

## Developing competencies and standards for health promotion in Europe (Comp-HP)

### Convegno Nazionale

Perugia, 10 novembre 2014

## Introduzione ai lavori

Giancarlo Pocetta introduce le relazioni di Paolo Cantu e di Marie Claude Lamarre e la Tavola Rotonda

**Giancarlo POCETTA\***

**D**ò il benvenuto ai presenti, in particolare ai colleghi relatori di questo seminario, che abbiamo voluto organizzare nell'ambito degli eventi che si svolgono in occasione dei 60 anni del Centro Sperimentale per la Promozione della salute di Perugia, per parlare di un tema estremamente attuale.

Il lavoro che presentiamo oggi può determinare un cambiamento positivo nella promozione della salute in Italia. Parleremo di un progetto europeo cui abbiamo partecipato, che si chiama "Sviluppo delle competenze e degli standard di qualità della promozione della salute" e in parallelo di un sistema di accreditamento professionale; un progetto che ha immaginato quali elementi deve dimostrare chi si occupa professionalmente di promozione della salute - nella sanità, nella scuola, nei diversi contesti -, quali competenze definiscono la professionalità della promozione della salute. Tutto ciò ha dato luogo a un lavoro di

ricerca e a un sistema articolato, i nostri due relatori ce lo illustreranno. A questo sistema di competenze, si è pensato di affiancare un sistema di accreditamento professionale che possa mettere gli operatori di promozione della salute in grado di dimostrare le competenze che utilizzano. Sistema di accreditamento che svolgerà - ce lo diranno i relatori - anche le attività formative.

CompHP è la sigla che identifica il progetto in tutto il mondo, perché oltre all'Italia, il progetto si sta estendendo in altri Paesi, grazie al lavoro dell'Unione Internazionale per la Promozione della salute e l'Educazione sanitaria che ci ha fornito "l'ombrello" per tutto il progetto.

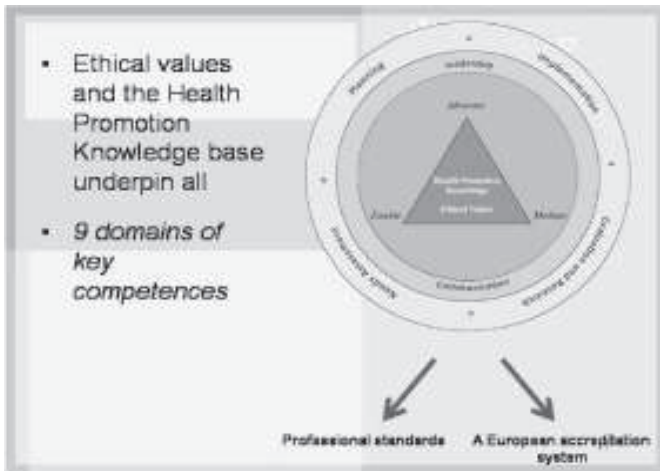
La struttura del seminario è a due livelli. In una prima parte sarà presentato il progetto CompHP da diversi punti di vista, poi avremo una parte di discussione animata da colleghi italiani che dimostreranno la loro professionalità in diverse aree e in

diversi contesti.

Vi presento i nostri primi relatori. La dottoressa Marie Claude Lamarre, che svolge il ruolo di direttore generale dell'Unione Internazionale per la Promozione della salute e l'Educazione sanitaria a Parigi, ci offrirà un punto di vista generale su come l'Unione Internazionale ha visto il progetto CompHP e come lo sta gestendo in relazione allo sviluppo futuro.

Il professor Paolo Contu dell'Università di Cagliari, vice presidente dell'Unione Internazionale per il settore chiamato Capacity Building, a cui afferisce anche il nostro progetto, ci darà una visione dei riflessi internazionali del progetto.

\* Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia



## The CompHP Project

Marie Claude Lamarre \*

Porto il saluto dell'Unione Internazionale, ricordando il professor Giovanni Canapei, che è stato uno dei fondatori dell'Unione Internazionale per la Promozione della salute, 63 anni fa, pochi anni prima della creazione del Centro di Perugia da parte di Alessandro Seppilli.

Saluto la professoressa Modolo e il professor Briziarelli e introduco l'argomento del progetto CompHP, descrivendo la consultazione tra i professionisti e il mondo della promozione della salute per costruire questo progetto.

Micheal Spark, il nostro attuale Presidente Internazionale identifica i punti chiave del progetto e i motivi per cui l'Unione Internazionale lo ha supportato come parte della struttura di *Capacity Building* dell'Unione Internazionale, di cui è responsabile il professor Contu. Afferma che la consapevolezza dei principi, delle *best practice*, dei valori che stanno alla base della promozione della salute è qualcosa di critico per una realizzazione efficiente e efficace delle attività di promozione della salute. C'è bisogno di costruire una struttura che assicuri che la promozione della salute sia ben praticata nell'evidenza scientifica e sia solida, professionale e globale. Se dobbiamo costruire capacità per

promuovere salute dobbiamo avere un quadro di riferimento con cui elaborare standard attraverso i quali misurare i nostri sforzi.

Il sistema di accreditamento in promozione della salute è stato sviluppato come risposta al bisogno di valutazione e miglioramento della qualità, per rafforzare e unificare le diverse attività e figure professionali della promozione della salute in Europa. Mentre in altri settori della educazione sono stati sviluppati sistemi di valutazione della qualità, non c'è ancora niente di così specifico in promozione della salute.

Non c'è accordo oggi a livello europeo su standard che assicurino il raggiungimento della qualità nella valutazione, rispetto a obiettivi e finalità della promozione della salute, così come sono stati identificati e proposti dalle strategie europee, non c'è accordo sul riconoscimento delle qualifiche professionali che possono essere alla base del libero scambio di operatori, così come richiesto dalle politiche dell'Unione Europea.

Segnalo la dichiarazione di Bologna, che incoraggia la cooperazione europea e la valutazione della qualità nella formazione superiore, come un driver rispetto all'accREDITAMENTO dei corsi di promo-

zione della salute.

Introduco alcuni elementi sulla storia del progetto partendo dal 2005, anno in cui il Comitato Europeo dell'Unione Internazionale ha definito un sottocomitato per esplorare le possibilità di un sistema di accreditamento della pratica di promozione della salute, basato sulle competenze e sulle pratiche della formazione di base e superiore in promozione della salute in Europa. Questo sottocomitato ha fatto una serie di consultazioni e di studi preliminari e di fattibilità. Nel 2008 c'è stata una confe-



\* *International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)*

renza di consenso a Galway in Irlanda, che ha esplorato la possibilità di un'ampia collaborazione internazionale riguardo lo sviluppo delle capacità, per identificare e codificare competenze comuni e rafforzare approcci comuni, rispetto a un programma di accreditamento e di sviluppo comune della formazione. I risultati della conferenza di Galway e delle consultazioni successive sono state la base dello sviluppo, dal 2009 al 2012, del progetto CompHP, il cui obiettivo era definire standard basati sulle competenze e un sistema di accreditamento per la promozione della salute, di dimensione europea. Il progetto, finanziato dall'Unione Europea, è stato implementato con un gruppo ampio e rappresentativo di Paesi europei e partner provenienti da settori operativi e tecnici della promozione della salute, un gruppo internazionale di esperti per lo sviluppo di best practice di lavoro a livello globale.

Nella lista dei partner sono presenti due università italiane, Perugia e Cagliari. Questa è la definizione di competenza che è stata utilizzata dal progetto: *la competenza è la combinazione di conoscenze essenziali, attività, capacità e valori necessari per mettere in atto la promozione della salute.*

Le competenze chiave (Core

*competencies*) sono così definite: *il set minimo di competenze che costituisce una base comune per i diversi ruoli in promozione della salute, vale a dire i ruoli sono quello che gli operatori di promozione di salute devono dimostrare di saper fare per lavorare in modo efficiente, efficace e appropriato nel campo.*

Ci sono due aree di competenze fondamentali a sostegno di tutte le altre aree di competenza. La prima è la dimensione etica in promozione della salute, che costituisce il contesto all'interno del quale tutte le aree di competenza trovano la loro applicazione pratica. L'altra area di competenza fondamentale è la conoscenza di base in promozione della salute. Questi due ambiti di competenza sono alla base e sostengono tutte le altre aree.

