

4.10 PL20 SANI STILI DI VITA: DALLA PROMOZIONE ALLA PRESA IN CARICO

PL20 Quadro logico regionale

CODICE	PL20
REFERENTI DEL PROGRAMMA	Giorgio Chiaranda, Marina Fridel
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	M01 Malattie croniche non trasmissibili
MACRO OBIETTIVO TRASVERSALE DI RIFERIMENTO	M01 Malattie croniche non trasmissibili
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	M01-01 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale M01-08 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale M01-10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia M01-16 Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione M01-17 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità M01-19 Ridurre la prevalenza di anziani in condizioni di fragilità
LINEE STRATEGICHE DI INTERVENTO	M01Lsb Attivazione di percorsi di promozione della salute e sani stili di vita familiari per genitori di bambini 0-36 mesi M01Lsd Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali, finalizzati a: contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina, contrasto al consumo dannoso e rischioso di alcol, riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà, contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile, riduzione del consumo eccessivo di sale e promozione dell'utilizzo del sale iodato, aumento del consumo di frutta e verdura, prevenzione delle principali patologie orali (in particolare carie e tumori del cavo orale) M01Lsj Attivazione di un gruppo di coordinamento regionale e aziendale per il raccordo con le attività del TaSiN (Tavolo sicurezza Nutrizionale), con funzione di osservatorio relativamente all'acquisizione di informazioni sullo stato di nutrizione della popolazione con particolare riferimento alla malnutrizione per eccesso e per difetto M01Lsk Sviluppo di programmi finalizzati alla riduzione del rischio per MCNT e alla presa in carico delle persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, attraverso: interventi volti a promuovere competenze e comportamenti salutari nelle persone sane e malate e loro caregiver (health literacy, empowerment ed engagement), offerta di counselling individuale anche in contesti opportunistici, per il contrasto del tabagismo e del consumo rischioso e dannoso di alcol e la promozione di sana alimentazione e attività fisica, attivazione di interventi strutturati di esercizio fisico, attivazione di procedure e percorsi preventivi e terapeutico-assistenziali integrati con interventi per le persone già affette da patologia, anche considerando le situazioni di multipatologia, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura M01Lsm Implementazione di programmi trasversali che impattino sui fattori di protezione per un invecchiamento in buona salute e con ridotto carico di malattia e disabilità (empowerment individuale e dei caregiver, stili e ambienti di vita, condizioni e risorse sociali, rete di sostegno e di assistenza, ecc.)
LEA	C05 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani F01 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) F02 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione F03 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità e indicazioni concordate a livello nazionale F05 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica F06 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari

PL20 Sintesi del Profilo di salute ed equità e Analisi di contesto

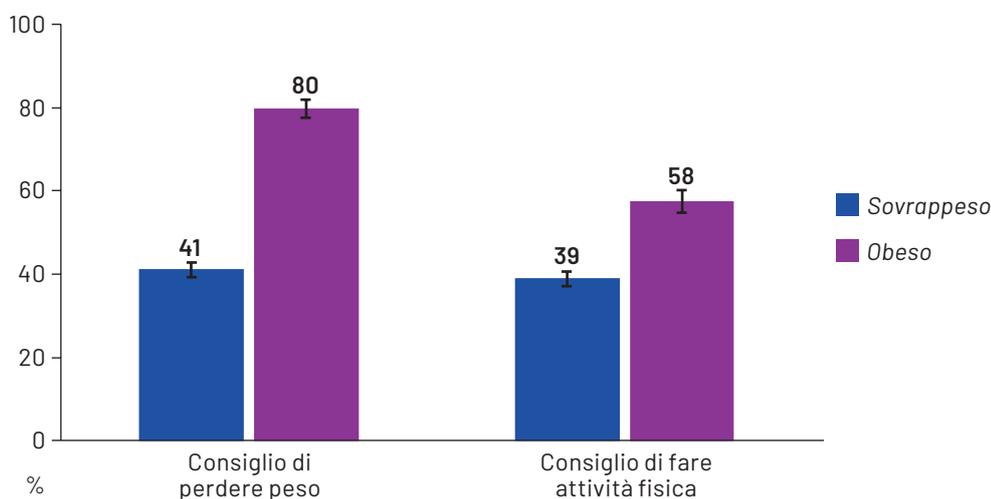
I fattori di rischio comportamentali determinano a livello mondiale il maggior carico di malattia, ad esempio in Italia sono responsabili del 57% del carico di malattie e disabilità, misurato mediante il Disability adjusted life years (DALYs), 66% nell'Unione Europea. Primi fra tutti il tabagismo (12%), i rischi connessi alla dieta (9%), l'ipertensione (9%), gli elevati livelli di glicemia (10%) e l'eccesso ponderale (8%); questo impatto varia per genere e per età (GBD, 2017). Le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete mellito e le malattie respiratorie croniche, sono associati a un gruppo di fattori di rischio modificabili: l'uso di tabacco e alcol, scorretta alimentazione, inattività fisica, ipertensione e obesità. Le malattie croniche sono legate anche a determinanti socio-economici, culturali, politici e ambientali spesso definiti come "cause delle cause" quali la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà e le diseguaglianze che richiedono la messa in campo di strategie globali. È stato stimato che almeno l'80% di tutte le malattie cardiache, ictus e diabete e il 40% dei tumori potrebbero essere prevenute affrontando questi principali fattori di rischio (WHO Europe, 2016).

Per questi motivi l'atteggiamento degli operatori sanitari rispetto alle persone che presentano fattori di rischio comportamentali per le patologie croniche per la salute è monitorata dai principali sistemi di sorveglianza, utilizzando come proxy la percentuale di persone che riferiscono di aver ricevuto un consiglio rispetto agli stili di vita. Si descrive di seguito il risultato di questo monitoraggio nella Regione Emilia-Romagna.

Persone sovrappeso e obese

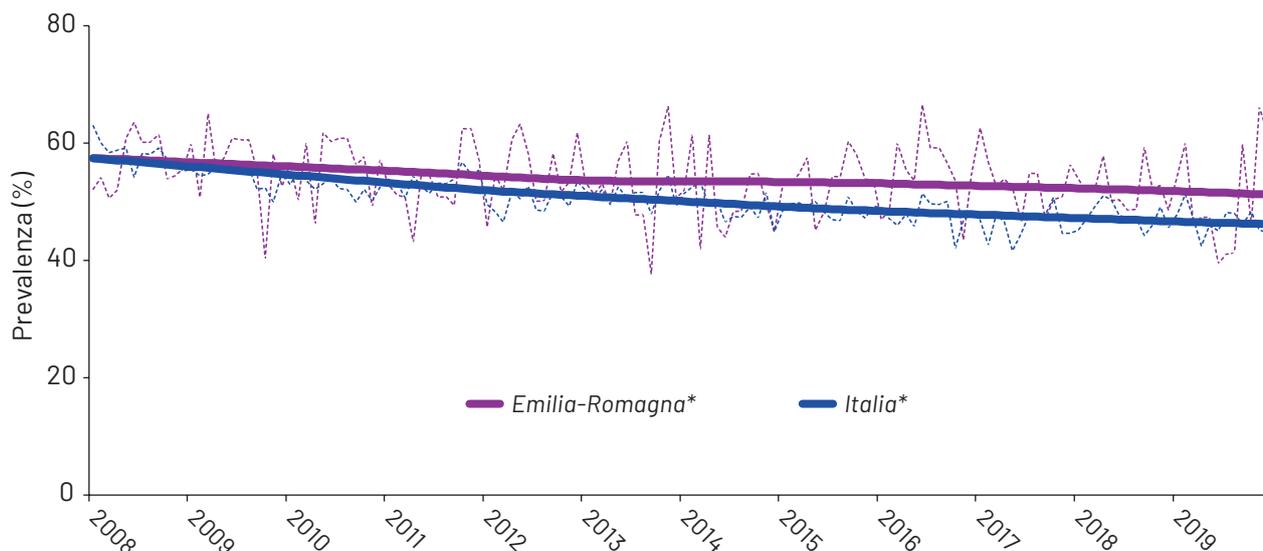
Oltre la metà delle persone in eccesso ponderale (53%) ha ricevuto il consiglio di perdere peso; minore è la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di praticare attività fisica (44%). L'attenzione degli operatori sanitari è essenzialmente rivolta alle persone con obesità, rispetto a quelle in sovrappeso. Il consiglio sanitario di perdere peso ai 18-69enni in eccesso ponderale risulta significativamente in diminuzione sia a livello regionale che nazionale. La raccomandazione alle persone sovrappeso e obese di fare attività fisica regolare appare invece in aumento in Emilia-Romagna e pressoché costante nell'intero Paese.

