da parte di ogni istituzione/settore coinvolto, coerenti interventi capaci di incidere sui determinanti di salute;
- prevedere da parte di ogni partner regionale azioni mirate - verso le proprie istituzioni e agenzie di riferimento locali - affinché prendano forma e si potenzino, nei contesti territoriali, coerenti azioni integrate di promozione della salute, basate sull'intersettorialità e sulle buone pratiche.

b) Il modello operativo e la *governance* regionale inerente alla promozione della salute

La funzione trasversale della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR della Regione Campania per la promozione della salute richiede, pertanto, un processo di condivisone/partecipazione attraverso la configurazione di gruppi di studio, coordinamenti e tavoli tecnici tematici, come di seguito descritti:

1) Gruppo di Studio Regionale “Le Buone Pratiche in Educazione e Promozione della Salute”

Con Decreto Dirigenziale n° 3 del 16.01.2017 e ss.mm.ii. è stato istituito presso la Direzione Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale il *Gruppo di Studio Regionale su Identificazione delle Buone Pratiche in Educazione e Promozione della Salute* e definizione dei criteri per la loro traslazione nel peculiare contesto regionale, al fine di favorire attività di progettazione e realizzazione di interventi il più possibile omogenei e qualitativamente adeguati.

Tale gruppo di studio prevede anche un'articolazione in sottogruppi tematici, avvalendosi della partecipazione di esperti per le rispettive aree tematiche (es. alimentazione e attività motoria, dipendenze, benessere psicologico, incidenti domestici e stradali, vaccinazioni, malattie infettive, screening, infezioni sessualmente trasmissibili, malattie croniche non trasmissibili, ecc.).

Considerata la complessità della *governance* inerente alla promozione della salute si evidenzia che il su indicato gruppo di studio, in continuità con il mandato indicato dal Decreto Dirigenziale n° 3/2017 e ss.mm.ii., viene a configurarsi quale organo consultivo tecnico scientifico con i seguenti compiti:

- sostenere il processo di integrazione tra Strutture regionali sanitarie e non;
- individuare altre istituzioni-agenzie-*stakeholder* di rilevanza regionale da coinvolgere nel processo di promozione della salute;
- supportare la Direzione Generale Tutela della Salute nella predisposizione dei protocolli di

intesa con altri soggetti di rilevanza regionale: istituzioni, agenzie, forze sociali, associazioni di categoria, ordini professionali, associazioni *no profit*;

- definire linee guida funzionali a facilitare la predisposizione di programmi basati sulle buone pratiche sull'unitarietà per tema, target e *setting*, viste le molteplici tematiche di educazione e promozione della salute indicate dal PRP 2014-2018 e da ulteriori indirizzi normativi;
- favorire i processi di promozione della salute basati su: *health in all policies* (la promozione della salute quale obiettivo delle politiche di tutti i settori), *multistakeholder* (coinvolgere gli altri soggetti istituzionali e della società civile), *welfare community* (tutti contribuiscono al mantenimento del "bene salute"), equità e contrasto delle disuguaglianze in salute;
- curare la pianificazione di programmi di formazione attinenti alla promozione della salute;
- supportare la partecipazione a programmi di *health's innovation* e di promozione della salute di ambito europeo;
- supportare la verifica regionale attinente alla coerente e corretta applicazione, svolta dalle AA.SS.LL., circa le varie indicazioni espresse dal presente Atto di indirizzo;
- supportare il monitoraggio regionale circa le azioni messe in campo dalle AA.SS.LL. per quanto attiene le attività di censimento degli interventi e il loro adeguamento ai criteri di appropriatezza e "buona pratica" in funzione delle caratteristiche del tema, target e contesto;
- prevedere attività di audit alle AA.SS.LL.;
- curare la consultazione e l'invio di progetti alla Banca Dati PRO.SA.

2) Gruppo di Coordinamento Regionale per la Promozione della Salute

Nell'ambito del processo di condivisione e partecipazione è, altresì, costituito un Gruppo di Coordinamento Regionale per la Promozione della Salute, quale organo tecnico-operativo composto dal referente della Promozione della Salute della Regione Campania, dai referenti delle succitate UU.OO.DD. dell'Assessorato Regionale alla Sanità, dai responsabili delle UU.OO. per la Promozione della Salute delle AA.SS.LL. o, per le AA.SS.LL. che non dispongono della succitata U.O., dai Referenti Aziendali per l'Educazione e Promozione della Salute.

Il Gruppo di Coordinamento Regionale è funzionale a:

- assicurare un costante processo di condivisione e partecipazione tra il livello regionale e le AA.SS.LL.;
- definire le priorità;
- facilitare, nei contesti aziendali, l'applicazione delle indicazioni espresse dal presente documento;
- condividere le modalità per assicurare la *governance* aziendale delle attività di educazione e promozione della salute, nonché per predisporre il Programma Attuativo Aziendale Intersettoriale di Educazione e Promozione della Salute e il Piano Aziendale annuale di Educazione e Promozione della Salute;
- favorire, nei contesti territoriali, i processi di promozione della salute basati su: *health in all policies*, *multistakeholder*, *welfare community*, equità e contrasto alle disuguaglianze in salute;
- facilitare l'adozione dei requisiti di qualità di programmazione;

- favorire, nei contesti aziendali, l'interazione dei Programmi del PRP in modo tale da:
 - evitare duplicazioni di attività e interventi skoordinati;
 - sostenere programmi basati sulle buone pratiche e fondati sull'unitarietà per tema omogeneo, target e rispettivi *setting*;
- favorire, nei diversi contesti territoriali, l'adozione di metodologie omogenee nell'attuazione dei programmi unitari per temi-target-*setting*;
- valutare i bisogni formativi - in merito alle strategie complessive, agli approcci e alle metodologie della promozione della salute - e attivare corsi di formazione mirati;
- garantire un costante confronto sullo sviluppo delle attività, su eventuali criticità riscontrate e sulle modalità di risoluzione;
- sostenere le azioni di monitoraggio e valutazione dei programmi unitari per temi-target e *setting*.

3) Tavoli Tecnici Regionali per specifici temi

Il Gruppo di Coordinamento Regionale prevede, inoltre, la configurazione di Tavoli Tecnici Tematici di Educazione e Promozione della Salute.

Ciascun tavolo tecnico è composto dai Referenti Aziendali dei programmi unitari per temi-target-*setting* e da eventuali esperti individuati e proposti dal Gruppo di Studio. Tali Tavoli Tecnici sono funzionali a:

- rafforzare, sul versante delle buone pratiche e sui requisiti di qualità, i programmi aziendali fondati sull'unitarietà per tema, target e rispettivi *setting*;
- facilitare l'interazione tra i contesti e i processi integrativi, mettendo al centro le persone e il tema di salute;
- favorire omogeneamente l'attuazione dei programmi per temi-target-*setting*;
- garantire una costante condivisione sullo sviluppo delle attività, su eventuali criticità riscontrate e sulle modalità di risoluzione;
- valutare i bisogni formativi, inerenti ai programmi per temi-target-contesti, e attivare corsi di formazione mirati;
- sostenere le azioni di monitoraggio e valutazione.

Nell'ambito del succitato processo di condivisione si prevede anche il coinvolgimento dei Referenti Aziendali dei Programmi del PRP, onde favorire l'interazione tra i *setting* all'interno dei programmi unitari per temi-target-*setting*.

Capitolo V

LA GOVERNANCE AZIENDALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

a) La funzione per la promozione della salute delle AA.SS.LL.