Queste aree di competenza sostengono gli standard professionali e specificano le conoscenze e le capacità pratiche e i criteri di performance delle competenze chiave nel momento in cui queste vengono prodotte e applicate. Gli standard di competenza professionale elaborati in CompHP sono individuati per essere usati da operatori il cui ruolo principale è la promozione della salute e che hanno un titolo qualificato in promozione della salute o in una disciplina

collegata. Gli standard sono anche utili per operatori di altre aree professionali, il cui ruolo include in maniera sostanziale la promozione della salute, quindi lavoratori, associazioni professionali, sindacati, che operano in promozione della salute o sviluppano di programmi educativi e di formazione a supporto delle pratiche di formazione per la salute.

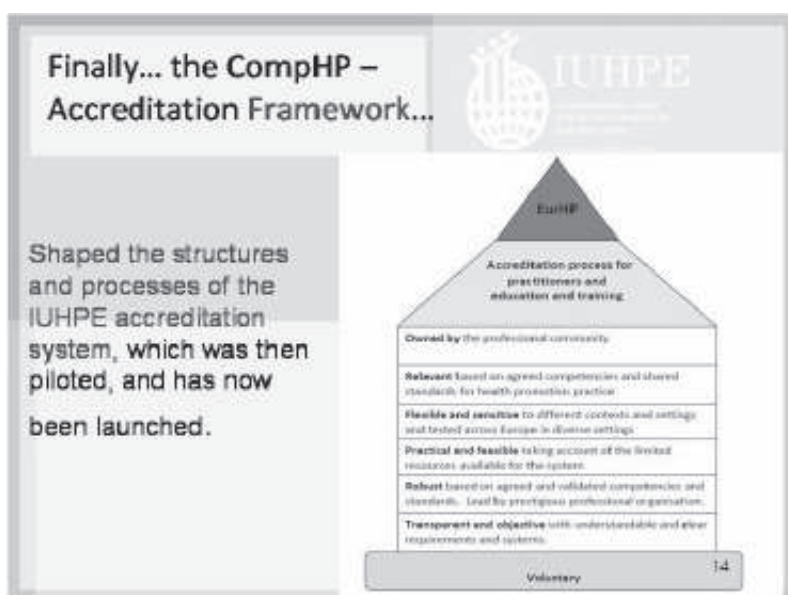
Per arrivare all'elaborazione del sistema di accreditamento sono state fatte numerose consultazioni, che, a partire dallo schema degli standard, hanno coinvolto 230 membri della comunità di promozione della salute in Europa, utilizzando un ampio range di sistemi quantitativi e qualitativi. La fase pilota si è conclusa e il sistema CompHP adesso viene lanciato.

L'incontro finale del progetto ha messo insieme gli stakeholder chiave della Ps in Europa, assieme ad esperti internazionali, per definire un piano a sostegno dello sviluppo della forza lavoro in Europa. In particolare, è stato preso l'impegno a implementare un sistema di accreditamento basato sulle competenze a partire dallo schema CompHP.

Lo IUPHE ha accettato di sostenere il ruolo di organizzazione accreditante a livello europeo. Alla conclusione del progetto nel 2012, erano pronti piani di sviluppo di nuove partnership e per l'implementazione del sistema di accreditamento.

Il sistema di accreditamento è disegnato per essere flessibile e sensibile ai diversi contesti, pur mantenendo la robustezza e la validità dei criteri. Offre un riconoscimento professionale agli operatori in promozione della salute e un accreditamento ai corsi di promozione della salute, che sono valutati nella misura in cui aderiscono ai criteri specifici di competenza definiti nei manuali del progetto CompHP.

Il progetto CompHP ha prodotto tre manuali, che oggi sono disponibili tradotti in italiano, con la traduzione curata dal DoRS di Torino, che sono la base



di tutto quello che stiamo facendo. I driver identificati per l'implementazione del sistema di accreditamento sono: la valutazione di qualità, il miglioramento della forza lavoro, l'interesse per la progressione nella carriera, il riconoscimento della promozione della salute come ambito professionale, l'aggiunta di status alla professione, l'interesse e la motivazione degli operatori, dare un migliore riconoscimento di quello che gli operatori della promozione della salute fanno, anche in termini accademici e lavorativi e per altre agenzie.

Ci sono due motivazioni chiave che possono spingere gli operatori a registrarsi all'interno del sistema di accreditamento: il valore aggiunto che può fornire nel mercato del lavoro e il fatto che l'Europa è un mercato libero, in cui è possibile la mobilità dei lavoratori.

Il sistema di accreditamento è basato su un modello di tipo "devolutivo", in cui un organismo di accreditamento nazionale interagisce con l'Unione internazionale, che è l'organizzazione europea di accreditamento.

Il NAO, cioè l'organizzazione di accreditamento nazionale, è responsabile della registrazione degli operatori, mentre il ruolo chiave del livello europeo, svolto dall'Unione Internazionale, è approvare l'organizzazione nazionale, l'accREDITamento dei corsi in promozione della salute e i diversi operatori, nei Paesi in cui non esiste o non è stato possibile implementare un organismo di accreditamento nazionale. C'è un livello nazionale e un livello europeo. Il razionale per sviluppare questo modello devolutivo è basato sulla considerazione che i sistemi di accreditamento, di sviluppo di carriera professionale dei diversi Paesi sono diversi tra di loro e questo sistema permette di catturare la ricchezza di questa diversità.

Il sistema di governance e di coordinamento è stato implementato a livello dell'Unione internazionale, come ente di accreditamento europeo, e include la

presenza di comitati specialistici, tra cui un comitato di esperti valutatori, che formano l'insieme dell'organizzazione di accreditamento del livello europeo. Tutte le informazioni riguardo il sistema sono contenute nel sito web dell'Unione internazionale, all'interno del quale vi è una comunicazione molto friendly /semplice che gli operatori possono utilizzare. Si tratta di un sistema a basso costo che utilizza il contributo volontario di molti esperti.

La definizione di *practitioner*, presente nell'edizione originale inglese dei manuali, include coloro che lavorano nel management, nella formazione e nella ricerca direttamente legate alla promozione della salute.

La parte del sistema di accreditamento relativa all'accREDITamento dei corsi riguarda l'insieme di un corso, non moduli all'interno di essi, ad esempio il Master in promozione della salute in quanto tale, non singoli moduli. Il corso deve contenere tutte le aree di competenza della promozione della salute e dimostrare in che modo rende in grado gli studenti di realizzare i criteri di per-

formance definiti dal sistema CompHP. Di fronte a questo complesso sistema ci sono alcune barriere o vincoli, che possono essere di stimolo per andare avanti. Questi vincoli sono rappresentati dal fatto che in molti paesi europei la promozione della salute non è considerata una competenza separata, ci sono strettissime relazioni tra promozione della salute e sanità pubblica, che possono rappresentare elementi di criticità su cui dover lavorare per sviluppare il sistema. Il lancio di CompHP - competenze, standard e sistema di accreditamento - ha suscitato grande entusiasmo, non solo nei Paesi europei che hanno partecipato, ma anche nei Paesi al di fuori d'Europa. Il Presidente dell'Unione Internazionale Micheal Spark auspica che, nel mentre l'Europa dimostra di avere un ruolo leader nello sviluppo degli standard, vi sia un allargamento progressivo a tutte le regioni del mondo in cui l'Unione internazionale riesce a portare questi messaggi.





## Nuove competenze e standards per la Promozione della Salute nei Servizi Sanitari

Paolo Contu\*

Il titolo che mi è stato dato è “Nuove competenze e standard per la promozione della salute nei servizi sanitari”. Cercherò di vederle in un’ottica non solo internazionale ma anche italiana, con quelle criticità che possono essere particolarmente rilevanti nel nostro contesto.

