

Incontro tematico:
“STATO DELL’ARTE E SVILUPPO FUTURO DEI PIANI REGIONALI DI PREVENZIONE:
L’ATTUAZIONE DEI MACRO OBIETTIVI 1-6 DEL PNP”

7-8 marzo 2017 - Auditorium “Biagio D’Alba” - Via Ribotta, 5

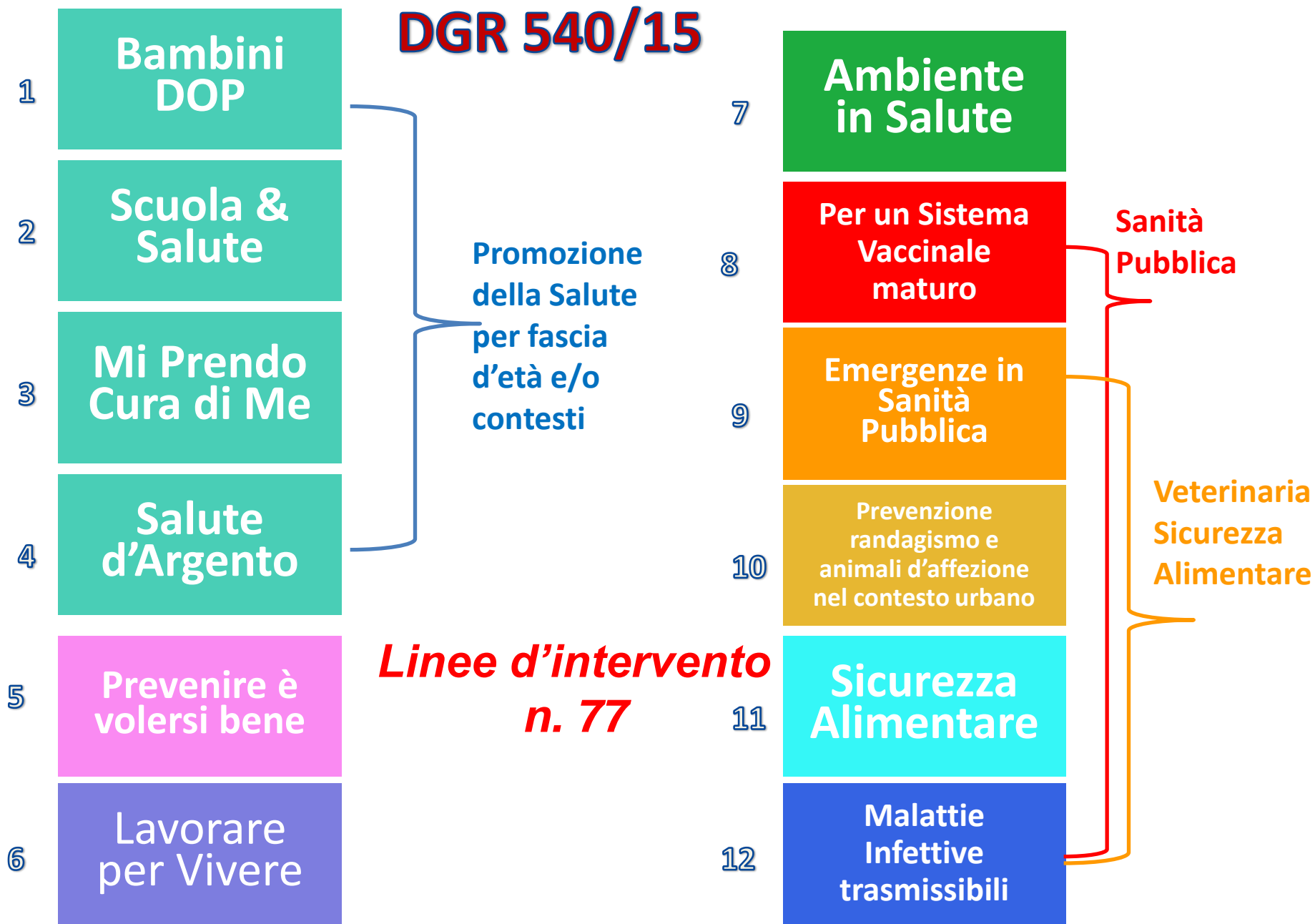
Regione MARCHE

**I CONTENUTI ESPOSTI SONO LA SINTESI DI UNA MATTINATA DI CONFRONTO
GUIDATO (DALLE SLIDES PROPOSTE DAL MINISTERO DELLA SALUTE) CON IL
COINVOLGIMENTO DI OPERATORI DEL SSR CHE HANNO UN RUOLO PRIMARIO
NELLA IMPLEMENTAZIONE DEI PROGRAMMI FINALIZZATI AL RAGGIUNGIMENTO
DEI MACRO OBIETTIVI CENTRALI 1 – 6 DEL PNP**

