

| REGIONE LIGURIA | |
|--|--|
| Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 | |
| SCHEDA 4 | |
| I. Programma "Prevenzione e promozione di corretti stili e abitudini di vita" | |
| C) Adulti, setting comunitario | |
| MO 1 | Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT |
| MO 5 | Prevenire gli incidenti stradali |
| MO 6 | Prevenire gli incidenti domestici |
| Obiettivi e codici indicatori centrali | Obiettivi regionali |
| <p>Ridurre il numero dei fumatori (1.4.1) Estendere la tutela dal fumo passivo (1.5.1)</p> <p>Ridurre il consumo di alcol a rischio (1.6.1)</p> <p>Aumentare il consumo di frutta e verdura (1.7.1.2)</p> <p>Ridurre il consumo eccessivo di sale (1.8.1) Aumentare l'attività fisica delle persone (1.9.1)</p> <p>Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT (1.10.1-1.10.2)</p> <p>Sviluppare programmi per promuovere e diffondere la pratica dell'esercizio fisico, anche attraverso la prescrizione, nelle persone con patologie croniche (1.11.1)</p> <p>Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni (1.9.2)</p> <p>Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte di operatori sanitari, MMG/PLS (1.10.3-1.10.4-1.10.5-1.10.6)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Favorire accordi regionali intersettoriali per la promozione di sani stili di vita 2. Ridurre la prevalenza di soggetti fumatori nell'età adulta 3. Mantenimento e incremento del rispetto della normativa fumo passivo 4. Contrasto ai problemi alcol-correlati o ad altre forme di dipendenza (compreso il gioco d'azzardo), in collaborazione con ARCAT e associazioni di auto-mutuo-aiuto 5. Sensibilizzare e ricercare la condivisione degli operatori sanitari sull'importanza del five a 6. Approcci integrati e multidisciplinari (sperimentazione di figure professionali innovative) per aumentare nella popolazione la percezione del rischio per la salute derivante di un eccessivo consumo di sale e per limitarne l'apporto medio giornaliero 7. Identificazione precoce e presa in carico di soggetti con aumentato rischio per MCNT tramite chiamata attiva dei soggetti target (3500 soggetti nati nel 1964) e counselling personalizzato e offerta di percorsi di salute con coinvolgimento del MMG in almeno un'Azienda Sanitaria 8. Estendere il più possibile iniziative motorie (AFA e gruppi di cammino) 9. Sensibilizzare gli operatori sanitari (MMG) sull'importanza della attività fisica Promozione di stili e abitudini di vita corretti nei giovani-adulti e nelle donne in età fertile 10. Mantenere all'interno del Sistema di Sorveglianza PASSI le informazioni necessarie a misurare stili e abitudini di vita e all'interno di PASSI d'Argento le informazioni necessarie a misurare l'attività fisica dei soggetti intervistati, misurata con scala PASE |

| | |
|--|--|
| <p>Ridurre il numero dei decessi per incidente stradale (5.1.1)</p> <p>Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale (5.2.1)</p> <p>Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero (6.1.1)</p> <p>Aumentare il livello di attività fisica negli ultra 64anni (6.2.1)</p> <p>Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi di incidente domestico e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver (6.3.1)</p> | <p>11. Comunicazione dei dati forniti dai sistemi di sorveglianza e formazione degli operatori sanitari coinvolti</p> <p>12. Monitoraggio dell'adesione ai PDTA e all'adozione dell'Expanded Chronic Care Model nelle patologie croniche epidemiologicamente rilevanti attraverso l'integrazione di flussi sanitari amministrativi (SDO, farmaceutica, esenzioni ticket e specialistica ambulatoriale) con i dati di sorveglianza PASSI in funzione della prevenzione secondaria e terziaria della MCNT</p> <p>13. Sviluppare programmi sulle priorità (politerapia farmacologica, ipovisione e sicurezza domestica)</p> <p>14. Azioni di sistema a livello regionale per favorire il coinvolgimento dei portatori di interesse (PLS, MMG, Pronto soccorso, associazioni, ACI, Forze dell'ordine, Prefettura, Enti Locali ecc.)</p> <p>15. contrasto ai problemi alcol-correlati o ad altre forme di dipendenza (compreso il gioco d'azzardo), in collaborazione con ARCAT o con altre associazioni di auto-mutuo-aiuto (vedi obiettivo 3)</p> <p>16. Prevenzione dell'osteoporosi e riduzione del rischio di caduta e frattura nelle persone anziane, attraverso la promozione dell'attività fisica e la somministrazione di vitamina D</p> |
|--|--|

Analisi di contesto

- **Popolazione ligure** al 31 dicembre 2013: 1.590.555.
- Si registra la più bassa **natalità** in Italia dopo quella del Molise : 7,3 nuovi nati per 1.000 abitanti/anno, con un età media della donna al parto di 32,22 anni. **La mortalità grezza** è pari a 13,5 decessi per 1000 abitanti/anno, più elevata rispetto al contesto nazionale (9,8 decessi per 1000 abitanti/anno).
- **L'età media** di 47,6 anni è la più alta di tutto il Paese (valore medio in Italia di 43 anni); **l'indice di vecchiaia** è pari a 237,2, ma in alcune zone dell'entroterra raggiunge valori 2 (Val d'Aveto) o 3 volte (Val Trebbia) superiori. Si registra una generale tendenza all'aumento del numero di famiglie ed alla diminuzione dei loro componenti: numero medio di componenti per famiglia: 2,1; le famiglie composte un solo componente risultano essere il 39,5.
- **La popolazione lavorativa** La dinamica dei dati annuali (2012 rispetto al 2011) mostra un calo della forza lavoro (-0,1%) a seguito del calo degli occupati (-2,0%, pari a 13.036 unità in meno). Quest'ultima variazione è inoltre più decisa rispetto a quanto registrato a livello nazionale, dove gli occupati diminuiscono dello 0,3% per effetto di una compensazione tra la riduzione dell'occupazione maschile (-1,3%) e l'aumento di quella femminile (+1,2%). In Liguria invece il calo interessa sia maschi che femmine (rispettivamente -1,8% e -2,3%).
- **La popolazione immigrata** rappresenta circa il 7,7%; Al 1 Gennaio 2013 risultavano residenti in Liguria 119.946 stranieri, di cui 21.325 di età compresa tra 0 e 14 anni, pari al 17,7% della popolazione totale; la fascia di età corrispondente all'età adulta (15-44 anni) comprendeva