Credo che il punto di partenza sia la Carta di Ottawa. L’idea che è stata alla base di tutto il processo di sviluppo delle competenze è quella di voler avere delle persone, all’interno della società e della promozione della salute, in grado di avere competenze utili a sviluppare i diversi aspetti, gli aspetti di azione comunitaria, competenze per facilitare il cambiamento, sviluppare le capacità degli altri cittadini, in particolare la capacità di mediazione, l’aspetto molto importante è creare contesti favorevoli, con la capacità di pianificazione partecipativa con gli stakeholder.

Lavorare nelle politiche è una cosa di cui si è parlato molte volte, ma è stata molto dimenticata, così come il riorientamento dei servizi sanitari. Molte volte la promozione della salute si è occupata di altro e ha lasciato perdere queste situazioni interne ai servizi. Gli ospedali promotori di salute sono molto importanti per questo, sembra che riorientiamo tutto verso la promozione

della salute tranne che l’area sanitaria. Questo rappresenta una criticità, un’idea, un punto di partenza.

È evidente che la promozione della salute in questi anni, in questi decenni è cresciuta molto al di fuori dell’accademia, al di fuori di una formazione regolare, con formazioni molto diverse tra loro. Questo è stato estremamente positivo. Ci troviamo con operatori cresciuti con le loro esperienze, con la loro storia, nel loro complesso, cresciuti in gruppo o, come mostra il gatto della prima vignetta, attraverso propri percorsi di azioni collettive sociali o altri possono essere (vedi il gatto della seconda) cresciuti attraverso una formazione tradizionale/formale.

Tutta questa è la ricchezza che ha la promozione della salute, una ricchezza che il lavoro sulle competenze vuole arricchire ulteriormente, non vuole certamente comprimere, bisogna dare a questa ricchezza una forma di riconoscimento.

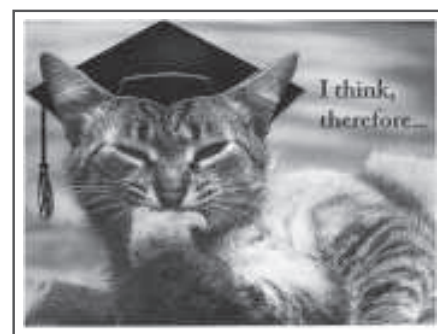
È chiaro che noi abbiamo i nostri promotori di salute che sanno fare molto, ma è importante fare riconoscere a tutti che sanno fare molto.

A questo si aggiunge un altro aspetto che, soprattutto da noi, è importante. L’abbiamo vissuto nell’area della sanità: alcune aree professionali - può essere la professione medica rispetto ad altre pro-

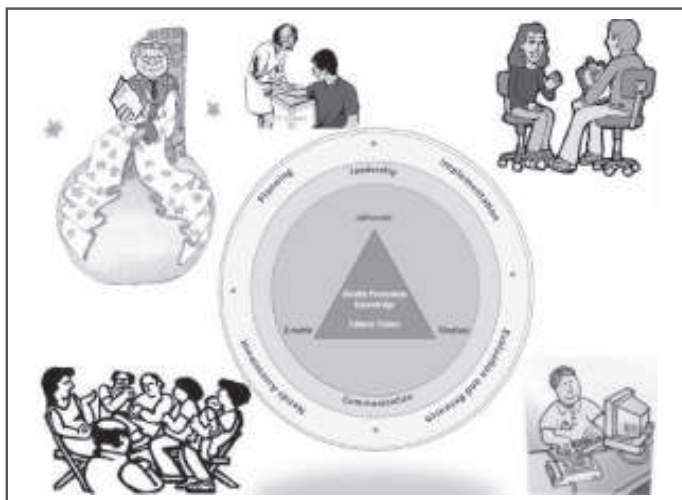
fessioni, possono essere alcune aree della sanità pubblica rispetto ad altre - sono state viste come il centro di tutto il sistema, rispetto ad altre situazioni professionali e altri tipi di formazione che potevano fare da contorno.

Quello che è importante è non pensare a un’area professionale basata su una sua formazione ufficiale, vista come il sole con i pianeti che girano intorno, ma come il sole dobbiamo vedere le competenze, vediamo quello che si sa fare, le capacità, e intorno a queste capacità diverse figure con storie diverse possono ritrovarsi ad agire: è un cambiamento di prospettiva!

Un cambiamento di prospettiva sempre basato sulle competenze, sulle capacità tecniche relazionali dell’individuo, che cerchiamo in qualche modo di riconoscere. Abbiamo sicuramente bisogno di professionisti competenti nell’area del-



\* Università degli Studi di Cagliari



la promozione della salute, ma è importante che questa competenza sia riconosciuta, il che non vuol dire professionisti per forza di promozione della salute, vuol dire professionisti le cui competenze in promozione della salute siano validate.

Questo ci porta a un dilemma, a una discussione dei primi anni del CompHP: vogliamo dei gatti di allevamento in batteria, vogliamo che tutti quelli che fanno promozione della salute hanno fatto tre anni di corso di laurea in promozione della salute più un master in promozione della salute oppure vogliamo continuare ad avere quelli che sono dall'altro lato, cioè quelli che vengono con le loro storie, che possono essere diverse a seconda dell'origine, del contesto?

È chiaro, da quanto visto soprattutto in questi anni all'interno del CompHP e dello IUHPE, che ci sono differenze tra paesi. Sicuramente in Italia c'è una forte componente di tipo sanitario che nel Nord Europa è quasi irrilevante: nei nostri corsi estivi, la maggior parte degli studenti che vengono dall'Italia provengono dall'area medico-infermieristica-preventiva, la maggior parte degli studenti che vengono dalla Svezia, dalla Norvegia e dalla Danimarca provengono molto di più dall'area psicologica e sociale. E' chiaro che ci sono queste differenze, queste differenze sono la storia.

In Italia, ci stiamo arricchendo con altri tipi di figure professionali non sanitarie, vogliamo mantenere questo. È importante confrontarci con queste figure, cercare di capire, anche se non usiamo lo stesso linguaggio, se intendiamo le stesse cose. Se usiamo linguaggi differenti, comunque tutti possono avere capacità e competenze che sono quelle ritenute minime necessarie.

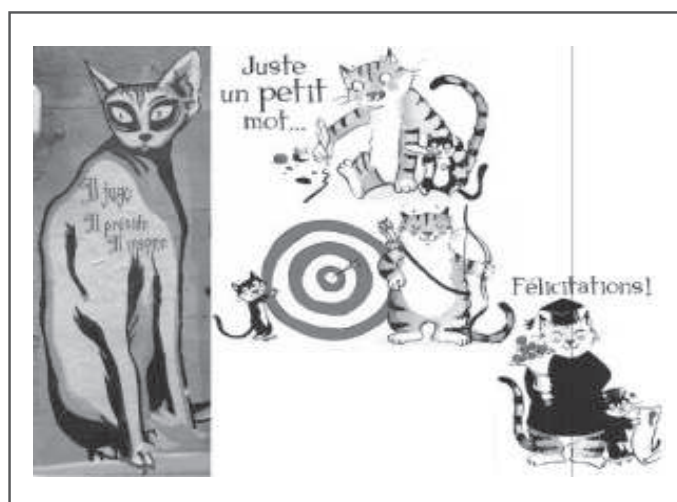
L'immagine del gatto del murales parigino, il gatto osservatore, è l'idea di un gruppo di accreditamento che possa in qualche modo riconoscere e dare una garanzia di qualità per i professionisti dei nostri servizi.

È importante sottolineare che, mentre chi lavora da tempo, è già inserito in strutture professionali, chi ha già una sua

figura riconosciuta può fare a meno di questo accreditamento.

È invece molto importante che i giovani professionisti che entrano nel mondo del lavoro, che devono farsi conoscere e apprezzare e farsi assegnare dei compiti, possano portare una dimostrazione ufficiale delle competenze che hanno acquisito. Questo per evitare quello che capita spesso da noi: dobbiamo fare un'attività di promozione legata all'attività fisica, allora, visto che c'è il cardiologo, che l'attività fisica previene le malattie cardiovascolari, chiamiamo il cardiologo e lo facciamo lavorare per incrementare l'attività fisica. Perché lui già è dentro, è già un professionista conosciuto! Vediamo che esistono delle figure che hanno competenze più reali, ma forse più nascoste. Fare questo tipo di accreditamento può aiutare in questa direzione. Questa è l'idea su cui abbiamo cercato di lavorare.

