

UNA PROPOSTA DI MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA RIPARTENZA

La funzione della Promozione della Salute strutturata in un servizio con lavoro a rete

capace di rispondere a prossimità, equità e collaborazioni dentro e fuori la Sanità
per promuovere scelte salutari individuali, organizzative e sociali
e per contrastare i determinanti sociali delle disuguaglianze

a cura della Rete dei Referenti ASL per la promozione della salute e DoRS Regione Piemonte

Siamo in una fase di ripartenza e, come Gruppo dei Referenti Aziendali per la Promozione ed Educazione alla Salute della Regione Piemonte, abbiamo avvertito nei mesi trascorsi la necessità di riflettere e fare delle proposte sulla promozione della salute (vedi articolo *La Promozione della salute del Piemonte è pronta a ripartire?* 24 settembre 2020 <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3475>). Il rischio di estinzione della funzione della promozione della salute nelle ASL è molto alto a causa del pensionamento o del dirottamento su altri servizi di molti operatori esperti e qualificati che non hanno giovani sostituti con competenze specifiche. L'emergenza Covid ha evidenziato la necessità di ripensare l'organizzazione e le funzioni della prevenzione e, più in generale, delle strutture che si occupano della salute dei cittadini al di fuori dell'ospedale. Questo è il momento di pensare e proporre nuovi modelli organizzativi anche per la promozione della salute, con uno sguardo europeo, evidenziando i necessari investimenti e tentando di cogliere le opportunità date dal Recovery Fund Next Generation e dal MES.

Presentiamo, quindi, una proposta condivisa di modello organizzativo che risponda con più coerenza, prossimità, sostenibilità ed equità ai bisogni di salute vecchi e nuovi, determinati dall'emergenza sanitaria e dalla convivenza con l'epidemia di Covid-19.

BISOGNI VECCHI E NUOVI

La pandemia di Covid-19 ha messo in evidenza

- **i limiti del SSN:** centralità dell'ospedale e marginalità (anche di investimenti) delle cure primarie, dei servizi di prevenzione e delle azioni/politiche di prevenzione e promozione della salute
- **l'esistenza (non la scomparsa) delle malattie infettive trasmissibili**, che possono trasformarsi velocemente in epidemie/pandemie e che sono fortemente condizionate dai comportamenti individuali e sociali
- **l'esistenza - e il perdurare già in epoca pre-Covid-19 – delle disuguaglianze sociali rispetto alla salute, l'emersione di nuovi bisogni** (es: bassa health e media literacy), la prevalenza delle malattie cronico-degenerative

e ha contribuito a peggiorare la situazione con

- **l'incremento delle disuguaglianze sociali** anche per gli aspetti legati alla salute (ISTAT, 2020)
- **aumento della sofferenza nel benessere/salute mentale** delle persone, delle organizzazioni e degli operatori, in primis quelli del settore socio-sanitario e della scuola (pandemic fatigue)
- **la riduzione di attenzione nei confronti delle malattie cronico-degenerative (MCNT) e dei relativi fattori di rischio e/o di protezione ad esse connessi e i ritardi nell'attuazione dei programmi di screening oncologici**

- **un'onda lunga nei prossimi mesi/anni degli effetti psico-sociali** provocati dal lungo periodo di chiusura e distanziamento necessari per contenere e convivere con l'epidemia in attesa della copertura vaccinale, in particolare per le fasce vulnerabili (anziani soli, famiglie con poche risorse, utenti psichiatrici, caregiver, bambini e adolescenti con scarse opportunità educative, ecc)
- **la necessità di ri-costruire un rapporto di fiducia** tra cittadini e servizi, messo a dura prova durante l'epidemia, da un lato, dalla necessità di assumere comportamenti individuali socialmente responsabili sia durante la fase acuta dell'emergenza che nella convivenza con il virus e, dall'altro, dalla necessità di recuperare un rapporto fiduciario per coloro che non hanno potuto essere assistiti adeguatamente nella cura delle situazioni legate alla salute (es. maternità) e alle malattie non-Covid-19.