44.193 soggetti, pari al 36,8%, mentre gli ultrasessantacinquenni rappresentavano l'esigua percentuale del 6,9%, per un totale di 8281 soggetti. E' dunque evidente l'apporto fornito dagli stranieri nel parziale riequilibrio della demografia ligure in favore delle classi di età giovanile-adulte, dovuta sia dalla presenza di giovani donne in età fertile caratterizzate da una più accentuata fecondità, sia per la preponderante presenza di soggetti in età lavorativa

- **Il livello di istruzione** è superiore a quello medio italiano: l'80,6% della popolazione ha conseguito almeno un titolo di scuola secondaria di primo grado
- **L'aspettativa di vita alla nascita** è pari a 79,2 anni per gli uomini, 84,3 anni per le donne; l'aspettativa di vita in buona salute è di 56,9 anni per gli uomini e 51,7 anni per le donne; l'aspettativa di vita libera da disabilità è di 75,5 anni per gli uomini e di 79 anni per le donne.
- La Liguria presenta una **mortalità** per tumore pari a 168,5x100.000, per malattie dell'apparato cardiovascolare pari a 160,3 x 100.000 e per suicidi pari a 3,5x100.000
- **Percezione del proprio stato di salute:** il 69,6 % dei soggetti intervistati percepisce positivamente il proprio stato di salute.
- **Depressione:** il 7,7% delle persone intervistate riferisce di aver avuto sintomi di depressione nelle due settimane precedenti l'intervista, valore significativamente superiore rispetto al dato nazionale. I soggetti maggiormente a rischio sono le donne, le persone con basso livello di istruzione, difficoltà economiche, senza lavoro, affette da patologia cronica.
- **Limitazione autonomie:** i dati dello studio PASSI d'Argento qui riportati sono riferiti esclusivamente alla popolazione ultra64enne della Liguria. La capacità di autonomia dei soggetti intervistati è stata misurata rispetto alle capacità riferite nello svolgere le attività di base e più complesse della vita quotidiana (Activities of Daily Living - ADL e Instrumental Activities of Daily Living - IADL). Il 15% del campione risulta a rischio disabilità, pari a circa 64 mila soggetti (non autonomo in 1 o più ADL) mentre il 12% presenta disabilità, pari a 51 mila soggetti (non autonomo in almeno 2 IADL); il 9% presenta 3 o più patologie; le patologie più frequenti sono rappresentate dallo scompenso cardiocircolatorio e diabete mellito (14%) e malattie respiratorie (19%). Il 10% riferisce di essere caduto nell'ultimo mese (il 50% all'interno della propria abitazione; il 76% di questi assumeva 3 o più farmaci). Problematiche sensoriali e funzionali (vista, udito e masticazione) sono equamente rappresentate nel 10-12% della popolazione intervistata.
- **Tasso d'incidenza di AIDS** calcolato per l'anno 2012 (ultimo dato disponibile) è pari a 6,1 per 100.000 abitanti/anno negli italiani e 15,2 per 100.000 negli stranieri. Il numero di nuovi casi di AIDS diagnosticati nel 2012 è pari in Liguria a 715 con un tasso di letalità pari a 5,7%; la malattia ha in effetti assunto le caratteristiche della cronicità grazie all'introduzione dei nuovi farmaci.
- Per quanto riguarda **la salute materno-infantile** il 32% dei parti è stato effettuato con taglio cesareo inappropriato (donne primipare con parto a termine non gemellare e feto in posizione di vertice); abortività spontanea in diminuzione (rapporto standardizzato di abortività spontanea pari a 104,33 per 1.000 nuovi nati). Nel 2012 il numero di IVG è stato pari a 3.184, di cui 1.887 in donne italiane; tasso di mortalità infantile pari a 1,8 x 1.000 nati vivi; mortalità nel primo anno di vita: 3,12; mortalità neonatale precoce (fino al 6° giorno di vita): 1,7x1.000; mortalità nei primi 28 giorni di vita: 2,8 x 1.000.
- **Situazione nutrizionale e abitudini alimentari:** il 36% del campione ligure è in sovrappeso, mentre gli obesi sono l'8%. L'eccesso ponderale è trattato nel 30% dei casi con dieta. Il consumo di frutta e verdura risulta diffuso, anche se solo il 18% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumandone cinque volte al giorno. Dall'indagine Okkio alla salute 2008 si evidenzia che il 22% di bambini frequentanti la classe terza elementare risulta sovrappeso, mentre il 6% è obeso.
- **Attività fisica:** è fisicamente attivo il 38,5% della popolazione tra i 18 ed i 69 anni (PASSI 2013) e il 41% della popolazione ultra64enne (PASSI d'Argento). Ad oggi sono stati attivati 153 corsi AFA a cui hanno aderito 3017 persone, con disomogenea partecipazione stante la non contemporaneità di attivazione nelle 5 ASL liguri.