Abbiamo visto qual è l'elenco delle competenze. Un dominio esprime la capacità di mettere in grado i gruppi, le comunità, le organizzazioni di sviluppare le proprie capacità di azione in promozione della salute per migliorare la salute e ridurre le disuguaglianze. Abbiamo una serie di competenze che servono a fare questo, competenze definite nel favorire il cambiamento, legate all'empowerment, abbiamo la mediazione attraverso



il partenariato, competenze in cui noi abbiamo più da dare all'interno di professioni e situazioni di servizi di cui tutti sono abituati a fare il loro, molto meno a mediare e riconoscersi a vicenda, abbiamo la competenza di advocacy, che vuol dire sostenere non solo quello che noi pensiamo, ma anche sostenere quello che la comunità pensa, aiutare la comunità a fare sentire la propria voce all'esterno, e abbiamo competenze che sembrano normali per tutti, per esempio l'analisi dei bisogni e delle risorse è presente sostanzialmente in ogni ricerca sociale, ma sono competenze che hanno una loro caratteristica in promozione della salute.

C'è da analizzare e verificare i bisogni e le risorse, guardare alla comunità non soltanto come luogo di bisogni, ma come luogo che ha al suo interno risorse da utilizzare, e fare tutto questo assieme agli stakeholder.

Il grande cambiamento rispetto alla sanità pubblica tradizionale non è analizzare i bisogni – questo lo sanno fare tutti –, è analizzare le risorse assieme alla comunità. Infatti, se andiamo a vedere

le competenze, in basso a sinistra, abbiamo la competenza più tecnica: utilizzare metodi di analisi quantitativi e qualitativi, abbiamo quindi i risultati finali, ma a destra abbiamo: utilizzare approcci di analisi culturalmente ed eticamente appropriati e utilizzare metodi partecipativi.

Quindi, la caratteristica della competenza di promozione della salute nel fare l'analisi dei bisogni è quella di farla in modo partecipativo. Lo stesso discorso vale per la progettazione.

Mi concentro sulla nostra specificità: utilizzare, sostenere e promuovere la partecipazione degli stakeholder nella pianificazione dell'azione. Non è essere bravi a scrivere un progetto, ma implementare l'azione di promozione della salute non solo efficace ed efficiente, ma culturalmente sensibile, etica e di nuovo in collaborazione con gli stakeholder.

Preparando i programmi per i miei corsi, ho notato che la collaborazione con gli stakeholder c'è praticamente dovunque e questa competenza è una competenza che noi dobbiamo distinguere rispetto a una preparazione di tipo generale.

La comunicazione è uno degli strumenti che sicuramente il promotore di salute deve possedere, ma - di nuovo - deve averlo molto legato al contesto, quindi culturalmente appropriato al setting, al contesto con cui sta lavorando, non una comunicazione di tipo generale.

La leadership è stato uno dei temi più discussi durante la preparazione, per l'intrinseca difficoltà del tema. Tenete presente che, nella formazione di un laureato triennale, posso fornire competenze in progettazione e comunicazione, posso far capire cosa vuol dire leadership, ma, di fatto, dovrà sviluppare nel tempo la sua capacità di esercitare leadership, e questa non potrà essere garantita come risultato della nostra formazione.

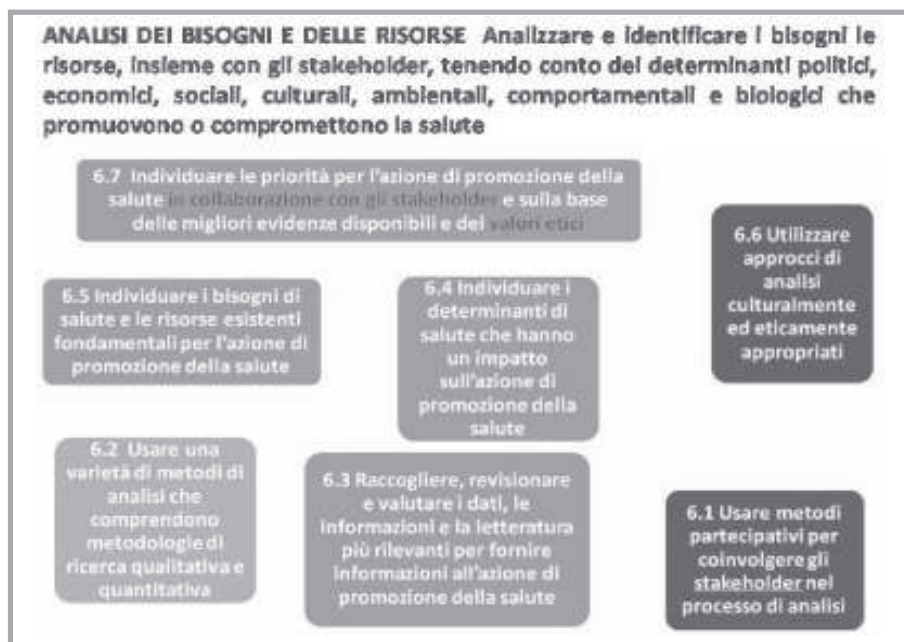
Leadership vuol dire leadership partecipativa.

Che cosa stiamo proponendo agli operatori? Stiamo proponendo di poter partecipare a un processo in cui le loro competenze individuali, con il loro modo di fornire le competenze agli altri per quanto riguarda i corsi, viene in parte autovalutato in parte confermato da altri per renderlo più ricco e più completo sotto l'aspetto della promozione della salute.

Quindi la richiesta di uno sforzo di partecipare a un processo di valutazione che può voler dire per un individuo adattare, cercare altre competenze se non ne ha, per un corso può voler dire cambiare il modello di formazione, per aggiungere quell'aspetto che non era stato trattato all'interno di un corso, partecipare a questo processo e alla fine essere riconosciuto.

Vorrei richiamare i punti centrali del sistema europeo e del sistema nazionale di accreditamento, quali sono i vantaggi e quali sono gli obiettivi. Sicuramente vi sono tre aspetti.

Il primo è l'assicurazione di qualità. Chi chiede a qualcuno di esercitare un'attività professionale nell'ambito della promozione della salute, chi ha bisogno di qualcuno nell'area della





promozione della salute può essere interessato a sapere se si trova di fronte un soggetto che ha deciso per i fatti propri di essere un esperto di promozione della salute o se è un soggetto che la comunità dei promotori di salute riconosce come tale.

Significa dare una garanzia ai cittadini e alle istituzioni che possono cercare qualcuno per lavorare in promozione della salute e questo qualcuno ha la capacità di farlo. Questo attraverso un sistema di competenze.

Un secondo aspetto che reputo molto importante è la mobilità. L'attività di promozione della salute in Europa è molto diversa. Professioni diversi, formazioni diverse. È importante, se uno desidera andare all'estero, sia durante il corso di laurea negli scambi Erasmus, sia dopo la laurea per lavorare in un altro Paese europeo, aver chiarezza sul tipo di competenze raggiunte con la propria formazione, competenze che in quel Paese possono essere state raggiunte in un altro modo. L'accreditamento di una laurea vuol dire che un laureato italiano che ha seguito un tipo di corsi può essere riconosciuto in Olanda parimenti a un laureato che in Olanda ha seguito un altro tipo di corsi. L'attività di promozione della salute in Europa è molto diversa: si arriva da professioni diverse e da formazioni diverse. In pratica, il nostro corso di assistente sanitario di Cagliari ha una serie di competenze che sono quasi uguali al corso di operatore sociale in Olanda o al corso di psicologia sociale in Estonia. Non ha solo quelle competenze, è chiaro che ha anche altre competenze, ma ha quelle competenze di base, per cui se in Olanda cercano qualcuno con quelle competenze sanno che uno che viene con quel riconoscimento può lavorarci.

In Inghilterra questo è già successo, attraverso un sistema ancora più complesso di competenze, laureati italiani sono stati riconosciuti come health promotion specialisti.

L'aspetto del riconoscimento della figu-

ra professionale è fondamentale ai fini della mobilità, per chi cerca lavoro.