La programmazione regionale in corso non potrà non tenere presente questi fenomeni sociali e sanitari, mettendo a sistema tutte le sue migliori competenze professionali ed organizzative presenti nelle ASL/ASO per rispondere ai bisogni vecchi e nuovi. **Sarà necessario:**

- **costruire profili di salute ed equità, anche utilizzando processi partecipativi con i differenti portatori di interesse,** che tengano in considerazione la situazione attuale e informino e condizionino i macro-obiettivi e i piani predefiniti e liberi del redigendo Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025
- **andare oltre la consueta e prevalente programmazione per sylos dei servizi sanitari** con un impegno e una determinazione straordinari, sia a livello regionale che locale, per sostenere e favorire la collaborazione e l'integrazione tra i servizi sanitari, e non, e tra le differenti programmazioni: piano della prevenzione, piano della cronicità, piano delle dipendenze, redigendo piano della salute mentale...
- **mappando le competenze professionali e organizzative che svolgono la funzione della promozione della salute in un'accezione olistica (benessere psico-fisico) e per la prevenzione** delle malattie cronico-degenerative e infettive e del disagio psichico – in questi anni sempre più impoverite e disinvestite - per ridisegnare e realizzare un nuovo modello di organizzazione e prestazione potenziato e orientato alla prossimità e all'equità.

UNO SGUARDO EUROPEO E NAZIONALE

Alla luce dei bisogni elencati, diamo uno sguardo alle raccomandazioni e alle richieste per un SSN più orientato alle strategie e alle azioni di promozione della salute, traducendo nelle pratiche i valori di prossimità ed equità. Per la natura del presente documento riportiamo solo gli elementi essenziali.

La **Commissione Europea**, già nel 2019, aveva chiesto ad un panel di esperti, rappresentanti dei Governi nazionali¹, sulle vie efficaci di investimento nella Salute (EXPH) di indicare delle raccomandazioni, mettendo in evidenza i fattori che facilitano/abilitano od ostacolano, per rinforzare nei sistemi sanitari nazionali l'orientamento alla promozione della salute, anche con il contributo/sostegno della stessa Unione Europea (**Report EXPH 2019, Options to foster health promoting health system**).

¹ Il panel è costituito da rappresentanti dei diversi governi nazionali. Il Governo italiano è Rappresentato da Sabina Nuti della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Walter Ricciardi dell'Università Cattolica di Roma

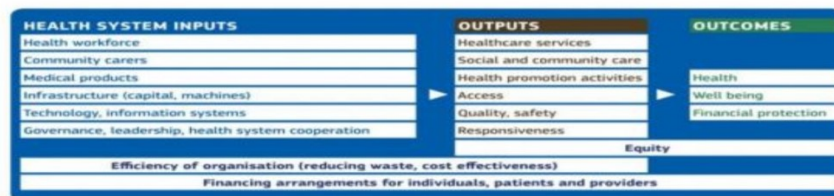
A seguito dell'arrivo della pandemia, la Commissione Europea nel 2020 ha incaricato lo stesso panel di esperti di pensare al futuro, oltre all'attuale crisi pandemica, e di valutare come i sistemi sanitari si possono preparare per affrontare meglio future minacce. In particolare ha chiesto di proporre un nuovo modello per l'organizzazione dei servizi di cura sanitaria e sociale a seguito dell'esperienza della pandemia di Covid-19.

Il panel di esperti ha

- indicato gli **elementi strutturali per sistemi di assistenza (to care e non solo to cure) sanitaria e sociale resilienti**
- passato in rassegna **gli elementi e le condizioni per un capacity building** (vision, infrastrutture, competenze, formazione...) utili al fine di rinforzare i sistemi sanitari e renderli resilienti
- raccomandato di fornire servizi, con **particolare attenzione ai gruppi di pazienti vulnerabili**, e come sostenerli nella pratica, tenendo conto che i sistemi sono provati e sotto stress
- messo a punto un approccio per sviluppare e realizzare **test per verificare la resilienza dei sistemi sanitari** degli Stati Membri.

La creazione di sistemi di “care” sanitario e sociale resilienti richiede delle **azioni di investimento e ri-orientamento** in tutti gli elementi strutturali (INPUT) che assicurino coerenza ed allineamento tra INPUT/OUTPUT/OUTCOME. Le azioni devono essere fondate sulla reale comprensione di quanto è successo e i cambiamenti strutturali dovrebbero garantire un impatto sulle differenti parti del sistema (figura 1). Tra gli output del sistema sono indicate proprio le attività di promozione della salute. Questo modello necessita di un forte investimento in termini di *capacity building* e in particolare in alcune aree critiche: processi decisionali, gestione delle informazioni e allocazione delle risorse.