Consigli dei sanitari alle persone in eccesso ponderale (%)



Fonte: Emilia-Romagna PASSI 2016-2019

Consigli dei sanitari di perdere peso alle persone in eccesso ponderale (%)



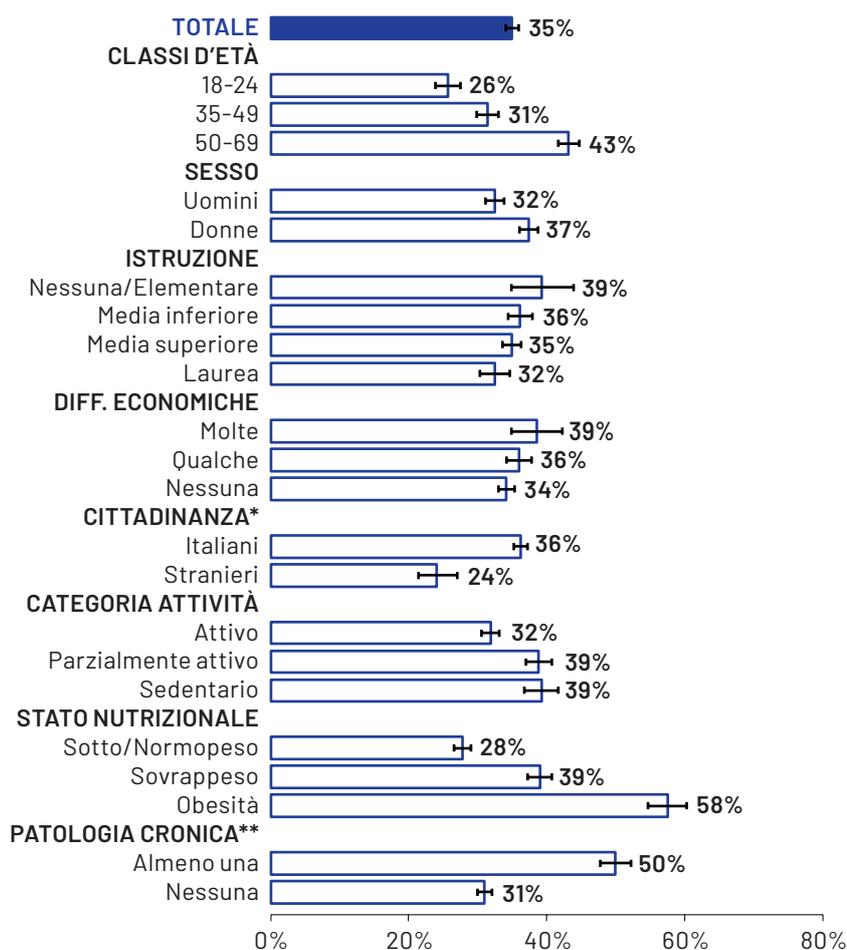
Fonte: Emilia-Romagna PASSI 2008-2019

* $p\text{-value} < 0,05$

Attività fisica

Rispetto alla globalità della popolazione considerata, il 35% delle persone 18-69enni ha riferito di aver ricevuto nell'ultimo anno il consiglio di fare regolare attività fisica; tale valore è superiore a quello rilevato nell'intero Paese (30%). La prevalenza di emiliano-romagnoli che hanno ricevuto il consiglio di svolgere regolare attività fisica cresce con l'età ed è più elevata tra le donne, le persone con bassa istruzione, quelle con molte difficoltà economiche e quelle con cittadinanza italiana. Analizzando insieme le variabili socio-demografiche considerate per correggere l'influenza dei diversi fattori tra di loro, il consiglio si conferma associato positivamente alle classi d'età maggiori, il genere femminile, la presenza di difficoltà economiche e la cittadinanza italiana. La percentuale di chi ha ricevuto questo consiglio sanitario risulta inoltre più alta tra le persone sedentarie (39%) o parzialmente attive (39%), quelle con obesità (58%) e quelle affette da una patologia cronica (50%). Questa prevalenza appare più elevata in Romagna rispetto alle altre due aree e risulta uniforme nelle zone geografiche omogenee: 35% sia nei capoluoghi di Azienda USL sia nei comuni di pianura/collina e 36% in quelli di montagna. A livello regionale la percentuale di persone che hanno ricevuto il consiglio sanitario di praticare attività regolare appare in lieve aumento nell'ultimo triennio, andamento non significativo sul piano statistico. A livello nazionale questa percentuale mostra una diminuzione non statisticamente significativa nel periodo 2008-2019.

Persone che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica regolare*** (%)



Fonte: Emilia-Romagna PASSI 2016-2019

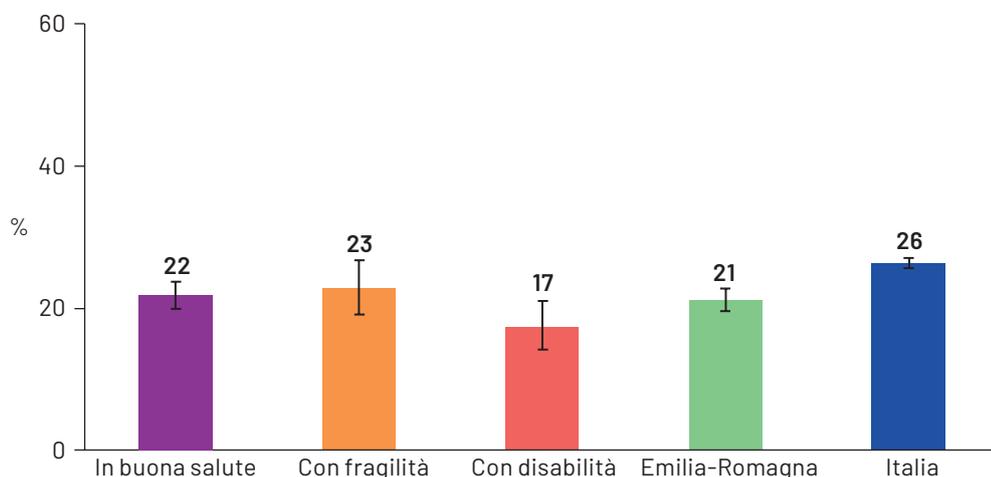
* Tra le persone che hanno avuto contatto con un medico o un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi (NB da non riportare: l'aggancio è con il titolo del grafico)

** Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA). Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

*** Patologie croniche indagate: respiratorie, cardiovascolari, cerebro-vascolari, diabete, insufficienza renale, tumori, epatiche

Rispetto alla popolazione con più di 69 anni, in Emilia-Romagna è stato consigliato nell'ultimo anno di fare attività fisica nel 21% dei casi percentuale inferiore a quella nazionale (26%). A livello regionale il consiglio è stato dato in modo particolare alle persone ultra 69enni in buona salute (22%) e a quelle con segni di fragilità (23%).