- **Consumo di alcol:** il 19,5% della popolazione tra 18 e 69 anni riferisce un consumo a rischio di bevande alcoliche. Per quanto riguarda il consumo di alcol tra i giovani, negli ultimi anni ha destato l'interesse degli operatori di Sanità Pubblica il fenomeno del **binge drinking**. Con questa espressione si fa riferimento all'abitudine di consumare quantità eccessive (convenzionalmente 6 o più bicchieri di bevande alcoliche anche diverse) in una singola occasione. Nella nostra Regione meno della metà dei ragazzi dichiara di non consumare mai bevande alcoliche, con un trend decrescente all'aumentare dell'età. Il consumo quotidiano di bevande alcoliche per età e sesso interessa prevalentemente i maschi in tutte le fasce d'età.
- **Abitudine al fumo:** il 27,2% si dichiara fumatore e il 21% ex-fumatore. Quasi tutti gli ex-fumatori hanno smesso di fumare da soli e nessuno di loro ha dichiarato di aver fatto ricorso all'aiuto di operatori sanitari
- **Sicurezza stradale:** l'uso dei dispositivi di sicurezza risulta ancora insoddisfacente: solo il 36% delle persone intervistate dichiara di utilizzare la cintura di sicurezza sui sedili posteriori. Il 9% degli intervistati dichiara, inoltre, di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista mentre il 5% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza. Il 14% riferisce difficoltà nell'utilizzo dei sistemi di ritenuta del bambino.
- **Diagnosi precoce carcinoma del collo dell'utero** (dati PASSI 2013): l'82,4% delle donne tra 25 e 64 anni ha effettuato un pap test negli ultimi tre anni, ma solo il 14% delle intervistate riferisce di avere eseguito il pap test all'interno di un programma di screening organizzato.
- **Diagnosi precoce carcinoma della mammella** (dati PASSI 2013): il 76% delle donne tra i 50 e i 69 anni ha effettuato una mammografia negli ultimi due anni come raccomandato dalle linee guida; il 44% delle intervistate riferisce di avere eseguito la mammografia all'interno di un programma di screening organizzato
- **Diagnosi precoce carcinoma del colon retto** (dati PASSI 2013): il 26% dei soggetti di età compresa tra i 50 ed i 69 anni ha effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori colonrettali: il 15% ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci e il 9,7% una colonscopia negli ultimi 5 anni, come raccomandato. Il 17,4% riferisce di avere aderito al programma di screening organizzato per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto.
- **Patologie croniche:** dalla Banca Dati Assistito Regionale è possibile risalire al numero di soggetti affetti da una patologia cronica; al 1 gennaio 2010, 64.833 soggetti risultavano affetti da diabete, 5.483 da insufficienza renale, 164.326 da scompenso cardiaco e 26.121 da broncopneumopatia.
- **Assistenza ospedaliera:** si calcola che ogni 1000 abitanti siano disponibili 3 posti letto, in linea con quanto stipulato in sede di Conferenza Stato Regioni con l'accordo del 23 Marzo 2005. Di questi 0,4 PL risultano dedicati ad attività di riabilitazione e cure intermedie. Il trend dei ricoveri ospedalieri risulta in continuo calo: dai 311.010 (ordinari + day hospital) del 2012 si è giunti ai 292.347 del 2013, con un decremento pari al 6%. Il tasso regionale di ospedalizzazione è pari a 167,98, mentre quello per DH è pari a 47,54. Tassi regionali di ospedalizzazione specifici (x 100.000 soggetti residenti 50-74 anni, inclusi extra regione) per alcune patologie croniche, possono essere considerati indicatori proxy di efficacia dell'assistenza territoriale: pur non esistendo un benchmark nazionale è possibile confrontare l'andamento nelle singole Aziende, utilizzando quale valore di riferimento la media regionale

Tasso di ospedalizzazione specifico per alcune patologie croniche

| | Scompenso CC | Diabete | BPCO |
|----------------|---------------------|----------------|-------------|
| ASL 1 | 195,5 | 30,7 | 55,5 |
| ASL 2 | 189,3 | 38,2 | 73,6 |
| ASL 3 | 251,3 | 38,0 | 93,7 |
| ASL 4 | 212,0 | 12,9 | 42,8 |
| ASL 5 | 136,7 | 34,3 | 47,9 |
| LIGURIA | 213,5 | 34,2 | 70,0 |

Breve descrizione degli interventi programmati:

In linea con le indicazioni internazionali (WHO Europe Action Plan 2012 2016) nazionali (PNP 2014 2018) e regionali (PRP 2014 2018) al fine di ridurre la morbosità, mortalità e disabilità che le MCNT comportano, nonché limitare le disuguaglianze causate dalle condizioni sociali ed economiche che influiscono sullo stato di salute, si propone di intraprendere una serie di azioni di promozione di sani stili di vita e di contrasto alla sedentarietà come fattore rischio attraverso:

- strategie di comunità, intersettoriali, con un approccio life course e per setting
- strategie basate sull'individuo attraverso:
 - o l'identificazione precoce di soggetti con aumento del rischio per MCNT mediante programmi di "screening" rivolti in particolare alla popolazione di età compresa tra 45 e 59 anni in almeno un'azienda sanitaria; l'azione si sviluppa tramite chiamata attiva dei soggetti target (popolazione 45 - 59 anni) e counselling personalizzato e offerta di percorsi di salute con coinvolgimento del MMG
 - o la presa in carico con interventi volti a modificare lo stile di vita della persona (nello specifico l'abitudine alla sedentarietà); incremento delle attività già in essere in tutte le 5 ASL liguri
 - o il potenziamento delle risorse personali (empowerment individuale) che consentano alla persona di effettuare consapevoli scelte di vita anche tramite il coinvolgimento diretto degli MMG e modelli sperimentali di nuove figure professionali (Infermieri di Comunità) da applicare preferibilmente nelle zone montane e disagiate
 - o l'offerta di programmi coerenti con le strategie sopra illustrate (AFA, Gruppi di cammino, Nordic Walking, Danza, "App" Individuali scaricabili su smartphone ed altre proposte del settore ICT, mappatura dell'offerta proveniente da associazioni che praticano movimento, autotrattamenti nell'ottica della medicina proattiva per gli anziani che hanno difficoltà ad uscire di casa, etc)
 - o quando necessario l'attivazione di procedure diagnostico - terapeutiche

Le azioni devono essere coordinate, inserite in un sistema sostenibile, integrato ed intersettoriale rispetto ai diversi livelli di servizi ed istituzioni, stabile, flessibile, con azioni basate su prove di efficacia e misurabili. A questo scopo la Regione intende favorire accordi regionali intersettoriali per la promozione di sani stili di vita

Si descrivono sinteticamente di seguito, e poi nella sezione "azioni", le proposte in fase di ideazione da consolidare e formalizzare in progettualità specifiche che si intersecheranno con altri progetti su altri setting e su altri settori di popolazione.