Il terzo aspetto è conferire un maggiore riconoscimento e visibilità alla promozione della salute e a chi ha deciso di fare questa attività professionale. È chiaro che tutti possono fare promozione della salute, è chiaro che tutti devono includere - in determinate aree - una logica di promozione della salute in quello che fanno, è chiaro che molti insegnanti lavorano nelle scuole con una logica di promozione della salute, ma c'è qualcuno che della promozione della salute ha fatto fin dall'inizio il suo nucleo centrale di attività.

Ultimo aspetto pratico è come ci si accredita. È stato presentato il modello evoluto, con un accreditamento europeo e un accreditamento nazionale.

Vorrei qui lanciare la proposta, che ho già discusso con alcune istituzioni e alcuni gruppi, di avere una struttura nazionale di accreditamento in Italia.

Perché è importante averla?

Le funzioni sono quelle previste da CompHP, all'interno di strutture/organizzazioni esistenti, ad esempio l'organizzazione professionale di promozione della salute in Estonia, ovvero si può costruire un'organizzazione di accreditamento specificatamente creata. Non volendo lavorare su una professione unica, è importante che la nostra struttura di accreditamento sia una struttura di rete, che possa includere associazioni professionali, università, istituzioni pubbliche e chiunque ritenga di poterne fare parte, per essere il più inclusiva possibile.

Cosa deve fare? Deve accreditare i professionisti e gestire le liste nazionali.

È chiaro che in Italia non si sta assolutamente pensando a quello che è successo in Estonia e in Irlanda, avere il professionista in promozione della salute. Su questo si è molto discusso. È chiaro che esiste un modello irlandese, può esserci anche un modello australiano della promozione della salute come professio-

ne, ma è chiaro che in Europa continentale, in Italia Germania, Francia, Spagna, America Latina non c'è questa idea.

Vogliamo riconoscere delle competenze acquisite attraverso percorsi personali, diversi, locali, inclusivi, in cui si possa entrare in momenti diversi della vita, l'organizzazione che riconosce che questo percorso a quel punto è stato compiuto e che poi viene mantenuto attraverso un'attività.

Abbiamo già alcune strutture che hanno manifestato interesse, sicuramente l'Università di Cagliari e il CeSPES dell'Università di Perugia, l'associazione nazionale degli assistenti sanitari, il DORS, potrebbe esserci un interesse dell'Istituto Superiore di Sanità, che sarebbe importante, così come potrebbero essere strutture regionali, per il diretto l'aggancio con il sistema sanitario.

È chiaro che l'elemento fondamentale di una struttura di questo tipo è quello di essere indipendente e quindi credibile a livello nazionale, ma nello stesso tempo credibile di fronte a chi ci deve accreditare, alla struttura internazionale dello IUPHE.

Io lavoro a livello internazionale, quindi per evitare conflitti di interesse non potrò seguire, al di là dei suggerimenti che potrò dare, la struttura/organizzazione di Accreditamento italiana.

È evidente che questa struttura è fondamentale per garantire quelle ricchezze nazionali che ci sono. Una struttura nazionale può capire quali sono i diversi percorsi di formazione, può valorizzare le diverse esperienze, più di quanto è stato possibile fare con l'organizzazione mista utilizzata nella fase pilota.

Senza considerare la barriera linguistica. È chiaro che farsi accreditare a livello europeo significa utilizzare l'inglese per ogni comunicazione e documentazione, l'accreditamento diventerebbe così qualcosa di élite.

Questa è la proposta da cui partire.



## Tavola Rotonda Sviluppo delle competenze professionali in promozione della salute: partire dai bisogni

**Giancarlo POCETTA**

*Le due relazioni hanno fornito una serie di input per la conoscenza e diffusione dei risultati di questo grande progetto e delle sue possibili ricadute, e di lancio dell'iniziativa di creare un organismo nazionale di accreditamento.*

*La seconda parte di questa mattinata è dedicata a una tavola rotonda, nella quale colleghi che lavorano con diverse funzioni, con diversi approcci, con diversi background nella promozione della salute reagiranno a queste sollecitazioni. Abbiamo identificato due aspetti per orientare gli interventi. Il primo è il punto di vista rispetto ai bisogni formativi che l'evoluzione della promozione della salute può richiedere nel nostro Paese. Molti di noi vengono dalla manifestazione nazionale di Orvieto di "Guadagnare salute", dove abbiamo preso coscienza "fisica" dello sviluppo quantitativo e qualitativo della promozione della salute nel nostro Paese; a questo necessariamente corrisponde una funzione formativa indirizzata a migliorare la qualità?*

*Il secondo aspetto riguarda il potenziale contributo del sistema CompHP,*

*costituito dagli standard e dal sistema di accreditamento.*

*Mi auguro che questa tavola rotonda porti un contributo significativo allo sviluppo della nostra comprensione del fabbisogno formativo in promozione della salute e che CompHP contribuisca a sviluppare non solo la capacità degli operatori, ma anche la qualità dell'azione di promozione della salute nei nostri sistemi, non solo il sistema sociale e il sistema sanitario, ma anche gli altri sistemi e le relazioni tra questi.*

*Partecipano alla tavola rotonda il dottor Claudio Tortone, che viene dalla sanità pubblica, e lavora da tempo nel DoRS, Centro di Documentazione della Regione Piemonte, a Grugliasco, Torino, la dottoressa Stefania Polvani, che è sociologa e dirige la struttura di educazione alla*

*salute della Asl di Firenze, il dottor Marco Cristofori, che ha un background in veterinaria e dirige l'unità operativa Epidemiologia e Promozione della salute della Asl n 2 della Regione Umbria. Infine, il dottor Antonio Chiarenza, responsabile della unità operativa Ricerca e innovazione della Asl di Reggio Emilia e coordinatore dell'area Migrant-Friendly Hospital, all'interno del network Health Promoting Hospital, ospedali promotori di salute. Al di là delle provenienze istituzionali e delle qualifiche, abbiamo chiesto non una rappresentanza, ma il loro punto di vista qualificato, come stimolo a una discussione che speriamo possa coinvolgere noi tutti e portare spunti per le conclusioni della dottoressa Giaimo.*



dalla Collezione Manifesti del CeSPES

## Claudio TORTONE\*

Il mio contributo ruoterà attorno a tre parole. La prima è *sentimento*: il mio sentimento di operatore di sanità pubblica rispetto all'accreditamento. La seconda è *sofferenza* e la terza, *desiderio*.

Il sentimento mi ricollega a un anno fa, quando - nel mese di novembre - ho esaminato il questionario di accreditamento professionale IUHPE (ho partecipato alla fase pilota del progetto CompHP Competencies for Health Promotion) e ho cercato di capire quanto mi riconoscessi nel profilo delle competenze, nel profilo del promotore della salute europeo.

C'è un elemento che non è nuovo, che è quello dei saperi, delle conoscenze, non come teoria, ma interpretato come valore e prassi, come competenze e abilità. L'elemento nuovo è questo sforzo di avere uno standard di riferimento per le competenze e le abilità di un ruolo professionale riconosciuto a livello europeo.

Per la compilazione del questionario, ho cercato tre progetti, cui ho concorso alla realizzazione, che potessero dichiarare il mio livello di competenze. Questa ricerca mi ha colpito positivamente: tutte le volte che siamo obbligati a fermarci per riflettere sulla nostra storia professionale, per fare il punto, il bilancio, l'assessment delle nostre competenze - pur se è faticoso andare a rintracciare i pezzi della nostra storia e vederli con un occhio esterno di interpretazione - emerge il sentimento di appartenere a una comunità di pratiche, di non essere solo.

Ricerca la propria identità - un'identità professionale europea -, le proprie radici. Dopo la fatica di comprendere cosa veniva chiesto, se quello che veniva chiesto lo rintracciavo nella mia professione, riconoscevo che quanto stavo facendo e stavo collocando nel questionario apparteneva a qualcosa di più grande. Mi sentivo parte di una comunità euro-

pea, mondiale, perché l'accreditamento appartiene a una società scientifica che si è impegnata a definirsi e a diventare riconosciuta. Questo è un valore aggiunto.