Consiglio sanitario di fare attività fisica regolare (%)



Fonte: Emilia-Romagna PASSI d'Argento 2016-2019

Fumo di sigaretta

Il 44% delle persone 18-69enni intervistate ha dichiarato che negli ultimi 12 mesi un medico o operatore sanitario gli ha chiesto se fuma. La metà (50%) dei fumatori ha riferito di aver ricevuto nell'ultimo anno il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o operatore sanitario. Questa percentuale cresce con l'età in entrambi i generi: tra gli uomini si passa dal 37% dei 18-34enni al 59% dei 50-69enni e tra le donne dal 38% al 59%. Tra le persone con patologie croniche la prevalenza di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nell'ultimo anno sale al 67%, percentuale significativamente più alta rispetto a chi non riferisce malattia cronica (45%). Tra le macroaree regionali non appaiono forti differenze nel fornire consigli da parte degli operatori sanitari; tra le zone geografiche omogenee si registra una percentuale più alta di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare nei comuni capoluoghi di provincia (51%) e nei comuni di collina/pianura (50%) rispetto a quelli di montagna (44%). Nel periodo 2010-2019 la percentuale di fumatori che hanno ricevuto il consiglio sanitario di smettere di fumare appare costante sia in regione sia a livello nazionale (andamenti non significativi sul piano statistico)

Consumo di alcool

In Emilia-Romagna solo il 15% degli intervistati di 18-69 anni ha riferito che un operatore sanitario si è informato sul loro consumo di alcool, valore simile a quello nazionale (13%). Questa percentuale è più alta tra gli uomini (20%) rispetto alle donne (10%). A livello territoriale questa attenzione dei sanitari risulta più elevata in Romagna (19%) rispetto all'Emilia Nord (14%) e all'Emilia Centro (12%). Solo il 5,7% dei consumatori di alcool a maggior rischio con 18-69 anni ha dichiarato di aver avuto il consiglio sanitario di bere meno; questa percentuale è del 10,8% tra i forti consumatori abituali, del 7,3% tra quelli binge e del 4,1% tra quelli fuori pasto. Tra gli ultra 69enni è ridotta la quota di consumatori di alcool potenzialmente a rischio che ha ricevuto il consiglio sanitario di consumare meno bevande alcoliche è stata pari al 6,2% (dati PASSI d'Argento 2016-2019)

Monitorare la relazione fra condizioni socio-economiche e la salute di individui e comunità permette di individuare dove le disuguaglianze sono maggiori e dunque aree di potenziale guadagno di salute per la comunità. L'atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione (Petrelli 2019) mostra che in Emilia-Romagna le disuguaglianze relative da imputare a livelli di istruzione inferiori alla laurea sono tra quelle più basse tra tutte le regioni italiane (Mortality Rate Ratios: MRRm=1,12; IC95%: 1,09-1,21 per titolo di studio medio, 1,27; IC95%: 1,24-1,30 per titolo di studio basso nei maschi. MRRf=1,13; IC95%: 1,09-1,17 medio, 1,16; IC95%: 1,13-1,19 basso, nelle femmine). Inoltre, dato che i poco istruiti in Emilia-Romagna sono meno che nel resto d'Italia, qui si ha uno dei minori livelli di mortalità attribuibile alla bassa istruzione, in particolare tra gli uomini (l'impatto delle disuguaglianze è più alto). Per un confronto nel tempo più puntuale e all'interno della realtà regionale, è possibile far riferimento ai dati dello Studio Longitudinale emiliano. Lo studio ci mostra le disuguaglianze di mortalità per titolo di studio in tre città della regione (Bologna, Modena e Reggio Emilia) in due periodi: all'inizio degli anni 2000 (2001-2006) e dieci anni dopo (2011-2016). Per gli uomini la mortalità è rimasta più alta più alta negli strati più svantaggiati, senza cambiamenti nel periodo, mentre per le donne l'eccesso di rischio delle più svantaggiate è aumentato, pur rimanendo minore che negli uomini. Diversi fattori agiscono durante tutto il corso della vita degli individui contribuendo a creare questo differenziale: dai fattori di rischio ambientali, a quelli comportamentali e all'accesso ai servizi. Oltre a un effetto diretto della deprivazione nell'esporsi a condizioni di vita più difficili e meno salubri, la prevalenza di quasi tutti i maggiori fattori di rischio comportamentali è più alta nelle persone con titolo di studio basso o con difficoltà economiche, così come la probabilità di ricevere prestazioni inappropriate e di non accedere alle prestazioni di comprovata efficacia. Il tema delle disuguaglianze deve essere affrontato tenendo in considerazione le questioni di genere. Le donne vivono mediamente di più degli uomini, ma hanno un'aspettativa di vita in buona salute minore nonostante una minore prevalenza di molti dei fattori di rischio comportamentali e di patologie croniche. Il persistere delle disuguaglianze economiche e l'ampia quota di popolazione immigrata, pongono una nuova sfida per il Servizio sanitario e soprattutto per la medicina d'iniziativa (sistema assistenziale integrato per garantire al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio) che deve comunicare con donne e uomini di lingue, culture e livelli d'istruzione differenti.

La Regione Emilia-Romagna ha sviluppato negli anni attività di formazione sull'offerta di consigli strutturati sui sani stili di vita. Un esempio è il minimal advice offerto in contesti opportunistici, come la visita medico-sportiva o le vaccinazioni obbligatorie, nell'ambito di implementazione di quanto previsto dal progetto 6.5 del Piano Regionale della Prevenzione 2015-19. Il cambiamento degli stili di vita nelle persone a rischio può essere sostenuto, nella nostra Regione, anche dalle numerose iniziative di comunità, come per esempio i gruppi di cammino, la Rete delle Palestre che promuovono salute, i corsi per

smettere di fumare offerti da soggetti del terzo settore attivi nella Regione, come la LILT. La vasta esperienza accumulata consente tuttavia di evidenziare alcune criticità, soprattutto la necessità di costruire un forte raccordo tra gli operatori che offrono counselling sugli stili di vita e tutte le occasioni create, sia a livello comunitario che nell'ambito dei servizi sanitari, che possono favorire l'adozione di stili di vita sani.