La promozione della salute si configura come una funzione complessa e trasversale che:

- *richiede* il coinvolgimento di varie strutture dell'A.S.L. e la partecipazione di diverse professionalità, valorizzando le motivazioni individuali;
- *necessita* di un agire sistemico con molteplici istituzioni, agenzie, organismi del no-profit e gruppi di interesse dei territori;
- *prevede* la costituzione di gruppi di lavoro multi-professionali, inter-istituzionali e multi-organizzazione, capaci di attuare programmi rispondenti a idonei requisiti di qualità, adottando metodologie omogenee e tecniche educative efficaci.

b) Il modello organizzativo e l'organigramma trasversale per la promozione della salute

b.1 - La declinazione delle strutture dell'AA.SS.LL

La promozione della salute, nel suo essere funzione trasversale e multiforme, richiede un rinnovamento culturale e un mutamento operativo, nonché una reale condivisione di obiettivi e azioni tra le diverse forme di responsabilità dell'Azienda (di pianificazione/programmazione, gestionale e professionale).

Nel sistema aziendale è di estrema rilevanza assicurare la partecipazione delle seguenti strutture:

- Distretti Sanitari;
- Dipartimenti: di Prevenzione, Materno-Infantile, Salute Mentale, Dipendenze;
- Presidi Ospedalieri.
- Tali Macro Strutture devono garantire la più ampia partecipazione delle loro UU.OO., che entrano in relazione con i vari target delle attività di educazione e promozione della salute;
- U.O. per la Promozione della Salute, già prevista negli Atti Aziendali di alcune AA.SS.LL. (anche in considerazione di quanto previsto dalla D.G.R.C. n° 1584/2005 “Atto di indirizzo alle AA.SS.LL. in materia di Educazione alla Salute”). È necessario, inoltre, prevedere la partecipazione anche di strutture delle funzioni centrali delle AA.SS.LL., quali: Comunicazione, Integrazione Socio-Sanitaria, Formazione, Raccolta ed Elaborazione Dati/CED. Tali strutture possono assicurare interventi di supporto e/o azioni correlate alle attività.

b.2 - La governance della funzione per la promozione della salute

La funzione trasversale per la promozione della salute richiede un'attenta e qualificata strategia aziendale di pianificazione, programmazione, indirizzo, coordinamento, supporto metodologico e valutazione, tenendo conto:

- della pluralità dei programmi/temi di educazione e promozione della salute che le Aziende Sanitarie Locali sono tenute a svolgere;
- della importanza strategica di coinvolgere e far dialogare varie Strutture dell'ASL e, nello stesso tempo, di sostenere la piena partecipazione di istituzioni, agenzie, organismi del no-profit e gruppi di interesse dei territori;
- della necessità di assicurare un processo di condivisione e partecipazione, costruendo una stabile rete aziendale su tale funzione;
- della esigenza di assicurare ai referenti dei programmi di promozione della salute azioni di assistenza tecnica, nonché di garantire la validazione dei programmi.

La necessità di assicurare un'ideale *governance* aziendale della funzione per la promozione della salute viene evidenziato dalla D.G.R.C. n° 1584/2005 e, nello stesso tempo, emerge da quanto espressamente prevede il D.C.A. n° 99 del 22.09.2016 "Piano regionale di Programmazione della Rete per l'Assistenza Territoriale 2016-2018". Tale D.C.A. n° 99/2016 infatti:

- assegna compiti di educazione e promozione della salute a varie strutture territoriali, quali: Distretti Sanitari, Dipartimenti (di Prevenzione, Salute Mentale, Dipendenze), le Strutture attinenti alla sanità penitenziaria;
- sottolinea l'importanza di attuare azioni di educazione e promozione della salute su diverse tematiche, da rivolgere a vari target e da articolare in diversi *setting* - al fine di favorire l'adozione di stili di vita salutari e a migliorare l'adesione a misure preventive;
- evidenzia l'importanza di promuovere ma anche di coordinare programmi intersettoriali finalizzati alla modifica degli stili di vita non salutari.

Pertanto è importante governare efficacemente, all'interno del sistema Azienda, la funzione per la promozione della salute, assegnando tale compito all'U.O. per la Promozione della Salute dell'A.S.L.

Per le AA.SS.LL. che ancora non hanno previsto tale U.O. la funzione sarà garantita dal referente aziendale per l'Educazione e Promozione della Salute (come previsto dalle note regionali n° 660948/2011 e n° 162700/2012).

b.3 - La rete interna aziendale per l'educazione e promozione della salute

Considerato che il sistema aziendale si caratterizza come una organizzazione articolata e complessa, viste le molteplici strutture da coinvolgere, è importante costituire un modello/organigramma trasversale riguardante l'educazione e promozione della salute, onde assicurare interventi costanti nell'ambito di indirizzi di programmazione omogenei, scelte gestionali coerenti, prassi consequenziali da parte degli operatori nella co-progettazione e attuazione degli interventi nei diversi contesti locali.

Il primo tassello del modello trasversale è rappresentato dalla costituzione della rete interna aziendale per la promozione della salute, composta dai seguenti soggetti:

- referenti delle macrostrutture (Distretti Sanitari, Dipartimenti, Ospedali);
- referente aziendale di ogni Programma del Piano di Prevenzione;
- referente aziendale di ciascun Programma unitario per tema, *target*, *setting*;
- referente sia dei medici di assistenza primaria che dei pediatri di libera scelta;

- responsabile dell'U.O. per la Promozione della Salute o referente aziendale per l'Educazione e Promozione della Salute (qualora la succitata U.O. non è stata ancora costituita o non prevista).

Tale rete interna è funzionale a collegare le varie dimensioni e strutture del sistema azienda coinvolte nell'educazione e promozione della salute, nonché a garantire una sistematica e continua attuazione di interventi, fondati sulla base di regole comuni.

b.4 - Le modalità e i soggetti di programmazione sul versante aziendale

La programmazione aziendale d'interventi di promozione della salute, richiede un processo di condivisione e partecipazione, tramite la configurazione di specifici coordinamenti e tavoli tecnici. È opportuno in particolar modo costituire:

- il ***Coordinamento Aziendale per l'Educazione e Promozione della Salute***. Tale Coordinamento, presieduto dal responsabile dell'U.O. Promozione della Salute o dal referente aziendale per l'Educazione e Promozione della Salute, prevede la presenza dei componenti della rete interna aziendale (vedasi paragrafo b.3) e assolve ai seguenti compiti:
 - concorrere a delineare le azioni di pianificazione aziendale (es. Programma Attuativo Aziendale Intersectoriale di Educazione e Promozione della Salute, Piano Aziendale di Educazione e Promozione alla Salute);
 - condividere le attività per l'educazione e promozione della salute svolte nei vari ambiti territoriali e contesti operativi, nonché i risultati raggiunti; il *Tavolo Tecnico Aziendale per la Promozione della Salute*. Tale Tavolo, composto dai referenti dei Programmi del Piano di Prevenzione che prevedono azioni di promozione della salute e dai referenti dei programmi unitari per tema-*target-setting*, coordinato dal responsabile dell'U.O. Promozione della Salute o dal referente aziendale per l'Educazione e Promozione della Salute, è funzionale a:
 - favorire la trasversalità tra i programmi sulle azioni di promozione della salute e i processi integrativi, onde evitare duplicazioni di attività e interventi skoordinati;
 - facilitare la configurazione di programmi unitari di educazione e promozione della salute per temi, target e *setting*;
 - sostenere la predisposizione di accordi complessivi con le istituzioni/agenzie del territorio, che tengano conto delle varie azioni di promozione della salute che ogni Programma deve assicurare;
 - contribuire a delineare le azioni di pianificazione aziendale riguardanti la promozione della salute.
- Il ***Tavolo Tecnico Aziendale per la Promozione della Salute***. Tale Tavolo, composto dai referenti dei Programmi del Piano di Prevenzione che prevedono azioni di promozione della salute e dai referenti dei programmi unitari per tema-*target-setting*, coordinato dal responsabile dell'U.O. promozione della salute o dal referente aziendale per l'educazione e promozione della salute, è funzionale a:
 - favorire la trasversalità tra i programmi sulle azioni di promozione della salute e i processi integrativi, onde evitare duplicazioni di attività e interventi skoordinati;
 - facilitare la configurazione di programmi unitari di educazione e promozione della salute per temi, target e *setting*;