- l'individuazione di gruppi omogenei di popolazione per caratteristiche cliniche e relativa analisi della domanda, prevede la mappatura dei pazienti cronici a partire dai flussi amministrativi (SDO, EMUR, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, esenzione ticket), consentendo di assegnare una patologia cronica all'assistito sulla base degli specifici consumi sanitari; l'utilizzo integrato di tali flussi con i dati di sorveglianza PASSI permette quindi di costruire un quadro della situazione epidemiologica della popolazione assistita. I dati di PASSI consentono infatti di associare le caratteristiche sociodemografiche, oltre agli stili ed abitudini di vita, ai raggruppamenti di patologie individuate con i flussi amministrativi di cui sopra. **Tale azione consente la possibilità di mappare la storia naturale della malattia nell'individuo ed è pertanto da considerare sia un cardine per l'applicazione dell'Expanded Chronic Care Model, sia quale strategia di prevenzione secondaria, in quanto consente l'identificazione di malattie croniche in fase iniziale o precoce.**
-
- promozione di sani stili di vita - attività fisica, alimentazione corretta, riduzione del sale, contrasto al fumo e all'uso a maggior rischio di alcol - mediante accordi intersettoriali

- azioni di contrasto alla sedentarietà, finalizzate anche alla riduzione del rischio di caduta e frattura di femore nell'anziano: AFA, gruppi di cammino, Nordic walking, danza, app scaricabili su tablet e smartphone ed altre proposte settore ICT, mappatura offerta proveniente da Associazioni che praticano movimento, autotrattamento nell'ottica della medicina proattiva per anziani con difficoltà ad uscire di casa; queste azioni verranno realizzate in collaborazione con altri portatori di interesse: distretti sociali, associazionismo (Auser, UISP), Università di Genova ecc.; a livello genovese sono già in atto e verranno rafforzate collaborazioni con alcune iniziative di riqualificazione urbana nate nel gruppo di lavoro "Città sane" attivato dal comune di Genova
- integrazione con moduli opzionali dei sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'Argento per ottenere informazioni sugli infortuni domestici
- azioni finalizzate alla prevenzione dell'osteoporosi e alla riduzione del rischio di caduta e frattura nelle persone anziane, attraverso la somministrazione di vitamina D: queste azioni si svilupperanno attraverso il coinvolgimento dei portatori di interesse (MMG; operatori delle RSA e delle RP; operatori dei dipartimenti di prevenzione per un eventuale abbinamento fra vaccinazione antiinfluenzale e somministrazione di vit. D; altri operatori delle aziende sanitarie e dei distretti sociosanitari) e prevedranno la realizzazione di uno studio di fattibilità e la successiva implementazione, anche a partire da sperimentazioni in alcuni distretti socio-sanitari
- realizzazione di interventi di promozione di sani stili di vita basati sull'utilizzo da parte degli operatori sanitari del metodo del "consiglio minimo" (o delle 5 A: ask, advice, assess, assist, arrange); a questo fine verranno proseguite e incrementate iniziative di formazione specifiche, rivolte a operatori dipendenti delle Aziende sanitarie e ai MMG e PLS
- realizzazione di interventi di comunicazione sociale per la salute, basati su metodologie efficaci (marketing sociale), compresa la campagna per il riconoscimento tempestivo dei sintomi di ictus (vedi modulo aggiuntivo di Passi 2014 e anni successivi) e la campagna per favorire la somministrazione della vit. D agli anziani
- interventi di contrasto ai problemi alcol-correlati o ad altre forme di dipendenza (compreso il gioco d'azzardo), in collaborazione con ARCAT o con altre associazioni di auto-mutuo-aiuto
- interventi di medicina di iniziativa nell'ambito dell'attività dei MMG, compreso approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT e utilizzo della carta del rischio CV e per le persone a rischio di osteoporosi e di frattura del femore (somministrazione vit. D)
- mantenimento e implementazione dell'attività dei Centri antifumo
- chiamata attiva di soggetti sani nati nel 1964 e residenti in ASL 3 genovese secondo il modello organizzativo utilizzato negli screening oncologici; l'azione si sviluppa tramite chiamata attiva dei soggetti target (3500 soggetti residenti in ASL 3 Genovese nati nel 1964) offerta di interventi mirati per soggetti selezionati, counselling personalizzato e offerta di percorsi di salute con coinvolgimento del MMG (Progetto Cardio 50 di ASL 3 Genovese)
- interventi per promuovere sani stili di vita tra categorie o gruppi sociali svantaggiati (medicina penitenziaria, immigrati, persone svantaggiate per condizioni culturali o socio-economiche, pazienti psichiatrici, in collaborazione con organizzazioni del terzo settore)
- azioni per prevenire la disabilità negli anziani fragili (nel setting comunitario o nelle residenze protette)
- valutazione precoce della fragilità attraverso l'utilizzo di scale di valutazione sperimentali nei soggetti istituzionalizzati (residenze protette) per l'offerta di un piano personalizzato di assistenza

- mantenimento di una buona capacità di deambulazione ed una nutrizione migliore attraverso attività motorie di gruppo o individualizzate, atte a stimolare il mantenimento dell'autonomie residua e diete personalizzate arricchite
- esecuzione di valutazioni, programmi riabilitativi, interventi di nursing, azioni individualizzate sull'ospite, valutate dalla SC Anziani ai fini di monitorare l'organizzazione e l'offerta di cura più attenta possibile all'ospite in residenze protette
- azioni di sistema a livello regionale per favorire il coinvolgimento dei portatori di interesse (PLS, MMG, Pronto soccorso, associazioni, ACI, Forze dell'ordine, Prefettura, Enti Locali ecc.): per tali azioni si rimanda alla scheda n.3, relativa al setting scolastico

Attori (A) e Beneficiari (B):

A:

- Personale del SSR (anche con sperimentazione di figure professionali innovative)
- Personale sanitario specialistico
- Gruppi di lavoro multidisciplinari per la definizione di PDTA
- MMG
- Servizi socio-sanitari
- Comuni e municipi
- Associazioni terzo settore

B:

- Popolazione assistita adulta, anziana e anziana fragile istituzionalizzata: specifiche azioni verranno rivolte alla popolazione generale, compresa quella in buona salute, ai gruppi con fattori di rischio comportamentali e alla popolazione affetta da una patologia cronica e agli anziani fragili istituzionalizzati

Coinvolgimento portatori di interesse:

- Direzioni Aziendali
- equipe multidisciplinari
- decisori del SSR
- riunioni presso i municipi e i comuni, incontri con le associazioni e terzo settore

Setting:

comunitario e dei servizi sanitari, residenzialità sociosanitaria territoriale

Obiettivi perseguiti

di salute:

- ridurre il carico di patologie croniche e le loro complicanze mediante la promozione dell'adozione di corretti stili di vita e modifica delle conoscenze, atteggiamenti e comportamenti nella popolazione generale (empowerment)
- descrivere e dimensionare le patologie croniche e stimarne l'impatto assistenziale a livello provinciale e a livello di distretti con particolare attenzione alla rilevazione dei determinanti di salute socioeconomici ed alle disuguaglianze di accesso alle cure
- monitoraggio dell'adesione ai PDTA nella gestione integrata delle patologie croniche epidemiologicamente rilevanti quale espressione dell'empowerment di attori e beneficiari
- consentire un ritorno informativo personalizzato per gli attori coinvolti
- individuazione precoce delle condizioni di fragilità nei soggetto istituzionalizzati
- mantenimento delle autonomie residue

trasversalità, intersettorialità, multisettorialità:

- estensione degli interventi a policy maker, MMG, specialisti, ambiente ospedaliero e sedi di prestazioni territoriali
- accordi interistituzionali, patti territoriali

misure per il contrasto delle disuguaglianze:

- individuare all'interno della popolazione generale anche coloro che ricorrono in misura variabile alle prestazioni specialistiche o all'esenzione per la specifica patologia
- individuazione dei determinanti di salute socio-economici e culturali, sia tramite i Sistemi di Sorveglianza, sia tramite accordi con Ufficio ISTAT regionale
- medicina di iniziativa, interventi rivolti a categorie svantaggiate per condizioni culturali o socio-economiche e soggetti con patologie psichiatriche
- verrà posta particolare attenzione su sedentarietà e inattività fisica sia nella popolazione anziana sia in generale, su sovrappeso e obesità e infine su adesione a screening del colon retto per le quali esistono evidenze (analisi dati Salute Italia ISTAT 2013) relative al nostro contesto regionale dell'impatto dei determinati socio-economici .

(Indicatori sentinella evidenziati)

| Indicatori Regionali | Cod. Indic. Centrale (IC) | Fonte di verifica | Valore baseline regionale | ANNO 2015 | | ANNO 2016 | |
|--|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|--|-----------|---|-----------|
| | | | | Atteso | Osservato | Atteso | Osservato |
| Accordi quadro intersettoriali | IC 1.1.1-2 | AA.SS.LL. (Uffici regionali) | Accordi su stili di vita non presenti | | | Istituzione tavolo di coordinamento | |
| Pubblicazione annuale report dei sistemi sorveglianza | | ARS | si | 1 | | 2 | |
| Prevalenza fumatori | IC 1.4.1 | PASSI | 23.9% | 23,9% | | 23,0% | |
| Prop. fumatori con consiglio smettere | IC 1.10.3 | PASSI | 42,7% | 43,0% | | 47,0% | |
| Prevalenza rispetto divieto fumo luoghi lavoro | IC 1.51 | PASSI | 95.7% | 96,0% | | 96,0% | |
| Azioni previste per il contrasto al fumo: Formazione degli operatori sanitari al consiglio minimo delle 5A; Coinvolgimento dei MMG e dei PLS, del Dipartimento di Cardiologia, di Pneumologia e del SERT; ottimizzazione dell'invio ai centri antifumo | IC 1.4.1, 1.10.3, 1.5.1 | AA.SS.LL. | Non definito | Coinvolgimento portatori di interesse a livello aziendale - almeno una Asl | | Almeno un incontro con portatori di interesse a livello aziendale in almeno una azienda ; almeno un incontro informativo e una iniziativa di formazione sulle azioni previste in almeno una Asl, con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS | |
| Prevalenza consumatori alcol a rischio | IC 1.6.1 | PASSI | 20.3% | 20,0% | | 19,0% | |
| Proporzione consumatori alcol a rischio con consiglio smettere | IC 1.10.5 | PASSI | 6,7% | 6,7% | | 7,0% | |

| | | | | | | | |
|---|------------------------------------|----------------------|---------------|--|--|---|--|
| Azioni previste per il contrasto al consumo di alcol a rischio: Formazione degli operatori sanitari al consiglio minimo; Coinvolgimento e collaborazione dei MMG e PLS, degli operatori delle SC SERT e PSAL; Interventi di contrasto ai problemi alcol-correlati o ad altre forme di dipendenza (compreso il gioco d'azzardo), in collaborazione con ARCAT o con altre associazioni di auto-mutuo-aiuto | IC 1.6.1, 1.10.5 | AA.SS.LL. | Non definito | Coinvolgimento portatori di interesse a livello aziendale - almeno una Asl | | Almeno un incontro con portatori di interesse a livello aziendale in almeno una azienda ; almeno un incontro informativo e una iniziativa di formazione sulle azioni previste in almeno una Asl, con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS | |
| Consumo di almeno 3 porzioni/die di frutta e verdura | IC 1.7.1 | PASSI | 59.7% | 60,0% | | 62,0% | |
| Suggerimento (agli ipertesi) di ridurre il consumo sale | IC 1.8.1 | ISTAT PASSI | 88.9% | 89,0% | | 90,0% | |
| Prevalenza sogg. che non prestano attenzione al consumo di sale | IC 1.8.2 | REPORT PASSI 2016 | Da calcolare | | | | |
| Azioni previste per favorire una sana alimentazione: Formazione degli operatori sanitari al consiglio minimo; Coinvolgimento e collaborazione dei MMG, PLS, degli operatori della SC IAN e degli altri Servizi che si occupano di nutrizione | IC 1.7.1, 1.8.1, 1.8.2 | AA.SS.LL. | Da definire | Coinvolgimento portatori di interesse a livello aziendale - almeno una Asl | | Almeno un incontro con portatori di interesse a livello aziendale in almeno una azienda ; almeno un incontro informativo e una iniziativa di formazione sulle azioni previste in almeno una Asl, con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS | |
| Suggerimento attività fisica 18-69 con patologia cronica | IC 1.10.6 | PASSI | 43.6% | 44,0% | | 48,0% | |
| Prevalenza soggetti fisicamente attivi 18-69 anni | IC 1.9.1 | PASSI | 35.8% | 36,0% | | 40,0% | |
| Prevalenza soggetti fisicamente attivi >64 anni | IC 1.9.2 IC 6.2.1 | PASSI Argento | 72,9% | 72,9% | | 73% | |
| Proporzione soggetti in eccesso ponderale con consiglio perdere peso | IC 1.10.4 | PASSI | 43.3% | 44,0% | | 48,0% | |
| Attivazione corsi AFA | IC 1.11.1 | ASL | 100 corsi AFA | + 10 corsi | | + 10 corsi | |
| Incremento partecipanti corsi AFA | IC 1.11.1 | ASL | 3017 adesioni | + 50 partecipanti | | + 50 partecipanti | |