Si evidenziano di seguito alcuni strumenti, messi in atto nell'ambito del precedente piano regionale della prevenzione, che necessitano di essere sistematizzati e che costituiscono la base per lo sviluppo delle azioni nel quinquennio 2020-25:

1. I percorsi di formazione, a vantaggio degli operatori sanitari, sul modello transteorico del cambiamento intenzionale dei comportamenti a rischio della salute, svolto con il supporto del centro LILT "Luoghi di Prevenzione", che ha portato allo sviluppo di percorsi di formazione specifici per operatori sanitari di varia estrazione (medici competenti, medici di medicina generale, medici dello sport, cardiologi ecc...), nonché percorsi di formazione sul counselling motivazionale coordinati direttamente dalla Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna. Questi percorsi generano competenze diffuse di modalità di comunicazione adeguate a favorire la motivazione al cambiamento di stili di vita a rischio. Operatori che tentano di impegnarsi nell'attuazione di questa pratica, tuttavia, incontrano ostacoli organizzativi legati alla definizione dei tempi delle visite e alla mancanza di occasioni di secondo livello per mantenere un contatto con il paziente per accompagnarlo al cambiamento.
2. Percorsi di counselling strutturato orientato all'incremento della quantità di attività fisica svolta da persone affette da specifiche patologie croniche. Questi percorsi sono definiti dalla DGR 2127/2016 "Approvazione di Indirizzi regionali per la promozione dell'attività fisica e della prescrizione dell'esercizio fisico nelle persone con patologie croniche e del codice etico delle palestre e delle associazioni sportive che promuovono salute", la quale prevede i percorsi di "prescrizione" dell'esercizio fisico. Questi percorsi, pur rappresentando un'esperienza avanzata rispetto al panorama nazionale, necessitano sicuramente di una maggiore integrazione con i percorsi dedicati ai portatori di patologia cronica attivi in ambito specialistico e delle cure primarie per poter essere resi effettivamente fruibili alla popolazione assistita. L'analisi di contesto specifica è stata descritta nel PP02 - Comunità attive.
3. Il progetto OTAGO dedicato agli anziani fragili e a rischio caduta, che offre l'opportunità di offrire esercizio fisico anche a una quota di popolazione spesso esclusa in quanto ritenuta ad alto rischio. L'analisi di contesto specifica è stata descritta nel PP05 - Sicurezza negli ambienti di vita.
4. Percorsi dedicati alle persone con sovrappeso e obesità per le quali, non essendo spesso presente una patologia cronica, sono stati previsti percorsi PDTA specifici. Con la DGR 783/2013 "Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso", inserito dall'OMS tra le buone pratiche europee per il contrasto all'obesità infantile, la Regione Emilia-Romagna ha dato indicazioni alle Aziende sanitarie in merito alla realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione, diagnosi e la terapia dell'obesità infantile. Il processo di cura mira a modificare in modo persistente le abitudini nutrizionali e motorie della famiglia in toto. L'obiettivo è diffondere sul territorio regionale un modello omogeneo che definisca ruoli e modalità organizzative per attuare la prevenzione e la presa in carico del bambino sovrappeso e obeso e attivare la sua gestione attraverso interventi efficaci, appropriati e sostenibili partendo dalla rete sanitaria già esistente. Per rendere possibile tutto ciò, è stato previsto nel precedente PRP uno specifico percorso formativo dedicato ai pediatri di libera scelta (PLS) e agli altri professionisti dei team di presa in carico; successivamente è stato attivato uno specifico Percorso Preventivo Diagnostico, Terapeutico, Assistenziale (PPDTA) attraverso percorsi di integrazione e collaborazione tra professionisti che già operano sul territorio. In particolare, il PPDTA si articola su tre livelli: 1) la prevenzione primaria dell'obesità infantile che coinvolge in primis i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e/o i Medici di Medicina Generale (MMG) basata sulla promozione attiva dei fattori protettivi e sul monitoraggio antropometrico per intercettare precocemente traiettorie del BMI predittive dello sviluppo di obesità persistente 2) lo sviluppo sul territorio di equipe multidisciplinari per la presa in carico e l'educazione terapeutica del bambino obeso e del nucleo familiare finalizzata al miglioramento duraturo dello stile di vita (nutrizione sana e attività motoria regolare) 3) l'intervento della Pediatria ospedaliera che, grazie all'azione "filtro" esercitata dal livello II territoriale, può concentrare la sua attenzione sui casi di obesità grave e complicata. Il secondo livello costituisce la vera novità organizzativa nell'ambito di una integrazione tra territorio e ospedale; dai dati preliminari si conferma un buon risultato sulla variazione della classe di peso per i bambini affetti da obesità e obesità grave all'ingresso nel percorso e se si considera il valore puntuale del BMI, il 79% dei bambini presentano un miglioramento del delta % del BMI, quindi migliorano il proprio stato ponderale: questo dato positivo è confermato per tutti i bambini che hanno preso parte al modello di cura. Da sottolineare inoltre come i dati preliminari sugli indicatori di processo ci dimostrino come i bambini, nel periodo compreso tra prima visita e quinto controllo, abbiano migliorato molte abitudini e stili di vita, come l'aumento di attività fisica non strutturata e la riduzione del numero di

ore davanti agli schermi. Si è avuta una diminuzione del consumo di bevande zuccherate, un considerevole aumento del consumo di frutta e verdura e un incremento del numero di bambini che fanno una colazione adeguata. A seguito della valutazione in termini di impatto sull'equità attraverso strumenti di Equality Impact Assessment (EqIA) e Health Equity Audit (HEA), realizzati nel precedente Piano in alcuni territori regionali, erano emerse delle indicazioni operative per riprogrammare o modificare il percorso come: incrementare la sensibilizzazione e la informazione dei PLS nonché i MMG sui criteri d'invio al percorso; maggiore coinvolgimento dei mediatori culturali con genitori di altre etnie; incremento del confronto fra i vari attori del percorso e inserimento di altre variabili socio economiche nelle cartelle di gestione del bambino obeso preso in carico in ambulatorio. Dati di valutazione a lungo termine relativi al modello di prevenzione e presa in carico del bambino sovrappeso e obeso nella Regione Emilia-Romagna saranno disponibili con il proseguire del progetto, la raccolta dei dati relativi a un anno dal quinto controllo e con l'incremento del numero dei bambini presi in carico dai vari team.

La popolazione anziana non è un gruppo omogeneo, ma è costituita da persone con caratteristiche, potenzialità e bisogni molto diversi. L'identificazione di questi diversi sottogruppi è essenziale per programmare e valutare le strategie e le azioni messe in atto per prevenire e assistere. La promozione di corrette abitudini alimentari e dell'attività fisica negli anziani è non solo uno strumento di miglioramento dello stato di salute, ma anche un mezzo per aumentare le opportunità di socializzazione. Nella nostra regione la promozione del cammino nella comunità e l'attivazione di "Gruppi di cammino" destinati alla popolazione adulta-anziana sono attività ampiamente diffuse, anche in contesti con modesta disponibilità di risorse economiche. In particolare per gli anziani "sani e fisicamente efficienti" l'obiettivo sarà di mantenere o migliorare l'efficienza fisica, per gli anziani affetti da patologie ma indipendenti nelle attività quotidiane sarà di prevenire il peggioramento di patologie croniche e di migliorare le capacità funzionali. Per gli anziani "fragili" l'obiettivo sarà quello di migliorare la qualità della vita e le capacità funzionali per mantenere l'indipendenza.