Figura 1



Source: the authors.

Per costruire un **sistema sanitario più resiliente**, capace di affrontare gli effetti di una pandemia, occorre rafforzare le competenze professionali dei sistemi di “care”.

Sono necessari **cambi strutturali** che si basino, ad esempio, su

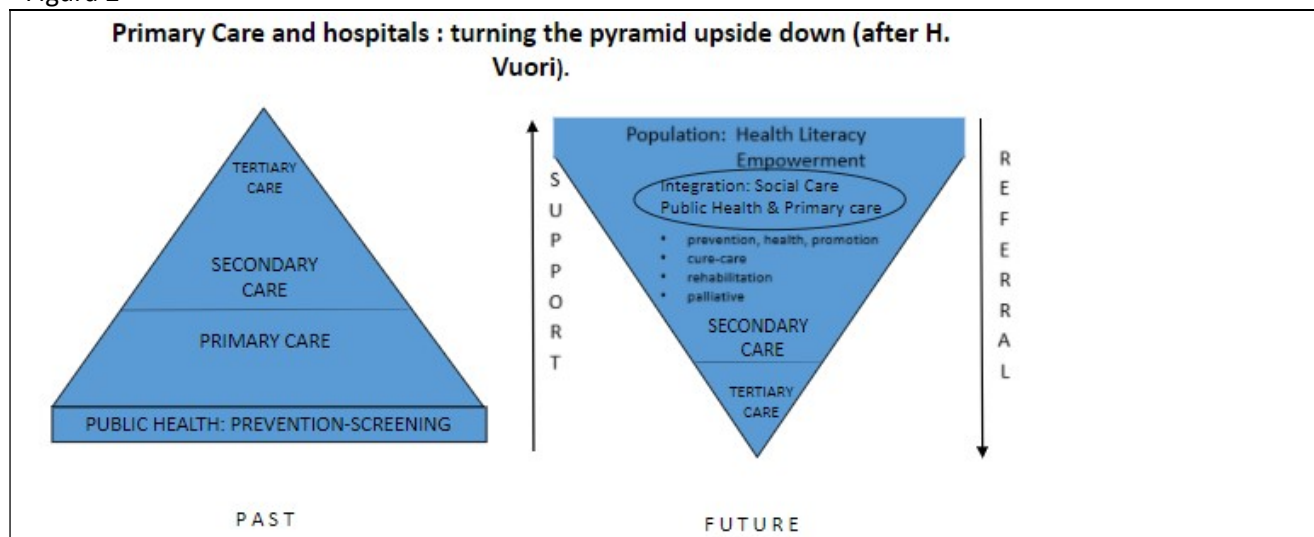
- **cure primarie orientate alla comunità**, attraverso dei centri sanitari locali e di prossimità
- **rafforzamento delle competenze** comunicative e interprofessionali degli operatori sanitari.

In particolare è necessario:

- **investire maggiormente nelle cure primarie** (dedicando il 14-16% della spesa sanitaria)
- **migliorare i collegamenti** tra le cure primarie e la salute pubblica in termini di promozione della salute

- **invertire la piramide** degli investimenti che ha alla base le cure primarie e in cima le cure terziarie. La salute della popolazione deve essere al vertice, comprendendo anche l'integrazione tra le cure primarie, la salute pubblica e la "care" sociale, le cure primarie e sociali, *l'health literacy*, *l'empowerment* e la prevenzione e la promozione della salute (figura 2).

Figura 2



In questa direzione a **livello nazionale** sono orientati

- **i nuovi LEA Livelli Essenziali di Assistenza** (Ministero della Salute, 2017) che confermano la funzione e le attività di promozione della salute e prevenzione delle malattie cronico-degenerative e infettive
- **il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025**
- **il Piano Nazionale della Cronicità**, che prevede **modelli assistenziali integrati e centrati sui bisogni "globali" del paziente, non solo clinici** (figura 3)

Figura 3

Tabella 2 – Gli obiettivi del Piano Cronicità



- **DM 77/2022 Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale**
- (e dalla società civile, per esempio:) **il Piano Nazionale per l'assistenza socio-sanitaria Territoriale (PNT)** contenuto nell'appello "FINANZIAMENTI EUROPEI PER LA RIPRESA: USARLI BENE PRIORITÀ: ASSISTENZA SOCIALE E SANITARIA TERRITORIALE" promosso da oltre 60 organizzazioni della società civile e del Terzo Settore. L'Appello vuole essere uno strumento di mobilitazione collettiva ed è stato inviato a Presidenza del Consiglio, Ministero della Salute, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Conferenza delle Regioni, Anci.