| | | | | | | | |
|--|--|------------------|--------------------|---|--|--|--|
| <p>Azioni previste per promuovere l'attività fisica: Formazione degli operatori sanitari al consiglio minimo; Coinvolgimento e collaborazione dei MMG/PLS, dei servizi di medicina sportiva, fisioterapia e fisioterapia; Azioni per diffondere l'AFA (informatizzazione dei dati, diffusione dell'informazione alla popolazione ed aumento dell'offerta e dell'adesione); azioni per diffondere e rendere sostenibili i gruppi di cammino (gruppi di cammino per pazienti diabetici e per pazienti psichiatrici); azioni per diffondere nuove modalità di movimento; Studio di nuovi modelli di contrasto alla sedentarietà e sperimentazione anche con il contributo delle Università e di altri portatori di interesse.</p> | <p>IC 1.10.6, 1.9.1, 1.9.2, 1.10.4, 1.11.1,</p> | <p>AA.SS.LL.</p> | <p>Da definire</p> | <p>Coinvolgimento portatori di interesse a livello aziendale - almeno una Asl</p> | | <p>Almeno un incontro con portatori di interesse a livello aziendale in almeno una azienda ; almeno un incontro informativo e una iniziativa di formazione sulle azioni previste in almeno una Asl, con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS</p> | |
| <p>Adesione PDTA diabete mellito II (media pool indicatori: Hb1Ac, es. urine, creatininemia)</p> | <p>IC 1.10.1-2</p> | <p>ARS</p> | <p>60%</p> | <p>60%</p> | | <p>65%</p> | |

| | | | | | | | |
|--|---|------------------|--------------------|---|--|---|--|
| <p>Azioni per promuovere sani stili di vita nei soggetti fragili e per contrastare le disuguaglianze: Individuazione gruppi omogenei di popolazione per caratteristiche cliniche e relativa analisi della domanda a partire dalle banche dati utilizzate a fini amministrativi e dai dati Pa ssi; Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT. Coinvolgimento portatori di interesse pubblici e privati nell'ambito della presa in carico dei bisogni socio-sanitari delle persone immigrate, delle persone senza fissa dimora; Progettazione partecipata e sviluppo di iniziative di promozione della salute per categorie svantaggiate dal punto di vista culturale e socio-economico; Azioni per prevenire la disabilità negli anziani fragili; Identificazione indicatori progetto "Anziano fragile in Residenza Protetta", Colloqui e accordi con Residenze Protette, Sperimentazione scale di valutazione e programmi di gruppo; Azioni per favorire la somministrazione di Vitamina D nei soggetti anziani per prevenire l'osteoporosi e il rischio di caduta e frattura di femore; Progettualità condivisa ed integrata nell'ambito degli screening per individuare le persone con basso livello di attività fisica</p> | <p>Tutti gli indicatori sugli stili di vita citati sopra</p> | <p>AA.SS.LL.</p> | <p>Da definire</p> | <p>Individuazione dei portatori di interesse a livello aziendale - almeno una Asl</p> | | <p>Incontri con i portatori di interesse a livello aziendale - almeno una Asl</p> | |
| <p>Studio di fattibilità, formalizzazione e chiamata attiva di 3500 soggetti nati nel 1964 secondo il modello organizzativo utilizzato negli screening oncologici</p> | | | | <p>Studio di fattibilità, formalizzazione in ASL 3 Genovese (750.000 abitanti)</p> | | <p>chiamata attiva di 1200 soggetti sani nati nel 1964</p> | |
| <p>N. Aziende aderenti prg "Anziano fragile in RP"</p> | <p>IC 1.10.1-2</p> | <p>ASL</p> | <p>0%</p> | <p>0%</p> | | <p>20%</p> | |

| | | | | | | | |
|--|---|------------------------------|--------------|--|--|--|--|
| Azioni di sistema a livello regionale per favorire il coinvolgimento dei portatori di interesse (PLS, MMG, Pronto soccorso, Associazioni , ACI, Prefettura, Enti Locali ecc.) | IC 5.1.1, 5.2.1 | AA.SS.LL. (Uffici regionali) | Da definire | Per gli indicatori di tali azioni si rimanda alla scheda n.3, relativa al setting scolastico | | Per gli indicatori di tali azioni si rimanda alla scheda n.3, relativa al setting scolastico | |
| Azioni previste per il contrasto al consumo di alcol a rischio: Formazione degli operatori sanitari al consiglio minimo; Coinvolgimento e collaborazione dei MMG e PLS, degli operatori delle SC SERT e PSAL; Interventi di contrasto ai problemi alcol-correlati o ad altre forme di dipendenza (compreso il gioco d'azzardo), in collaborazione con ARCAT o con altre associazioni di auto-mutuo-aiuto | IC 5.1.1, 5.2.1, 1.6.1, 1.10.5 | AA.SS.LL. | Non definito | Coinvolgimento portatori di interesse a livello regionale e in almeno una Asl | | Incontri con portatori di interesse a livello regionale; incontri informativi e formazione sulle azioni previste in almeno una Asl, con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS | |
| Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni | IC 6.2.1 | AA.SS.LL. | Non definito | Vedi azioni previste per promuovere l'attività fisica | | Vedi azioni previste per promuovere l'attività fisica | |
| Azioni per favorire la comunicazione efficace nel campo degli stili di vita: Realizzazione di interventi di comunicazione sociale per la salute, basati su metodologie efficaci (marketing sociale), compresa la campagna per il riconoscimento tempestivo dei sintomi di ictus; Azioni di informazione e sensibilizzazione della popolazione | Tutti gli indicatori centrali sugli stili di vita citati sopra | AA.SS.LL. | Da definire | Individuazione dei portatori di interesse a livello aziendale - almeno una Asl | | Incontri con i portatori di interesse a livello aziendale - almeno una Asl | |