Ho scoperto cose che sapevo fare, altre che sapevo fare di meno, altre ancora di cui avevo un'idea vaga, su cui ancora devo lavorare, studiare e sperimentare, nonostante trenta anni di pratica professionale. Quando ero studente di medicina allora si parlava di educazione sanitaria, ora si parla di promozione della salute, c'è stata una grande trasformazione nelle prassi e nelle politiche per salute, anche se i principi e valori fondativi rimangono gli stessi, sono cambiati profondamente i contesti culturali e sociali. Nonostante trenta anni di pratica professionale ho ancora molto da imparare, e qui c'è la prima criticità.

Devo avere dei punti di riferimento, che danno la possibilità di acquisire competenze ma soprattutto di confrontarmi con altri, non solo in un setting formativo, ma un setting formativo aperto al pensiero, al confronto e all'azione sul campo mi deve fornire la possibilità di sperimentare l'intera pratica: i valori, i concetti, le relazioni, il consolidamento e l'approfondimento delle competenze. C'è bisogno di un certo tipo di formazione, che non è solo formazione d'aula. In questo senso come centro di documentazione DoRS abbiamo reso disponibile su ProSa, la banca dati nazionale di interventi di promozione della salute, la guida alla progettazione secondo i criteri di buona pratica in relazione con le competenze del progetto di accreditamento IUHPE-CompHP, proprio per dare uno strumento esemplificativo e utile nella prassi quotidiana.

Una cosa mi lascia dubbioso: sono i drivers, cioè le spinte che dovrebbero portare i colleghi ad accreditarsi citate

nella precedente relazione, perché sono romantici, sono legati al desiderio dei singoli. Ci vogliono drivers che abbiano un contenuto organizzativo, aziendale, sociale, oserei dire politico nel senso di bene comune - la salute è bene individuale e interesse collettivo, recita la nostra Costituzione - che siano collegati con quanto i nuclei nazionali di accreditamento stanno dicendo e organizzando, perché possano attrarre le persone, (che poi compilano il questionario e pagano per accreditarsi) e quell'accreditamento sia tale che le organizzazioni, gli enti locali, le scuole dicano "Ah, questo professionista è accreditato, fa la differenza!". Noi dobbiamo costruire questo ponte. Non lo vedo ancora. Noi dobbiamo costruire quel driver, perché un dirigente scolastico - quando deve scegliere un progetto di promozione della salute - lo scelga perché c'è quel tipo di professionisti. Un'azienda sceglie quel progetto, perché è proposto da professionisti che appartengono a quel tipo di comunità. Se non c'è questo meccanismo, non c'è la possibilità di un futuro per l'accreditamento.

La seconda parola è *sofferenza*. Io ho 50 anni e sono tra i più giovani dei colleghi della prevenzione e della sanità pubblica in Italia. Non abbiamo più giovani dopo di noi, per il blocco delle assunzioni. Questo è grave, perché non c'è la spinta innovativa né l'entusiasmo dei giovani. Vedo i giovani che sono all'università, che stanno studiando. Nelle università italiane i corsi di laurea, a parte poche eccezioni, non sono fatti per i saperi e le competenze, c'è ancora troppo nozionismo, troppa accademia sterile. Poi ci sono i giovani della terra di mezzo, cioè quelli che si sono laureati, specializzati e sono senza lavoro, quelli della generazione NEET (*Not engaged in Education, Employment or Training*).

\* DoRS Torino



dalla Collezione Manifesti del CeSPES

Se hanno studiato, non hanno ancora un lavoro, un lavoro non dico stabile, ma almeno continuativo. Avrei voluto sentire la loro opinione qui oggi, vorrei uno studente del corso di laurea di medicina, di infermieristica, di psicologia, di sociologia da questa parte del tavolo, e vorrei un rappresentante dei NEET, per sentire la loro opinione, altrimenti questo Paese non uscirà mai da questa incapacità di pensare al futuro. Poi ci sono gli operatori che lavorano nei servizi. Io sono tra i più giovani, come vi dicevo, so dalla mia esperienza professionale che posso “triangolare” con tutta l’esperienza sviluppata e agganciare, attraverso i progetti, i giovani. Noi li agganciamo dando loro opportunità di lavoro e di sperimentazione, attraverso progetti di un certo rilievo (come per esempio quelli di peer education o di teatro, salute e benessere), perché solo così ho visto rinascere dei professionisti di 50-60 anni, ormai stremati dalle condizioni lavorative: facendo un progetto che rigenera, insieme con i più giovani, c’è stato il salto di qualità ed è ripartita la motivazione. Perché è bello vedere i gio-

vani in azione, con le loro intuizioni, le loro prove, le loro “sagge ingenuità”. È una sofferenza che provo tutti i giorni. Entro in aula di corsi ECM, nei gruppi di progetto, e vedo gli stessi colleghi da 20 anni, non vedo novità. Non so quanto questa proposta, questa opportunità di sistema di accreditamento ci potrà aiutare per fare qualcosa di creativo, visto che le assunzioni sono bloccate, qualcosa di creativo che agganci i giovani della terra di mezzo e quelli che si stanno formando nell’università. Dobbiamo pensare a delle strategie, a opportunità per loro.

La terza parola è desiderio. Il desiderio lo metto come professionista della sanità pubblica, e lo metto in linea con il documento “Salute 2020” proposto dall’Ufficio regionale europeo dell’OMS e con il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione, perché sono documenti istituzionali, e in questo tracciato istituzionale intendo rintracciare i miei desideri per essere funzionale alla nascita di questo sistema di accreditamento.

In Salute 2020 (disponibile anche in italiano su [www.dors.it](http://www.dors.it)) ci sono due obiet-

tivi strategici: migliorare la salute per tutti, riducendo le disuguaglianze e migliorare la leadership e la governance partecipativa per la salute.

Sono solo 14 pagine, ma c’è un documento esteso di 700 pagine con tutte le evidenze, che danno radice a questo documento fatto per i decisori, dal politico al progettista, il nostro promotore della salute europeo. Dobbiamo leggerlo insieme al Piano Nazionale per la Prevenzione, per capire come muoverci, per migliorare la salute per tutti e ridurre le disuguaglianze di salute. L’Italia è il penultimo Paese nelle graduatorie internazionali dell’OCSE per i livelli di health literacy, è il tema dell’analfabetismo di ritorno.

Questo deve essere uno dei driver culturali e professionali che ci deve guidare, per capire che tipo di professionista della promozione della salute vogliamo. Perché la cultura - ci dice Zagrebelsky nel suo recente libro “Fondata sulla cultura. Arte, scienza e Costituzione” - è il cemento di una comunità. Cultura e salute, due fattori in relazione tra loro. Questo convegno che festeggia i 60 anni del Centro Sperimentale ha come titolo “Cultura è Salute”. Con questi intenti è nata RICS, la Rete Italiana Culture per la Salute.

Cosa vuol dire cultura oggi in relazione al benessere e la salute, nel 2014? La cultura dei luoghi della prossimità, per esempio. Noi siamo della sanità, ma molti altri fanno promozione della salute senza saperlo, e lo fanno meglio di noi. Penso a Terra Madre, a Torino, Salone del gusto, Carlo Petrini, grande cultore della salute. E non sa di esserlo, ma questo non è importante. Che tipo di relazione hanno i servizi del Piemonte con questo mondo, e il resto d’Italia? Quale tipo di alleanza? Visto che una delle competenze è costruire alleanze. Qui ci mancano altri mondi, forse non siamo capaci di vedere altri mondi, siamo troppo rinchiusi nei nostri servizi. Questo è un nostro insuccesso! Dobbiamo fare

cultura partendo dai luoghi di prossimità, da come la gente si organizza in una strada a Perugia, in un quartiere, perché sia vivibile, sia percorribile a piedi nella bellezza e sicurezza, ci sia più qualità della vita. Quando il capitale sociale si rigenera in quella via, a Perugia, si produce salute. Quella signora che mette i fiori rigenera l'aiuola, ma allo stesso tempo rigenera se stessa e le persone del gruppo del cammino. Questa è la promozione della salute. Come facciamo a intercettarla? Quali mondi dobbiamo agganciare? O noi agganciarci a loro per imparare? Cosa vuol dire fare cultura? Un sistema di accreditamento da solo non è motore di nulla. E' uno strumento, è un dispositivo che ha bisogno di un'idea, una visione, una cultura per la salute.

