

Il Workshop ha previsto sia lavori di gruppo sia confronti in plenaria per l'approfondimento di tematiche particolarmente significative per la realizzazione dei Piani regionali di prevenzione e per gli sviluppi futuri: il lavoro per setting, la costruzione delle reti dentro e fuori il sistema salute per favorire l'intersectorialità e la governance, le criticità emerse e le proposte per l'impostazione del prossimo PNP.

Dalla discussione sono emersi interessanti spunti di riflessione.

- La prevenzione prevede un impegno in termini di risorse economiche, umane e di organizzazione.
- La progettazione partecipata e il dialogo sono elementi chiave e prerequisiti dell'azione, ma l'approccio intersettoriale richiede un cambiamento culturale, prima ancora che organizzativo, specie nel setting sanitario, affinché si possano attivare processi comunicativi bidirezionali e un confronto costruttivo con gli altri settori.
- Lavorare per setting è certamente un approccio vincente che permette anche di scoprire risorse diverse e inaspettate, di creare reti e sinergie per perseguire obiettivi ambiziosi di promozione della salute. Una governance incisiva, nazionale e regionale, la declinazione a livello locale dei PRP (attraverso i Piani di prevenzione aziendali), una cornice di accordi a livello regionale, l'esistenza di protocolli d'intesa, la specifica identificazione delle responsabilità, anche all'interno del Dipartimento di Prevenzione, la costituzione di tavoli di lavoro intersettoriali ben organizzati, rappresentano un presupposto fondamentale per garantire l'operatività dei programmi.
- La difficoltà spesso consiste nel passare dalla teoria alla pratica: il modello concettuale di riferimento, seppure ben disegnato, si scontra con difficoltà organizzative, resistenze culturali, diversità di linguaggio. Occorre quindi una maggiore coerenza tra evidenze, organizzazione, competenze, risorse.
- L'azione nella Scuola rappresenta ad oggi una esperienza esemplificativa ed un punto di forza in quasi tutte le Regioni, in quanto si tratta del setting tradizionalmente più strutturato e impostato in modo sistematico sulla base di accordi e protocolli e prevede inoltre un modello di riferimento e una metodologia d'intervento *evidence based* comuni, da cui sono derivate buone pratiche diffuse e consolidate.
- Negli altri setting non si riscontra la stessa omogeneità di obiettivi e azioni e lo stesso livello di sviluppo del setting scolastico, per diversi motivi, tra i quali:
 - ✓ il setting comunità è intercettato spesso da progetti specifici; inoltre, così come accade per il setting, lavoro è molto influenzato dal contesto, ad esempio dalla presenza e dalle peculiarità dei vari ambiti territoriali, Comuni, attività produttive spesso di piccole dimensioni. Per questo motivo sono importanti l'analisi del contesto e il profilo di comunità, per conoscere e comprendere a fondo la realtà in cui si sta operando, la "costruzione" dell'intersectorialità (anche attingendo da risorse quali l'associazionismo ed il volontariato), lavorare su evidenze, puntare sulla continuità e su una copertura ampia degli interventi;
 - ✓ nel setting lavoro molto spesso i programmi sono ancora focalizzati sulle attività di vigilanza e sicurezza sul lavoro e solo marginalmente sulla promozione della salute;
 - ✓ per il setting sanitario, è deficitaria l'interlocuzione con gli altri attori del settore salute, in particolare con le figure chiave rappresentate da MMG e PLS, che hanno manifestato l'esigenza forte di essere strategicamente coinvolti fin dalla pianificazione degli interventi, di essere stabilmente inseriti nei tavoli tecnici istituzionali e di essere adeguatamente formati sui temi della comunicazione e promozione della salute, dal momento che è stato riconosciuto che la medicina generale investe oggi l'area socio-sanitaria nel suo complesso.
- Una criticità ascrivibile a tutti i setting è la difficoltà di creare "osmosi" tra i setting stessi, in particolare di far dialogare e compartecipare (senza quindi delegare o al contrario accentrare) il