**UNA PARTE DEL RITARDO DI ATTUAZIONE DEL PRP E’ DOVUTA AGLI EVENTI
SISMICI CHE INTERESSANO DAL 24.8.16
1/3 DEL TERRITORIO COMPLESSIVO
89 COMUNI
PIU’ DI 3 PROVINCE (SU 5)**

Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018

DGR 540/15



1.

Il QLR si sta rivelando, in fase di attuazione, coerente e funzionale:

- **alla realizzazione degli obiettivi specifici (e quindi degli obiettivi centrali) per il contrasto ai fattori di rischio individuati dal PNP?**
- **al passaggio da progetto a programma a strategia (policy) nell'approccio ai problemi di salute?**
- **ad una governance efficiente (regionale e locale) del PRP?**

L'IMPIANTO METODOLOGICO DEL PRP MARCHE E' STATO VALUTATO LOGICO , CHIARO, COERENTE E SUFFICIENTEMENTE UNITARIO. CIO' TROVA RISCONTRO NELLA LETTURA INTERESSATA DEGLI INTERLOCUTORI ESTERNI AL SSR (ASSOCIAZIONI, ENTI LOCALI, PORTATORI DI INTERESSE)

GLI OBIETTIVI CONSIDERATI A VOLTE «MODESTI» MA CONCRETAMENTE REALIZZABILI

L'OBBLIGO DI MONITORAGGIO DEI RISULTATI DI SALUTE (OLTRE AI PROCESSI) E' CONSIDERATO UN «PASSO AVANTI» IMPORTANTE

ALCUNI OPERATORI SEGNALANO CHE LASCIARE IL METODO PCM HA COMPORTATO UNA ECCESSIVA SEMPLIFICAZIONE CON CARENZA DI FOCALIZZAZIONE DEI BISOGNI .

AL MOMENTO LA CARENZA PIU' EVIDENTE E' LA DIFFICOLTA' DI GOVERNANCE NEI TERRITORI DELLE AA.VV. ASUR NONOSTANTE LA PREVISIONE NELL'IMPIANTO METODOLOGICO DI GRUPPI MISTI AD HOC CHE SONO STATI FORMALIZZATI

2.

Con quali «macro-attività», comuni o diverse tra programmi, si stanno perseguendo i MO 1-6 ed i relativi obiettivi e indicatori centrali?

Quali macroattività sono un rafforzamento/consolidamento ed estensione (in termini di copertura) di quelle già in essere, quali sono permanentemente incardinate nelle attività delle Aziende?

Quali rappresentano invece elementi di novità e innovazione?

Quali sono le criticità e i punti di forza principali? (individuare due criticità e due punti di forza)

SONO RITENUTE MACROATTIVITA' TRASVERSALI VALUTATE DA TUTTI COME AVVIATE CON REALIZZAZIONI POSITIVE:

- **COINVOLGIMENTO DELLE COMUNITA' LADDOVE AVVENUTO (NON IN TUTTI I TERRITORI)**
- **MIGLIORAMENTO DELLE METODOLOGIE DI PROMOZIONE SALUTE (LIFE SKILLS)**
- **PERCORSI FORMATIVI INTEGRATI SSR – ALTRI SOGGETTI**

VALUTAZIONI CON «LUCI E OMBRE»

- **COORDINAMENTO DELLE RETI NEL TERRITORIO (QUALCHE POSITIVO AVVIO MA PREVALENTI LE DIFFICOLTA' PER PROBLEMI INTERNI SSR DI PERSONALE E RAPPORTI TRA STRUTTURE)**
- **PARTECIPAZIONE MOLTO MODESTA DELLE STRUTTURE DI COORDINAMENTO DEGLI AMBITI SOCIALI TERRITORIALI SU CUI SI E' FATTO UN INVESTIMENTO SIN DALL'INIZIO IN ACCORDO CON SERVIZIO POLITICHE SOCIALI**

VALUTAZIONE NEGATIVA «AL PALO»:

- **VALUTAZIONE DI QUALITA' ED EFFICACIA DEGLI INTERVENTI**
- **CONTRASTO EFFICACE ALLE DISEGUAGLIANZE**

3.