Questo è il mio desiderio. Essere più vicini a quanti già fanno e imparare da loro prima di tutto e poi imparare a valorizzarli. Questo si chiama *stewardship*, cioè una *leadership* di servizio, essere servitori della comunità. Mettiamo parole nei piani (questa è una parola innovativa del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione), ma dopo dobbiamo trovare il modo per radicarle. Ci vuole formazione giusta, modelli organizzativi che sappiamo rinnovarsi e adattarsi al nuovo, scelte politiche – soprattutto di politiche di servizio, ci vogliono volontà e investimenti. Sicuramente il radicamento ci aiuta in questa direzione. *Leadership* ce ne sono tante, ma la *stewardship* è difficilissima da coltivare. Primo desiderio è di “essere al servizio” per la fioritura, cultura e l'altro, è fare rete, conoscendo, agganciando altri, imparando, in un'ottica di *stewardship*.

Abbiamo davanti a noi una bella occasione con questo sistema di accreditamento professionale per i promotori della salute europei.

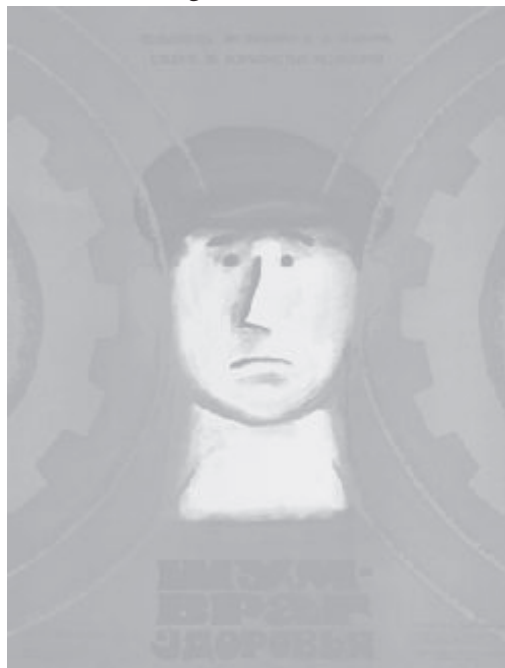
### Stefania POLVANI\*

Seguirò anch'io la scia delle tre parole, per me sono: *esperienza, competenza e prospettive*. Sono sociologa, faccio promozione della salute in una Asl di 850.000 abitanti e 7.000 operatori. Sono d'accordo con Claudio Tortone, il nostro lavoro ha sempre bisogno di rinnovamento, io la chiamerò *complicità*, una *complicità* sempre rinnovata. Da un lato è bellissimo, non provo mai noia, io e i miei colleghi che si occupano di questi temi. Ma, dall'altro, vi assicuro che è difficilissimo raccogliere le esperienze, mentre si fa educazione alla salute, promozione alla salute, “Guadagnare salute”, noi cosa abbiamo fatto oggi e cosa dobbiamo fare nei prossimi anni?

Il documento mi ha affascinato, in particolare la parte delle competenze. Sulla sfida dei due punti che ci ha lanciato la giornata, sento il bisogno di dire che ci troviamo di fronte ai target più vari, di anziani che camminano, di studenti che hanno l'insegnante che vuole ancora l'esperto di un tema ad esempio le droghe, dei temi di “Guadagnare sa-

lute”, lo stretching, l'alimentazione, c'è una frammentazione, il lavoro è molto bello ma un po' si impazzisce.

Lavoro in una regione che notoriamente è da sempre impegnata nei temi della promozione della salute. In tutte le Asl ci sono strutture di educazione/promozione della salute. Se ci soffermiamo sulla prima parola, *esperienza*, quello che sento di dire è di essere pazienti nel cercare di accogliere. Il tema della *complicità*, dell'*alleanza*, dell'essere al servizio, lo sentiamo molto, avevo pensato di raccontare la sfida che, con la collaborazione di Claudio Tortone del DoRS, abbiamo lanciato l'anno scorso - il progetto “Interventi per il benessere dei giovani in ambito scolastico” -, è stato possibile con l'*alleanza* e la *complicità*, che corrisponde - forse - all'analisi del bisogno nel documento. Quello che intendo è mettersi attorno a un tavolo e dire: la Asl è al servizio della scuola, cosa si fa? Scuola e salute, siamo impegnati a fare un percorso di educazione a livello di *skills*, abbiamo lavorato con 180 insegnanti, che hanno prodotto documentazione, tra l'altro è la loro compe-



dalla Collezione Manifesti del CeSPES

\* ASL Firenze



tenza, siamo stati al servizio della crescita di questi insegnanti.

Competenza. Nel mio apprendimento veloce sul tema per cui siamo qui oggi - ho fatto uno studio veloce di questo manuale - ho apprezzato moltissimo le relazioni di Lamarre e di Paolo Contu. In particolare, ho apprezzato il tema delle competenze, perché credo che lì ci sia ancora da fare. Quella lista è chiarissima, a volte la diamo per scontata, a volte pensiamo che chi lavora in promozione della salute abbia molto chiaro quali siano le competenze, a volte in un gruppo di pochi operatori litighiamo su cosa è giusto, sulla metodologia. Il tema delle competenze, una lista per avere un lessico familiare. Il tema delle competenze deve essere messo al servizio di tutti gli ambiti della promozione della salute.

L'ultima parola è prospettive. Metto il punto solo su un paio di criticità. Si è parlato del riconoscimento professionale individuale. Ce n'è molto bisogno. Sarò polemica, ma a volte si lavora insieme a persone che danno per scontato che le competenze ci sono, come se la promozione della salute la potessero fare tutti. Il tema delle competenze e del riconoscimento professionale individuale è la chiave della formazione! Non abbiamo utilizzato abbastanza la funzione di riorientamento dei servizi sanitari, perché è difficile l'atteggiamento di advocacy, perché non è sufficiente essere presenti solo nei settori canonici degli stili di vita e dell'alimentazione.

Credo che il riconoscimento professionale individuale e anche organizzativo sia assolutamente importante, da rivolgere anche verso il riorientamento dei servizi sanitari. Sembra una contraddizione, ma qualcuno deve tenere fermo il criterio della professionalità, dobbiamo continuare a essere sicuri che alcu-

### Marco CRISTOFORI\*

Noi produciamo documenti in maniera piuttosto lenta ma il mondo va molto più velocemente delle nostre elaborazioni. La situazione in Europa dal 2007 al 2013 si è rovesciata, in particolare dal punto di vista delle disuguaglianze, messe in relazione alle malattie croniche, se andiamo a vedere l'indice di GINI vediamo come i determinanti di salute siano migliori in Danimarca e Svezia dove l'indice di disuguaglianza secondo GINI è molto basso.

È importante che la promozione della salute nasca da politiche e strategie istituzionali, politiche nazionali e locali, ricordiamoci che "Guadagnare salute" ci dice che dobbiamo rendere facili le scelte salutari.

C'è bisogno di relazioni, anche "pesanti", con le istituzioni a qualsiasi livello. Se si riduce il consumo di sale in Europa, si ottiene una riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari del 10%. L'accordo, che fu fatto con i panificatori, di ridurre il sale nel pane ha un impatto molto più forte di qualsiasi progetto "piccolo", anche se una serie di progetti "piccoli" fanno un progetto di grandi dimensioni. Se, per esempio, devo fare un piano di prevenzione sull'attività fisica -

gruppi di cammino - è più facile all'interno di una politica europea, rispetto a una mia iniziativa.

Questi sono i dubbi dentro i quali tutti ci dobbiamo muovere, cosa possiamo fare a livello nazionale e internazionale, nelle politiche per la salute della popolazione. Ma tanti fatti sono contrastanti con questi propositi!

Se aumentiamo la conoscenza, aumentano anche le competenze, sempre che questa conoscenza sia collegata all'attività sul campo, perché sento tanti teorici della promozione della salute e dell'educazione sanitaria e mi rendo conto che non sono scesi mai sul territorio, nella comunità, perché spesso si agisce sui singoli o si teorizza.