PL20 Scheda di programma

Descrizione dal PNP

Il presente Programma ha la funzione, all'interno del Piano, di creare una struttura organizzativa che curi e faciliti l'adozione degli strumenti per la promozione dei sani stili di vita descritti nel Piano Nazionale della Cronicità, nella convinzione che la separazione tra prevenzione e cura, intesa come azione sugli stili di vita e l'ambiente, vada superata e contrastata, pur nel rispetto della differenziazione delle competenze. La promozione di sani stili di vita in ambito sanitario, in particolare, è prevista dalle linee guida delle principali malattie croniche, spesso come primo presidio terapeutico. Il counselling breve, ovvero l'offerta di un colloquio centrato sulla persona che affronta brevemente il tema del rapporto dei sani stili di vita con la salute e in relazione allo stato motivazionale del paziente, e alle opportunità e ostacoli che egli può incontrare nel cambiamento, è la strategia maggiormente raccomandata per favorire il cambiamento dei comportamenti a rischio per la salute.

Nonostante l'offerta di counselling sia così diffusamente raccomandata, la sua effettiva implementazione nell'ambito dei servizi sanitari appare ancora piuttosto limitata, rispetto al potenziale benefico che potrebbe derivare da una sua applicazione sistematica. Gli ostacoli alla sua applicazione includono le difficoltà incontrate dagli operatori nell'implementare le nozioni apprese con i corsi di counselling motivazionale, gli ostacoli legati all'organizzazione dei servizi sanitari, che non includono, nella pratica, il consiglio sui sani stili di vita nel tempo dedicato alla cura, l'integrazione di alcuni progetti di counselling nell'ambito di programmi centrati solo su uno o pochi stili di vita, l'assenza di opportunità di secondo livello cui riferire i pazienti che necessitano di interventi più intensivi.

Il programma intende pertanto strutturare una serie di azioni, su più livelli, che mirano a rendere effettiva l'offerta di counselling sui sani stili di vita nell'ambito dei servizi sanitari e a raccordarle con la promozione e offerta di opportunità a supporto del cambiamento dei comportamenti a rischio per la salute. Queste includono sia prestazioni sanitarie e percorsi di vera e propria presa in carico, sia occasioni che si sviluppano sul territorio e che possono facilitare il cambiamento delle persone. Accanto all'attività di formazione di base degli operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) sul counselling motivazionale e sull'avviso breve secondo il modello, basato sul modello transteorico del cambiamento, di Luoghi di Prevenzione, la cui prosecuzione resta imprescindibile, è necessario che nelle aziende sanitarie si costituisca un pool di operatori con una formazione più approfondita, i quali realizzano percorsi di accompagnamento man mano che le tecniche di counselling vengono sviluppate.

Al contempo questi operatori metteranno in atto, anche in collaborazione con i punti di riferimento regionali di formazione, azioni per integrare l'avviso breve e l'offerta di counselling nella realtà aziendale. Sarà così curata la ricaduta organizzativa nei servizi che hanno beneficiato della formazione, in accordo con le Linee di indirizzo regionali per progettare e realizzare la formazione continua in Sanità.

L'obiettivo è diffondere un'offerta di counselling non più centrata sul singolo fattore di rischio, ma sulla motivazione personale. In seguito al colloquio, l'operatore sanitario potrà individuare uno o più comportamenti a rischio per la salute su cui l'assistito è motivato, in un dato momento della propria vita, a lavorare. Il follow-up potrà essere effettuato attraverso brevi colloqui ripetuti nel contesto degli accessi già programmati, oppure attraverso opportunità "di secondo livello" e percorsi di vera e propria presa in carico. Le opportunità di secondo livello includono sia servizi sanitari dedicati alla modifica dei sani stili di vita (ad esempio equipe multidisciplinari per la presa in carico del sovrappeso e dell'obesità, servizi che si occupano della prescrizione di attività motoria adattata, ambulatori nutrizionali, centri antifumo sanitari), sia le opportunità territoriali che possono favorire il cambiamento degli stili di vita (per esempio quelle descritte nel PL2-comunità attive o corsi per smettere di fumare offerti da realtà del terzo settore).

Una volta che il sistema consiglio-opportunità sia stato, almeno parzialmente, implementato questo sosterrà la vera e propria presa in carico delle persone a maggior rischio attraverso:

- l'integrazione dell'avviso breve e del counselling sui comportamenti a rischio per la salute, e della relativa rete di opportunità "di secondo livello", nei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali rivolti alle patologie che richiedono interventi di prevenzione terziaria basati sulla modifica dei comportamenti, nelle attività di medicina di iniziativa attivate nell'ambito delle cure primarie, nelle case della salute e in contesti opportunistici caratterizzati da un accesso periodico dell'utenza;
- l'avvio ai percorsi strutturati di esercizio fisico per le persone affette da patologie croniche e per la prevenzione delle cadute degli anziani fragili o a rischio di fragilità;
- i PPDTA specifici per il bambino e per l'adulto sovrappeso e obeso.

Il programma si pone anche l'obiettivo di armonizzare e integrare tra di loro i percorsi centrati sull'attività fisica con quelli maggiormente interessati agli aspetti nutrizionali. I percorsi infatti attualmente utilizzano modalità di accesso differenti (secondo le modalità previste dalla specialistica ambulatoriale la prima, come prestazione di sanità pubblica la seconda) e presentano potenziali sinergie che al momento non appaiono pienamente sfruttate.

Lo sviluppo previsto per le attività di counselling e testing finalizzate all'avvio ai percorsi strutturati dell'attività fisica, oggi previste dalla DGR 2127/2016 Approvazione di "Indirizzi regionali per la promozione dell'attività fisica e della prescrizione dell'esercizio fisico nelle persona con patologie croniche" e del "codice etico delle palestre e delle associazioni sportive che promuovono salute", è stato descritto nell'ambito del PP02 - Comunità attive, al fine di enfatizzarne il rapporto con la costruzione di opportunità di attività fisica in ambito comunitario. I percorsi di esercizio fisico strutturato per la prevenzione delle cadute di anziani fragili e a rischio di fragilità sono descritti nel PP03 - Sicurezza negli ambienti di vita; si descrivono pertanto in questo programma le attività legate all'implementazione dei percorsi Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) dell'adulto e del bambino sovrappeso e obeso:

La DGR 2200/2019 "LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE E RUOLO DELLA RETE TRASVERSALE DI NUTRIZIONE PREVENTIVA E CLINICA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA", identifica la rete trasversale di nutrizione preventiva e clinica come ambito centrale per lo sviluppo di azioni concrete volte a contrastare patologie croniche non trasmissibili e ridurre l'impatto che esse hanno sullo stato di salute della popolazione. Nell'ambito delle patologie nutrizionali, come per quelle croniche, vanno infatti promossi il supporto al self-care e alla prevenzione, la continuità assistenziale e il coordinamento degli interventi mediante team multiprofessionali di cura. La realizzazione di percorsi clinico-assistenziali in grado di assicurare la prevenzione e il corretto trattamento delle alterazioni dello stato nutrizionale, in modo continuativo tra territorio e ospedale, richiede la definizione di criteri di garanzia organizzativa per migliorare appropriatezza e uso efficiente delle risorse. In particolare, devono essere implementati specifici Percorsi Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) del sovrappeso/obesità dell'adulto e continuerà in tutti i territori il PPDTA del bambino sovrappeso e obeso. Proseguiranno inoltre le attività del progetto del precedente Piano della prevenzione - "Prevenzione precoce dell'obesità infantile attraverso la promozione di sani stili di vita in gravidanza e nelle famiglie" che ha definito le linee di indirizzo e strumenti a valenza regionale per la promozione di sane abitudini alimentari e motorie in gravidanza con una collaborazione di operatori sanitari dei consultori famigliari e dei reparti di ostetricia e ginecologia, PLS, operatori delle Pediatrie di Comunità, delle Case della Salute, Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Servizi di Medicina dello sport e promozione dell'attività fisica.