- come si sta concretamente realizzando, cioè con quali modalità e strumenti formali (norme, atti di indirizzo, delibere,..), metodologici e operativi, tenendo conto delle peculiarità e criticità specifiche del setting?
- sta portando ad una integrazione di azioni e risorse nell'ottica di maggiore efficienza ed efficacia?
- sta rispondendo a criteri e requisiti definiti dai modelli di riferimento, evidence based (es. per il setting scuola si sta lavorando su ambiente fisico, ambiente sociale, competenze individuali, legami con la comunità, ecc..)?
- quali coperture sta raggiungendo (espresse in termini quantitativi: quante scuole, quante aziende, ...)?
- in quali setting l'azione intersettoriale e quella di advocacy stanno funzionando meglio?
- in che modo interagiscono i diversi setting, in particolare quale ruolo hanno i servizi sanitari e le relative professionalità chiave (MMG, PLS,..) rispetto all'azione di promozione della salute?
- la scelta di altre impostazioni (*es. programmi per target di età o genere – anziani, donne,.. o per status - bambini in eccesso ponderale, studenti della scuola secondaria, persone con fragilità, genitori, operatori sanitari,..*) contrasta o mantiene una coerenza con le finalità dell'approccio per setting?

3. RISPOSTE

PREVISTO SETTING PER SCUOLA, MATERNO INFANTILE, LAVORO, ANZIANI

POSITIVI RISCONTRI PER SCUOLA CON RISULTATI SUPERIORI ALLE ASPETTATIVE MA CHE PARTE DA ANNI DI LAVORO PRECEDENTE (PROTOCOLLI DAL 2010)

POSITIVI RISCONTRI DI INTERESSE PER LAVORO (WHP IN FASE DI AVVIO SEPPUR CON RITARDI)

POSITIVA ESPERIENZA PER ANZIANI SU LINEA DI INTERVENTO PREVENZIONE OSTEOPOROSI (NON SU TUTTO IL PROGRAMMA) CON COINVOLGIMENTO PORTATORI DI INTERESSE SOCIALI (OO.SS.) E ISTITUZIONALI (COMMISSIONE CONSILIARE PARI OPPORTUNITA')

CRITICITA' PER IL SETTING MATERNO INFANTILE TUTTE LEGATE ALLE RELAZIONI INTERNE TRA STRUTTURE DEL SSR

4.

Nel capitolo del PNP dedicato a «Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione» vengono individuati obiettivi centrali a carattere di sistema, trasversali ai vari macro obiettivi.

Rispetto a questi

- Quali azioni regionali “di sistema” si stanno mettendo in campo e quali sono gli effetti di tali azioni sui processi, anche nel facilitare la realizzazione degli interventi ed il raggiungimento degli obiettivi?
- I PRP hanno dato maggior vigore al ruolo di steward della prevenzione in particolare riguardo le altre strutturazioni organizzative del sistema sanitario?
- Come le attività trasversali di formazione e comunicazione sono funzionali anche agli obiettivi di sistema?

- IL PRP HA RESO MAGGIORMENTE VISIBILE L'AREA DI AZIONE DELLA PREVENZIONE AGLI INTERLOCUTORI ESTERNI AL SSR PERCHE' PER LA PRIMA VOLTA E' STATA COLTA UNA VISIONE UNITARIA E COORDINATA DEGLI INTERVENTI

- PARADOSSALMENTE TUTTO CIO' CONTINUA AD ESSERE «INVISIBILE» AD UNA PARTE DELLE DIREZIONI DEL SSR.

- DIFFICOLTA' DA PARTE DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE A SVOLGERE IL RUOLO DEFINITO DAL PNP PER CARENZE QUANTITATIVE E DIFFICOLTA' DI RICONOSCIMENTO DI RUOLO DA PARTE DELLE ALTRE ORGANIZZAZIONI SSR

SI POTREBBE DIRE IN CONCLUSIONE CHE IL RUOLO DI STEWARDSHIP DEL SSR E' RICHIESTO DALL'ESTERNO, MA IL SSR NON E' SUFFICIENTEMENTE PRONTO (COME SISTEMA COMPLESSIVO)