LA NOSTRA PROPOSTA: UN MODELLO CON UN LAVORO A RETE PER LA FUNZIONE DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Alla luce delle precedenti raccomandazioni e appelli della società civile si propone un modello di Servizio di Promozione della Salute coerente, appropriato e praticabile per superare l'attuale situazione di disinvestimenti, frammentazione e de-potenziamento della funzione.

Una definizione condivisa e acclarata... da tradurre in un'azione più efficace e sostenibile

L'eredità che ci lascia la crisi epidemica rende evidente che la funzione della Promozione della Salute non ha potuto svolgere le proprie attività, che sono utili anche in periodo di emergenza sanitaria ed epidemica, in quanto capaci di mantenere il rapporto e il coinvolgimento delle persone, organizzazioni/enti e delle comunità locali nel comprendere e assumere i comportamenti protettivi individualmente e con responsabilità sociale. Non appare quindi pleonastico richiamare la definizione e le caratteristiche di questa funzione adattandola alla nuova situazione di convivenza e superamento degli effetti psico-sociali dell'epidemia di Covid-19.

La promozione della salute è, allo stesso tempo, una strategia politica e un'azione individuale e sociale per creare le condizioni affinché le persone, personalmente e collettivamente, possano fare liberamente e responsabilmente delle scelte di salute e di benessere: *“la promozione della salute è il complesso delle azioni dirette non solo ad aumentare le capacità degli individui, ma anche ad avviare cambiamenti sociali, ambientali e economici, in un processo che aumenti le reali possibilità di controllo (empowerment), da parte della comunità, dei determinanti della salute”* (OMS, 1986).

Non è quindi una responsabilità solo della Sanità, ma di tutti i settori della società e delle comunità locali che possono concorrere singolarmente e/o in collaborazione alla creazione di politiche e ambienti di vita che rendano possibile il fare delle scelte di salute, benessere e qualità della vita rendendole accessibili a tutti, comprese le persone e i gruppi sociali più svantaggiati e/o fragili.

La definizione formulata nella Carta di Ottawa (OMS, 1986) è stata aggiornata nelle priorità e nelle politiche/azioni con le successive Conferenze, tra le quali Salute in Tutte Politiche (OMS, 2016). Il documento di orientamento delle politiche sanitarie e di salute intersettoriale dell'OMS Europa, Salute 2020 (Euro OMS, 2016, Health 2020), ne aveva fatto il cardine, purtroppo in gran parte disatteso come l'epidemia ci ha dimostrato, con particolare riferimento al ri-orientamento dei servizi sanitari e delle politiche pubbliche degli altri settori per sostenere le comunità locali resilienti. I documenti di raccomandazioni del capitolo precedente indicano chiaramente la strada degli investimenti da fare.

Il modello del lavoro a rete dei Servizi di Promozione della Salute

Il modello organizzativo e il metodo di lavoro dei Servizi di Promozione della Salute devono essere coerenti e appropriati per svolgere appieno la funzione di promozione della salute e prevenzione delle malattie.

Il modello organizzativo secondo il quale opera la struttura di Promozione della Salute è il lavoro a rete, attraverso il quale promuove la diffusione di una **cultura salutogenica** (focus sui fattori di protezione, competenze/risorse e sviluppo del benessere), che:

- favorisce l'utilizzo e il potenziamento di risorse individuali, collettive, locali e ambientali per una vita in salute,
- sostiene l'*empowerment* individuale e di comunità
- si avvale di metodi e strumenti partecipativi.

La recente e attuale esperienza di pandemia Covid-19 ha permesso di riflettere sulla necessità di promuovere la salute nei luoghi e negli ambienti dove le persone vivono, potenziando le azioni sui territori, coinvolgendo e responsabilizzando i cittadini, le organizzazioni e i professionisti in iniziative di prevenzione e promozione della salute, per rendere dimensionato e appropriato l'accesso alle cure specialistiche.