Io credo nell'accreditamento, ci credo, ma se dico: "ho un progetto in promozione della salute" faccio un'altra cosa, non faccio promozione della salute, perché la progettazione deve essere partecipata e a livello intersettoriale. Per fare questo è necessaria la conoscenza, prima la conoscenza degli elementi base della promozione della salute, che sono le evidenze scientifiche. Non possiamo inventarci progetti, che non siano validati da nessuna parte, perché sprechiamo risorse, essere creativi va bene, essere troppo creativi non va bene, per-



dalla Collezione Manifesti del CeSPES

\* USL Umbria 2, Terni

ché diventa folklore.

Le evidenze da anni ci dicono dell'inutilità per la salute dell'esperto che entra nelle scuole e fa lezione. Noi formiamo gli insegnanti su metodologie come le life skills, il socio affettivo, investiamo sulla loro formazione. Nella nostra Asl, da tempo tutte le scuole hanno inserito la promozione della salute nei Piani di Offerta Formativa, quest'anno anno ci sono arrivati 43 progetti, fatti più o meno bene, qualcuno più bello qualcuno più brutto, ma 43 progetti si sostengono da soli se dietro c'è una comunità.

La metodologia: Sappiamo quali sono, nei vari setting, le metodologie che funzionano. La Regione Umbria ha approvato i requisiti minimi di qualità nella promozione della salute; non li elenco, c'è la progettazione partecipata, c'è l'intersectorialità, c'è la sostenibilità, non solo economica. È fondamentale la partecipazione di tutti i portatori di interesse nei progetti, sia nell'analisi dei problemi, e succede che il problema che pensavo ci fosse non c'è, sia quando cerchiamo le possibili soluzioni: me ne vengono in mente 3 o 4, poi ne troviamo 10 assieme.

Lavoriamo nei contesti, favoriamo le conoscenze sia degli operatori sanitari che di chi lavora con noi, stiamo facendo dei corsi di formazione, abbiamo tra i partecipanti la UISP - oggi è presente il rappresentante regionale della UISP - abbiamo formato circa 300 insegnanti.

È fondamentale possedere conoscenze di base sulle strategie di promozione della salute, come si fa un progetto di promozione della salute. Andiamo verso un piano regionale di promozione della salute, che nasce da un piano nazionale, abbastanza configurato.

I professionisti devono essere soprattutto facilitatori delle scelte di salute, devono conoscere l'epidemiologia, devono conoscere il sociale, essere capaci di avere una leadership.

## Conclusioni

**Mariadonata GIAMO\***

Vorrei dire una cosa. 1639 lavoratori della Meridiana stanno per essere licenziati, il che vuol dire il più grosso licenziamento collettivo mai avvenuto nel nostro Paese. 500 lavoratori rischiano di essere licenziati molto più vicino a noi, alla AST di Terni. Parlare di promozione della salute, a queste persone, non è facile. Stiamo vivendo la più grossa crisi economica dopo il 1929. Parlare di promozione della salute in questo contesto è un'operazione non complessa, è un'operazione al limite dell'impossibile. Ieri, in un quotidiano online è apparsa la notizia che il Presidente della Regione Toscana sta per licenziare 5000 operatori sanitari. Non li licenzia ovviamente, li manda rapidamente, molto rapidamente, in pensione. La struttura della Regione Toscana passerà da 110 a 60 dirigenti. Diceva ieri in questa intervista online che dal primo gennaio 2015 le Asl della Toscana da 12 diventeranno tre. Abbiamo idea di cosa significhi questo?

A proposito di organizzazione, allora, adopero anch'io tre parole. E queste sono: *passato, presente e futuro*. Il manifesto che si trova qui alle mie spalle dimostra che la Regione Umbria il passato ce l'ha. Questa Regione è diventata la culla della promozione della salute o, per meglio dire, la culla della cultura intorno alla promozione della salute. Le cose che ho sentito questa mattina sono nel patrimonio genetico di chi è cresciuto professionalmente in questa Regione e si occupa come me di sanità pubblica. Ma il passato non è fatto solo da quello, è fatto da tutto quello che da alcuni anni a questa parte abbiamo cercato di portare avanti. Si tratta di formazione interdisciplinare e

intersectoriale.

La Regione Umbria ha finanziato pochi anni fa una formazione sulla promozione della salute, che ha coinvolto moltissimi operatori sanitari e, contemporaneamente, operatori della scuola. Si è data degli standard rispetto agli interventi di promozione della salute. Sono stati deliberati, dopo un processo di condivisione con gli operatori, perché tutti sapessero che entrare in una scuola e fare lezione non è promozione della salute.

Questa Regione è la prima regione italiana che ha da poco siglato un protocollo con un parte importante della società civile come la UISP.

Il presente. Perché abbiamo cominciato così intensamente a parlare di promozione della salute? Il motivo è che il sistema sanitario non regge più il carico economico che deriva dalla malattia. È per questo motivo che il mondo ha cominciato a riparlare e che il Piano nazionale della prevenzione, che è passato alla conferenza tecnica e sta andando alla conferenza politica - ormai è un documento siglato - pone come primo macro obiettivo di salute la lotta alle patologie cronico degenerative e come secondo la promozione del benessere - non della salute, del benessere - nel bambino e nell'adolescente. Due enormi problemi nel nostro Paese. Nel Piano nazionale per la prevenzione si parla quasi esclusivamente di promozione della salute

E vengo ad un'altra criticità. La promozione della salute riesce a vivere, se in questo contesto si ragiona in termini di prodotto, di azioni concrete, se si dà la misura di quanto siamo riusciti a spostare. Il sistema sanitario da solo non

\* Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, Regione Umbria

ce la può fare. *Il mondo non si sposta in questo modo.* Invertire la tendenza è difficilissimo. I determinanti di salute – il livello economico, l’ambiente – il Piano nazionale per la prevenzione e le risorse, le reti per la promozione della salute. Quando si parla di riorientamento dei servizi sanitari bisogna ribadire che la promozione della salute, per diventare una realtà concreta, deve essere realizzata da tutti gli operatori del sistema sanitario, i distretti, i dipartimenti di salute mentale, i dipartimenti delle dipendenze, il dipartimento di prevenzione. Nella nostra legge di riordino del servizio sanitario regionale il primo degli obiettivi che il servizio sanitario regionale si dà è la prevenzione e la promozione della salute. Le reti per la promozione della salute. Noi lo abbiamo codificato; abbiamo scritto in un atto regionale del giugno 2014 che non è il distretto da solo che si deve occupare di promozione della salute, e lo abbiamo dato come obiettivo ai direttori generali, e questi non lo hanno ancora raggiunto.

Futuro.

Dove sono i giovani qui dentro? Diceva Claudio “Io sono il più giovane”. Non è vero: c’è Riccardo, c’è Francesca, c’è Stefania. L’età media di questa sala è altissima. Questo è un problema. Sta andando via una generazione, l’tempo 5-6-7 anni e non c’è nessuno dietro.

Costruire le reti per la promozione della salute e far sì che funzionino necessita di risorse. Bisogna dire cosa si fa in un certo arco di tempo con determinate risorse. Quindi, risorse di personale: quanta parte dell’attività di tutti quelli che vi ho citato è dedicata alla promozione della salute, visto che neghiamo l’opportunità di avere esercizi? Risorse di personale vuol dire risorse in termini economici e vuol dire anche metodo, sono anni che lavoriamo, perché il metodo della progettazione par-

tecipata richiede tempo.

Il mondo va velocissimo, ed è questa la contraddizione: abbiamo bisogno di tempo per diffondere una cultura, che pure abbiamo nel nostro patrimonio genetico, sembra una contraddizione, ma non c’è alternativa, perché solo con il metodo possiamo riuscire a portare a casa quelle alleanze con la società civile che sono la chiave di volta, il lavoro con gli stakeholder, gli altri portatori di interesse che ci sono nella società civile, perché la società civile fa cose e trova soluzioni.

Dobbiamo essere capaci di intercettare e governare questo processo, che è una delle cose più complesse che si possano immaginare.

Grazie.



dalla Collezione Manifesti del CeSPES