Il Programma promuove una visione sistemica capace di ricomporre in una programmazione unitaria e integrata l'attuale frammentazione dei servizi forniti alla persona, garantendo continuità nell'accesso alla rete dei servizi, nonché integrazione e raccordo tra MMG, operatori territoriali, specialisti, il mondo ospedaliero e dei servizi socio-sanitari e sociali. Il Programma è pertanto teso a raccordare, pur nell'evidenza delle rispettive specificità operative, strategie di promozione della salute nelle comunità e interventi di prevenzione rivolti al singolo "individuo, rappresentando quindi il percorso "ponte" tra strategie di Sanità Pubblica e di Cure Primarie. In particolare occorre rafforzare e sviluppare: - l'integrazione di sistema tra modelli di Sanità Pubblica (promozione e prevenzione) e di Cure Primarie (diagnosi e trattamento);- la copertura di popolazione target (fattori di rischio/stadio iniziale MCNT) che fruisce dell'offerta di approccio comportamentale (counselling); - l'appropriatezza, in termini di efficacia, sostenibilità, multi professionalità /interdisciplinarietà dell'offerta.

Sintesi delle principali evidenze e buone pratiche e relative fonti

- *"Piano nazionale per la cronicità" (Rep. atti n.160/CSR del 15/9/2016)*
- *Dossier n. 262/2017 - Accompagnare le persone nei processi di cambiamento. Linee di indirizzo regionali per progettare e realizzare la formazione continua in sanità*
- *Valutazione delle criticità nazionali in ambito nutrizionale e strategie di intervento 2016-2019" (Rep. atti n.222/CSR del 24/11/2016)*
- *DGR 2200/2019 Approvazione di linee di indirizzo per la definizione e ruolo della rete trasversale di nutrizione preventiva e clinica della regione Emilia-Romagna*
- *"Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)", con l'obiettivo di fornire utili strumenti di programmazione e organizzazione dei percorsi clinici per le persone con DCA (DGR 1298/2009)*
- *DGR 2127/2016 Approvazione di "Indirizzi regionali per la promozione dell'attività fisica e della prescrizione dell'esercizio fisico nelle persona con patologie croniche" e del "codice etico delle palestre e delle associazioni sportive che promuovono salute"*
- *Contributi N° 103 - "Protocolli regionali per la prescrizione di attività motoria adattata a persone con patologie croniche"*
- *DGR 783/2013 "Modello regionale di presa in carico del bambino sovrappeso e obeso",*

PL20 Obiettivi e indicatori delle azioni trasversali

INTERSETTORIALITÀ

PL20_OT02	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali, attraverso la realizzazione di tavoli tecnici e/o gruppi tecnici multidisciplinari, finalizzati alla gestione integrata delle malattie croniche e la prevenzione e presa in carico dell'obesità e alla realizzazione degli obiettivi strategici di programma.
PL20_OT02_IT02	IMPLEMENTAZIONE RETE TRASVERSALE DI NUTRIZIONE PREVENTIVA E CLINICA
Formula	Numero Aziende USL che hanno istituito con atto formale la rete trasversale di nutrizione preventiva e clinica/ Numero Aziende USL in Emilia-Romagna
Standard	100%
Fonte	Regionale

FORMAZIONE

PL20_OT03	Garantire opportunità di formazione degli operatori sanitari nell'ambito delle strategie di promozione e presa in carico delle patologie croniche e nutrizionali
PL20_OT03_IT05	Formazione sul counselling e sull'intervento motivazionale breve
Formula	Presenza di offerta formativa per operatori SSN finalizzata all'acquisizione di competenze su counselling e intervento motivazionale breve
Standard	Disponibilità di iniziative formative ogni anno
Fonte	Regione Emilia-Romagna

COMUNICAZIONE

PL20_OT04	Promuovere conoscenze e competenze sulla gestione delle patologie croniche anche in termini di prevenzione mediante iniziative di marketing sociale equity oriented
PL20_OT04_IT04	Iniziative di marketing sociale per l'invecchiamento di successo
Formula	Disponibilità e utilizzo di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale
Standard	Progettazione, produzione e sperimentazione di strumenti/materiali per iniziative di marketing sociale entro il 2023, realizzazione di almeno un intervento di marketing sociale ogni anno a partire dal 2024
Fonte	Regione

EQUITÀ

PL20_OT01	Orientare gli interventi a criteri di equità, aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto, in termini di disuguaglianze, delle prassi organizzative
PL20_OT01_IT01	Lenti di equità
Formula	Adozione dell'HEA
Standard	Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022
Fonte	Regione

PL20 Obiettivi e indicatori specifici

PL20_OS01	Implementare il modello regionale di organizzazione di una rete trasversale di nutrizione preventiva e clinica nelle Aziende USL della Regione
PL20_OS01-IS02	Implementazione del PPDTA a favore di adulti sovrappeso e obesi
Formula	Aziende USL che hanno implementato il PPDTA/Aziende USL della regione
Standard	Implementazione del PPDTA in tutte le aziende sanitarie
Fonte	Regione
PL20_OS02	Favorire, nelle Aziende Sanitarie, l'uso dell'avviso breve per la promozione di sani stili di vita negli utenti dei diversi setting di incontro
PL20_OS02-IS03	% di aziende sanitarie che integrano l'avviso breve sui sani stili di vita nei percorsi PDTA aziendali
Formula	N° Aziende che hanno integrato la promozione dei sani stili di vita in PPDTA o nei setting sanitari previsti / Numero Aziende USL regionali
Standard	100%
Fonte	Regione
PL20_OS03	Integrare i PPDTA delle Aziende Sanitarie con percorsi strutturati di esercizio fisico
PL20_OS03-IS04	% Aziende USL che hanno integrato nei PPDTA i percorsi strutturati di esercizio fisico
Formula	N° di Aziende USL che integrano la prescrizione di esercizio fisico nei PPDTA per persone con patologie cronica/aziende USL della Regione
Standard	Almeno due PPDTA prevedono la prescrizione di esercizio fisico nel 100% delle Aziende
Fonte	Regione

PL20 Azioni

PROGRAMMA	PL20
TITOLO AZIONE (1 di 6)	Campagna di marketing sociale sull'invecchiamento di successo
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	3.11 Comunicazione – Marketing sociale
CICLO DI VITA	Età adulta; terza età; età lavorativa

Descrizione

Nella nostra Regione la popolazione ultra 64enne è in continuo aumento e le previsioni demografiche per i prossimi decenni indicano un aumento ulteriore della componente anziana (28,4% nel 2035). Le Nazioni Unite hanno proclamato il 2021-2030 come il Decennio dell'invecchiamento in buona salute (*Decade of Healthy Ageing*) e OMS sta promuovendo delle azioni internazionali volte a migliorare la vita delle persone anziane, delle loro famiglie e delle comunità. Attraverso la campagna di comunicazione si intende trasmettere il messaggio che, a ogni età, una buona salute può dipendere da una gamma di comportamenti di autotutela: corretta alimentazione, attività fisica e modalità di fruizione del tempo libero. I messaggi riguarderanno gli stili di vita: ciò che è consigliabile fare o non fare per garantirsi un'aspettativa di vita tanto lunga quanto sana promuovendo azioni di prevenzione delle malattie legate all'età, possibilmente prima della mezza età.