Il metodo di lavoro del Servizio di Promozione della Salute deve rispecchiare la sua funzione caratterizzante e costitutiva:

- **la capacità di sostenere e accompagnare il cambiamento di comportamenti di salute delle persone singole e dei gruppi, all'interno di processi partecipativi, orientati all'*empowerment* e all'equità e sostenuti contestualmente da cambiamenti sociali e ambientali**
- **la trasformazione delle politiche, secondo l'approccio della Salute in Tutte le Politiche, delle organizzazioni istituzionali e sociali che hanno come mandato la cura e la promozione del benessere, della qualità della vita e della salute**

Quindi la Promozione della Salute si connota come una **funzione trasformativa**:

- **trasversale** alle professioni, alle discipline, ai diversi servizi sanitari territoriali ed ospedalieri e **intersectoriale** coinvolgendo i diversi settori della comunità locale e i diversi servizi sanitari che compongono un'ASL
- **educativa**, che stimola, sostiene e accompagna il cambiamento verso scelte, comportamenti e ambienti più salutari sia nel setting sanitario (es. counselling breve motivazionale) sia negli altri setting (es: scuola, ambienti di vita e lavoro, comunità locale...)
- **politica**, nel senso di orientare le politiche dei servizi, degli enti, delle organizzazioni informali e formali (es. Terzo Settore) a tenere conto dell'impatto delle loro scelte di settore e organizzative *su benessere, qualità della vita, salute e equità* (es: Profilo di Salute e Piano di Azione delle Scuole della Rete SHE – Scuole che Promuovono Salute, Carta di Toronto sulla Attività Fisica adottata dalle Amministrazioni Comunali grazie ai Gruppi di Cammino, Gruppi AFA – Attività Fisica Adattata...).

Il modello del lavoro a rete del Servizio di Promozione ed Educazione alla Salute (PES) risponde coerentemente con l'esercizio di questa funzione, cioè deve operare in modo trasversale, come avviene per funzioni trasversali analoghe, quali la formazione o la ricerca, sviluppo ed innovazione e deve operare con un approccio globale e integrato come avviene per il buon funzionamento dell'organismo umano (nel quale il sistema a network del modello PNEI prevede l'interazione costante tra Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia: così i modelli organizzativi dovrebbero essere disegnati e coordinati!).

- **Il Servizio è in staff alla Direzione Generale** per contribuire all'integrazione tra i diversi piani di programmazione territoriale ed ospedaliera e alla collaborazione intra-aziendale ed intersectoriale con le organizzazioni del territorio di riferimento (Comuni, Scuole, Aziende, Terzo Settore, gruppi/associazioni)
- **Il Servizio è costituito da diverse professioni (non solo quelle previste dal profilo sanitario), discipline e ruoli amministrativi** che nel proprio profilo di competenze hanno maturato la capacità di svolgere la funzione di cambiamento dei comportamenti e di trasformazione delle politiche e dei setting con due livelli organizzativi a rete:
 - ↳ **centrale** – operatori che si occupano di coordinamento, raccordo intra-aziendale e intersectoriale, monitoraggio, ricerca, innovazione... a vantaggio di tutta la rete