- sostenere la predisposizione di accordi complessivi con le istituzioni/agenzie del territorio, che tengano conto delle varie azioni di promozione della salute che ogni Programma deve assicurare;
 - contribuire a delineare le azioni di pianificazione aziendale riguardanti la promozione della salute.
- Il ***Tavolo Tecnico Aziendale per ciascun Programma del Piano di Prevenzione che prevedono azioni di promozione della salute***. Tale Tavolo Tecnico - composto dal referente aziendale per l'educazione alla salute, dai referenti aziendali dei programmi unitari per tema, target e *setting* (rientranti in base al *setting* nel rispettivo programma di prevenzione) - coordinato dal referente dello specifico Programma di Prevenzione, è funzionale a delineare ed assicurare:
 - una modalità omogenea di attuazione del programma di prevenzione;
 - una coerente ricaduta nei rispettivi programmi unitari per tema di educazione e promozione della salute e target, rientranti in base al *setting* nel rispettivo programma di prevenzione; il ***Tavolo Tecnico Aziendale per ciascun Programma unitario per tema di educazione e promozione della salute, target e setting***. Tale Tavolo, composto dai referenti dei gruppi di lavoro territoriali/contesti, coordinato dal referente aziendale del programma unitario, è funzionale a:
 - concorrere a delineare il programma unitario, a rivisitarlo in base ai risultati raggiunti per annualità;
 - condividere obiettivi/percorsi e strumenti, adottare buone pratiche, garantire azioni unitarie e approcci metodologici omogenei per i territori/contesti di attuazione del programma.
 - Il ***Tavolo Tecnico Aziendale per ciascun Programma unitario di educazione e promozione della salute per tema, target e setting***. Tale Tavolo, composto dai referenti dei gruppi di lavoro territoriali/contesti, coordinato dal referente aziendale del programma unitario, è funzionale a:
 - concorrere a delineare il programma unitario, a rivisitarlo in base ai risultati raggiunti per annualità;
 - condividere obiettivi/percorsi e strumenti, adottare buone pratiche, garantire azioni unitarie e approcci metodologici omogenei per i territori/contesti di attuazione del programma.

b.5 - Le modalità attuative e i soggetti operativi per i rispettivi contesti

Sul versante operativo è importante che prendano forma modelli di condivisione sia nei contesti territoriali che ospedalieri.

- ***Contesto territoriale.*** È importante che, per ciascun ambito distrettuale, venga costituito un ***Coordinamento Territoriale per la Promozione della Salute***, composto dai referenti dei gruppi di lavoro territoriali di ciascun programma unitario aziendale per tema, target e rispettivi *setting*. Tale Coordinamento, presieduto dal Direttore del Distretto (o dal Referente per la Promozione della Salute del Distretto designato dal Direttore), è funzionale a:

- condividere gli indirizzi aziendali (es. Programma Aziendale Intersectoriale di Educazione e Promozione della Salute, Piano Aziendale di Educazione e Promozione della Salute, programmi unitari per temi, target e *setting*);
 - favorire la presenza di stabili gruppi di lavoro per le attività di educazione e promozione della salute;
 - attivare azioni unitarie d'interazione con enti locali, scuole, agenzie e gruppi di interesse presenti nel territorio specifico, onde assicurare la co-progettazione e l'attuazione degli interventi, con un approccio inter-settoriale, nei vari contesti (es. Comunità, Scuola, Luoghi di Lavoro);
 - coinvolgere i MMG ed i PLS nelle azioni per la promozione della salute;
 - condividere una modalità unitaria di attuazione degli interventi di promozione della salute previsti negli Ambienti Sanitari sia nei presidi distrettuali che dipartimentali;
 - condividere i risultati ottenuti in relazione alle attività svolte nel contesto territoriale.
- *Setting ospedaliero*. È importante che, per ciascun ospedale, venga costituito un *Tavolo Tecnico per la Promozione della Salute*, composto dai referenti dei gruppi di lavoro ospedalieri dei programmi unitari per tema e target e presieduto dal Direttore dell'Ospedale (o dal Referente per la Promozione della Salute del Presidio designato dal Direttore). Tale Tavolo è finalizzato a:
 - condividere gli indirizzi aziendali attinente all'educazione e promozione della salute;
 - facilitare la presenza di stabili gruppi di lavoro per l'attuazione degli interventi previsti;
 - condividere una modalità unitaria di attuazione degli interventi per la promozione della salute previsti nei Presidi Ospedalieri;
 - condividere i risultati ottenuti in relazione alle attività svolte nel *setting* ospedaliero.

b.6 - I gruppi di lavoro per le attività di promozione della salute

I programmi unitari per temi, target e *setting* - predisposti dai referenti aziendali/tavoli tecnici - consentono di attuare le attività, con metodologie uniformi, nei diversi territori e contesti. Questo richiede la presenza, nei vari territori e contesti, di gruppi di lavoro dedicati per la promozione della salute, aventi idonei requisiti.

A tale riguardo è importante che i Direttori dei Distretti-Dipartimenti-Ospedali e i Responsabili delle UU.OO. assicurino azioni coerenti sul versante gestionale onde:

- facilitare la costituzione di stabili gruppi di lavoro multiprofessionali e trasversali alle strutture;
- assegnare idonei carichi di lavoro agli operatori di ogni gruppo, coerenti con le caratteristiche ed esigenze di ciascun programmi unitario. È rilevante, inoltre, che gli operatori dei gruppi di lavoro siano adeguatamente formati, nell'ambito di specifici corsi di formazione aziendale.

b.7 - Il Regolamento aziendale dell'educazione e promozione della salute

Nell'ambito del modello organizzativo, sopra descritto, è opportuno predisporre e formalizzare, da parte delle AA.SS.LL., un Regolamento aziendale volto ad assicurare un'idonea ed efficace *governance* della funzione trasversale per la promozione della salute.

c) L'integrazione tra sistemi

Le attività per la promozione della salute richiedono, oltre alla rete interna aziendale, un agire sistemico con le altre istituzioni/agenzie e la configurazione di diverse modalità integrative, quali:

- prevedere nell'ambito del Coordinamento Istituzionale - di ciascun Ambito territoriale relativo al Piano di Zona - (Coordinamento che vede la presenza degli Enti Locali, dell'ASL, della Provincia e di altri Enti) azioni volte a:
 - favorire l'adesione degli Enti Locali ai processi di promozione della salute, con la conseguenziale stipula di accordi;
 - facilitare l'individuazione di altri soggetti/stakeholder - es. forze sociali, organismi del non profit e del terzo settore, associazioni del volontariato, ecc. - da coinvolgere nella promozione della salute;
 - sostenere una stabile collaborazione con Enti Locali e altre istituzioni/agenzie locali per un efficace coinvolgimento della Comunità nelle attività di promozione della salute;
- prevedere la configurazione di un **Comitato Tecnico Paritetico tra ciascuna A.S.L. e Ufficio di Ambito Territoriale Provinciale dell'U.S.R.**, al fine di:
 - applicare unitariamente quanto indicato dal *Protocollo d'Intesa Regionale per la Promozione della Salute nelle Scuole*, stipulato tra l'Assessorato Regione alla Sanità e l'Ufficio Scolastico Regionale/UAT provinciali;
 - sostenere l'adozione del modello Scuole Promotrici di Salute;
 - favorire la creazione di reti di scuole impegnate nell'educazione e promozione della salute;
 - facilitare, in ogni territorio distrettuale, la creazione di una rete intra-sistemica per il dialogo tra i referenti delle scuole e i gruppi di lavoro dell'ASL;
 - attivare tavoli inter-istituzionali di ambito provinciale o sovra-locali, per ogni programma unitario su tema, target e *setting*. È opportuno che ciascun tavolo, veda la presenza del referente aziendale del programma unitario dell'A.S.L. e del referente di Scuole capofila, in rappresentanza delle Scuole in rete, al fine di predisporre un programma integrato da realizzare, con metodologie omogenee, nei diversi *setting* scolastici;
 - favorire, in ogni territorio, la creazione di una rete intra-sistemica capace di far dialogare la rete delle scuole e la rete dei referenti dei gruppi di lavoro dell'A.S.L.;
- costituire a livello distrettuale **Tavoli Interistituzionali e Intersettoriali sulla Promozione della Salute**. Tali tavoli, coordinati dai Direttori Sanitari o dai Referenti Territoriali per la Promozione della Salute, composti dai referenti dei gruppi di lavoro territoriali di ciascun programma unitario per tema, target e *setting* e dal referente di ciascuna istituzione/agenzia/stakeholder coinvolta, sono funzionali a:
 - favorire l'approccio intersettoriale e la progettazione partecipata, attenta ai bisogni ed alle caratteristiche di ogni realtà locale;
 - facilitare la configurazione di reti intra-sistemiche e la costituzione di gruppi di lavoro inter-istituzionali, composti da operatori dell'A.S.L. e di altre istituzioni/agenzie/gruppi di interesse, onde realizzare interventi integrati nei vari contesti di appartenenza (comunità, scuola, luoghi di lavoro, ecc.).

d) La pianificazione aziendale per la promozione della salute

Le AA.SS.LL. sono tenute a predisporre specifici atti di pianificazione e programmazione attinenti alle attività per l'educazione e promozione della salute.

d.1 - Il Programma Attuativo dell'ASL sulle Attività di Promozione della Salute

Il Programma Attuativo sulle Attività di Educazione e Promozione della Salute rappresenta il primo tassello di pianificazione delle azioni per l'educazione e promozione della salute. È opportuno che la predisposizione del su indicato programma si sviluppi a partire dai seguenti punti:

- recepire gli indirizzi regionali, in merito a: standard di buone pratiche, competenze degli operatori e capacità di sistema dell'ASL, articolazione aziendale per la *governance* delle azioni intersettoriali di promozione della salute;
- censire le attività di educazione e promozione della salute predisposte dall'A.S.L., classificarle in base all'aderenza ai criteri di buona pratica (vedi il paragrafo su questo tema), verificandone la corrispondenza e le prospettive di adeguamento;
- definire i temi di educazione e promozione della salute sui quali implementare prioritariamente le attività.

d.2 - Il Programma Attuativo Aziendale Intersettoriale di Educazione e Promozione della Salute

La predisposizione del *Programma Attuativo Aziendale Intersettoriale di Educazione e Promozione della Salute* richiede, preliminarmente, azioni mirate per individuare altri soggetti istituzionali e non (es. Enti Locali, Scuole, forze sociali, imprese, associazioni di categorie, ordini professionali, organismi del non profit, società scientifiche, associazioni sportive/ricreative, autoscuole, gestori di locali, rappresentanti dei MMG e dei PLS), onde coinvolgerli nella promozione della salute.

La partecipazione delle istituzioni/agenzie richiede la stipula di formali accordi. È opportuno che tali accordi prendano forma a partire dai seguenti punti:

- condividere gli obiettivi e le aree tematiche degli interventi di educazione e promozione della salute;
- definire i reciproci impegni volti:
 - a facilitare da parte dei cittadini l'adozione di comportamenti salutari e a aderire a misure preventive;
 - ad assicurare, da parte di ogni istituzione/settore coinvolto, coerenti interventi capaci di incidere, nel contesto della comunità, sui determinanti di salute correlati al tema di ciascun programma;
- adottare strumenti volti a promuovere l'equità ed a contrastare le disuguaglianze in salute;
- prevedere la partecipazione dei partner alla definizione del Programma Attuativo Aziendale Intersettoriale di Promozione della Salute e agli altri atti di pianificazione;
- configurare reti intra-sistemiche per assicurare l'attuazione di interventi integrati.

La predisposizione del Programma Attuativo Aziendale Intersettoriale di Promozione della Salute, tenendo conto degli accordi stipulati, deve delinarsi come disegno organico a partire dai seguenti punti:

- prevedere la sua estensione per l'intera durata del Piano di Prevenzione;
- richiamare le tematiche prioritarie di educazione e promozione della salute sui quali predisporre programmi unitari per temi omogenei, *target* e *setting*, implementare le attività;
- adottare annualmente il Piano Aziendale per l'Educazione e Promozione della Salute;
- declinare la partecipazione, con i rispetti impegni, dei principali enti/istituzioni e organismi del terzo settore presenti nelle comunità locali, in base agli accordi stipulati precedentemente.

d.3 - Il Piano Aziendale per l'Educazione e Promozione della Salute

In stretta connessione con il succitato Programma Attuativo Aziendale Intersectoriale è necessario predisporre, annualmente, il *Piano Aziendale per l'Educazione e Promozione della Salute* che si configura come un disegno strategico capace di assicurare l'attuazione di programmi unitari ed efficaci (buone pratiche), per temi, *target* e *setting* (es. Comunità, Ambienti Sanitari, Scuola, Luoghi di Lavoro), nonché di facilitare l'integrazione con altri stakeholder. È opportuno che la sua programmazione si articoli nelle seguenti cinque fasi:

1. *avvio della programmazione del Piano Aziendale*. Tale fase prevede la predisposizione di un Atto di Indirizzo (che descrive finalità e priorità, definisce procedure, fasi attuative e modalità di valutazione dei risultati), con la scheda tassonomica (onde predisporre i programmi unitari per tema, *target* e *setting*, nell'ambito di specifici requisiti di qualità e buona pratica). La documentazione deve interessare i componenti della rete aziendale per la promozione della salute e i direttori delle macrostrutture;
2. *predisposizione dei programmi unitari di educazione e promozione della salute per temi, target e setting*. In tale fase i Referenti Aziendali/Tavoli tecnici predispongono i programmi (adottando la scheda tassonomica), coinvolgendo referenti di altre istituzioni/agenzie/gruppi di interesse. Ai Referenti Aziendali/Tavoli tecnici è necessario assicurare il supporto metodologico per facilitare l'adozione della scheda tassonomica;
3. *validazione dei programmi*. Tale fase prevede la validazione dei programmi unitari predisposti onde verificarne la loro coerenza con gli indirizzi aziendali e il rispetto degli standard di buona pratica. La validazione dei programmi deve essere garantita dal responsabile dell'U.O. Promozione della Salute o dal referente aziendale per l'Educazione e Promozione della Salute;
4. *formalizzazione, presentazione e attivazione del Piano Aziendale*. Tale fase prevede:
 - l'approvazione del Piano da parte della Direzione Generale e l'adozione da parte delle macrostrutture;
 - la presentazione del Piano, tramite la predisposizione di una Guida, funzionale ad illustrare i programmi unitari per temi-*target-setting*, il modello operativo, i gruppi di lavoro ecc.;
 - l'attivazione dei programmi unitari nei vari territori, comunità locali e *setting* attuativi;
5. *verifica dei risultati*. Tale fase prevede, al termine di ogni annualità, la valutazione dei risultati in merito alle attività svolte dai programmi unitari e la predisposizione di un report aziendale analitico.