PROGRAMMA	PL20
TITOLO AZIONE (2 di 6)	Presenza in carico delle persone con comportamenti a rischio per la salute
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.14 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	Infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile

Descrizione

La presa in carico su attua attraverso:

a livello locale

- l'incorporazione, nei PPDTA dedicati alle persone con patologie sensibili al cambiamento dello stile di vita, dell'avviso breve e della rete delle opportunità "di secondo livello". Tra i percorsi che devono essere inseriti nei PPDTA sono compresi anche quelli di avvio a programmi strutturati si esercizio fisico (PP02 - Comunità attive e PP05 - Sicurezza negli ambienti di vita);
- la strutturazione di PPDTA specifici per i bambini e gli adulti sovrappeso e obesi.

A livello regionale

- emissione di linee guida per la predisposizione dei PPDTA aziendali che includano l'offerta del consiglio sui sani stili di vita e facciano riferimento al Piano Regionale della Prevenzione;
- accordi con stakeholder regionali di riferimento e per le cure primarie per l'adozione del counselling nella pratica clinica.

PROGRAMMA	PL20
TITOLO AZIONE (3 di 6)	Connessione dell'offerta di counselling e dei percorsi di presa in carico con le opportunità, sanitarie e non sanitarie, di secondo livello
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.14 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	Infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile

Descrizione

L'azione prevede la messa in rete delle attività e i servizi che possono supportare il cambiamento degli stili di vita delle persone. Le attività da considerare sono di due tipologie: comunitarie e sanitarie.

Le attività comunitarie sono rappresentate, ad esempio, da quelle previste dal PP02, come Palestre che Promuovono Salute, Palestre per Attività Motoria Adattata, Gruppi di Cammino ecc... Altre attività idonee alla promozione da parte del sistema sanitario pubblico, sono ad esempio i corsi per smettere di fumare realizzati dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori su tutto il territorio Regionale o corsi di cucina salutare realizzati sul modello Educhef sperimentato nell'ambito del progetto Gins (Gruppi in Salute). Il sito web regionale "Mappa della salute" consente di raccogliere le informazioni sulle attività svolte e di renderle disponibili agli operatori che praticano il counselling attraverso uno strumento di ricerca georeferenziato delle opportunità comunitarie presenti in un determinato ambito, per esempio vicino al domicilio dell'assistito.

Nell'ambito sanitario sono attivi servizi che, se coinvolti nel sistema di offerta di avviso breve e counselling, possono supportare gli operatori di primo livello rispetto a situazioni che non possono essere affrontate che in ambito specialistico. Appartengono per esempio a questa tipologia di servizio i centri antifumo e alcuni Servizi per le Dipendenze patologiche (per esempio in relazione al consumo problematico di alcool). A questi servizi si affiancano le attività in ambito sanitario previste dall'attuale piano della prevenzione: attività di testing e counselling per l'avvio a percorsi strutturati di attività fisica per persone con patologie croniche (descritto nel PP02 - Comunità attive), il progetto OTAGO per la prevenzione delle cadute nella popolazione anziana fragile e a rischio di fragilità (descritto nel PP05 - Sicurezza negli ambienti di vita) e tutte le attività che afferiscono alla rete regionale di nutrizione preventiva e clinica tra cui i percorsi di presa in carico dell'adulto e del bambino con sovrappeso e obesità.

Oltre alle attività sopra descritte, occorre proseguire nella sperimentazione di opportunità di secondo livello appositamente create per dare seguito al consiglio sugli stili di vita: gruppi tematici e attività pratiche sugli stili di vita e attività di gruppo, realizzate anche in sinergia con il settore sociale, orientate al benessere psicofisico globale della persona (ad esempio ruota comunitaria ecc...). Queste attività, che potrebbero trovare una valida collocazione in particolare nelle Case della Salute, richiedono l'individuazione di risorse di personale dedicato, criteri di accesso e spazi e addestramento specifico, pertanto si prevede che siano implementate inizialmente in via sperimentale ed estese in modo più sistematico dopo una valutazione di efficacia organizzativa e di fattibilità.

Le modalità di accesso devono essere stabilite tenendo conto dello scopo complessivo del percorso, che è quello di sostenere il cambiamento finché perdura una condizione motivazionale favorevole da parte dell'assistito, che potrebbe cessare in caso di tempi di attesa lunghi o di modalità di accesso al secondo livello troppo difficoltose. Nel corso delle attività di mappatura occorre stabilire un rapporto diretto con i responsabili dei servizi stessi affinché conoscano il programma e possano adottare modalità di approccio armoniche rispetto alla metodologia di avviso breve e counselling adottata a livello Regionale.

Attività a livello regionale:

- mantenimento dello strumento "mappa della salute"
- emissione di indirizzi per la costituzione di occasioni comunitarie e gruppi tematici sugli stili di vita e sul benessere psicofisico globale, anche attraverso la pianificazione regionale sociale e sanitaria

Attività a livello locale:

- individuazione del gruppo che effettua e aggiorna la mappatura delle opportunità
- predisposizione e aggiornamento delle modalità e criteri di accesso alle diverse opportunità territoriali e sanitarie
- promozione di attività sul territorio, anche in collaborazione con i referenti dei progetti del piano regionale della prevenzione e nelle aree eventualmente scoperte.

PROGRAMMA	PL20
TITOLO AZIONE (4 di 6)	Avviso breve sui comportamenti a rischio per la salute
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L'ACCESSIBILITÀ E L'APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L'ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL'OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.14 Altro (specificare)
CICLO DI VITA	Infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa; donne in età fertile

Descrizione

L'azione è volta garantire la formazione degli operatori sanitari (inclusi MMG e PLS) sul counselling per il cambiamento dei comportamenti a rischio per la salute e la sua ricaduta organizzativa. Il monitoraggio della ricaduta organizzativa rappresenta infatti l'aspetto critico centrale che garantisce che l'avviso breve sia reso effettivamente disponibile al cittadino e contribuisca al miglioramento dello stato di salute complessivo.

La strategia di avviso breve è sicuramente più efficace quando questo non si limita a un solo colloquio, ma prevede momenti di confronto con l'operatore sanitario ripetuti nel tempo, attraverso i quali l'operatore può dimostrare l'attenzione prestata al cambiamento del comportamento a rischio con un approccio motivazionale e centrato sulla persona. I contesti in cui implementare l'avviso breve sono quindi preferibilmente quelli in cui siano previsti degli accessi periodici. Nel contesto delle aziende USL possono essere individuati setting occasionali cui accedono periodicamente persone in salute (ad esempio medicina dello sport, screening, donatori di sangue) o setting assistenziali e clinici cui accedono periodicamente persone a rischio o affette da patologie croniche sensibili alla modifica dei comportamenti.