- **diffuso a rete** - operatori di riferimento nelle principali strutture organizzative dell'azienda sanitaria per realizzare/coordinare/monitorare i piani di programmazione e i progetti di promozione della salute per integrarli e rafforzarli nelle prestazioni sanitarie e nelle attività delle strutture di appartenenza: ospedali, dipartimenti, distretti / case della salute, consultori...
- **I Fattori che permettono di dimensionare in maniera congrua il numero di operatori del servizio di Promozione della Salute sono:**
 - ✦ **il numero delle strutture aziendali** deputate ad attività che prevedono azioni di prevenzione, promozione della salute e umanizzazione delle cure
 - ✦ **un rapporto minimo di 1 operatore** (centrale e diffuso a rete) **ogni 50.000 abitanti** (al momento non è indicata una norma a nostra conoscenza, ma è ragionevole dimensionare un rapporto minimo tra operatori di promozione della salute e le strutture dipartimentali/ospedaliere/territoriali presenti in un ASL e il numero di abitanti nel territorio). Uno standard di riferimento è stato indicato recentemente, ad esempio, dal DM 77/2022 sui Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale, che prevede le Case della Comunità: gli Hub più complessi, 1 ogni 100.000 abitanti (la dimensione ipotizzata del distretto) e le Spoke, connesse alle Hub, ogni 20 – 35.000 abitanti. La presenza di 1 operatore della promozione della salute per ogni Casa della Comunità (Hub o Spoke) potrebbe presidiare e coordinare l'integrazione dei diversi Piani di programmazione (PRP, Cronicità, Case della Comunità...), facilitando il raccordo tra servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e la collaborazione intersettoriale con le comunità locali di riferimento.
 - ✦ **un tempo lavoro definito e riconosciuto**, dedicato alla promozione della salute
- **Gli Obiettivi e attività del Servizio di Promozione della Salute sono:**
 - **creare collaborazioni trasversali tra le strutture dell'ASL** (es: a supporto ai PDTA Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali) **e offrire supporto metodologico e tecnico-scientifico** per la progettazione, realizzazione, valutazione di **progetti e interventi integrati nelle attività delle strutture e del territorio** e che contribuiscono alla realizzazione dei diversi piani aziendali/regionali **(andando oltre la logica dei sylos)**
 - **creare alleanze inter-istituzionali e con il Terzo Settore** per sviluppare reti e processi partecipativi per l'*empowerment* nei diversi setting di vita: scuole, comunità locali, luoghi di lavoro e negli stessi servizi sanitari territoriali ed ospedalieri
 - **sperimentare e valutare interventi e approcci innovativi** sia nei diversi setting di vita fondati sulla partecipazione e sui processi di empowerment sia nel campo della comunicazione per la salute e del marketing sociale, anche mediante l'utilizzo di nuove tecnologie e nuovi media
 - **sviluppare iniziative, programmi e campagne di sensibilizzazione e advocacy** su temi prioritari ed emergenti per il territorio e la società
 - **sviluppare percorsi ed eventi formativi**, su specifiche aree, per l'aggiornamento delle competenze professionali e trasversali degli operatori, e per azioni di ricerca e innovazione
 - **collaborare**, sia per l'attività corrente, che per la partecipazione a bandi di progetti, con:

- ✦ la Regione Piemonte, in particolare nell'Assessorato Sanità e Welfare, attraverso la partecipazione a piani e progetti regionali, gruppi di lavoro, progetti nazionali ed europei
 - ✦ con le strutture di supporto e le organizzazioni scientifiche a livello
 - regionale: Epidemiologia, Centro di Documentazione DoRS, le Università, ...
 - nazionale: Ministeri competenti, Istituto Superiore di Sanità, ASviS- Associazione per lo Sviluppo Sostenibile Agenda 2030
 - europeo e con le reti internazionali: direttamente nelle Reti OMS, con l'approccio per setting come HPH&HS –Health Promoting Hospitals and Health Services, SHE School for Health in Europe (entrambe attive in Piemonte, da tempo) o indirettamente tramite le strutture di supporto a IUHPE International Union for Health Education and Promotion e EHN EuroHealthNet
 - ✦ con Fondazioni e Enti interessati a sviluppare progetti di promozione della salute.
- **Il servizio è dotato di un budget di spesa**
 - **Il servizio si avvale delle specifiche competenze professionali dei promotori della salute** (progetto CompHP; G. Laverack, 2018)
 - le **competenze “core”** sono:
 - ✦ conoscenza e padronanza dei fondamenti, principi e valori della promozione della salute
 - ✦ ascolto e comunicazione, con un'attenzione alle diversità culturali, in un'ottica di *empowerment* individuale e di gruppo
 - ✦ conduzione dell'analisi dei bisogni e delle risorse con approcci quantitativi e qualitativi
 - ✦ conduzione di interviste qualitative sia a livello individuale che di piccolo gruppo
 - ✦ conduzione di gruppi di formazione/lavoro
 - ✦ uso di metodi e strumenti di coinvolgimento e partecipazione della comunità locali in un'ottica di empowerment sociale
 - ✦ progettazione, conduzione e valutazione di progetti e interventi fondati sulle teorie del cambiamento di comportamenti individuali, organizzativi e sociali e sulle evidenze di efficacia
 - ✦ ricerca applicata e innovazione sociale.
 - Le precedenti competenze si coniugano con la competenza professionale, in maniera differente a seconda del ruolo dell'operatore che:
 - ✦ incontra singoli individui e/o famiglie, durante l'attività di cura e assistenza per patologia o di prevenzione (es. screening in consultorio)
 - ✦ incontra e lavora con gruppi formali ed informali della comunità locale per sviluppare progetti e fare azione di advocacy per la Salute in Tutte le Politiche

- ✦ incontra e lavora con rappresentanti della comunità locale (amministratori, responsabili di associazioni...) per costruire alleanze e collaborazioni e orientare le azioni e le politiche locali per un maggiore impatto sul benessere e sulla salute.