d.4 - Ulteriori azioni di programmazione di ambito aziendale inerente alla promozione della salute

Nell'ambito delle azioni strategiche riguardanti la promozione della salute, è importante assicurare ulteriori azioni di pianificazione e programmazione, di seguito descritte:

- *stipulare accordi con i MMG ed i PLS* per coinvolgerli nell'attuazione dei programmi di educazione e promozione della salute;
- *programmare corsi di formazione aziendali* rivolti agli operatori delle strutture delle AA.SS.LL., ai MMG e ai PLS coinvolti nei programmi e nelle attività di educazione e promozione della salute;
- *adeguare gli ambienti sanitari perché offrano maggiori opportunità agli operatori sanitari stessi e alle persone di adottare stili di vita salutari*. È opportuno che tale adeguamento si predisponga nell'ambito di specifici requisiti strutturali, organizzativi e metodologici;
- predisporre piani di comunicazione funzionali ai programmi per la promozione della salute, assicurando interazione tra gli stessi, onde evitare duplicazioni o modalità sconcordate;
- *adottare il documento sull'implementazione delle attività finalizzate a migliorare la promozione della salute* in favore della popolazione.

d.5 - L'interazione con le altre azioni di pianificazione/programmazione.

È importante creare interazioni e nodi collegamento tra la pianificazione aziendale per l'educazione e promozione della salute e le altre azioni di programmazione:

- *all'interno del sistema A.S.L. con:*
 - il Piano Performance e gli obiettivi aziendali, la programmazione e il processo di budget delle macrostrutture e funzioni centrali, la modalità di valutazione del personale (es. procedure dell'O.I.V.);
 - la Programmazione delle Attività Territoriali (PAT governato dal Distretto);
- *verso i sistemi esterni con:*
 - gli Enti Locali per creare correlazione con i Piani Sociali di Zona;
 - con il sistema scolastico per creare nodi di collegamento con i Piani dell'Offerta Formativa (POF) delle scuole e con le altre azioni di programmazione sul modello "Scuole Promotrici di Salute".

Capitolo VI

LE COMPETENZE DEGLI OPERATORI

Gli operatori impegnati nelle attività di educazione e promozione della salute sono chiamati a promuovere interventi finalizzati a sviluppare riflessioni sulle convinzioni e sui comportamenti a rischio, a individuare le variabili psicologiche e sociali che rendono difficile l'acquisizione dei comportamenti sani e a promuovere l'acquisizione di conoscenze, atteggiamenti e competenze attinenti a stili di vita sani, per favorire il cambiamento.

La *formazione* di quanti concorrono a realizzare questi percorsi assume pertanto una *valenza strategica* di potenziamento dei processi di cambiamento in atto e diviene un indispensabile strumento per la piena attuazione del Piano Regionale di Prevenzione 2014 – 2018.

Questa attività finalizzata all'*empowerment* non comprende solo interventi diretti a rinforzare le competenze dei singoli individui ma anche azioni orientate a cambiare le condizioni sociali, ambientali ed economiche in modo da ridurre l'impatto sulla salute pubblica e individuale. La cornice culturale è quella che riconosce alla sanità pubblica il ruolo di *advocacy* nel processo di promozione della salute, ma che vede coinvolte anche istituzioni e soggetti diversi dal mondo sanitario con cui è indispensabile condividere concezioni, culture e linguaggi verso la co-progettazione e co-realizzazione degli interventi di educazione e promozione della salute secondo la strategia "*La salute in tutte le politiche*".

a) Approcci teorici e metodologici di riferimento

Il Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 prevede l'attivazione di diversi percorsi formativi finalizzati a rafforzare le conoscenze/competenze in relazione ai contenuti specifici dei *Programmi* e delle *Azioni* in favore delle figure professionali coinvolte. Prevede inoltre di sviluppare capacità, di promuovere l'interazione tra diversi attori e ambiti operativi: una formazione che supporti il lavoro di rete e che sviluppi costantemente negli operatori l'attitudine al confronto e la consapevolezza della valenza della propria operatività all'interno dei processi a cui prendono parte.

L'obiettivo è promuovere, anche attraverso l'articolato impegno formativo pianificato dal PRP, un processo di *capacity building*, ovvero di *costruzione di competenze*.

L'attività di formazione, infatti, agisce sulle competenze degli individui ma non sempre incide sui contesti organizzativi e sui sistemi in cui tali competenze si esplicano e, quindi, non ne amplia necessariamente le potenzialità. Offre tuttavia occasioni per riflettere criticamente sulla possibilità di innescare percorsi virtuosi che favoriscano la sostenibilità dello sviluppo mettendo comunque in moto processi di cambiamento su più livelli: individui, gruppi, organizzazioni e sistemi.

In questo senso, la formazione pianificata in un'ottica di *capacity building* consente un'azione mirata a rafforzare le capacità auto-adattive delle persone e delle organizzazioni, in modo che siano in grado di rispondere a un ambiente che cambia. È dunque un processo di *apprendimento* multi-livello.

Secondo il *modello andragogico*, nell'adulto l'apprendimento è un processo di *ricerca attiva* più centrato sulla *validità dei processi* che sui *contenuti*, in cui la conoscenza è vista innanzitutto come una *ristrutturazione* di saperi e di comportamenti preesistenti. Di conseguenza è importante coinvolgere i discenti fin dalla fase di progettazione della formazione (progettazione partecipata), per contestualizzarla il più possibile e rispondere nella maniera migliore ai bisogni e alle priorità dei discenti.

A tale proposito, per rispondere adeguatamente all'esigenza di sensibilizzare verso capacità di *lavoro in rete* in contesti *intersectoriali e multidisciplinari*, in cui si opera secondo logiche di *trasversalità* e adottando approcci di *progettazione partecipata*, i percorsi formativi devono promuovere metodologie di *team building* (costruzione del gruppo), attività finalizzata alla costruzione di un buon clima di lavoro tra le persone, prestando particolare attenzione a:

1. definire, esplicitare e condividere obiettivi, strategie e compiti;
2. scegliere un metodo di lavoro che tenga conto, contemporaneamente, delle modalità tecniche e dei rapporti interpersonali;
3. prevedere un coordinamento non statico ma dinamico e far procedere il gruppo valorizzando il contributo dei diversi componenti;
4. tenere in considerazione vincoli e risorse.

Tutti aspetti su cui è possibile intervenire efficacemente mediante appropriate metodologie formative.

b) Le competenze dell'operatore impegnato nei programmi di educazione e promozione della salute

Le competenze richieste agli operatori impegnati nella promozione della salute investono una molteplicità di livelli operativi, motivazionali e culturali, per i quali bisogna pianificare mirati interventi formativi che siano orientati a facilitare l'acquisizione di una *visione* e modelli di intervento idonei alle realtà operative previste dall'attuazione del PRP. Interventi formativi che favoriscano l'apprendimento delle conoscenze (*sapere*) e delle competenze/abilità (*saper fare*) necessarie ad operare con perizia, ma che contemplino una costante attenzione allo sviluppo di attitudini comunicativo/relazionali negli operatori in formazione (*saper essere*).