| Indicatori Regionali | Cod. Indic. Centrale (IC) | Fonte di verifica | ANNO 2017 | | ANNO 2018 | | STANDARD NAZIONALE |
|---|--------------------------------|------------------------------|---|-----------|---|-----------|--------------------|
| | | | Atteso | Osservato | Atteso | Osservato | |
| Accordi quadro intersettoriali | IC 1.1.1-2 | AA.SS.LL. (Uffici regionali) | Predisposizione accordi con portatori di interesse | | Un accordo intersettoriale su stili di vita promosso dalle AA.SS.LL. e ratificato dai competenti uffici regionali | | - |
| Pubblicazione annuale report dei sistemi sorveglianza | | Agenzia Regionale Sanitaria | 2 | | 2 | | |
| Prevalenza di fumatori | IC 1.4.1 | PASSI | 22,5% | | 22,0% | | -10% |
| Proporzione di fumatori con consiglio smettere | IC 1.10.3 | PASSI | 51,0% | | 55,0% | | +30% |
| Prevalenza rispetto divieto fumo luoghi lavoro | IC 1.5.1 | PASSI | 98% | | 100% | | +5% |
| Azioni previste per il contrasto al fumo: Formazione degli operatori sanitari al consiglio minimo delle 5A; Utilizzo tra gli operatori sanitari del consiglio minimo delle 5A; Coinvolgimento del Dipartimento di Cardiologia e ottimizzazione dell'invio ai centri antifumo | IC 1.4.1, 1.10.3, 1.5.1 | AA.SS.LL. | Almeno un incontro informativo e una iniziativa di formazione sulle azioni previste in almeno due Asl, con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS | | Almeno un incontro informativo e una iniziativa di formazione sulle azioni previste nelle 3 ASL rimanenti, con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS | | Non definito |
| Prevalenza consumatori alcol a rischio | IC 1.6.1 | PASSI | 18,0% | | 17,0% | | -15% |
| Prop. consumatori alcol a rischio con consiglio smettere | IC 1.10.5 | PASSI | 7,5% | | 8,5% | | +30% |

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------|---------------|---|--|---|--|--------------|
| Azioni previste per il contrasto al consumo di alcol a rischio: Formazione degli operatori sanitari al consiglio minimo; Coinvolgimento e collaborazione degli operatori delle SC SERT e PSAL; Interventi di contrasto ai problemi alcol-correlati o ad altre forme di dipendenza (compreso il gioco d'azzardo), in collaborazione con ARCAT o con altre associazioni di auto-mutuo-aiuto | IC 1.6.1, 1.10.5 | AA.SS.LL. | Almeno un incontro informativo e una iniziativa di formazione sulle azioni previste in almeno due Asl, con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS | | Almeno un incontro informativo e una iniziativa di formazione sulle azioni previste nelle 3 ASL rimanenti, con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS | | Non definito |
| Consumo di almeno 3 porzioni/die di frutta e verdura | IC 1.7.1 | PASSI | 64,0% | | 66,0% | | +10% |
| Suggerimento (agli ipertesi) di ridurre il consumo sale | IC 1.8.1 | PASSI | 90,0% | | 93,3% | | +5% |
| Prevalenza soggetti che non prestano attenzione al consumo di sale | IC 1.8.2 | PASSI | | | | | -30% |
| Azioni previste per favorire una sana alimentazione: Formazione degli operatori sanitari al consiglio minimo; Utilizzo tra gli operatori sanitari del consiglio minimo; Coinvolgimento e collaborazione dei MMG, PLS, degli operatori della SC IAN e degli altri Servizi che si occupano di nutrizione | IC 1.7.1, 1.8.1, 1.8.2 | AA.SS.LL. | Almeno un incontro informativo e una iniziativa di formazione sulle azioni previste in almeno due Asl, con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS | | Almeno un incontro informativo e una iniziativa di formazione sulle azioni previste nelle 3 ASL rimanenti, con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS | | Non definito |
| Suggerimento attività fisica 18-69 con patologie croniche | IC 1.10.6 | PASSI | 52,0% | | 56,0% | | +30% |
| Prevalenza soggetti fisicamente attivi 18-69 anni | IC 1.9.1 | PASSI | 43,0% | | 46,0% | | +30% |
| Prevalenza soggetti fisicamente attivi >64 anni | IC 1.9.2 IC 6.2.1 | PASSI Argento | 78% | | 83,8% | | +15% |
| Proporzione soggetti in eccesso ponderale consiglio perdere peso | IC 1.10.4 | PASSI | 52,0% | | 56,0% | | + 30% |
| Attivazione corsi AFA | IC 1.11.1 | ASL | + 10 corsi AFA | | + 10 corsi AFA | | 100% |
| Incremento partecipanti corsi AFA | IC 1.11.1 | ASL | + 125 partecipanti | | + 125 partecipanti | | |

| | | | | | | | |
|---|--|------------------|--|--|--|--|---------------------|
| <p>Azioni previste per promuovere l'attività fisica: Formazione degli operatori sanitari al consiglio minimo; Utilizzo tra gli operatori sanitari del consiglio minimo; Coinvolgimento e collaborazione dei MMG/PLS, dei servizi di medicina sportiva, fisioterapia e fisioterapia; Azioni per diffondere l'AFA (informatizzazione dei dati, diffusione dell'informazione alla popolazione ed aumento dell'offerta e dell'adesione); azioni per diffondere e rendere sostenibili i gruppi di cammino (gruppi di cammino per pazienti diabetici e psichiatrici); azioni per diffondere nuove modalità di movimento; Studio di nuovi modelli di contrasto alla sedentarietà e sperimentazione anche con il contributo delle Università e di altri portatori di interesse.</p> | <p>IC 1.10.6, 1.9.1, 1.9.2, 1.10.4, 1.11.1,</p> | <p>AA.SS.LL.</p> | <p>Almeno un incontro informativo e una iniziativa di formazione sulle azioni previste in almeno due Asl, con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS</p> | | <p>Almeno un incontro informativo e una iniziativa di formazione sulle azioni previste nelle 3 ASL rimanenti, con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS</p> | | <p>Non definito</p> |
| <p>Attivazione e monitoraggio PDTA diabete mellito 2</p> | <p>IC 1.10.1</p> | <p>ARS</p> | <p>100%</p> | | <p>100%</p> | | <p>100%</p> |
| <p>Adesione PDTA diabete mellito II (media pool indicatori: Hb1Ac, es.urine, creatininemia)</p> | <p>IC 1.10.1-2</p> | <p>ARS</p> | <p>70%</p> | | <p>75%</p> | | |