setting sanitario con gli altri contesti. La leva per questo passaggio consiste nell'innescare un processo culturale, che: riconosca che non tutto è sotto il controllo del sistema sanitario ma al tempo stesso sia in grado di "liberare" il potenziale della prevenzione e della promozione della salute perché questo permea tutte le politiche; metta insieme e utilizzi trasversalmente conoscenze, *expertise*, risorse, all'interno delle regole del sistema; permetta di far emergere il fine ed il "vantaggio" (anche economico) che da questa reciproca interazione ogni ambito o settore coinvolto può derivare, nonché le relative implicazioni anche in termini di monitoraggio dei processi e valutazione degli esiti.

- Il bisogno di formazione rappresenta un elemento ed una potenzialità comune, in particolare sulle competenze di counseling e di comunicazione in prevenzione. È importante investire non solo nella formazione ma anche nella comunicazione in termini di pianificazione di iniziative strutturate (Piani di comunicazione e di formazione, anche integrando diverse modalità e strumenti per esempio cogliendo le opportunità oggi offerte dai social), visibilità, univocità e correttezza delle informazioni e dei messaggi forniti.
- Si riconosce il ruolo guida dei Dipartimenti di prevenzione per la funzione di costruzione di reti e l'implementazione di azioni intersettoriali, ma è opportuno individuare specifiche responsabilità in quanto gli stessi Dipartimenti trovano spesso difficoltà ad identificarsi o ri-orientarsi in questa funzione nonché in quella di fare da collante all'interno e tra i Servizi.
- Un punto debole della pianificazione è l'identificazione delle priorità (troppe cose da fare senza una graduatoria) che invece andrebbe rivista e valorizzata (anche con il contributo delle Regioni che dovrebbero esprimere le loro priorità) nell'ottica della riprogrammazione del Piano, ad esempio tagliando o riducendo alcune linee di lavoro per concentrare le risorse su programmi e azioni che dimostrano di avere maggiori possibilità di successo, ma soprattutto tenendo conto del significativo cambiamento di scenario prodotto dall'introduzione dei nuovi LEA della prevenzione.
- Nell'ottica della programmazione del nuovo Piano, un'area di miglioramento è altresì, senza dubbio, rappresentata dal sistema di monitoraggio dei PRP; anche in questo caso occorre fare un salto culturale presumibilmente passando dagli indicatori sentinella ad indicatori di governance, che individuino appunto le dimensioni comuni dei sistemi di governo dei Piani, misurandole però in relazione a programmi e interventi specifici messi in campo nei vari contesti per il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati. E' importante proseguire nelle azioni a supporto della valutazione attualmente in corso le quali faciliteranno il monitoraggio di quanto realizzato nelle singole Regioni, la visione generale, il *benchmarking*, l'identificazione di informazioni utili per la riprogrammazione.
- Sempre in tema di riprogrammazione, si è condiviso che il PNP non possa risolvere tutti i problemi esistenti in sanità, ma si può:
 - ✓ continuare ad agire, prendendo il meglio dal tanto che si sta facendo con l'attuale PNP che ha assunto le caratteristiche di intervento strutturato di ampio respiro e non più di semplice raccolta di progetti in corso, puntando sulla governance, ma tenendo anche conto che le caratteristiche e le esigenze regionali sono tra loro molto diverse, in termini di mandato politico, di organizzazione delle istituzioni pubbliche, di domanda da parte delle comunità, e possono essere affrontate solo con il contributo di tutti i settori della società;
 - ✓ riorientare ciò che si sta facendo con una maggiore attenzione alle priorità, tenendo conto dei nuovi LEA e della necessità di rendere esigibili e realizzabili le attività di prevenzione che vi sono incluse;
 - ✓ accogliere le sfide (es. migranti, disuguaglianze di salute e fragilità,..) anche con strumenti diversi o più flessibili rispetto al PNP.