Il PRP, in particolare i *Programmi B, C e D*, si propone di implementare, nei diversi *setting*, interventi di promozione della salute finalizzati all'*empowerment individuale e comunitario*, al potenziamento del *capitale sociale*, allo sviluppo della *resilienza* individuale e collettiva, promuovendo l'adozione dei percorsi operativi, delle metodologie e degli strumenti più idonei a realizzarli e dei quali gli operatori sanitari devono dotarsi.

Il progetto **CompHP** *Developing competencies and professional standards for health promotion capacity building in Europe*, valuta la qualità della promozione della salute e definisce contenuti professionali e competenze chiave dell'operatore di promozione della salute (<http://www.dors.it/page.php?idarticolo=307>).

c) I contenuti della formazione

In sintesi, alla luce dell'articolata dotazione di competenze richiesta all'operatore di educazione e promozione della salute, appare indispensabile predisporre percorsi formativi capaci di sviluppare un adeguato orientamento **metodologico**, conoscenze del contesto normativo di riferimento, dei contenuti specifici per **area tematica** e competenze **comunicativo-relazionali**, alla base dell'efficacia di numerosi interventi di educazione e promozione della salute.

In primo luogo, un'adeguata conoscenza dei principi e delle indicazioni del Piano Regionale di Prevenzione 2014 – 2018, rappresenta un contenuto imprescindibile nei percorsi formativi per garantire la sua corretta applicazione all'interno dei Servizi e per chiarire ai discenti, i percorsi lungo cui progettare e attuare gli interventi secondo gli indirizzi del presente documento.

Tra i contenuti della formazione, va data particolare attenzione allo sviluppo della capacità di adottare correttamente gli strumenti, le metodologie ed i percorsi di valutazione degli interventi, spesso ancora carenti.

Un particolare impegno formativo va riservato al tema dello sviluppo delle capacità di comunicazione, come strumento essenziale per la promozione di stili di vita salutari e la presa di consapevolezza dei comportamenti a rischio da parte dei singoli individui e della collettività.

L'integrazione di competenze comunicativo-relazionali con le competenze tecnico-scientifiche specifiche di ciascun ruolo professionale e di ciascuna area tematica, rappresenta una essenziale *conditio* per il successo di interventi volti ad innescare processi di cambiamento dei comportamenti indesiderati e degli stili di vita scorretti.

Il *Programma di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi del programma Guadagnare Salute DPCM 4 maggio 2007 n. 119 (PinC)* ha promosso, tra l'altro, la progettazione di una strategia comunicativa e formativa rivolta a "figure chiave", sanitarie e non sanitarie, fondamentali nei processi di educazione e promozione della salute. Gli strumenti proposti sono quelli del *counselling* e del *colloquio motivazionale*.

Il ***counselling***, nelle sue diverse formulazioni operative, trova numerosi ambiti applicativi per la promozione di stili di vita salutari, in relazione anche al livello di approfondimento della conoscenza della tecnica da parte degli operatori.

In qualunque caso è utile evidenziare la rilevanza dell'intervento di *counselling*, quale "valore aggiunto" alla professionalità degli operatori della Sanità Pubblica per lo sviluppo e l'efficacia delle attività di promozione della salute.

Pur nelle distinzioni sostanziali applicative di questa tecnica, il *counselling*, secondo una definizione che ne racchiude in modo completo le potenzialità, "è un processo relazionale di tipo professionale che coinvolge un operatore e una persona che sente il bisogno di essere aiutata a risolvere un problema o a prendere una decisione".

Il ***colloquio motivazionale*** invece è uno stile di comunicazione centrato sul cliente, orientato per evocare e rinforzare la motivazione intrinseca ad un cambiamento positivo. Assumendo la concezione di Pascal secondo cui "Le persone si lasciano convincere più facilmente dalle ragioni che esse stesse trovano piuttosto che da quelle scaturite dalla mente altrui", il colloquio motivazionale consente di aggirare ed utilizzare le resistenze al cambiamento attraverso il sostegno alla fiducia nelle proprie possibilità (*autoefficacia*) e amplificando l'importanza della differenza fra ciò che si è e ciò che si vorrebbe essere, fra quello che si fa e quello che si vorrebbe fare.

Sia il *counselling* che il colloquio motivazionale, mirano a sviluppare e ad amplificare l'attitudine a considerare anche i canali non verbali della comunicazione e ad affinare le capacità empatiche.

Appare evidente che l'attività formativa relativa a queste specifiche competenze debba coinvolgere progressivamente, e con differenti gradienti di intensità, tutto il personale sanitario e non, fino a comprendere gli operatori degli enti partner coinvolti in attività di promozione della salute.

L'intensità sarà condizionata dal ruolo o settore di appartenenza, dal livello di coinvolgimento nelle diverse azioni del Piano di Prevenzione e, soprattutto, dalla motivazione individuale ad approfondire tali percorsi formativi.

Sarebbe opportuno infine, proporre interventi formativi volti ad approfondire ulteriormente e più specificamente le capacità empatiche degli operatori all'interno di una diversa, ma non meno importante, concezione di promozione della salute. Partendo da una serie di interrogativi sulla *persona* "operatore sanitario" troppo spesso, incomprensibilmente, trascurati anche nella formazione di base:

- quali elementi e strumenti deve contenere il bagaglio esperienziale dell'operatore affinché diventi un professionista della salute consapevole e responsabile nella relazione di cura?
- che ruolo giocano le emozioni nella relazione con l'altro?
- com'è vissuta la vicinanza e il contatto con l'altro?
- c'è consapevolezza delle proprie potenzialità e dei propri limiti nella realtà professionale e personale?
- Tutte tematiche di estrema rilevanza nella formazione di un operatore capace di relazionarsi con "l'altro" in maniera coerente alla odierna concezione di salute della persona, intesa come unità bio-psico-sociale di cui bisogna assumere i bisogni e le espressioni in una dimensione olistica e personalizzata.

Per affinare specificamente questa sensibilità, occorre creare con gli operatori uno spazio di rielaborazione critica dei loro vissuti, stimolandoli a prendere consapevolezza delle proprie potenzialità e dei propri limiti nella realtà professionale e personale. A tale fine, possono essere utilizzate diverse metodologie (teatro, giochi di ruolo, laboratori esperienziali, ecc.).

Capitolo VII

LE BUONE PRATICHE: AZIONI DA INTRAPRENDERE

Gli interventi di educazione e promozione della salute, per essere efficaci, necessitano di 3 differenti livelli di qualità: 1) la qualità di contenuto; 2) la qualità metodologica; 3) la qualità organizzativa.

1) La qualità di contenuto è quella più propriamente sanitaria e si concretizza nel fatto che gli obiettivi e i messaggi devono essere suffragati dalla ricerca scientifica. Per esempio, in un intervento per la prevenzione dell'obesità quali obiettivi bisogna darsi? Contrastare l'anticipo dell'*adiposity rebound* o favorire il consumo di "alimenti biologici"? Nell'invitare il target a seguire un'"alimentazione corretta", quali sono gli elementi che fanno sì che un'alimentazione possa dirsi "corretta"? Quali delle convinzioni del target sono suffragate dall'*evidence* e quindi vanno confermate, quali sono contraddette e quindi non devono essere confermate ma bisognerà cercare di modificare?