| | | | | | | | |
|--|--|------------------------------|--|---|--|---|--------------|
| <p>Azioni per promuovere sani stili di vita nei soggetti fragili e per contrastare le disuguaglianze: Individuazione gruppi omogenei di popolazione per caratteristiche cliniche e relativa analisi della domanda a partire dalle banche dati utilizzate a fini amministrativi e dai dati Passi; Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT. Coinvolgimento portatori di interesse pubblici e privati nell'ambito della presa in carico dei bisogni socio-sanitari delle persone immigrate, delle persone senza fissa dimora Progettazione partecipata e sviluppo di iniziative di promozione della salute per categorie svantaggiate dal punto di vista culturale e socio-economico; Azioni per prevenire la disabilità negli anziani fragili; Identificazione indicatori progetto "Anziano fragile in Residenza Protetta", Colloqui e accordi con Residenze Protette, Sperimentazione scale di valutazione e programmi di gruppo; Azioni per favorire la somministrazione di Vitamina D nei soggetti anziani per prevenire l'osteoporosi e il rischio di caduta e frattura di femore; Progettualità condivisa ed integrata nell'ambito degli screening per individuare le persone con basso livello di attività fisica</p> | <p>Tutti gli indicatori centrali sugli stili di vita citati sopra</p> | AA.SS.LL. (Uffici regionali) | Individuazione dei portatori di interesse a livello aziendale - almeno una Asl | | Incontri con i portatori di interesse a livello aziendale - ASL rimanenti non ancora interessate dall'intervento | Non definito | |
| chiamata attiva di 3500 soggetti sani nati nel 1964 secondo il modello organizzativo utilizzato negli screening oncologici | | | | chiamata attiva di 1200 soggetti sani nati nel 1964 | | chiamata attiva di 1100 soggetti sani nati nel 1964 | Non definito |
| N. Aziende aderenti progetto "Anziano fragile in RP" | | IC 1.10.1-2 | AA.SS.LL. | 60% | | 100% | 100% |

| | | | | | | | |
|---|---|------------------------------|---|--|--|--|--------------|
| Azioni di sistema a livello regionale per favorire il coinvolgimento dei portatori di interesse (PLS, MMG, Pronto soccorso, Associazioni , ACI, Prefettura, Enti Locali ecc.) | IC 5.1.1, 5.2.1 | AA.SS.LL. (Uffici regionali) | Per gli indicatori di tali azioni si rimanda alla scheda n.3, relativa al setting scolastico | | Per gli indicatori di tali azioni si rimanda alla scheda n.3, relativa al setting scolastico | | |
| Azioni previste per il contrasto al consumo di alcol a rischio: Formazione degli operatori sanitari al consiglio minimo; Coinvolgimento e collaborazione degli operatori delle SC SERT e PSAL; Interventi di contrasto ai problemi alcol-correlati o ad altre forme di dipendenza (compreso il gioco d'azzardo), in collaborazione con ARCAT o con altre associazioni di auto-mutuo-aiuto | IC 5.1.1, 5.2.1, 1.6.1, 1.10.5 | AA.SS.LL. | Almeno un incontro informativo e una iniziativa di formazione sulle azioni previste in almeno due Asl, con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS | | Almeno un incontro informativo e una iniziativa di formazione sulle azioni previste nelle 3 ASL rimanenti , con coinvolgimento a livello distrettuale di tutti i servizi interessati e delle strutture associative dei MMG e dei PLS | | |
| Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni | IC 6.2.1 | AA.SS.LL. | Vedi azioni previste per promuovere l'attività fisica | | Vedi azioni previste per promuovere l'attività fisica | | |
| Azioni per favorire la comunicazione efficace nel campo degli stili di vita: Realizzazione di interventi di comunicazione sociale per la salute, basati su metodologie efficaci (marketing sociale), compresa la campagna per il riconoscimento tempestivo dei sintomi di ictus; Azioni di informazione e sensibilizzazione della popolazione | Tutti gli indicatori centrali sugli stili di vita citati sopra | AA.SS.LL. (Uffici regionali) | Individuazione dei portatori di interesse a livello aziendale -almeno una Asl | | Incontri con i portatori di interesse a livello aziendale - nelle ASL non ancora interessate | | Non definito |

Cronoprogramma delle attività

| | 2015 | | | | | | | | | | | | 2016 | | | | | | | | | | | |
|--------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| Azioni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (4) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (5) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (6) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (7) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (8) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (9) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (10) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (11) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (12) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (13) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (14) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (15) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (16) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (17) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (18) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (19) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- (8) Interventi di contrasto ai problemi alcol-correlati o ad altre forme di dipendenza (compreso il gioco d'azzardo), in collaborazione con ARCAT o con altre associazioni di auto-mutuo-aiuto
- (9) Potenziamento dell'attività dei centri antifumo
- (10) Coinvolgimento portatori di interesse pubblici e privati nell'ambito della presa in carico dei bisogni socio-sanitari delle persone immigrate, delle persone senza fissa dimora
- (11) Progettazione partecipata e sviluppo di iniziative di promozione della salute per categorie svantaggiate dal punto di vista culturale e socio-economico
- (12) Azioni per prevenire la disabilità negli anziani fragili
- (13) Mantenimento dei sistemi di sorveglianza e alla comunicazione e diffusione dei risultati
- (14) Azioni per diffondere l'AFA (informatizzazione dei dati, diffusione dell'informazione alla popolazione ed aumento dell'offerta e dell'adesione)
- (15) Azioni per diffondere e rendere sostenibili i Gruppi di cammino
- (16) Azioni per diffondere nuove modalità di movimento: Nordic Walking, AFA Walking, sviluppo di sistemi informatici su supporto Web Mobile (APP), autotrattamenti a domicilio, etc
- (17) Azioni di informazione e sensibilizzazione della popolazione
- (18) Azioni di formazione per MMG, operatori socio sanitari, portatori di interesse
- (19) Studio di nuovi modelli di contrasto alla sedentarietà e sperimentazione anche con il contributo delle Università e di altri portatori di interesse
- (20) Progettualità condivisa ed integrata nell'ambito degli screening per individuare le persone con basso livello di attività fisica
- (21) Identificazione indicatori progetto "Anziano fragile in Residenza Protetta
- (22) Colloqui e accordi con Residenze Protette
- (23) Sperimentazione scale di valutazione e programmi di gruppo
- (24) Studio di fattibilità, formalizzazione e chiamata attiva di soggetti sani di età compresa tra 45 e 59 anni secondo il modello organizzativo utilizzato negli screening oncologici
- (25) Azioni per favorire la somministrazione di Vitamina D nei soggetti anziani per prevenire l'osteoporosi e il rischio di caduta e frattura di femore
- (26) Favorire accordi regionali intersettoriali per la promozione di sani stili di vita