L'avviso breve dovrebbe essere promosso attivamente soprattutto nell'ambito dell'assistenza territoriale, nel contesto della prevenzione primaria, secondaria e terziaria delle malattie croniche non trasmissibili. L'ambito delle cure primarie, tuttavia, rappresenta un setting sanitario in cui operano professionisti con rapporti contrattuali e situazioni organizzative profondamente differenti. Per favorire la compliance alla formazione, occorre che l'offerta sia formulata in collaborazione con i programmi di formazione esistenti su temi legati alla corretta comunicazione con gli assistiti, quali ad esempio l'health literacy

e la compliance ai programmi terapeutici. Ciò richiede che l’inserimento delle attività di avviso breve siano concordate con i referenti delle cure primarie e con i rappresentanti dei medici di famiglia, mentre, nell’ambito delle case della salute, operatori non medici coinvolti nella gestione dei percorsi per la cronicità possono efficacemente realizzare sistematiche sessioni di avviso breve a favore degli assistiti. L’avviso breve deve essere incorporato nei programmi di medicina di iniziativa e nei PPDTA delle malattie croniche che coinvolgono l’assistenza territoriale. Sono previste le seguenti azioni:

A livello regionale:

- miglioramento continuo ed estensione dei materiali formativi (ad esempio moduli FAD) sul modello transterorico del cambiamento intenzionale dei comportamenti a rischio della salute, attraverso l’attivazione e il mantenimento di gruppi di lavoro con i destinatari dell’attività e con la supervisione del laboratori “Habits Lab”;
- formazione di formatori/pianificatori aziendali con metodologia *blended* (FAD + residenziale) a cura del centro regionale “Luoghi di Prevenzione”. La formazione destinata a questo gruppo di persone include sia approfondimenti del colloquio motivazionale che elementi generali di promozione della salute, anche in ambito comunitario;
- predisposizione di materiale formativo “di base”, da mettere a disposizione dei formatori delle aziende sanitarie, per favorire la formazione degli operatori che mettono in pratica l’avviso breve;
- predisposizione di un set di indicatori di riferimento per il monitoraggio della ricaduta organizzativa del percorso nelle aziende;
- monitoraggio degli indicatori e individuazione di azioni di miglioramento/correttive;
- integrazione della formazione sull’avviso breve e sul counselling motivazionale nei corsi regionali di formazione specifica in medicina generale;
- emissione di indirizzi per l’inclusione dell’avviso breve nei contesti di cura, inclusi le cure primarie.

A livello locale:

- costituzione del gruppo di riferimento per la formazione, pianificazione e monitoraggio delle attività di counselling per il cambiamento degli stili di vita a rischio per la salute;
- individuazione, in accordo con i responsabili dei servizi interessati e con le rappresentanze dei medici di famiglia di contesti nei quali effettuare il counselling; condivisione del percorso formativo e di monitoraggio sulla ricaduta della formazione effettuata;
- organizzazione dell’offerta di formazione sul colloquio motivazionale breve e sul counselling motivazionale al personale neo-assunto e ai medici di famiglia che attivano nuove convenzioni, anche in modo integrato con le formazioni su health literacy;
- formazione degli operatori con modalità *blended* (formazione a distanza messa a disposizione dal livello regionale e residenziale curata a livello locale);
- monitoraggio delle modalità attraverso cui l’avviso breve è implementato nella pratica assistenziale e clinica attraverso la raccolta di semplici indicatori quali/quantitativi e incontri con gli operatori coinvolti e responsabili di servizio;
- incontri di confronto volti a sostenere e migliorare l’offerta di counselling.

PROGRAMMA	PL20
TITOLO AZIONE (5 di 6)	Implementazione del modello regionale di organizzazione di una rete trasversale di nutrizione preventiva e clinica nelle Aziende USL e implementazione dei PPDTA dell’adulto sovrappeso e obeso
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L’ACCESSIBILITÀ E L’APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIO SANITARI E L’ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL’OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	5.9 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di “pratiche raccomandate”, reportistica, ecc.
CICLO DI VITA	Infanzia; adolescenza; età adulta; terza età; età lavorativa

Descrizione

La DGR 2200/2019 “LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE E RUOLO DELLA RETE TRASVERSALE DI NUTRIZIONE PREVENTIVA E CLINICA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA,” prevede l’implementazione in ogni Azienda USL della rete trasversale di nutrizione preventiva e clinica come ambito centrale per lo sviluppo di azioni concrete volte a contrastare patologie croniche non trasmissibili e le patologie nutrizionali.

PPDTA dell'adulto obeso

Realizzare e diffondere sul territorio regionale un modello omogeneo che definisca ruoli e modalità organizzative per attuare la prevenzione e la presa in carico dell'adulto sovrappeso e obeso e attivare la sua gestione attraverso interventi efficaci, appropriati e sostenibili partendo dalla rete sanitaria già esistente. Per rendere possibile tutto ciò, è necessario prevedere uno specifico piano formativo integrato e multidisciplinare dedicato ai SIAN, MMG e agli altri professionisti dei team di presa in carico nonché elaborare strumenti operativi per la gestione omogenea del PPDTA.

AZIONE EQUITY

PROGRAMMA	PL20
TITOLO AZIONE (6 di 6)	PPDTA bambino con sovrappeso e obesità: raccolta e valutazione dei dati presa in carico dei team multidisciplinari di secondo livello
CATEGORIA PRINCIPALE	AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP
SOTTOCATEGORIA PRINCIPALE	1.6 Allestimento di strumenti per monitoraggio, valutazione, coordinamento dei livelli locali (es. piattaforme informatiche, sistemi di reporting, ecc.)
CICLO DI VITA	Infanzia; adolescenza

Descrizione

La presa in carico da parte dei team multidisciplinari di secondo livello costituisce la vera novità organizzativa del PPDTA nell'ambito di una integrazione tra territorio e ospedale. A seguito della valutazione in termini di impatto sull'equità attraverso strumenti di Equality Impact Assessment (EqIA) e Health Equity Audit (HEA), realizzati nel precedente Piano in alcuni territori regionali, erano emerse delle indicazioni operative per riprogrammare o modificare il percorso come: incrementare la sensibilizzazione e la informazione dei PLS nonché i MMG sui criteri d'invio al percorso; maggiore coinvolgimento dei mediatori culturali con genitori di altre etnie; incremento del confronto fra i vari attori del percorso e inserimento di altre variabili socio economiche nelle cartelle di gestione del bambino obeso preso in carico in ambulatorio. Si intende proseguire pertanto nel monitoraggio e valutazione dei dati dell'applicazione dell'intervento sanitario nelle varie aziende USL della Regione Emilia-Romagna. In particolare, si continueranno a monitorare gli indicatori e le relative valutazioni d'impatto sull'equità del servizio (anche tramite il coinvolgimento di stakeholder come scuola, famiglie, terzo settore, pediatri ecc. ecc.).

MONITORAGGIO DELL'AZIONE EQUITY-ORIENTED

OBIETTIVO DI RIDUZIONE/NON AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE	Migliorare l'accesso dei bambini con almeno un genitore di nazionalità non italiana nel percorso
STRATEGIA PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	Nel precedente Piano della Prevenzione è stato realizzato un HEA nel territorio di Rimini, da cui risultava un accesso minore, rispetto a quanto sarebbe attendibile, dei bambini provenienti da famiglie non italiane, al percorso. Si intende pertanto monitorare eventuali differenze di accesso dei bambini con almeno un genitore di nazionalità non italiana nel percorso per una eventuale revisione dell'intervento sanitario nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze anche tramite il coinvolgimento di stakeholder come scuola, famiglie, mediatori culturali, pediatri ecc. ecc.
ATTORI COINVOLTI	SIAN, PLS, MMG, Team multi professionali
INDICATORE	Produzione del report sulla equità di accesso al percorso e azioni correttive intraprese Formula: Accesso bambini con almeno un genitore di nazionalità non italiana nel percorso Standard Monitorare l'accesso bambini con almeno un genitore di nazionalità non italiana nel percorso Fonte regionale