Perciò, secondo il tema trattato (alimentazione, attività fisica, dipendenze, sessualità, prevenzione patologie dentali, ecc.), è necessario disporre di competenze sull'alimentazione, sull'attività motoria, sulle dipendenze, sulla sessualità, sulla salute dentale, ecc.

2) La qualità metodologica attiene invece a come si attua l'intervento e presuppone altre competenze. Un determinato contenuto (ad esempio la raccomandazione "mangiare 5 volte al giorno frutta/verdura") può essere rivolto ai destinatari finali tramite un manifesto, una lezione frontale, un incontro-dibattito, un colloquio faccia a faccia, un gruppo di discussione, un itinerario didattico, la distribuzione di frutta. La qualità metodologica attiene alla scelta, alla costruzione e alla realizzazione dell'intervento più idoneo in relazione agli obiettivi da raggiungere, al target e al contesto in questione. Sono necessarie per questo, competenze in educazione e promozione della salute (sapere rilevare i bisogni di salute, analizzare il contesto, coinvolgere i portatori di interesse, individuare i fattori che intervengono nella genesi dei comportamenti su cui si vuole intervenire, definire e utilizzare strategie e tecniche comunicative e didattiche, ecc.).

3) La qualità organizzativa è quella che permette all'intervento di realizzarsi così come progettato, di rilevare gli scostamenti dal percorso tracciato, i problemi che insorgono, in una continua attività di feed-back. Senza definire e realizzare un disegno organizzativo, l'intervento riuscirà a raggiungere solo un'esigua quota dei destinatari previsti, e senza garanzie di continuità nel tempo inoltre, non si avrà la sicurezza che i contenuti e la metodologia scelta siano effettivamente realizzati. Per questo, è necessaria una chiara definizione e distribuzione dei compiti e dei campi decisionali, la scelta di strumenti e procedure che garantiscano l'integrazione tra i diversi attori dell'intervento, una condivisione degli obiettivi e della strategia per conseguirli, nonché la realizzazione di forme di gratificazione per l'impegno profuso dai vari membri dell'organizzazione.

Da tutto quanto detto, si può comprendere come l'educazione e promozione della salute sia un'attività complessa, che richiede un'attenta progettazione, una puntuale valutazione in itinere e una costante e iterativa riflessione su quanto si va facendo.

Un intervento di educazione sanitaria o di promozione della salute non è paragonabile ad un farmaco: la sua efficacia dipende da molte variabili, quali le strategie educative, le attività svolte, la durata dell'intervento, i sussidi didattici e comunicativi, la competenza educativa e la motivazione degli educatori, le caratteristiche dei destinatari dell'intervento, la relazione educatore-educando, il contesto in cui viene realizzato l'intervento, l'attività di altri soggetti sul tema, ecc. Per questo è più difficile sapere se un intervento è efficace o no e cosa lo rende efficace. Le molte variabili che compongono l'intervento rendono anche più problematica la riproducibilità e la trasferibilità.

Tale complessità non deve essere un alibi per giustificare interventi “fai da te” e autoreferenziali, ma deve, al contrario, spingere ad un maggiore rigore nella progettazione, attuazione e valutazione e ad un continuo confronto con la letteratura scientifica e con altre esperienze, soprattutto se con evidenze di efficacia. La promozione della salute, infatti, come qualsiasi altro intervento, può anche essere inutile o negativa, inappropriata, inefficiente, non equa, non sostenibile. Poiché, inoltre, le risorse sono scarse e i soggetti da raggiungere sono moltissimi, esse vanno utilizzate al meglio.

Oggi attuare buone pratiche è più facile, perché anche in educazione sanitaria e promozione della salute la ricerca scientifica è progredita e sappiamo di più sui determinanti dei comportamenti, su come innestare processi di cambiamento, su cosa può dare risultati positivi e cosa non serve o può essere controproducente. Esistono rassegne, metanalisi e linee guida che sintetizzano il lavoro di ricerca compiuto e danno indicazioni su quali strategie, metodologie e strumenti hanno più probabilità di essere efficaci e quali meno.

a) Migliorare gli interventi, adottare buone pratiche

Per “buona pratica” si intende quell' “insieme di processi ed attività che, in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione”.

L'intervento di educazione/promozione della salute ideale dovrebbe essere efficace, efficiente, equo, sostenibile, privo di “effetti collaterali negativi”, facilmente attuabile (anche su un ampio target), adatto al contesto (o facilmente adattabile).

Come è intuibile, raramente si hanno dati certi su tutti questi aspetti di un intervento.

Per valutare se un intervento è una buona pratica, esso va esaminato **dal punto di vista “formale” (“generale”)**, cioè verificando se è stato progettato e attuato in maniera rigorosa (secondo quanto attualmente si ritiene caratterizzare una buona progettazione e attuazione) **e dal punto di vista “specifico”**, cioè in rapporto a quanto la ricerca scientifica ritiene utile sul particolare tema, target e contesto. Infatti, uno strumento o una strategia può essere efficace per realizzare un obiettivo ma influente per realizzarne un altro, efficace per un target ma inefficace per un altro target. Per esempio un cartello che invita e motiva a salire le scale, posto vicino all'ascensore, è un intervento con evidenza di efficacia per incrementare il numero di soggetti che sceglie di salire le scale invece di prendere l'ascensore. Un cartello che invita a non assumere stupefacenti, invece, non ha alcuna dimostrazione di efficacia. Per migliorare l'alimentazione dei bambini è importante coinvolgere i genitori, ma se il target sono gli adolescenti il loro coinvolgimento non sembra essere rilevante.

Per valutare dal punto di vista “generale” un intervento di educazione e promozione della salute, ci si riferisca alla “**Griglia valutazione generale buone pratiche**” riportata in appendice (Allegato 3), che sintetizza quanto detto in tema di buona progettazione, attuazione e valutazione in questo documento (in grassetto sono evidenziati gli elementi che non dovrebbero mai mancare in una buona pratica).

Per valutare un intervento dal punto di vista “specifico” (rispetto cioè allo specifico tema, contesto e target), si può fare riferimento all'Allegato 4 “**Indicazioni sugli interventi efficaci per specifici setting, temi e target**”.

Tali valutazioni sono necessarie non solo per giudicare le attività censite e migliorarle, ma anche come guida per la progettazione degli interventi. Il PRP, infatti, richiama fortemente all'adozione di criteri di buona pratica nella realizzazione delle attività di promozione della salute esortando ad abbandonare quei percorsi operativi non rispondenti a tali criteri e a conformarsi alle indicazioni del presente documento. Dispone cioè, di vagliare criticamente le attività in corso o che

si intendono implementare e confrontarsi con criteri di buona pratica, sollecitando una riflessione su tali attività da parte degli operatori.