ESEMPI DI MODELLI DI SERVIZI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

In Piemonte il riconoscimento e la collocazione della funzione di Promozione della Salute è molto difforme e variabile da ASL ad ASL, risultato di un mancato investimento e dell'assenza di indicazioni di riorganizzazione coerenti a livello regionale nell'arco degli ultimi anni. Anche a livello italiano esistono situazioni molto difformi, che non rendono riconoscibile, valorizzabile ed efficace la funzione di Promozione della Salute e prevenzione delle malattie.

- **Regione Piemonte:** situazione difforme (vedi allegato 1: la collocazione organizzativa della PES in ciascuna ASL), con un unico esempio che ha superato gli effetti dell'epidemia di Covid-19 rimanendo in parte attivo nello svolgimento della sua funzione: la Struttura Semplice Promozione della Salute in staff alla Direzione Generale dell'ASL TO3 (vedi Deliberazione n 875 del DG del 18.12.2020)
- **Regione Lombardia:** i servizi di Promozione della Salute sono Strutture Complesse in staff al Dipartimento della Prevenzione nelle ATS e sono dotate di budget
- **Regione Siciliana:** i servizi di Promozione della Salute sono strutture aziendali autonome e hanno un budget

QUALI INVESTIMENTI PER METTERE A SISTEMA UN SERVIZIO A RETE?

Alcune indicazioni di investimento prioritarie già presentate in un editoriale pubblicato sul sito DoRS del 24 settembre 2020 (<https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3475>) e che potranno essere integrate:

- **un maggior numero di risorse dedicate**, assumendo giovani professionisti laureati, non solo in ambito sanitario, ma anche nelle differenti discipline umanistiche e scientifiche (attinenti soprattutto al cambiamento individuale, nelle organizzazioni e nelle politiche), prevedendo un inquadramento anche in profili di tecnici laureati (eventualmente da attivare, se non già esistenti) e una formazione adeguata
- **un mandato forte delle istituzioni**, con inserimento di rappresentanti della Promozione della Salute nei tavoli/uffici di programmazione e coordinamento, a livello regionale e locale, dei diversi piani e con finanziamenti adeguati, per sostenere un modello con il lavoro a rete, sistema diffuso con snodi di indirizzo e coordinamento nei servizi territoriali, nelle cure primarie e negli ospedali
- **un piano di alta formazione** per i giovani operatori **e di aggiornamento** per gli operatori sanitari in forza, attento ai cambiamenti che la pandemia ci impone (processi partecipativi per il coinvolgimento e l'empowerment, tecnologie digitali e uso dei social media, lavoro di rete, sostenibilità, stress-management, management dei servizi...)
- una diffusione verso tutti i professionisti della sanità di **strategie, metodi e pratiche salutogeniche di promozione della salute** per ri-orientare il rapporto con il paziente, il cittadino e le organizzazioni e gli enti delle comunità.

DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO (in corso di completamento)

- Commissione Europea, Report EXPH 2019, Options to foster health promoting health system.
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/expert_panel/docs/025_health_promotinghealthsystems_en_0.pdf (u.a. 08.02.2021)
- Commissione Europea, Report EXPH 2020, The organization of resilient health and social care following the COVID-19 pandemic
- DM 77/2022 Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale
- EuroHealthNet, 2019, Financing Health Promoting Services: an information guide
- EuroHealthNet, 2020, Report Conference - Skills for health. Up- and re-skilling for a sustainable recovery
- EuroHealthNet, 2021, Recovery and Resilience Plans: drivers to promote health and wellbeing in the European Union
- Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025
- Piano Nazionale Cronicità, 2016
- Ministero della Salute, 2017, Livelli Essenziali di Assistenza
- Laverack G. "Salute Pubblica: potere, empowerment e pratica professionale". Il Pensiero Scientifico, 2018 <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3115> (u.a. 08.02.2021)
- Progetto CompHP - Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe, 2012,
<https://www.dors.it/documentazione/testo/201502/factsheet%20compHP.pdf> (u.a. 08.02.2021)