L'obiettivo è migliorare le attività di promozione della salute ed utilizzare al meglio le risorse disponibili. Un'attività può non essere una buona pratica, ma può diventarla con qualche piccola modifica. Non ha senso cassarla (con frustrazione e demotivazione degli operatori) per costruirne ex novo un'altra, che è sì “buona pratica”, ma che potrebbe essere vissuta come estranea e calata dall'alto e, quindi, sarebbe votata al fallimento (la partecipazione convinta degli operatori è uno dei principali requisiti per l'efficacia degli interventi). Bisogna invece valorizzare le competenze e l'impegno degli operatori e salvaguardare gli aspetti positivi degli interventi in atto. Si potrà decidere di far evolvere il progetto che si conduce, modificando quegli aspetti che non sono importanti o che possono pregiudicare un risultato positivo e arricchendo l'intervento con nuove strategie, attività e strumenti che la ricerca scientifica evidenzia come possibili elementi importanti per una buona pratica. Oppure si potrà decidere di adottare un intervento già riconosciuto come buona pratica. In questo caso, poiché è difficile sapere quali elementi sono quelli che garantiscono il successo di un intervento, sarebbe opportuno che la buona pratica con evidenza di efficacia sia attuata in tutti le sue parti e articolazioni. Al tempo stesso essa deve adattarsi al contesto (ASL, Distretto) e ai *setting* (scuole, luoghi di lavoro, ecc.) e deve potere diventare un'attività routinaria ed estesa su un'ampia popolazione.

Le AA.SS.LL. dovranno quindi: censire gli interventi che si attuano, vagliarli criticamente verificando l'aderenza agli standard di buona pratica (vedi Allegati 3 e 4), migliorarli (modificandoli e arricchendoli), oppure decidere di adottare un intervento di “buona pratica” (vedi Allegato 5), adattandolo al proprio contesto. Queste azioni saranno coordinate e governate dall'U.O. di Educazione e Promozione della Salute o, per le AA.SS.LL. che non l'hanno ancora costituita, dal Referente Aziendale di Educazione e Promozione della Salute.

La Regione, tramite il *Gruppo di Studio Le Buone Pratiche in Educazione e Promozione della Salute*, supporterà le AA.SS.LL. nell'effettuare il censimento degli interventi e il loro adeguamento ai criteri di appropriatezza e buona pratica, in funzione delle caratteristiche del tema, target e contesto, anche tramite audit periodici.

Capitolo VIII

IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE

Monitorare e valutare le attività che si mettono in campo è di estrema importanza.

Senza valutazione non si possono formulare giudizi fondati, senza giudizi fondati non si possono correggere gli errori e implementare i successi: la valutazione è dunque uno strumento fondamentale per il miglioramento degli interventi e per diffondere la prassi del “ciclo di progetto” (ideazione → progettazione → valutazione ex ante → approvazione → realizzazione e monitoraggio → valutazione → ideazione, ecc.). Per tali motivi, il PRP 2014 – 18 e queste linee guida, danno una particolare rilevanza al monitoraggio e alla valutazione.

Ogni progetto di educazione sanitaria e promozione della salute dovrebbe essere sottoposto a un puntuale monitoraggio e ad un'attenta valutazione. In particolare:

1. **valutazione ex ante:** per dare un giudizio su fattibilità, appropriatezza, efficacia, efficienza, equità, sostenibilità del progetto prima del suo inizio evidenziando e correggendo eventuali criticità;
2. **monitoraggio:** per controllare in itinere, in maniera sistematica, se l'intervento si sta svolgendo come programmato, cioè se le varie azioni che gli operatori dovevano svolgere si stanno realizzando con le modalità definite, ai tempi e nei tempi stabiliti, così da individuare eventuali scostamenti e responsabilità;
3. **valutazione di processo:** per evidenziare se si stanno realizzando i prodotti e i processi previsti e avere elementi di giudizio sulle varie parti che compongono l'intervento, scoprire i punti problematici e cercare di porvi rimedio;
4. **valutazione di risultato:** per verificare se il target intermedio, grazie alle azioni messe in campo dai promotori del progetto, ha svolto le attività previste;
5. **valutazione d'esito:** per verificare se gli obiettivi educativi (acquisizione di determinate conoscenze, competenze, atteggiamenti e comportamenti), gli obiettivi di modifica del contesto (affinché sia promotore di salute e renda facili le scelte salutari) e gli obiettivi di salute, sono stati raggiunti;
6. **valutazione di gradimento:** per sapere se target e stakeholder hanno gradito l'intervento, se sono state soddisfatte le loro aspettative e come giudicano la qualità del progetto;
7. **valutazione economica:** per conoscere quanto effettivamente è costato l'intervento e quale è il rapporto output/costi.

La valutazione in educazione e promozione della salute non è cosa semplice e richiede specifiche competenze e risorse. Le AA.SS.LL. dovranno mettere in atto quelle azioni che garantiscono l'acquisizione di tali competenze e il miglioramento non solo della progettazione e attuazione degli interventi di educazione e promozione della salute, ma anche della qualità della loro valutazione. Esse, nel valutare gli esiti e il rapporto output/input dei loro programmi, possono collaborare tra loro, con altri soggetti del SSR, SSN, Università ed enti di ricerca anche internazionali.

Le AA.SS.LL. faranno riferimento al Gruppo di Studio Regionale sulle Buone Pratiche per il supporto tecnico-scientifico sulla progettazione, attuazione e valutazione dei loro piani, programmi e interventi di educazione e promozione della salute.

La Regione Campania monitorerà, oltre le attività del PRP, anche l'applicazione di queste linee guida da parte delle AA.SS.LL., con un'attività di audit periodica.

L'Allegato 6 affronta questo tema al fine di creare un linguaggio condiviso tra gli operatori e offrire strumenti che possano essere utili nell'operatività.

Il presente documento è stato elaborato e proposto dal *Gruppo di Studio Regionale su “Identificazione delle Buone Pratiche in Educazione e Promozione della Salute”* istituito con D.D. n° 3 del 16.01.2017 e ss.mm.ii. presso la Direzione Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, così composto:

- D.ssa Antonella Guida – Dirigente di Staff - Coordinatore PRP;
- D.ssa Simonetta de Gennaro – Dirigente pro-tempore UOD 02 - Prevenzione e Igiene Sanitaria
- Dott. Pietro Buono – Dirigente UOD 17- Attività consultoriale e materno infantile;
- D.ssa Maddalena Illario – Dirigente UOD 14 – Promozione e potenziamento programmi di “Health’s Innovation”;
- D.ssa Maria Rosaria Romano - Dirigente in distacco presso la Direzione Generale della Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
- D.ssa Elvira Lorenzo – Funzionario Psicologo UOD 02 - Prevenzione e Igiene Sanitaria
- Prof.ssa Gennarina Panico - Referente Educazione alla Salute dell’Ufficio Scolastico Regionale della Campania;
- Prof. Giorgio Liguori – Professore Ordinario di Igiene - Università degli Studi “Parthenope” di Napoli;
- Prof.ssa Giovanna Petrillo - Professore Ordinario di “Psicologia sociale della salute” Università degli Studi di Napoli Federico II e suo delegato D.ssa Daniela Caso – Ricarcatrice in “Psicologia Sociale” Università degli Studi di Napoli “Federico II”;
- Dott. Gianfranco Mazzarella – Componente del Gruppo di Monitoraggio per il PRP 2014-2018;
- Dott. Pio Russo Krauss – Coordinatore Regionale della promozione della salute e diffusione di buone pratiche, nell’ambito della linea progettuale 1 “Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità” approvata con DCA n° 94 del 30.09.2013;
- Dott. Francesco Morrone – ASL Salerno - Referente Educazione e Promozione della Salute e del Programma B del PRP2014-2018;
- Dott. Pasquale Fallace – ASL Napoli 2 Nord - Referente Educazione e Promozione della Salute e del Programma B del PRP2014-2018;
- D.ssa Mar2014-2018y Antoinette Menecchella - ASL Benevento - Referente Educazione e Promozione della Salute e del Programma D del PRP ;
- D.ssa Flavia Bergamasco – ASL Caserta - Referente Educazione e Promozione della Salute;